Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Gestão em Enfermagem

Dissertação de Natureza Científica

Caraterização de uma Consulta Telefónica de Enfermagem em Pneumologia de Intervenção

Célia Marina dos Santos Cuco

Lisboa
2021

Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Gestão em Enfermagem

Dissertação de Natureza Científica

Caraterização de uma Consulta Telefónica de Enfermagem em Pneumologia de Intervenção

Célia Marina dos Santos Cuco

Orientador: Prof.ª Dra. Teresa Maria Ferreira dos Santos Potra

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Lisboa
2021

AGRADECIMENTOS

À equipa de enfermagem da UPI, pela colaboração demonstrada e contributo através do seu trabalho e saber, possibilitando a realização desta consulta.

À Sra. Professora Dra. Teresa Santos Potra, orientadora desta dissertação, pelo acompanhamento e disponibilidade dispensada.

Aos colegas e amigos, pelo apoio e incentivo constante.

À minha família pelo carinho e apoio incondicional que sempre demonstraram neste percurso.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COVID-19 – *Corona VIrus Disease* (2019)

DP – Desvio padrão

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

HbA1c – Hemoglobina Glicosilada

ICN – *International Council of Nurses*

IMC – Índice de Massa Corporal

INR – *International Normalized Ratio*

IOM – *Institute of Medicine*

IPU – *Interventional pulmonology unit*

MASCC – *Multinational association of supportive care in cancer*

MOATT – *MASCC Oral Agent Teaching Tool*

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

Sars-Cov-2 – *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*

TAC – Tomografia axial computorizada

TIC – Tecnologias da Informação e Comunicação

UPI – Unidade de Pneumologia de Intervenção

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

A gestão em enfermagem deve potenciar a adoção de novos modelos de prestação de cuidados inovadores, que respondam às atuais exigências. Neste sentido, foi desígnio do autor caraterizar uma consulta telefónica de enfermagem em Pneumologia de Intervenção.

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, transversal, retrospetivo de abordagem quantitativa, numa unidade de pneumologia de intervenção (UPI), de um centro hospitalar.

No ano de 2018, dos 697 registos de consultas telefónicas de enfermagem analisados, 286 correspondem a consultas telefónicas de enfermagem efetuadas ao próprio sobre broncoscopia a realizar na UPI, que foram objeto deste estudo. Mais de metade (55,9%) destas consultas, foram realizadas a clientes do género masculino, sendo a moda e a mediana de 67 anos e a média de 63,7 [DP=12,7]. Com a classe modal que representa quase metade (44,1%) da amostra, a situar-se entre os 66 e os 80 anos. Maioritariamente (59,4%), estas consultas eram referentes a clientes que realizavam o exame pela primeira vez.

O único diagnóstico identificado foi o diagnóstico “risco de não adesão”, não sendo identificados outros diagnósticos. As intervenções de enfermagem identificadas nos registos da consulta telefónica, de forma sistematizada em linguagem CIPE®, foram “explicar sobre técnica” e “executar contacto por telefone para continuidade de cuidados”.

A maioria (81,5%) dos clientes, teve modificação positiva no estado do diagnóstico após a intervenção por cumprimento das indicações. A consulta telefónica de enfermagem parece ter influência, quer na adesão dos clientes à globalidade das orientações emanadas pelos enfermeiros, quer na assiduidade dos clientes.

Conclui-se que a consulta telefónica de enfermagem ao cliente em pneumologia de intervenção, é um modelo de prestação de cuidados de enfermagem pertinente que contribui para melhorar a qualidade dos cuidados prestados nesta área.

Palavras Chave: Teleenfermagem; qualidade cuidados enfermagem; gestão em enfermagem; doenças respiratórias.

ABSTRACT

Nursing management should promote the adoption of new innovative care delivery models that meet current demands. Therefore, the author's purpose was to characterize a telephone consultation in Intervention Pulmonology.

This is a descriptive, observational, cross-sectional, retrospective study with a quantitative approach in an interventional pulmonology unit (IPU) of a hospital center.

In 2018, 697 records of telephone nursing consultations were analyzed, 286 records corresponding to telephone nursing consultations given to the patient about bronchoscopy to be performed at the IPU, defined in this study. More than half (55,9%) of these consultations, were carried out with male patients, with the mode and median being 67 years and the mean 63.7 [SD=12,7]. The modal class representing almost half (44,1%) of the sample was between 66 and 80 years old. Most (59,4%), of these consultations were for clients who were undergoing the exam for the first time.

The only diagnosis identified is diagnosis "risk of non-adherence", no other diagnoses were identified. The nursing interventions identified in the telephone consultation records, in a systematic way in CIPE® language, were "explain technique" and "make contact by telephone for continuity of care".

Most (81,5%) clients, had a positive change in diagnostic status after the intervention due to compliance with the instructions. The nursing telephone consultation seems to be decisive both in the adherence of clients to the overall guidelines issued by nurses and in client attendance

We conclude that the nursing telephone consultation to the client in interventional pulmonology, is a relevant model of providing nursing care that contributes to improving the quality of those provided in this area.

Keywords: Telenursing; quality of nursing care; nursing management; respiratory tract diseases.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 1

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO 5

1. QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM **..... 7**
2. GESTÃO EM ENFERMAGEM **..... 13**
3. CONSULTA TELEFÓNICA DE ENFERMAGEM NA DOENÇA RESPIRATÓRIA **..... 19**

PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO 27

1. METODOLOGIA **..... 29**

1.1. Contexto do estudo: a consulta telefónica em pneumologia de intervenção 29

1.2. Pergunta de investigação e objetivos 32

1.3. Tipo de estudo 32

1.4. Tempo e local do estudo 33

1.5. População e Amostra 33

1.6. Definição das variáveis em estudo 34

1.7. Procedimentos de recolha e tratamento de dados 36

1.8. Procedimentos éticos 36

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS **..... 39**
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS **..... 47**

CONCLUSÃO 57

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 61

APÊNDICES .....

APÊNDICE I – Revisão integrativa da literatura **.....**

ANEXOS .....

ANEXO I – Guião de consulta telefónica de Enfermagem .....

ANEXO II – Aprovação do pedido de autorização pela enfermeira diretora.....

ANEXO III – Aprovação do pedido de autorização pela comissão de ética .....

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Quality Outcomes Model 10
Figura 2 – Modelo de organização de cuidados de enfermagem 14
Figura 3 – Diagrama da seleção da amostra de acordo com critérios de inclusão/exclusão 39

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição por classe etária 41
Tabela 2 – Distribuição dos clientes face ao procedimento 41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos clientes por género 40
Gráfico 2 – Distribuição do conhecimento relativamente ao exame 42
Gráfico 3 – Distribuição intervenções enfermagem 44
Gráfico 4 – Distribuição relativa ao cumprimento das indicações 45
Gráfico 5 – Distribuição relativa à realização do exame 45
Gráfico 6 – Motivos da não realização do exame 46

INTRODUÇÃO

A qualidade em saúde é um processo contínuo e dinâmico, multifatorial, com diversos intervenientes, que visa melhorar a qualidade dos cuidados de saúde aos cidadãos. A obtenção da qualidade pretendida exige aos gestores uma monitorização sistemática, alicerçada na melhor evidência científica disponível, que identifique os aspetos agravantes ou facilitadores, permitindo a adequação das intervenções às expetativas e necessidades do cliente[1], enquadrado num sistema.

Neste sentido, para garantir a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações, a gestão em enfermagem surge como uma estratégia relevante e primordial. Assim sendo, é da competência do enfermeiro gestor, assegurar uma prática profissional e ética baseada na evidência que vise uma gestão de qualidade e segurança, garantindo e otimizando respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde. Por outro lado, compete ao enfermeiro gestor ser um agente ativo dos processos de mudança, que promovam o desenvolvimento organizacional e o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera (Regulamento n.º 76/2018, 2018).

Os enfermeiros, como grupo profissional mais representativo no setor da saúde, assumem o compromisso de assegurar a excelência dos cuidados aos clientes, pelo que desempenham um papel cada vez mais ativo na avaliação e melhoria da qualidade. Considerando a relevância da promoção da saúde ao longo da vida e da literacia, estes profissionais intervêm na capacitação dos clientes, nomeadamente, no que diz respeito à autonomia na tomada de decisões informadas pelos mesmos sobre saúde/gestão da doença e para uma adequada utilização dos serviços de saúde, contribuindo assim para a qualidade dos cuidados em saúde (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Com um impacto relevante na sociedade e no sistema de saúde, as vastas variedades de doenças, requerem dos profissionais da área, competências várias, particularmente, no que concerne às doenças respiratórias agudas ou crónicas. Deste modo, o desafio da atualidade, passa seguramente, por novos modelos de

[1] No texto, utiliza-se o termo cliente para referenciar a pessoa que é alvo dos cuidados de Enfermagem. A opção pelo termo cliente, relaciona-se com a noção de papel ativo no quadro da relação de cuidados e baseia-se no que é preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

cuidados com a integração de novas tecnologias, nomeadamente, a Teleenfermagem[2] ao serviço dos clientes. Este conceito foi definido pelo *International Council of Nurses* (ICN) como a prática de enfermagem à distância, utilizando a tecnologia das telecomunicações (ICN, 2011). Neste sentido, importa ressalvar a consulta telefónica de enfermagem, como um contributo fundamental na melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde.

A educação do cliente, definida como informação, aconselhamento e capacitação, tornou-se um campo relevante nos cuidados de enfermagem nos últimos anos (Strupeit, Buss, & Dassen, 2016), provando ser eficaz na promoção da autoeficácia e comportamentos de saúde (Ghoulami-Shilsari & Esmaeilpour Bandboni, 2019). Os serviços de aconselhamento e triagem telefónica de enfermagem têm o potencial de economizar dinheiro e recursos ao sistema de saúde (Gidora, Borycki, & Kushniruk, 2019). Do mesmo modo, as tecnologias de informação e comunicação (TIC) são uma oportunidade para reorganizar a composição das equipas que prestam assistência e os processos de prestação de cuidados (Li et al., 2017).

A consulta telefónica surge como uma intervenção autónoma de enfermagem, praticada internacionalmente em diversos contextos e cuja pesquisa científica demostrou ser eficaz: pela proximidade que proporciona (Martins & Lopes, 2010); pelo incentivo na adesão e maior conhecimento do cliente (Boucher, Lucca, Hooper, Pedulla, & Berry, 2015); pela promoção de comportamentos de autocuidado, na melhoria da educação e na saúde mental (Ghoulami-Shilsari & Esmaeilpour Bandboni, 2019). Justifica-se assim, aprofundar conhecimentos relativamente à avaliação das intervenções realizadas pelos enfermeiros neste âmbito.

No que se refere às intervenções de enfermagem ao cliente com doença respiratória, pelo elevado número de pessoas afetadas, pelo grau de incapacidade

[2] Em Portugal, a Teleenfermagem refere-se igualmente à utilização das tecnologias da informação e comunicação (TIC) para a prestação de cuidados de enfermagem, permitindo a interação entre o enfermeiro e o cliente, à distância. A teleenfermagem congrega, entre outros, a teleconsulta, a telemonitorização, a telereabilitação e o telerastreio enquadradas no âmbito profissional do enfermeiro (OE, 2021a). Na literatura, encontramos termos sinónimos como Tele-enfermagem, Telenfermagem.

que conferem e pela elevada mortalidade, sendo a terceira causa de morte em Portugal, as intervenções neste âmbito são primordiais (Santos et al., 2017).

Com a realização desta dissertação, perspetivou-se enquanto resultado a clarificação das intervenções de enfermagem ao cliente adulto, com agendamento de broncoscopia numa Unidade de Pneumologia de Intervenção (UPI). Com o desígnio de desenvolver conhecimento nesta área, pouco explorada na literatura, contribuindo, deste modo, para desenvolver a investigação sobre os cuidados de enfermagem e almejando a sua replicação noutros contextos similares. Tendo como propósito o estudo das intervenções de enfermagem, realizadas na consulta telefónica de enfermagem, numa Unidade de Pneumologia de Intervenção, de um Centro Hospitalar. Para isso, delineou-se a seguinte Pergunta de Investigação: "**Quais as intervenções na consulta telefónica de enfermagem, ao cliente adulto, com agendamento de broncoscopia, numa unidade de pneumologia de intervenção?".**

Para identificar a evidência científica e aprofundar o conhecimento sobre as intervenções telefónicas de enfermagem ao cliente adulto com doença respiratória, relativamente aos modelos em que se alicerçam e aos ganhos em saúde que daí advém realizou-se uma revisão integrativa da literatura, que contribuiu para a revisão da literatura desta investigação (Apêndice 1).

O **objetivo geral** da investigação foi: Caracterizar uma consulta telefónica de enfermagem em pneumologia de intervenção.

Relativamente aos **objetivos específicos**, definiram-se:

- Analisar os diagnósticos e as intervenções de enfermagem mais frequentes de uma consulta telefónica, em pneumologia de intervenção;
- Descrever as intervenções de enfermagem numa consulta telefónica, em pneumologia de intervenção;
- Conhecer a percentagem de clientes, com "conhecimento sobre a saúde diminuído" pré e após intervenção, numa consulta telefónica, em pneumologia de intervenção;
- Avaliar a frequência de clientes com modificação positiva no estado do diagnóstico "risco de não adesão" após consulta telefónica de enfermagem, em pneumologia de intervenção;

Estruturalmente, esta dissertação está organizada em duas partes: a primeira refere-se ao Enquadramento Teórico e a segunda ao Trabalho Empírico.

O Enquadramento Teórico está subdividido em três capítulos: Qualidade dos cuidados de Enfermagem; Gestão em Enfermagem e Consulta telefónica de Enfermagem na doença respiratória.

O trabalho empírico está subdividido em três capítulos. O primeiro refere-se à metodologia utilizada; o segundo apresenta os resultados obtidos e o terceiro integra a discussão dos resultados, alicerçada no referencial teórico desta dissertação.

Na conclusão, sumarizam-se os aspetos considerados relevantes, com abordagem às limitações encontradas e às implicações na prática de cuidados. Seguem-se as referências bibliográficas, segundo as normas da American Psychological Association (APA), conforme descritas no Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Normas APA, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Godinho, 2018).

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A nível mundial, os sistemas de saúde têm vindo a deparar-se com a necessidade crescente de prestar cuidados de saúde de qualidade, impulsionados pela complexidade dos cuidados, as expetativas dos clientes e o aumento da esperança média de vida (Ribeiro, Martins, & Tronchin, 2017). Intervir na qualidade em saúde permite obter ganhos, através de programas, projetos e intervenções focadas em resultados, tendo em vista a melhoria da saúde da população, a sustentabilidade do Sistema de Saúde e o envolvimento e participação das comunidades e das suas organizações (Direção-Geral da Saúde, 2015).

A qualidade é um conceito multidimensional, com múltiplos determinantes e que apresenta um forte dinamismo, pelo que deve ser analisado globalmente (Potra, 2015). Deste modo, o conceito de qualidade em saúde, apesar de ser definido de diferentes formas, dependendo da perceção, necessidades, experiências e expetativas dos clientes em determinado momento, relativamente aos mesmos produtos ou serviços, é talvez, o conceito mais valorizado, comparativamente a outras áreas, por se tratar de um valor sentido e reconhecido por todos. Assim sendo, torna-se pertinente abordar algumas perspetivas deste conceito.

Segundo o *Institute of Medicine* (IOM, 2004, p.10) qualidade é definida como "o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual". Numa perspetiva mais abrangente, Mezomo (2001, p.111) defende que a qualidade consiste "na adequação dos serviços (produtos) à missão da organização comprometida com o pleno atendimento das necessidades dos seus clientes", devendo, segundo o autor, "ser entendida como uma extensão da própria missão da organização que é a de atender e exceder as expetativas dos seus clientes" (Mezomo, 2001, p. 73). Por sua vez, numa perspetiva mais processual, para Heather Palmer, citada por Pisco & Biscaia (2001), este conceito é entendido como um conjunto de atividades destinadas a garantir serviços acessíveis e equitativos com prestações profissionais ótimas, tendo em conta os recursos disponíveis e conseguindo a adesão e satisfação dos clientes aos cuidados.

Em Portugal, o conceito de qualidade em saúde encontra-se definido pela Direção-Geral de Saúde (DGS), como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos

disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão. Implicando, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expetativas do cidadão e o melhor desempenho possível (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Apesar das múltiplas perspetivas deste conceito o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 evidencia as várias dimensões em que assenta o conceito de qualidade, tais como a pertinência dos cuidados, a sua segurança, a sua aceitabilidade e acessibilidade, a prestação de cuidados no momento adequado, assim como na garantia da continuidade dos cuidados e na sua eficiência e efetividade (Direção-Geral da Saúde, 2015).

A qualidade em saúde, apesar de ser uma tarefa multiprofissional, não se obtendo apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, não pode negligenciar ou deixar invisível os esforços destes para obter a qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Os enfermeiros, como grupo profissional mais representativo no setor da saúde, assumem o compromisso de assegurar a excelência dos cuidados aos seus clientes, pelo que têm desempenhado um papel cada vez mais ativo na avaliação e melhoria da qualidade nas diversas posições que ocupam: quer seja na condição de gestor, como elemento responsável para questões relativas à qualidade em grupos de trabalho, na gestão do risco e na segurança do cliente, ou na prestação direta de cuidados de enfermagem.

Em Portugal, a qualidade dos cuidados de enfermagem, encontra-se regulamentada pela Ordem dos Enfermeiros tendo o seu Conselho de Enfermagem, definido padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, visando alcançar a implementação de um sistema de melhoria contínua da qualidade, a reflexão sobre a prática profissional dos enfermeiros e das instituições de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Um padrão de qualidade dos cuidados é uma declaração que estabelece a base profissional do agir, considerando-se o padrão como aferidor de excelência (Martins, Gonçalves, Ribeiro, & Tronchin, 2016). Assim sendo, os padrões de qualidade definem seis categorias de enunciados descritivos: a satisfação dos clientes, a promoção de saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado dos clientes, a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, a definição dos padrões referidos configura um grande desafio, não só pelo impacto na melhoria dos cuidados de

enfermagem fornecidos aos clientes, mas também pela necessidade de se refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Neste sentido, os padrões de qualidade, indicam à população o que se pode esperar em termos de cuidados de enfermagem. Aos enfermeiros esclarecem o que se espera no seu conjunto e o que cada um deve fazer em prol de um exercício profissional de qualidade (Ribeiro et al., 2017).

Consoante os intervenientes no processo de avaliação, a avaliação da qualidade pode ter diferentes perspetivas. Por um lado, os enfermeiros ao avaliarem a qualidade podem concentrar-se na avaliação, no planeamento ou na eficácia e competência com que os cuidados são realizados. Por outro lado, os clientes relevam mais os aspetos relacionados com a comunicação, a escuta, a gentileza e a capacidade de resposta dos enfermeiros. Além destes, os gestores de enfermagem colocam, geralmente, a atenção nos elementos organizacionais de eficiência e custo-efetividade (Burhans & Alligood, 2010). Também a literatura demonstra que os cuidados de enfermagem que são custo-efetivos, acessíveis e de alta qualidade, resultam em bons resultados do ponto de vista clínico e de satisfação do cliente. Acresce, ainda que enfermeiros altamente qualificados levam a uma menor mortalidade do cliente, taxas de complicação e internamentos hospitalares mais curtos (Butler et al., 2019).

Neste sentido, avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem é pertinente, mas um processo complexo e dinâmico pelas múltiplas variáveis incluídas, desafiando os enfermeiros gestores a encontrarem modelos operacionais de prestação de cuidados, que maximizem o uso dos recursos de enfermagem disponíveis, assegurando a segurança e a qualidade. Modelos esses que sirvam de orientação à prática, à formação, à investigação e à gestão dos cuidados de enfermagem.

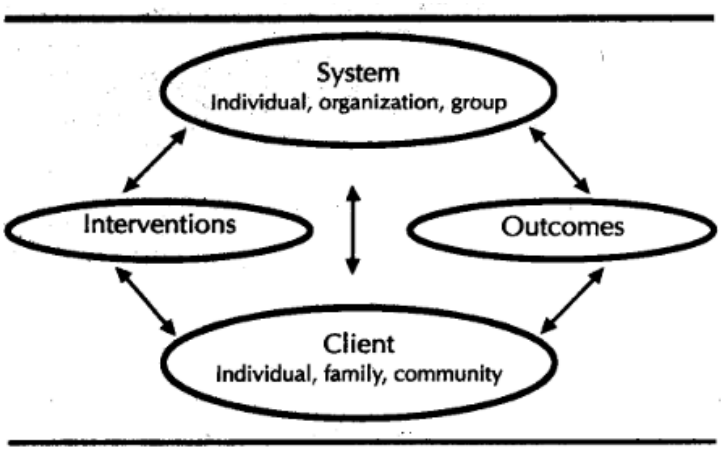
O Modelo de Resultados de Qualidade em Saúde "*Quality Outcomes Model*" de Mitchell, Ferketich, and Jennings (1998), adotado nesta investigação, foi desenvolvido baseado na trilogia de Donabedian (1966) que teorizou a avaliação da qualidade dos cuidados através de um modelo linear constituído pelas dimensões de estrutura, processo e resultados. No entanto, contrariamente ao postulado por Donabedian (1966), no modelo de Mitchell et al., (1998), o processo de avaliação da qualidade dos cuidados é um processo dinâmico. Desta forma, estes autores, reconhecem o feedback que ocorre entre os clientes, o sistema ou o contexto em

que o cuidado é prestado e as intervenções que são realizadas. Os resultados não surgem, pois, apenas das relações e das intervenções diretas com o cliente, mas sim das que se estabelecem entre os três componentes: a estrutura, o processo e os resultados, afetando e influenciando-se reciprocamente.

Os autores deste modelo, consideram como intervenções todas as atividades e processos clínicos realizados, que de forma direta ou indireta afetam o cliente. No que se refere aos clientes, este modelo foca a importância das caraterísticas dos mesmos, realçando a necessidade de adaptar as intervenções e os resultados esperados, de acordo com as capacidades, necessidades e preferências dos clientes.

O modelo enfatiza, ainda, que os efeitos das intervenções são mediados pelas características do cliente e do sistema, propõe relações de dois sentidos entre componentes, com as intervenções atuando através das características do sistema e do cliente. Por conseguinte, o resultado assumido não é um efeito direto e independente das intervenções isoladas, mas sim das relações entre sistema e cliente, como se pode verificar na figura 1.

Figura 1 – Quality Outcomes Model



Fonte: Mitchell, P. H., Ferketich, S., & Jennings, B. M. (1998)

O Modelo de Resultados de Qualidade em Saúde sugere ainda que as medidas de resultado devem integrar resultados de estrutura e processo de cuidados, que incluam aspetos funcionais, sociais, psicológicos, físicos e fisiológicos da experiência das pessoas na saúde e na doença. Mitchell et al., (1998), propõem que estes sejam operacionalizados em cinco categorias: a realização de autocuidado adequado, a demonstração de comportamentos promotores de saúde,

a qualidade de vida relacionada à saúde, a perceção de ser bem cuidado e a gestão dos sintomas.

As características estruturais, tais como as dotações de enfermagem, a qualificação dos profissionais, a qualidade do ambiente de prática, a utilização de tecnologias e inovação, entre outros, contribuem para todo este processo dinâmico, influenciando-o positiva ou negativamente (Mitchell et al., 1998).

No que concerne à demonstração de comportamentos promotores de saúde, o conceito de promoção da saúde é entendido como o processo que visa aumentar a capacidade das pessoas para controlarem a sua saúde, com o objetivo de a melhorarem (World Health Organization (WHO), 1986). Os profissionais, com intervenção na promoção da saúde, deverão orientar a sua prática para ajudar os clientes a construírem a sua autonomia. Neste sentido a promoção da saúde necessita de informação pertinente, mas também da participação e corresponsabilização dos clientes, enquanto sujeitos ativos nas tomadas de decisão no seu contexto de vida (Santos, Parente, Ribeiro, & Pontes, 2015).

A promoção da saúde é um dos enunciados dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem em que, na procura permanente da excelência no exercício profissional, os enfermeiros ajudam os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde, nomeadamente através do fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Em suma, o termo de excelência dos cuidados tem proliferado e é utilizado frequentemente como representativo da qualidade. No entanto, só é possível alcançar esta excelência garantindo que enfermeiros gestores, líderes e educadores sejam capazes de responder à complexidade da reforma e mudança exigida às organizações de saúde. Deste modo devem liderar, gerir, habilitar, capacitar, incentivar e mobilizar a equipa para serem inovadores e empreendedores na prática (McSherry, Pearce, Grimwood, & McSherry, 2012).

2. GESTÃO EM ENFERMAGEM

A gestão em enfermagem é uma estratégia primordial para a qualidade dos cuidados em qualquer unidade de saúde, destacando-se o papel do enfermeiro gestor, como o profissional técnica e cientificamente habilitado para responder com rigor, eficiência e eficácia aos desafios das organizações e das pessoas na garantia da qualidade dos cuidados prestados, aos vários níveis de atuação: prevenção, promoção e reabilitação, no que concerne à gestão, consultadoria e assessoria (Regulamento n.º 76/2018, 2018).

Os enfermeiros gestores devem refletir sobre os diversos processos de gestão tanto de pessoal como de recursos físicos, ambientais, organizacionais e de como estes têm uma influência significativa na qualidade dos serviços prestados (Fradique & Mendes, 2013). Na categoria de enfermeiro gestor estão consideradas funções de planeamento, organização, direção e avaliação dos cuidados de enfermagem (Decreto-Lei n.º 71/2019, 2019). Enquanto responsável pela defesa da segurança, qualidade dos cuidados de enfermagem e promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros, deve organizar os cuidados de enfermagem, considerando as variáveis envolvidas e considerar as relações entre as mesmas, como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde.

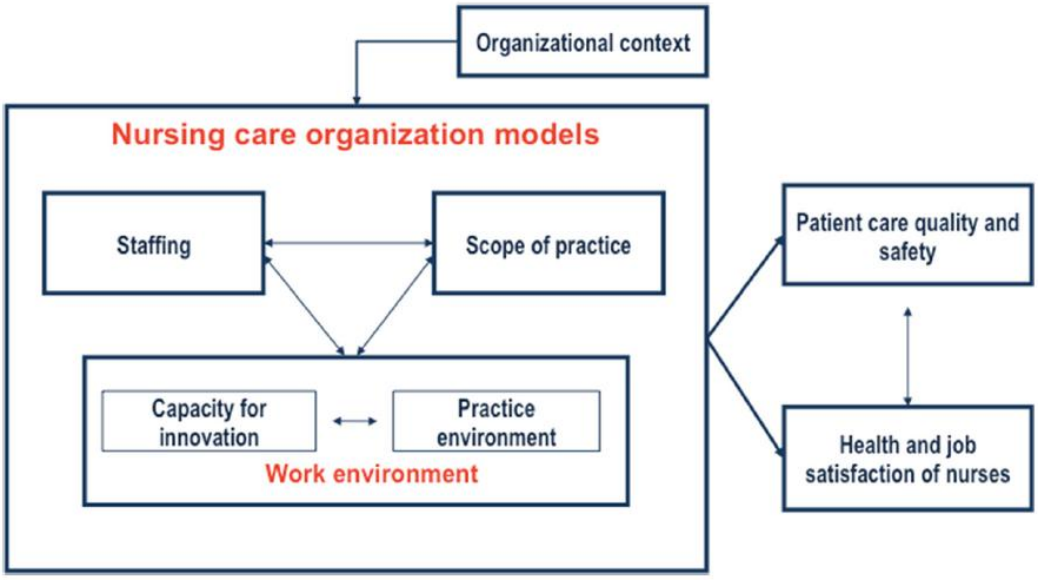
Assegurar bons resultados para os clientes nos hospitais é, cada vez mais, desafiante à medida que as preocupações económicas nacionais, os gastos com a austeridade e as reformas do sistema de saúde convergem para criar escolhas difíceis na alocação de recursos (Aiken et al., 2017). Melhorando a equipa de enfermagem, a educação e o ambiente de cuidados, os enfermeiros gestores podem melhorar os resultados da equipa que lideram e os resultados dos clientes (Aiken, Clarke, Sloane, Lake, & Cheney, 2009).

As constantes alterações demográficas, associadas ao envelhecimento populacional e ao aumento das doenças crónicas, bem como o atual contexto socioeconómico e político, exigem que os cuidados de enfermagem evoluam de forma a responder às novas necessidades dos clientes em saúde (Sousa, Martins, & Pereira, 2015). Os enfermeiros gestores devem estar preparados para responder a estas necessidades dos clientes, organizando os cuidados de enfermagem, preconizando e apoiando modelos teóricos que melhor se adequem às necessidades identificadas.

O modelo de organização de cuidados de enfermagem, *a taxonomy of nursing care organization models* de Dubois et al. (2012), apresenta uma taxonomia teórica e empiricamente fundamentada de modelos de organização de cuidados de enfermagem, no contexto de unidades de cuidados de agudos na cidade de Quebec comparando as suas características distintivas. Esta abordagem mais integrada aos modelos de organização dos cuidados de enfermagem tem em consideração três atributos organizacionais-chave: a equipa de enfermagem, os objetivos da prática e o ambiente de trabalho. Como tal, esta estrutura garante uma compreensão mais profunda dos cuidados de enfermagem nas organizações de saúde.

O modelo proposto pelos referidos autores postula que um modelo de prestação de cuidados de enfermagem é uma configuração específica de três dimensões concetuais (a equipa de enfermagem, os objetivos de atuação do enfermeiro e o ambiente de trabalho de enfermagem) que interagem dinamicamente para influenciar os resultados de enfermagem (saúde e segurança no trabalho dos enfermeiros) e os cuidados prestados aos clientes (qualidade e segurança do atendimento ao cliente) assim como a saúde e satisfação dos enfermeiros. O ambiente de trabalho de enfermagem é medido considerando dois aspetos, o ambiente de prática e a capacidade de inovação (Figura 2).

Figura 2 – Modelo de organização de cuidados de enfermagem



Fonte: Dubois, et al., (2012).

Relativamente à dimensão “equipa de enfermagem” a literatura destaca-a como um parâmetro fundamental na organização do cuidado de enfermagem. Nos hospitais com maior proporção de enfermeiros licenciados, a mortalidade é

significativamente menor, os clientes avaliam os seus cuidados com pontuações mais elevadas e existem menos eventos adversos (Aiken et al., 2017). A equipa de enfermagem está assim intimamente relacionada com os cuidados prestados aos clientes, com a qualidade do ambiente da prática de enfermagem e, subsequentemente, com os resultados (Butler et al., 2019). Neste sentido o enfermeiro gestor deve adequar a equipa de enfermagem às necessidades, promover ações orientadas para o desenvolvimento da equipa e ser um promotor de um espírito inovador entre as equipas.

O "ambiente da prática de enfermagem" é outra dimensão fundamental para caraterizar a organização do cuidado de enfermagem. Para que o enfermeiro gestor possa assegurar a manutenção e melhoria da qualidade dos cuidados prestados terá que considerar a influência do ambiente da prática profissional como fator determinante para uma prestação de cuidados de qualidade (Aiken, Havens & Sloane, 2000; Kutney-Lee et al., 2009; Salmond, Begley, Brennam & Saimbert, 2009). A literatura sobre gestão de recursos humanos sugere que os colaboradores e o seu ambiente de trabalho estão reciprocamente relacionados, cada um influenciando o outro numa interação dinâmica e contínua que afeta a natureza do trabalho e os resultados. Isso significa que a prestação adequada de cuidados de enfermagem não exige apenas investimentos em recursos humanos e decisões relacionadas ao objetivo da prática, mas também a criação de ambientes favoráveis à prática.

Os ambientes da prática inovadora são definidos como aqueles em que os enfermeiros são capacitados e têm acesso às alavancas necessárias para desempenhar novas funções, suavizar as transições do cliente, promover o seu envolvimento nos cuidados de enfermagem e monitorizar o impacto do seu trabalho na qualidade, segurança e custo.

Além dos aspetos que geralmente definem os hospitais, o exame da capacidade inovadora ao nível da unidade permite considerar um conjunto mais amplo de fatores, como o aproveitamento efetivo do papel do enfermeiro, a tecnologia, a ligação com a comunidade, a gestão de resultados e feedback e a centralidade dos clientes no cuidado que deverá ser tido em consideração pelos enfermeiros gestores.

O cuidado centrado no cliente constitui-se como um modelo de gestão de cuidados a considerar por estes, ao salientar as parcerias em saúde entre clientes e profissionais de saúde, reconhecendo as preferências e valores dos clientes, promovendo a flexibilidade na prestação de cuidados de saúde e procurando ir além da tradicional abordagem paternalista dos cuidados de saúde (Delaney, 2017).

A eficácia do cuidado centrado na pessoa como ferramenta para melhorar os cuidados de saúde, foi demonstrada em vários ensaios controlados em diferentes condições, configurações e contextos. Por exemplo, em condições crónicas, como a insuficiência cardíaca, mostrou reduzir o tempo de internamento hospitalar; reduzir a incerteza sobre a doença e tratamento; melhorar a eficiência do processo de alta, diminuir os custos de saúde; reduzir as taxas de re-hospitalização, melhorar a qualidade de vida relacionada com a saúde e melhorar a adesão aos medicamentos (Fors et al., 2019).

O modelo de cuidados centrados na pessoa foi utilizado nos estudos de Fors et al., (2019) e Bellomo (2016). Os cuidados centrados na pessoa são considerados neste modelo como cuidados individualizados, que respeitam a singularidade da pessoa, os seus valores, a sua vontade e o contexto de cuidados, podendo ser realizados à distância com recurso ao telefone. A pessoa tem um papel ativo neste processo, sendo a tomada de decisão partilhada com a própria ou em quem a mesma delegue (McCormack, et al., 2015). Como o processo de tomada de decisão é uma das variáveis que pode ser ativamente influenciada por enfermeiros, os esforços para envolver os clientes na tomada de decisão sobre os seus cuidados devem ser encorajados (Köberich, Feuchtinger, & Farin, 2016).

Desta forma o enfermeiro gestor deve promover a organização dos cuidados, adequando os modelos face às necessidades dos clientes, contribuindo assim para melhorar a segurança e a satisfação dos clientes, face aos cuidados de enfermagem.

Num contexto de prática multidisciplinar e integrada, o enfermeiro gestor concetualiza e operacionaliza o processo de melhoria contínua da qualidade dos serviços, visando a obtenção de elevados padrões de qualidade, de altos níveis da satisfação das necessidades e expetativas dos cidadãos e dos profissionais, garantindo as medidas estruturais que promovem e sustentam uma cultura de gestão pela qualidade total, em que a governação clínica se integra. Este sistema de

gestão desenvolve-se na base de três princípios fundamentais: orientação para o cidadão, melhoria dos processos e envolvimento total (Regulamento n.º 76/2018, 2018).

Em síntese, o enfermeiro gestor, orienta a prática dos cuidados para os resultados a atingir, tendo como foco as pessoas/clientes e/ou comunidade. Nomeadamente, identificando as necessidades e expetativas dos clientes e traduzindo as necessidades identificadas em requisitos quantificados, a avaliar, através de indicadores. Utilizando na sua prática profissional guias orientadores de boas práticas e controlando a melhoria dos processos críticos, através da sua identificação, análise, medição, avaliação e plano de melhoria. Assim como, assegurando o controlo e avaliação dos planos, programas e projetos em desenvolvimento, demonstrando o seu compromisso com a política de qualidade e segurança (Regulamento n.º 76/2018, 2018).

3. CONSULTA TELEFÓNICA DE ENFERMAGEM NA DOENÇA RESPIRATÓRIA

Todas as alterações que afetam o aparelho respiratório, por exemplo a asma, a doença pulmonar obstrutiva crónica, o cancro da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, a pneumonia, a tuberculose, entre outras, constituem as doenças respiratórias. *Respiratory tract diseases* é um termo *MeSH*® cujo conceito é definido como as doenças que envolvem o pulmão.

As doenças respiratórias constituem um importante problema de saúde pública, pelo elevado número de pessoas afetadas, pelo grau de incapacidade que conferem e pela elevada mortalidade (Santos et al., 2017). Sendo, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), a terceira causa de morte em Portugal, com 13276 óbitos em 2018 (INE, 2020). Neste contexto, as projeções de prevalência das doenças pulmonares mostram um aumento nas próximas décadas devido à exposição aos fatores de risco, poluição e tabagismo, e ao envelhecimento da população mundial. As principais queixas relacionadas com o sistema respiratório são: a dispneia, a tosse, a expetoração, as hemoptises, a dor torácica e a rouquidão (Aquino, Fonseca, Lourenço, Leite, & Bettencourt, 2011).

Em Portugal, no ano de 2017, as doenças do aparelho respiratório foram responsáveis por 11,6% da mortalidade total no país (Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, 2018). A importância deste conjunto de doenças tem vindo a evidenciar tendência de aumento (11,7% em 2018), sendo todavia menos expressiva do que no caso dos tumores malignos (INE, 2020). As mortes por tumores malignos representaram 25% do total de óbitos, em 2017, com um aumento de 0,3% em relação a 2016, com destaque para as mortes por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão (INE, 2019).

Relativamente à mortalidade associada à idade, os resultados de 2018, confirmaram impactos crescentes das doenças do aparelho respiratório na mortalidade com o aumento da idade, sobretudo a partir dos 65 anos de idade. No que diz respeito aos tumores malignos, estes afetaram principalmente, o grupo etário dos 45 aos 64 anos, com 45,2% dos óbitos a ocorrer nestas idades (INE, 2020).

Neste sentido, a importância do diagnóstico precoce, com a realização atempada e rigorosa de exames ao cliente com doença respiratória, pode contribuir

para modificar o prognóstico destas doenças. Segundo Sotto-Mayor (2014), o mau prognóstico dos clientes com cancro do pulmão deve-se ao facto do seu diagnóstico se fazer, numa elevada percentagem dos casos, numa fase tardia da história natural da doença.

O diagnóstico de algumas destas doenças é obtido através da realização de procedimentos invasivos diagnósticos e terapêuticos, da área da Pneumologia de Intervenção, nomeadamente, a abordagem dos problemas de via aérea complexa, tal como obstrução benigna ou maligna da via aérea central e a abordagem complexa das doenças pleurais. Os procedimentos diagnósticos e terapêuticos incluem a broncoscopia rígida e flexível, ecoendoscopia respiratória, toracocentese, toracoscopia médica e as respetivas técnicas acessórias, tais como a biópsia brônquica, o escovado brônquico, o lavado broncoalveolar, a punção aspirativa transbrônquica, a colocação/remoção de *stents*, o laser, o argon-plasma, a criobiópsia, a remoção de corpos estranhos, a biópsia aspirativa transtorácica, a biópsia pleural, entre outras (Caetano et al., 2015; Corbetta et al., 2019).

A broncoscopia flexível é um procedimento seguro e frequentemente realizado para avaliação, diagnóstico e tratamento de clientes com doenças respiratórias (Du Rand et al., 2013). Desempenha um papel significativo nas doenças pulmonares, nomeadamente no cancro do pulmão, na patologia do interstício, como é o caso da sarcoidose e da pneumonite por hipersensibilidade, e para diagnosticar a etiologia da infeção quando outros exames são inconclusivos (Du Rand et al., 2013). Além disso, o tratamento do cancro do pulmão, em fase precoce, é o domínio da broncoscopia em clientes sem condição para cirurgia. Nos últimos anos, as técnicas endoscópicas também foram estabelecidas como novas opções terapêuticas, tanto na doença pulmonar obstrutiva crónica avançada, como na asma brônquica não controlada (Gompelmann & Herth, 2016).

Perante estas patologias, as indicações para broncoscopia são inúmeras, tais como, infiltrados pulmonares e massas, alargamento do mediastino, adenopatias mediastínicas, lesões endobrônquicas, hemoptise, tosse, estridor, aspiração terapêutica de secreções (Ninan & Wahidi, 2019), assim como fístulas traqueoesofágicas, que constituem indicações comuns para este procedimento.

Relativamente à frequência das indicações para broncoscopia, um estudo recente concluiu que a indicação com maior percentagem para o procedimento é a

suspeita de infeção ou secreção (42,4% dos casos), seguida de suspeita de neoplasia em 10,8%, sendo que em 5,7% dos clientes, houve mais do que uma indicação para realizar o exame (Costa, Scordamaglio, Suzuki, Palomino, & Jacomelli, 2018).

Atualmente, não só a broncoscopia como também toda a diversidade dos exames invasivos na área da pneumologia de intervenção, tem contribuído para a necessidade crescente do desenvolvimento de competências por parte dos profissionais de saúde nesta área, como garantia da qualidade e segurança dos clientes que delas necessitam. A intervenção de enfermagem ao cliente respiratório, no âmbito da pneumologia de intervenção, requer a mobilização de várias competências por parte do enfermeiro, nomeadamente competências técnicas, relacionais e científicas.

Para garantir a qualidade e segurança dos exames a realizar, é fundamental ter como ponto de partida a consulta de enfermagem. Esta encontra-se definida como uma "intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado" (Portaria nº 163/2013, 2013, p.2496).

Nos dias de hoje, a evolução tecnológica, possibilita aos profissionais o acesso a outras ferramentas no cuidado aos clientes, nomeadamente, a consulta de enfermagem sem a presença do cliente, através da prestação de cuidados à distância. Assim, esta intervenção é facilitada através de um dispositivo móvel, frequentemente utilizado pela maioria da população e de fácil acesso (Ghoulami-Shilsari & Esmaeilpour Bandboni, 2019).

A prática de enfermagem à distância, com a utilização de tecnologias para prestar cuidados e conduzir a prática de enfermagem, é denominada de *telenursing* (Asiri & Househ, 2016). Este conceito é utilizado na terminologia DeCS® - Descritores em Ciências da Saúde, referindo-se à prestação de serviços de enfermagem, através de telecomunicações remotas. Igualmente, a CINAHL® explicita o conceito de *telenursing,* como a prestação de cuidados de enfermagem ou serviços de enfermagem, através do uso de telefones, telemóveis, fax, computadores, entre outros ou através de videoconferência e televisão interativa. *Telenursing* é, já desde 2009, um termo MeSH®, definido como a "entrega de serviços de enfermagem via telecomunicações remotas".

Já no ano de 2009, a Ordem dos Enfermeiros, emitiu um parecer onde consta que a consulta telefónica de enfermagem tem vantagens, nomeadamente a rapidez de resposta, maior acessibilidade do cliente ao enfermeiro e vice-versa, maior equidade no acesso a cuidados e potencial de ganhos em saúde em tempo útil. No entanto, ressalva a importância da validação da informação recebida, como garantia da compreensão e interpretação do que é transmitido através do telefone (OE, 2009). Assim como, quando o aconselhamento aos clientes é efetuado através do telefone, é imperativo avaliar a vontade dos clientes em aderirem às indicações fornecidas (Lake et al., 2017).

Para além disso, a comunicação por telefone, pode constituir-se como um recurso de aproximação e qualidade de atendimento ao cliente/família pela equipa de saúde (Martins & Lopes, 2010). Os clientes podem receber aconselhamento de cuidados sem viagens longas, com alta qualidade e baixo custo de deslocação (Ghoulami-Shilsari & Esmaeilpour Bandboni, 2019). O acompanhamento por telefone é uma estratégia que tem demonstrado maior satisfação do cliente e que possibilita o conhecimento de regimes de medicação, funcionando também como um lembrete de apoio para a adesão à terapêutica (Boucher et al., 2015) contribuindo assim para ajudar a melhorar a saúde e o bem-estar dos clientes (Billington, Coster, Murrells, & Norman, 2015).

Igualmente uma revisão sistemática da literatura identificou 5 estudos que utilizaram o uso do telefone como estratégia educativa, demonstrando benefícios como o fortalecimento do autocuidado e da adesão terapêutica (González-Ruiz, Getial-Mora, Higidio-Miranda, & Hernández-Zambrano, 2020). A adesão ao regime medicamentoso prescrito está associada a aumento de resultados positivos na saúde, na segurança e na qualidade de vida das pessoas. Segundo Henriques (2011, p.142), citando Doggrell (2010), ao “avaliar a adesão em pessoas idosas com doenças crónicas, existe alguma evidência de que os conselhos pelo telefone, realizados pelo enfermeiro ou farmacêutico contribuem para o aumento da adesão a curto e longo prazo”.

Em consonância com estes dados, também na área da diabetes os resultados indicam um melhor controlo da glicose e auto monitorização mais frequente (Kotsani et al., 2018), podendo o acompanhamento por telefone, conduzido por enfermeiros, aumentar a adesão ao programa de tratamento e ter efeitos benéficos sobre a hemoglobina glicosilada (HbA1c) e o índice de massa corporal (IMC), em clientes

analfabetos com 50 anos ou mais com diabetes tipo 2 (Shahsavari & Bakhshandeh Bavarsad, 2020). Do mesmo modo em clientes com esteatose hepática não alcoólica, a intervenção telefónica de enfermagem pode melhorar a autoeficácia e a atividade física (Javanmardifard, Ghodsbin, Kaviani, & Jahanbin, 2017).

Também existe alguma evidência que sugere que a intervenção de enfermagem com recurso ao telefone capacita os clientes a terem acesso a níveis de atendimento de acordo com a gravidade dos seus sintomas, além de permitir que os clientes se envolvam no autocuidado quando apropriado (Gidora et al., 2019). Os resultados de uma meta-análise referente ao resultado das intervenções telefónicas de suporte lideradas por enfermeiras, aos clientes com cancro, concluíram que essas intervenções melhoraram consistentemente os sintomas físicos e o sofrimento emocional, e o autocuidado e a qualidade de vida relacionada à saúde (Suh & Lee, 2017).

Sabendo que esta estratégia de comunicação constituiu uma mais-valia para os clientes, muitos investigadores têm-se dedicado a avaliar o impacto dessas tecnologias na prestação de serviços de saúde e a descrever a experiência dos enfermeiros ao utilizá-la, em detrimento do processo de comunicação (Barbosa, Silva, Silva, & Silva, 2016).

Segundo Greenberg (2009), a prática de enfermagem por telefone, deve identificar as necessidades do cliente e traduzir as informações de saúde com uma linguagem de fácil compreensão para os clientes. Tendo em conta que a interação através do telefone é exclusivamente verbal, as capacidades de comunicação e a competência interpessoal do enfermeiro, são primordiais, neste tipo de intervenção. Tanto a satisfação, quanto a segurança do cliente, dependem da competência de comunicação do enfermeiro (Johnson, 2018). Deste modo, a consulta telefónica de enfermagem, para ser eficaz deve relacionar as competências dos enfermeiros no manuseamento destas ferramentas, com as capacidades de comunicação que se estabelecem com os clientes.

O processo de enfermagem por telefone, segundo o teorizado por Greenberg (2009) é um processo dinâmico e orientado por objetivos, que consiste em três fases: colheita de dados, processamento cognitivo e “output”. Embora geralmente sequenciais, as fases podem ser simultâneas ou recorrentes em resposta às necessidades dos clientes. O enfermeiro no processo de consulta interpreta os

dados que recolhe do processo clínico e do cliente, traduz os dados em informações de saúde, adaptando-os à linguagem dos clientes. Os fatores que podem condicionar este processo são o nível de complexidade, o nível de compreensão do cliente e a necessidade de validação do enfermeiro (Greenberg, 2009). Além disso, a consulta telefónica pode ser proativa ou reativa. Na abordagem proativa, o profissional de saúde inicia uma ou mais chamadas para fornecer suporte e gestão enquanto na abordagem reativa, o contacto é iniciado pelo cliente (Matkin, Ordóñez-Mena, & Hartmann-Boyce, 2019).

Segundo Ferreira & Amendoeira (2015) disponibilizar a informação de saúde ao cliente e realizar educação para a saúde são pressupostos indispensáveis à satisfação da qualidade dos cuidados, à gestão de sintomas e atividades desempenhadas, revelando a importância do papel do enfermeiro nestas áreas. O papel da educação e aconselhamento é eficaz na promoção de autoeficácia e comportamentos de saúde. Já o ensino oferece uma oportunidade para apoiar e melhorar o processo educacional, de modo a mudar o comportamento em saúde acabando por melhorar a qualidade dos cuidados (Ghoulami-Shilsari & Esmaeilpour Bandboni, 2019). A educação do cliente, definida como a informação, aconselhamento e capacitação, tornou-se assim, um campo relevante nos cuidados de enfermagem nos últimos anos (Strupeit et al., 2016).

A educação do cliente antes da broncoscopia, enquanto área autónoma da profissão de enfermagem, é uma intervenção a considerar na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. O fornecimento de informações antes dos procedimentos, nomeadamente em endoscopia, visa permitir que os clientes se preparem para os procedimentos, minimiza o medo e a ansiedade e ajuda os clientes a participar nas decisões de tratamento após-procedimento, contribuindo para uma maior adesão ao tratamento quando este é necessário (Ratanalert et al, 2003; Van Zuuren et al, 2006). Esta ideia é reforçada por outros autores, que afirmam que a informação é uma necessidade real para os clientes, que possibilita respostas adequadas às situações, a participação efetiva na tomada de decisão e a antevisão de perspetivas futuras (Gonçalves, Cerejo, & Martins, 2017).

Também do ponto de vista clínico, o desconhecimento prévio das condições clínicas dos clientes é responsável pelo cancelamento de muitos procedimentos, momentos antes do horário agendado. Isto traduz-se em custos desnecessários e inconveniência para os intervenientes no processo, o aumento de custos do sistema

de saúde, o atraso nos procedimentos e, mais importante, a exposição dos clientes a riscos potenciais desnecessários (Mendes et al., 2013). Assim, um programa de educação do cliente pré-endoscopia aparentemente aumenta a adesão do cliente, diminuindo assim tanto a necessidade de exames repetidos quanto seus custos associados (Abuksis et al., 2001).

No entanto, alguns estudos chamam à atenção para o momento em que a informação é transmitida e o ensino realizado. Nomeadamente, Shepherd et al. (2000) sugerem que a unidade de endoscopia não é o lugar ideal para os clientes receberem novas informações sobre o procedimento a realizar de imediato, uma vez que lhes poderá provocar ansiedade. Em contrapartida, afirmam que os clientes devem receber essas informações antes do dia do procedimento. Também derivado a muitos clientes terem dificuldades na avaliação dos riscos inerentes à broncoscopia, a informação indevida relativamente à abordagem das complicações raras, pode gerar ansiedade desnecessária e desencorajar os clientes a aceitarem procedimentos que lhe são necessários (Uzbeck et al., 2009).

PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

Neste capítulo procura-se clarificar aspetos de natureza metodológica que orientaram o estudo. Inicia-se com a caraterização do contexto onde este decorreu, a identificação da pergunta de investigação e os objetivos. Sucede-se o tipo de estudo, o tempo e local onde este se realizou, a população e a amostra, os critérios de elegibilidade, assim como os procedimentos efetuados para a colheita de dados e as estratégias utilizadas para a análise dos mesmos, concluindo-se com os aspetos éticos inerentes à prática de investigação.

1.1. Contexto do estudo: a Consulta telefónica em pneumologia de intervenção

O estudo decorreu em contexto de Pneumologia de Intervenção, num Hospital Central da região de Lisboa, onde a consulta telefónica de Enfermagem está implementada. A consulta foi criada em 2013 pela equipa de enfermagem, pela necessidade de reduzir o número de exames não realizados por insuficiente informação e não comparência dos clientes aos mesmos. A equipa pretendia, com a implementação desta consulta aumentar o grau de informação dos clientes, melhorar a sua adesão à preparação para o procedimento e contribuir para a celeridade do diagnóstico com a efetividade do exame, com todos os ganhos pessoais e comunitários inerentes aos aspetos acima mencionados. Atualmente, o objetivo geral encontra-se formalmente definido visando melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes, submetidos a exames nesta unidade e aumentar a satisfação dos clientes/pessoas significativas, que a ela recorrem para a realização dos mesmos.

A consulta telefónica funciona em dias úteis, das 9 às 16 horas, com enfermeiros escalados em plano de trabalho para esta intervenção. Todos os enfermeiros estão integrados nesta consulta e esta está alicerçada no processo de enfermagem, enquanto metodologia sistemática, funcionando como um guia orientador para o cuidado centrado no cliente.

A consulta telefónica de enfermagem, em pneumologia de intervenção, inicia-se com a fase preparatória, identificando-se no registo hospitalar, as broncoscopias agendadas, idealmente num período temporal prévio de 6 dias. A antecedência referida foi estabelecida tendo em conta a medicação anticoagulante e/ou antiagregante, que em média necessita de 5 a 7 dias de suspensão. O enfermeiro

estabelece o contacto telefónico com o cliente, apresentando-se pelo nome, categoria profissional, unidade e organização. Informa ainda do motivo da consulta telefónica, solicitando o seu consentimento para o prosseguimento da mesma. Se o cliente não consentir, regista a sua decisão e interrompe a consulta. No caso de o cliente consentir a realização da consulta telefónica, valida se a mesma é oportuna nesse momento. Se não for conveniente, reagenda o contacto numa data acordada com o próprio. Se o cliente consentir e o momento for oportuno, o enfermeiro prossegue a consulta, com a avaliação inicial, recorrendo ao histórico do cliente no processo clínico eletrónico. Esta recolha de informação pode ser efetuada no processo clínico hospitalar e/ou na plataforma de dados de saúde, de modo a que o enfermeiro se possa inteirar de toda a informação pertinente à condução e personalização da consulta telefónica. Esta intervenção tem como principal objetivo dar a conhecer ao profissional o perfil de saúde do cliente, através da análise e seleção de informação relevante para a realização do exame.

Esta consulta telefónica de enfermagem está alicerçada num guião que constitui uma ferramenta de suporte às intervenções, que possibilita a sistematização da informação mais relevante e pertinente a obter, e permite validar o que o cliente sabe, o que deve saber, relembrando e esclarecendo, tirando dúvidas e desmitificando receios acerca dos procedimentos a efetuar, proporcionando um espaço de orientação e de continuidade dos cuidados. O guião está elaborado com o intuito de facilitar a condução da consulta telefónica e foca as condições essenciais para a realização dos procedimentos, nomeadamente, os aspetos relacionados com a adesão, os pré requisitos necessários (preparação e exames complementares de diagnóstico), a explicação do procedimento (breve informação sobre a broncoscopia/tipo de anestesia), a medicação que pode condicionar a realização do exame (antiagregantes e/ou anticoagulantes; antihipertensores; terapêutica inalatória) e os cuidados após exame (tempo de permanência em recobro e necessidade de sair acompanhado), dando espaço e permitindo ao cliente colocar novas questões (Anexo I). Além disso, a consulta permite a articulação com outros profissionais, como a assistente técnica, a equipa médica da unidade, com outros profissionais, nomeadamente, com o médico assistente, permitindo o encaminhamento do cliente sempre que seja identificada essa necessidade.

Nesta consulta é utilizada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), como sistema de classificação para a construção de

diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Após a consulta de enfermagem, o enfermeiro determina quais os diagnósticos a considerar de acordo com a avaliação realizada. Por exemplo, ao serem identificados os diagnósticos de enfermagem, “conhecimento sobre saúde diminuído” e “risco de não adesão”, o enfermeiro pode intervir nos mesmos, sempre que se justifique. É também um instrumento de mensuração dos diagnósticos finalizados, por se encontrarem resolvidos.

Outra das fases do processo de enfermagem, é a fase de planeamento, que decorre do estabelecimento de prioridades e da definição do plano de cuidados ao cliente, este tem como objetivo o planeamento das intervenções. A fase de implementação tem como objetivo a realização das intervenções de enfermagem, dirigidas às necessidades identificadas e após validado com o cliente.

A fase de avaliação das intervenções realizadas, pode concluir a intervenção, por outro lado, dar lugar à reformulação dos cuidados de enfermagem e atualização dos diagnósticos (Potter & Perry, 2017). A avaliação dos resultados das intervenções realizadas durante a consulta telefónica**,** é efetuada no dia do exame, com a identificação do conhecimento que o cliente possui acerca do procedimento, a validação do cumprimento dos pré requisitos e indicações transmitidas que se encontram registadas na consulta.

O processo de consulta é finalizado com a documentação dos cuidados de enfermagem, sendo o registo de todas as suas fases indissociável ao processo de Enfermagem. Neste sentido, os registos da consulta telefónica são efetuados em processo eletrónico, utilizando a linguagem CIPE®, proporcionando deste modo, a continuidade de cuidados e a partilha de informação entre a equipa multidisciplinar. A linguagem CIPE® facilita, aos enfermeiros, a documentação padronizada dos cuidados prestados aos clientes. Por conseguinte, os dados e a informação de Enfermagem, podem ser utilizados para o planeamento e gestão dos cuidados de Enfermagem e para a análise dos resultados dos clientes (ICN, 2008).

Em suma, a consulta telefónica constitui um suporte importante à realização dos exames, sendo uma fonte insubstituível de informação que possibilita um conhecimento mais profundo da história do cliente, minimizando consideravelmente, alguns fatores que impossibilitam a realização dos vários procedimentos.

1.2. Pergunta de investigação e objetivos

A pergunta de investigação que norteou esta dissertação foi: "**Quais as intervenções na consulta telefónica de enfermagem, ao cliente adulto, com agendamento de broncoscopia, numa unidade de pneumologia de intervenção?"**

Este estudo teve como **objetivo geral**: Caraterizar uma consulta telefónica de enfermagem em pneumologia de intervenção.

Relativamente aos **objetivos específicos**, definiram-se:

- Analisar os diagnósticos e as intervenções de enfermagem mais frequentes de uma consulta telefónica, em pneumologia de intervenção;
- Descrever as intervenções de enfermagem, numa consulta telefónica, em pneumologia de intervenção;
- Conhecer a percentagem de clientes, com "conhecimento sobre a saúde diminuído" pré e após intervenção, numa consulta telefónica, em pneumologia de intervenção;
- Avaliar a frequência de clientes com modificação positiva no estado do diagnóstico "risco de não adesão" após consulta telefónica de enfermagem, em pneumologia de intervenção.

1.3. Tipo de estudo

Para concretizar os objetivos referidos anteriormente, foi realizado um estudo descritivo, observacional, transversal, retrospetivo de abordagem quantitativa.

Os estudos quantitativos do tipo descritivo fornecem um retrato preciso do que existe, determinam a frequência com que algo ocorre e categorizam as informações. A pesquisa descritiva quantitativa gera estatísticas que descrevem a prevalência das suas variáveis, como percentagens, proporções, frequências, faixas, médias e desvios-padrão (Gray, Grove, & Sutherland, 2017).

Dada a ausência de manipulação dos registos da consulta telefónica por parte do investigador o estudo é observacional uma vez que pretendeu estudar a situação como ela se apresenta na realidade, com vista a destacar as características de uma população, de compreender fenómenos ainda mal explicados ou conceitos pouco estudados (Fortin, 2009). Segundo a estratégia de observação é transversal porque

o investigador retratou a consulta telefónica de enfermagem, registando os dados sem manipular ou interferir, num determinado período temporal.

Relativamente à dimensão temporal o estudo é retrospetivo uma vez que faz referência a dados do passado e está, em grande parte relacionado com estudos não intervencionistas, que utilizam para pesquisa dados arquivados em bancos de dados eletrónicos (Gray et al., 2017).

1.4. Tempo e local do estudo

O estudo foi realizado de setembro de 2019 a março de 2021 e a colheita de dados decorreu de 20 de agosto a 30 de setembro de 2020. Recorrendo aos registos, do ano civil de 2018, do processo eletrónico de enfermagem através de um *software* informático próprio, na consulta de enfermagem numa UPI, de um centro hospitalar, como método de recolha de dados. Os dados recolhidos foram transcritos para uma base de dados, construída pelo autor, em folha de cálculo do *Microsoft Office Excel 2013*®.

1.5. População e Amostra

A população é um determinado grupo de pessoas ou tipo de elemento, que é o foco da pesquisa e que, neste estudo, foi constituída por todas as consultas telefónicas de enfermagem, registadas, no período temporal de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2018.

Já a população-alvo é todo o conjunto de indivíduos ou elementos que atendem aos critérios de amostragem, também chamados de critérios de elegibilidade e incluem uma lista de características essenciais para associação ou elegibilidade na população-alvo (Gray et al., 2017).

Assim, a amostra foi constituída por todas as consultas telefónicas de enfermagem registadas a clientes que cumpriram os critérios de inclusão e exclusão definidos, a saber.

Critérios de inclusão:

-Clientes maiores de 18 anos;

-Clientes com agendamento de broncoscopia na UPI;

-Clientes com consulta telefónica (ao próprio) de enfermagem na UPI, em 2018;

Critérios de exclusão:

-Consultas telefónicas realizadas a clientes com broncoscopia programada, para realização fora da unidade, nomeadamente no bloco operatório ou em outros serviços;

-Consultas parcialmente realizadas ao cliente e adicionalmente à pessoa significativa;

-Consultas telefónicas realizadas à pessoa significativa do cliente.

1.6. Definição das variáveis em estudo

As variáveis definidas para o estudo foram constituídas pelas variáveis de caraterização da amostra e pelas variáveis de caraterização da consulta telefónica que se apresentam de seguida:

Tipo de exame: Broncoscopia

Tempo entre a consulta telefónica e o agendamento do exame: em dias. Esta variável foi definida como a diferença entre a data da consulta telefónica e a data do agendamento do exame.

Género: Masculino ou Feminino.

Idade: expressa em anos. Esta variável foi definida como a diferença entre a data do nascimento e 31/12/2018.

Broncoscopia prévia: Primeira vez que realiza o exame? Variável dicotómica (Sim/Não).

Conhecimento acerca do exame? Variável dicotómica (Sim/Não).

Se sim, o cliente refere: 3 parâmetros:

- Utilização de um aparelho (fibroscópio): avaliação do conhecimento relativo ao tipo de equipamento utilizado, utilização de um tubo fino e flexível, denominado fibroscópio, que possui na sua extremidade uma luz e uma câmara que permite a captura de imagens, em fotografia ou vídeo, durante a realização do procedimento;

- Via de abordagem (nasal/oral): avaliando o conhecimento que o cliente possui relativamente ao local anatómico que é utilizado como acesso para a realização do procedimento;

- Visualização da árvore brônquica/pulmão: referente ao conhecimento relativo ao órgão estudado (pulmão/árvore respiratória) e ao objetivo da realização do exame, nomeadamente a colheita de espécimes para análise e a realização de biópsias.

Não refere nenhum parâmetro ou refere 1 a 2 parâmetros.

Medicação que interfere na realização do exame: Variável dicotómica (Sim/Não).

Se sim, especificar se o cliente faz anticoagulantes e/ou antiagregantes, antihipertensores ou inaladores

Diagnósticos de enfermagem: em linguagem CIPE® identificados nos registos de enfermagem.

Intervenções de enfermagem: Variável dicotómica (Sim/Não). Se sim, especificar quais?

- Procedimento (anestesia e técnica de realização)
- "Pré-requisitos/Preparação" (jejum; exames complementares de diagnóstico)
- Gestão medicamentosa (anticoagulantes e/ou antiagregantes, antihipertensores ou inaladores)
- Cuidados após exame (recobro de 2h na unidade e a necessidade de acompanhante no momento da alta)

Articulação com outros profissionais: Variável dicotómica (Sim/Não) Se sim, especificar quais?

Encaminhamento para outros profissionais: Variável dicotómica (Sim/Não) Se sim, especificar quais?

Cumprimento de indicações: Variável dicotómica (Sim/Não)

Conhecimento no dia do exame: Variável dicotómica (Sim/Não).

Exame realizado: Variável dicotómica (Sim/Não). Se não, motivo da não realização?

A recolha de dados foi elaborada pelo investigador, recorrendo a uma folha de cálculo do *Microsoft Office Excel 2013*®. A base de dados foi construída com as variáveis supra mencionadas, com preenchimento numérico.

1.7. Procedimentos de recolha e tratamento de dados

Os dados foram obtidos, recorrendo aos registos do processo eletrónico de enfermagem através de um *software* informático próprio do centro hospitalar, foram codificados e introduzidos numa base de dados, elaborada pelo autor, construída em folha de cálculo do *Microsoft Office Excel 2013*®.

O tratamento de dados e a análise estatística foi efetuada com recurso ao programa *Microsoft Office Excel 2013*®, utilizaram-se medidas de estatística descritiva: frequência, percentagem, média, moda, mediana, desvio padrão (DP) mínimo e máximo.

1.8. Procedimentos éticos

A investigação deve ser alicerçada no respeito dos direitos humanos e no respeito da declaração de Helsínquia. Nas investigações científicas emerge a necessidade de atender aos seguintes princípios: obtenção do consentimento informado dos participantes, respeito pelos grupos vulneráveis, respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, respeito pela justiça e pela equidade, equilíbrio entre vantagens e inconvenientes devendo estes serem reduzidos e as vantagens serem otimizadas (Gray et al., 2017).

Foram assegurados os princípios éticos inerentes a qualquer estudo de investigação ao longo de todo o processo.

> "O olhar da ética na investigação abrange todas as etapas do processo de investigação, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios estabelecidos. Do princípio ao fim do estudo, desde a pertinência do problema à validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento, da escolha da metodologia adequada aos instrumentos e processos de colheita de dados, da existência de resultados anteriores às regras de publicação e divulgação dos resultados" (Nunes, 2013, p.5).

Para a realização deste estudo, no que concerne à obtenção das autorizações ético-legais, foi solicitada e obtida autorização da Sra. Enfermeira Diretora (Anexo II) e da Sra. Diretora do Departamento de Pneumologia.

Posteriormente foi solicitado e obtido o parecer positivo da Comissão de Ética do Centro Hospitalar onde se realizou o estudo (Anexo III).

A Comissão de Ética tem a responsabilidade de “avaliar se os projetos de investigação que lhe são submetidos respeitam os direitos humanos. São geralmente constituídos por equipas multidisciplinares que têm a competência e a independência necessárias para avaliar a ética dos projetos de investigação” (Fortin, 2009, p.199).

Será garantido o anonimato do local de realização do estudo e a confidencialidade dos participantes incluídos na investigação. Os dados serão unicamente utilizados na realização deste trabalho académico e a base de dados construída apresentará dados codificados que será guardada no computador da investigadora com código de acesso. Há o compromisso de destruição dos dados ao fim de 5 anos de realização do estudo.

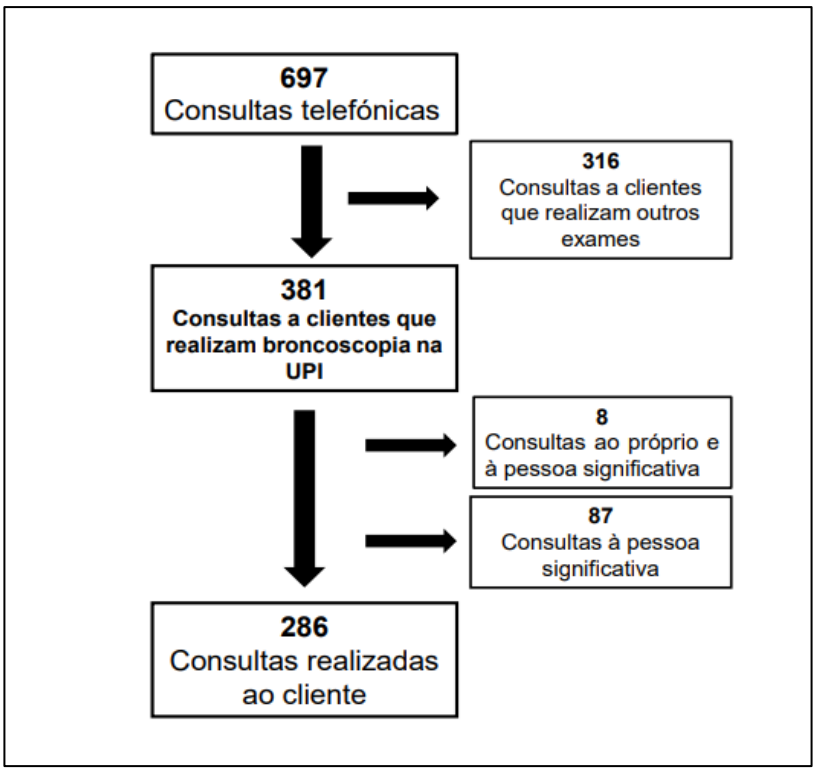
2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A fim de demonstrar os resultados alcançados na investigação, este capítulo pretende ilustrar os dados estudados, recorrendo à análise estatística descritiva. De modo a sintetizar e organizar a informação, foram utilizados tabelas, gráficos e um diagrama, ordenados de acordo com os objetivos do estudo, com a finalidade de representar os resultados obtidos.

No período estudado, o ano de 2018, foram analisados 697 registos de consultas telefónicas de enfermagem, realizadas a clientes com exames agendados na unidade. Destes 286 registos, correspondem a consultas telefónicas de enfermagem efetuadas ao próprio, sobre broncoscopia a realizar na Unidade de Pneumologia de Intervenção, cumprindo os critérios de inclusão definidos.

No diagrama representado na figura 3, está explanado o número de consultas analisadas, representando a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e objetivando-se o número efetivo de consultas telefónicas de enfermagem incluídas na presente investigação.

Figura 3 – Diagrama da seleção da amostra de acordo com critérios de inclusão/exclusão



De seguida, apresentam-se os resultados apurados, agregados em cinco categorias: Caraterização temporal; Caraterização demográfica dos clientes;

Caraterização da situação/conhecimento do cliente face ao exame; Diagnósticos e intervenções de enfermagem; Caraterização pós consulta telefónica.

Caraterização temporal

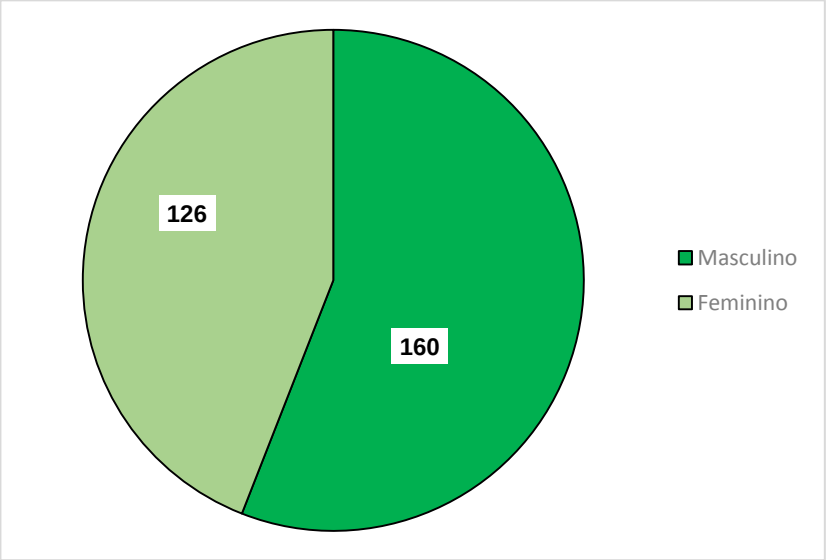
Esta categoria apresenta os resultados relativos ao tempo (em dias), que dista entre a realização da consulta telefónica de enfermagem e o agendamento do exame. Tendo-se verificado que o tempo médio em dias entre a consulta telefónica e o agendamento do exame foi de 4,78 dias [DP=2,43], mediana de 5 dias, com tempo mínimo de 0 dias e tempo máximo de 11 dias. Das 286 consultas estudadas, 206 (72,03%) foram realizadas até 6 dias antes do agendamento do exame e 80 (27,97%) com antecedência de 7 ou mais dias.

Caraterização Demográfica dos Clientes

A caraterização demográfica dos clientes foi analisada relativamente ao género e à idade.

Quanto à distribuição da amostra de registos de clientes por **género,** 160 (55,94%) corresponderam a consultas a clientes do género masculino e 126 (44,05%) a consultas a clientes do género feminino, conforme se pode visualizar no gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição dos clientes por género



No que diz respeito à estrutura etária constatou-se que as idades variaram entre os 25 e os 92 anos, sendo a moda e a mediana de 67 anos e a média de 63,7 [DP=12,65]. A distribuição por classe etária pode ser visualizada na tabela 1 verificando-se que a classe modal que representa quase metade da amostra

(44,1%) se situa entre os 66 e os 80 anos. Constatou-se ainda, que somente 15% da amostra tinha menos de 50 anos.

Tabela 1 – Distribuição dos clientes por classe etária

Classe etária (anos)	Frequência	Percentagem
<35	6	2,1%
35-50	37	12,9%
51-65	100	35%
66-80	126	44,1%
> 80	17	5,9%

Verificou-se que a maioria dos clientes pertencia ao género masculino (55,94%), com uma **idade** média de 65,60 [DP=12,28] anos. Os clientes do género masculino apresentavam uma idade mínima de 25 e máxima de 92 anos e os do género feminino, apresentavam uma idade mínima de 25 e máxima de 81 anos, com uma idade média de 61,31 [DP=12,71] anos.

Caraterização da situação/conhecimento do cliente face ao Exame

Nesta categoria apresentam-se os dados relativos à situação do cliente face ao exame, nomeadamente a realização prévia de broncoscopia, qual o conhecimento que o cliente detém relativamente ao procedimento e qual a medicação habitual que pode condicionar o exame.

Quanto à realização de **broncoscopia prévia**, do total de registos de consultas analisados (n=286), constatou-se que 170 (59,44%) referiam-se a clientes que realizavam a broncoscopia pela primeira vez conforme representado na Tabela 2. Nos restantes registos, 113 clientes (39,51%), já haviam realizado o exame anteriormente. Os registos não permitiram apurar quantas vezes o fizeram nem qual a sua experiência vivida.

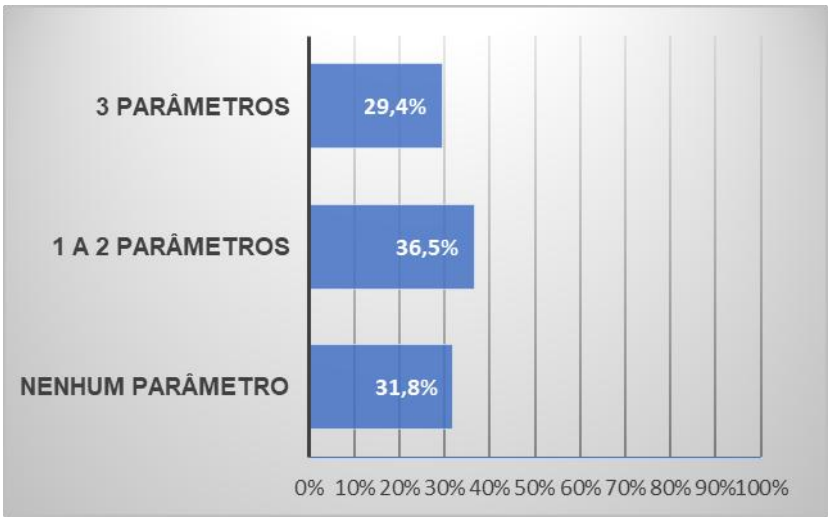
Tabela 2 – Distribuição dos clientes face a broncoscopia prévia

Broncoscopia prévia	Frequência	Percentagem
Sim	113	39,51%
Não	170	59,44%
Não respondeu	3	1,05%

Relativamente ao **conhecimento acerca do exame**, para estudar esta variável, como opção decidiu-se analisar somente os registos referentes a clientes que realizavam o exame pela primeira vez (n=170). Tendo-se identificado

conhecimento deficitário em 116 (68,23%) registos de consultas. O conhecimento dos clientes em relação ao procedimento foi analisado de acordo com os seguintes parâmetros: utilização de um aparelho (fibroscópio), via de abordagem (nasal/oral) e visualização da árvore brônquica/pulmão. Verificou-se que 54 (31,76%) não referiram nenhum parâmetro, 62 (36,47%) referiram apenas um ou dois parâmetros e, por último, 50 (29,41%) verbalizaram os três parâmetros. Estes dados podem ser visualizados no gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição do conhecimento relativamente ao exame



No que concerne à **medicação que interfere na realização do exame**, 114 (67,06%) registos indicavam que os clientes estavam medicados com terapêutica que poderia condicionar a execução do exame, dos quais, 39 (22,94%) estavam medicados com antiagregantes e/ou anticoagulantes, 76 (44,71%) com antihipertensores, 48 (28,24%) com inaladores e 21 (12,35%) com associação de antihipertensores e terapêutica inalatória.

Diagnósticos e intervenções de enfermagem

Esta categoria apresenta os resultados relativos aos diagnósticos e intervenções de enfermagem, identificados nos registos da consulta telefónica.

Relativamente aos **diagnósticos de enfermagem**, registados de forma sistematizada em linguagem CIPE®, apenas se identificou o registo do diagnóstico “risco de não adesão”. Este diagnóstico foi encontrado na totalidade (100%) dos registos analisados. Em nenhum registo foi estabelecido o diagnóstico de “conhecimento sobre a saúde diminuído”, ou de “não adesão atual”.

As **intervenções de enfermagem identificadas**, nos registos da consulta telefónica de forma sistematizada, foram “explicar sobre técnica” e “executar contacto por telefone para continuidade de cuidados”. Esta segunda intervenção foi identificada como a mais frequente (100%) e em todos os registos estava registado o alvo da intervenção, a origem do contacto, o motivo e a restante informação era remetida para notas livres de enfermagem.

No que se refere ao registo das intervenções de enfermagem em notas livres, as consultas telefónicas de enfermagem a clientes que realizavam o exame pela primeira vez (n=170), existia referência a 411 intervenções, distribuídas da seguinte forma:

Procedimento

- Intervenções relativas ao procedimento, tipo de anestesia e técnica a realizar, registadas em 108 (63,53%) consultas;

“Pré-requisitos/preparação”

- Intervenções sobre a preparação, necessidade de jejum e exames complementares de diagnóstico, identificadas em 112 (65,88%) consultas;

Gestão medicamentosa

- Intervenções relativas à gestão do regime medicamentoso, mencionadas em 107 (62,94%) consultas;

Cuidados após exame

- Intervenções relativas aos cuidados após exame, nomeadamente tempo de permanência no recobro e necessidade de acompanhamento na alta da unidade, identificadas em 64 (37,65%) consultas;

Articulação com outros profissionais

- As intervenções de articulação dos enfermeiros com outros profissionais, nomeadamente assistente técnica e médicos da unidade, foram identificados em 9 (5,29%) registos de consultas.

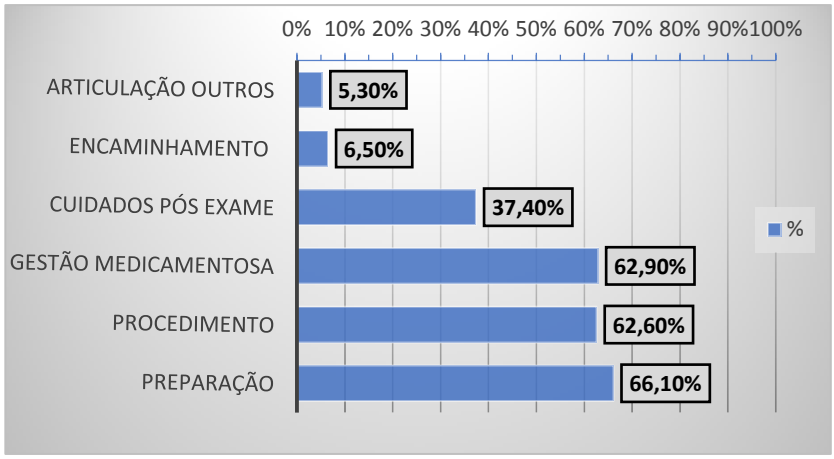
Encaminhamento para outros profissionais

- Da análise dos registos, verificou-se que 11 (6,47%) clientes foram encaminhados para o médico assistente para gestão de terapêutica

antiagregante e/ou anticoagulante, tendo 9 (5,29%) clientes realizado o exame na data prevista e sem risco de complicações.

O gráfico seguinte representa as intervenções de enfermagem mencionadas anteriormente, organizando-as em categorias para facilitar a compreensão da sua frequência (Gráfico 3). As categorias foram estabelecidas de acordo com o guião da consulta telefónica, no que se refere à preparação, procedimento, gestão medicamentosa e cuidados após exame. O encaminhamento e a articulação com outros profissionais foram baseados nos elementos existentes no aplicativo informático de registo.

Gráfico 3 – Distribuição intervenções enfermagem

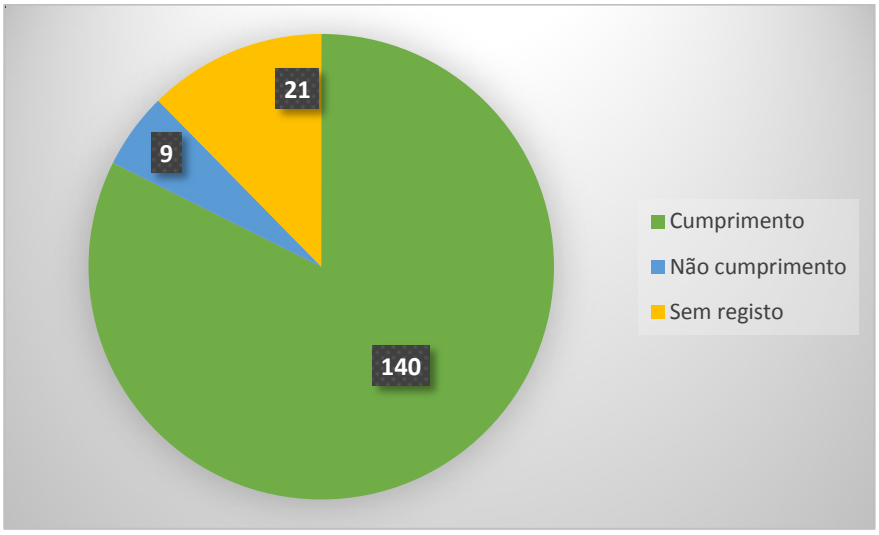


Caraterização pós consulta telefónica

Esta categoria apresenta os resultados expressos nos registos relativamente a quatro variáveis: exame realizado, motivos da sua não realização, cumprimento das indicações facultadas pelos enfermeiros durante a consulta telefónica e o conhecimento do cliente no dia do exame. No que diz respeito à análise do cumprimento das indicações dos enfermeiros e ao conhecimento, o autor optou por analisar os clientes que faziam a broncoscopia pela primeira vez.

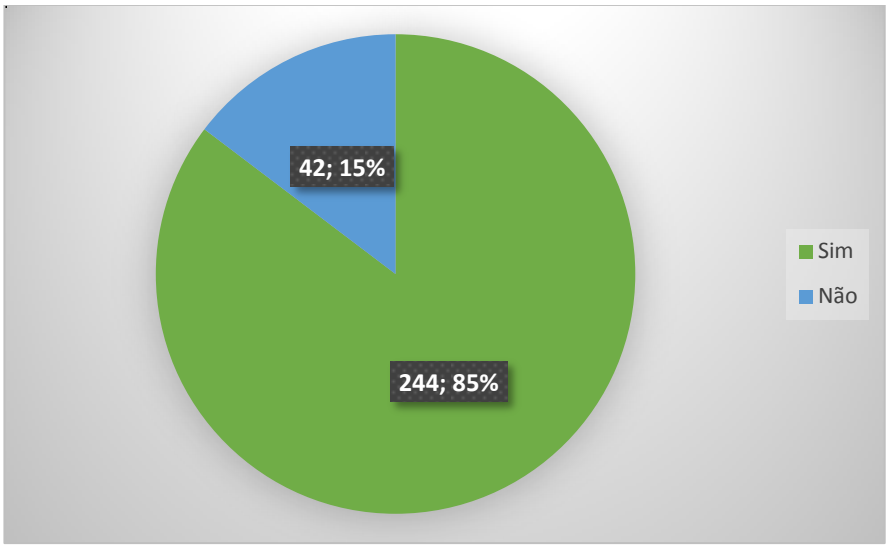
No que se refere ao **cumprimento das indicações** dos enfermeiros, num universo de 170 registos de consultas a clientes que realizavam o procedimento pela primeira vez, identificou-se que 140 (82,35%) cumpriram as indicações na globalidade, e 9 (5,29%) registos de clientes que não cumpriram as indicações relativas à toma da terapêutica anti hipertensora e inalatória. Em 21 (12,35%) clientes não havia registo do cumprimento das indicações. Conforme se pode visualizar no gráfico 4.

Gráfico 4 – Distribuição relativa ao cumprimento das indicações



Por último, relativamente à **realização do exame**, conforme se pode visualizar no gráfico 5, da análise dos 286 registos de consultas, 244 (85,31%) clientes realizaram exame e 42 (14,69%) clientes não realizaram.

Gráfico 5 – Distribuição relativa à realização do exame

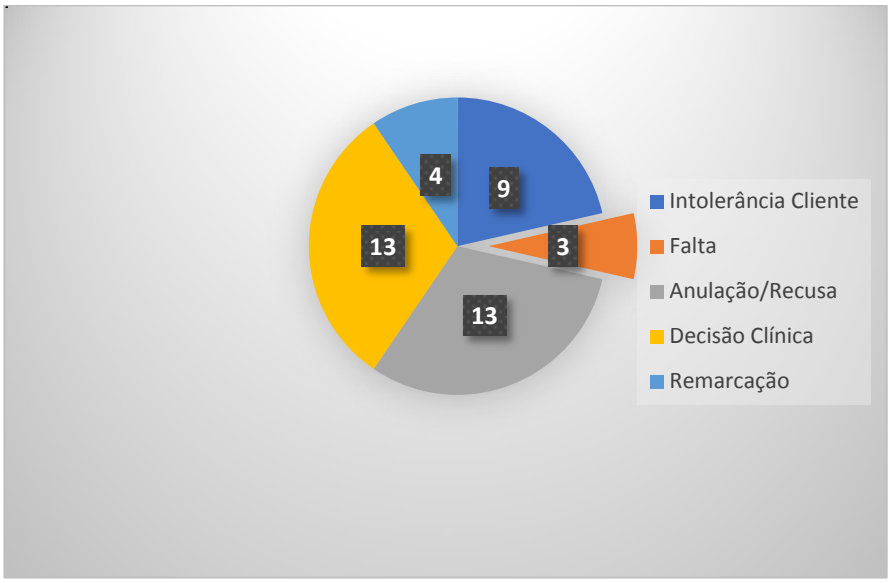


Os motivos da não realização do exame, foram obtidos após a análise dos 42 (14,69%) registos de consultas a clientes que não realizaram a broncoscopia, os motivos da sua não realização encontram-se distribuídos por ordem de frequência, conforme se pode visualizar no gráfico seguinte (Gráfico 6):

- Anulação/recusa do cliente face ao exame, em 13 registos;
- Decisão clínica, em 13 registos;
- Intolerância do cliente face ao exame, em 9 registos de consulta;
- Remarcação do procedimento, em 4 registos;

- Falta do cliente ao exame, em 3 registos.

Gráfico 6 – Motivos da não realização do exame



O conhecimento no dia do exame, após intervenção consulta telefónica, foi identificado através dos registos de enfermagem no dia da broncoscopia, a clientes que realizavam o exame pela primeira vez (n=170), tendo-se verificado que apenas 44 (25,88%) dos registos faziam referência a este parâmetro. Estes registos continham somente a nota "tem conhecimento do exame" e 105 (61,76%) registos encontravam-se omissos em relação a esta variável.

Relativamente ao estado do diagnóstico "risco de não adesão" do total da amostra (n=286), em 233 (81,47%) clientes, verificou-se **modificação positiva no estado do diagnóstico,** após a intervenção "consulta telefónica de enfermagem" por cumprimento das indicações. Em 42 (14,69%) os registos não permitem discernir se houve ou não modificação do estado do diagnóstico e aos restantes 11 (3,85%) clientes, o diagnóstico de "não adesão atual", por incumprimento das indicações dos enfermeiros, relativas à toma da terapêutica anti hipertensora e inalatória, não se encontrou registado. Igualmente não se encontraram registos de fatores justificativos de "não adesão".

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo teve como principal objetivo caraterizar a consulta telefónica de enfermagem em pneumologia de intervenção, no que respeita às caraterísticas demográficas da amostra, a análise dos diagnósticos e intervenções de enfermagem mais frequentes e a descrição das intervenções de enfermagem, assim como os resultados das mesmas.

Segundo a OE (2021a), a teleconsulta de enfermagem é uma consulta não presencial, síncrona ou assíncrona, que se oferece como um recurso de proximidade a otimizar, garantindo a acessibilidade e proximidade aos clientes, com o objetivo de responder às necessidades em cuidados de enfermagem. Deve, no entanto, respeitar a relação profissional de saúde-cliente, mantendo a confiança mútua, a autonomia do cliente, a independência de opinião do profissional e a confidencialidade (OE, 2021b). Neste sentido, é assegurado que o cliente submetido a consulta telefónica está consciente e manifesta o seu acordo com a mesma, que é obrigatório, ficando apenso ao processo clínico, o seu consentimento informado (OE, 2021a).

A consulta telefónica de enfermagem em análise, assenta num guião estruturado, mas em simultâneo flexível. A forma como este guião é aplicado, permite ao enfermeiro alterar a sua sequência para obter maior quantidade de informação e adaptar ao nível da compreensão do cliente entrevistado. Phaneuf (2005) identifica como importante, a clareza, a simplicidade, a brevidade, a objetividade da mensagem e a flexibilidade, de modo a poder ser adaptada à situação que se vivencia durante a interação. Para a sistematização da interação, outros autores salientam que no processo de seleção de informação e na tomada de decisão do enfermeiro, a utilização de guias de orientação da intervenção através do telefone e de protocolos é essencial (Rice, 2004).

Em contexto de consulta telefónica, centrada no cliente, o treino de competências tem o seu principal enfoque na comunicação, com a capacidade do enfermeiro em estabelecer uma escuta ativa, de modo a conseguir estruturar a intervenção (Purc-Stephenson & Thrasher, 2012). Segundo Kaminsky et al., (2020), os desafios expressos, por enfermeiros que fazem teleconsulta, a clientes com doença respiratória, foram igualmente relacionados com a importância da comunicação. Comunicar para obter as informações relevantes do cliente, para fazer

avaliações corretas, para diferenciar problemas inofensivos de graves e para gerir as expetativas do cliente (Kaminsky et al., 2020). O enfermeiro neste contexto deve igualmente avaliar cuidadosamente a informação recebida, só podendo emitir recomendações ou tomar decisões se a informação recebida for suficiente, adequada e relevante (OE, 2021a).

Relativamente à distribuição demográfica, a amostra que foi alvo de consulta telefónica é, maioritariamente masculina e a média de idades neste género é de 65,6 anos. Constata-se que os dados encontrados, estão consonantes com a literatura, que segundo Costa et al., (2018), num estudo observacional descritivo em que se analisaram 1949 broncoscopias, a média de idade dos clientes foi de 57,7 anos, com prevalência do género masculino (56,4%).

No que diz respeito à idade dos clientes a quem foi realizada consulta telefónica, verificou-se que a média de idades é superior a 60 anos, em ambos os géneros. Sendo a broncoscopia um método de diagnóstico de cancro do pulmão, podemos considerar que os dados encontrados se enquadram com os do registo oncológico nacional, em que a incidência do carcinoma do pulmão aumenta com a idade, ocorrendo 75% dos casos depois dos 60 anos (Registo Oncológico Nacional, s.d). Em 2017, cerca de 68% dos óbitos por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão, ocorreram acima dos 65 e mais anos, e cerca de 38% dos óbitos acima dos 75 e mais anos. Por género a relação de masculinidade ao óbito por esta causa foi de 322,3 óbitos masculinos por cada 100 femininos (INE, 2019). As doenças do aparelho respiratório têm um impacto semelhante em termos da mortalidade relativa dos dois sexos, representando 12,1% dos óbitos masculinos e 11,4% dos óbitos femininos (INE,2020).

O processo de Enfermagem engloba 5 etapas interdependentes e interrelacionadas, sendo elas a avaliação inicial, o diagnóstico de Enfermagem, o planeamento, a implementação e a avaliação, que estabelece e facilita a relação enfermeiro-cliente e dá segurança à tomada de decisão nos cuidados de enfermagem (Potter & Perry, 2017). A implementação deste processo, em ambientes clínicos, melhora a qualidade dos cuidados de enfermagem, aumenta o nível de conhecimento dos enfermeiros e melhora a qualidade da documentação (Lotfi et al., 2020).

No que concerne aos diagnósticos, de acordo com a CIPE®, um diagnóstico de enfermagem é um atributo conferido por um enfermeiro que toma uma decisão acerca do cliente após a avaliação (ICN, 2008). Assim, constatou-se que o diagnóstico mais frequente, e o único diagnóstico de enfermagem registado de forma sistematizada em linguagem CIPE® no presente estudo diz respeito ao "risco de não adesão". Segundo a CIPE®, a adesão é definida como a medida em que o comportamento do cliente é concordante com as recomendações do prestador de cuidados. Os enfermeiros estão numa posição privilegiada para avaliar, diagnosticar, intervir e avaliar os resultados nas questões relacionadas com a adesão. No entanto, estes profissionais deverão estar igualmente atentos para a identificação dos fatores que afetam a adesão. Por exemplo, um baixo estatuto socioeconómico, o analfabetismo e o baixo nível educacional, a distância dos centros de tratamento, o custo elevado do transporte ou da medicação, as características da doença, os fatores relacionados com a terapêutica, nomeadamente a sua complexidade, duração do tratamento e os efeitos secundários e as crenças culturais acerca da doença e do tratamento (ICN, 2008). A adesão do cliente é um resultado importante do aconselhamento telefónico e ajuda a demonstrar a eficácia desta intervenção. Segundo Purc-Stephenson & Trasher (2012) a adesão do cliente é menor quando o regime de tratamento é complexo e quando o mesmo tem dificuldade em compreender as instruções clínicas, sem a orientação de um profissional de saúde.

Relativamente ao diagnóstico "risco de não adesão", este estudo identificou esse diagnóstico em 100% dos clientes, no entanto, após a intervenção apenas se identificou que 1,05% não compareceu à realização do exame sem justificação identificada pelo que se pressupõe que a esta percentagem de clientes deveria ter sido identificado o diagnóstico de "não adesão atual". No entanto, este diagnóstico não se encontrou registado, devido ao facto do sistema informático só permitir registos após presença dos clientes. Do ponto de vista de gestão, a falta de comparência, representa um desafio para o uso eficiente de recursos e pode, em última análise, afetar os resultados de saúde devido a tempos de espera mais longos (Blæhr, Kristensen, Væggemose, & Søgaard, 2016). Neste sentido, e em concordância com a literatura, percebeu-se que a consulta telefónica de enfermagem, parece ser decisiva quer na adesão dos clientes às indicações dos profissionais, tendo-se registado 82,35% de cumprimento, da globalidade das orientações da consulta telefónica, quer na assiduidade dos clientes com 98,95% a comparecerem ao exame a realizar. Torna-se assim importante, identificar

previamente, os constrangimentos ao atendimento, recorrendo a uma educação prática e eficiente (Haas et al., 2018).

No que se refere ao conhecimento, este é definido segundo a CIPE®, como o conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, aptidões aprendidas, no conhecimento e reconhecimento da informação. No que concerne ao conhecimento sobre a saúde este é definido como a capacidade do cliente reconhecer sinais e sintomas de doença e de partilhar a informação com as pessoas significativas, estar ciente dos problemas de saúde comuns, reconhecer práticas saudáveis e serviços de saúde disponíveis (ICN, 2008). No que respeita ao conhecimento sobre saúde que o cliente refere aquando da consulta, apesar de neste estudo não ter sido encontrado o registo do diagnóstico de enfermagem "conhecimento sobre a saúde diminuído", as intervenções explanadas em notas livres, demonstram que este diagnóstico poderia ter estado presente, uma vez que foram identificados 116 (68,23%) registos de consultas a clientes que realizam o exame pela primeira vez (n=170) que identificam conhecimento deficitário em vários parâmetros. Neste sentido denota-se uma preocupação por parte dos enfermeiros sobre a avaliação de conhecimentos sobre a saúde neste contexto, apesar de não sistematizarem o diagnóstico de enfermagem em causa. Neste âmbito é de relevar que um estudo quasi-experimental com 524 clientes identificou igualmente conhecimento inadequado em 68,7% de clientes propostos para exame colpocitológico. As intervenções comportamentais e educativas realizadas pelo enfermeiro por telefone foram eficazes na adesão das mulheres ao exame e no aumento do conhecimento das mesmas (Lima et al., 2017).

Relativamente às intervenções identificadas, de forma sistematizada, encontrou-se o registo das intervenções "explicar sobre técnica" e "executar contacto telefónico para continuidade de cuidados". Segundo a linguagem classificada CIPE®, o conceito de explicar é informar tornando alguma coisa compreensível e/ou clara para alguém (ICN, 2008). Além disso, explicar sobre qualquer procedimento ou tratamento deve considerar a capacidade do cliente em entender as informações que lhe são transmitidas (Jewitt et al., 2016).

Seguidamente, em texto livre, as intervenções mais frequentemente identificadas estão relacionadas com a educação ao cliente, entendida como a informação e aconselhamento acerca da "preparação/pré requisitos" para o exame, intervenções relativas ao ensino sobre o procedimento e as intervenções relativas à

gestão da terapêutica. Segundo King et al. (2014), para se maximizar a aprendizagem a informação precisa de ser compartilhada com os clientes em várias fases ou na continuidade de cuidados usando diferentes formatos. Da mesma forma, conhecer as intervenções mais frequentes pode ser útil para planear a informação mais adequada às necessidades dos clientes.

Os resultados deste estudo identificaram com maior frequência as intervenções de enfermagem relacionadas com a informação sobre a necessidade de jejum e exames complementares de diagnóstico em 65,88% clientes, seguido das intervenções de informação relativas ao tipo de anestesia e à técnica realizada no exame em 63,53%. Estas intervenções de enfermagem estão definidas, segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), como intervenções autónomas. As intervenções autónomas são "ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais" (OE, 2012, p.18).

De igual modo, estudos de enfermagem na área cirúrgica indicam que de uma forma global os clientes percecionam estar pouco informados no pré-operatório. Afirmam ainda estes autores que o investimento na preparação pré-operatória dos clientes, inclusive no que diz respeito às suas necessidades psicológicas e informativas, dando ênfase às intervenções autónomas dos enfermeiros e à criação de uma consulta de enfermagem no período pré-operatório mediato, onde o doente possa colocar dúvidas e medos, deverá ser um foco dos cuidados de enfermagem (Gonçalves et al., 2017).

No que se refere à intervenção "preparação/pré-requisitos" este estudo identificou 65,88% de clientes com necessidade de intervenção neste domínio. De acordo com a literatura, para a realização de broncoscopia eletiva é necessário o cumprimento de algumas condições para a segura realização do exame (Du Rand et al., 2013; Mohan et al., 2019). Neste sentido, os enfermeiros aquando da consulta telefónica devem questionar o cliente sobre alergias conhecidas, comorbilidades, o histórico de medicamentos (dando especial enfoque à medicação que pode condicionar a realização do procedimento). Devem igualmente informar o cliente que deve trazer exames complementares de diagnóstico prévios e sobre a duração do jejum. No contexto da realização deste estudo, a preparação para o exame indica que os clientes devem efetuar um jejum de 6 horas antes do procedimento. Nesse sentido, os clientes são ainda informados da não ingestão de alimentos sólidos e

líquidos inclusive água. No entanto, a literatura encontrada recomenda antes da broncoscopia, um jejum de pelo menos 2 horas para líquidos claros e 4 horas para refeições leves (Du Rand et al., 2013).

Relativamente aos exames complementares de diagnóstico, os clientes são questionados sobre este aspeto e em caso afirmativo são aconselhados a serem portadores de exames de imagem, [radiografia de tórax, tomografia axial computorizada (TAC), tomografia por emissão de positrões] relacionados com o aparelho respiratório, no dia da broncoscopia. Segundo Du Rand et al.,(2013) clientes com suspeita de cancro do pulmão devem realizar uma TAC de tórax antes de uma broncoscopia diagnóstica.

No que se refere à avaliação laboratorial pré broncoscopia Mohan et al., (2019) mencionam que o hemograma e o estudo da coagulação devem estar disponíveis em clientes com fatores de risco clínico para hemorragia, nomeadamente clientes sob anticoagulação contínua, diátese hemorrágica, doença hepática e renal crónica.

Atualmente a pandemia por COVID-19 por impor distanciamento físico invulgar, veio enfatizar, ainda mais, a pertinência da teleconsulta de enfermagem e despertar a necessidade do desenvolvimento e implementação de soluções de proximidade, de forma a assegurar a continuidade de cuidados (OE, 2021a). Como alterações que se impunham neste contexto (Guedes, et al 2020), também a UPI atualizou os seus procedimentos. Assim, os encaminhamentos e solicitações passaram a ser efetuados preferencialmente por telefone ou meio digital. Para além disso foi associada à consulta telefónica, uma lista de verificação de pré-triagem que inclui perguntas sobre sintomas recentes sugestivos de COVID-19 (por exemplo, febre, tosse, dor muscular, dificuldade em respirar, dor de cabeça, dor de garganta, perda de paladar ou cheiro); contato com casos suspeitos ou confirmados de SARS-CoV-2.

Neste estudo as intervenções relativas ao procedimento, nomeadamente a informação sobre a técnica e o tipo de anestesia, também foram observados com frequência elevada, 63,53%. Segundo Lechtzin, Rubin, White, Jenckes, & Diette, (2002), a broncoscopia apesar de associada a poucos eventos adversos graves, causa disfagia, dor no nariz, dor de garganta e medo nos clientes. No estudo realizado pelos autores referidos anteriormente, os clientes identificaram claramente

as informações sobre o procedimento, nomeadamente sobre o que esperar durante e após o exame e como obter resultados do mesmo, como um fator importante para determinar se retornariam para repetir o procedimento. Esta ideia é reforçada nos estudos de Du Rand et al., (2013) e Fujimoto et al., (2018), quando afirmam que para melhorar a tolerância dos clientes ao procedimento, devem-lhe ser fornecidas com antecedência informações de todo o processo, verbais e escritas, explicando as indicações, o que esperar durante o procedimento e as possíveis complicações. Deste modo, torna-se crucial informar e desmistificar o procedimento, contribuindo para o conhecimento, a satisfação e a segurança do cliente.

No que concerne ao tipo de anestesia, na ausência de contraindicações, a anestesia tópica, analgesia e sedação são sugeridas em todos os clientes submetidos a broncoscopia devido à maior tolerância e satisfação do cliente (Wahidi et al., 2011). O cliente deve estar esclarecido de que a anestesia tópica é um cuidado usual em broncoscopia, que a anestesia pode provocar uma sensação de picos na garganta, tosse e o sabor pode ser desagradável. E que o efeito expectável é deixar a garganta grossa e encortiçada, com sensação de dificuldade em engolir. Relativamente à sedação esta deve ser administrada cautelosamente em grupos de alto risco. Sendo recomendado o uso de uma escala de sedação para monitorizar a profundidade da sedação durante a broncoscopia (Mohan et al., 2019).

Na amostra analisada, composta maioritariamente por clientes com mais de 65 anos, as intervenções de enfermagem relativas à gestão do regime medicamentoso, encontradas foram identificadas em 62,94% dos registos. Este achado é consonante com a literatura que indica a necessidade de intervenção nesta área, nomeadamente pesquisas sugerem que em clientes maiores de 65 anos com uma grande variedade de medicamentos em esquema, o problema mais comum é o uso inadequado da medicação e que os clientes com baixa adesão frequentemente relatam confusão sobre a medicação a tomar, devendo ser atribuído mais tempo ao apoio dos clientes mais velhos (Billington et al., 2015). Igualmente um estudo de 2011 identificou que a necessidade de ajuda para gerir a medicação foi declarada por 36,1% das pessoas idosas (Henriques, 2011) e concluiu que as intervenções de enfermagem (aconselhamento sobre os medicamentos, controlo dos medicamentos e ensino sobre os medicamentos) revelam eficácia no aumento de adesão. Considera, ainda, esta autora que a relação com os profissionais, a ajuda profissional / intervenções profissionais é reconhecida como imprescindível

pelos participantes para aumentarem a adesão e os ajudarem a gerir o seu regime terapêutico (Henriques, 2011).

No que diz respeito ao regime medicamentoso que poderia condicionar a realização do exame, dados do estudo indicam que 67,06% dos clientes faziam medicação. O estudo identificou 44,71% clientes medicados com antihipertensores e 12,35% com associação de terapêutica inalatória e antihipertensora. Os resultados de um estudo de 2015, identificou 69,4% indivíduos residentes em Portugal, sob terapêutica antihipertensora (Rodrigues et al., 2017).

Relativamente à utilização de anticoagulantes, 22,94% (n=39) dos registos correspondiam a clientes medicados com antiagregantes e/ou anticoagulantes e os registos indicam que destes foram encaminhados 11 (6,47%) clientes para o médico assistente, por os clientes referirem não ter qualquer informação relativa à gestão de terapêutica antiagregante e/ou anticoagulante. A literatura demonstra uma tendência de aumento da utilização destes medicamentos, indicando que o uso desta medicação é superior nas faixas etárias mais elevadas, com a população com 85 anos ou mais a representar 17,3% do total de utilização destes fármacos (INFARMED, I. P., 2019).

Apesar da gestão relativa à terapêutica anticoagulante/antiagregante ser da responsabilidade médica, é competência do enfermeiro o conhecimento das condições para a realização do procedimento em segurança e a articulação com a equipa clínica da unidade ou o encaminhamento para o médico assistente quando tal não se verifica. Assim sendo, segundo Mohan et al., (2019) o fármaco clopidogrel ou ticagrelor devem ser descontinuados pelo menos 5 dias antes de biópsia endobrônquica e biópsia pulmonar transbrônquica; a varfarina deve ser interrompida pelo menos 5 dias antes da aspiração por agulha transbrônquica ou biópsia broncoscópica; anticoagulantes orais de nova geração (apixabano, rivaroxabano) devem ser interrompidos pelo menos 2 dias antes de biópsia pulmonar transbrônquica ou biópsia broncoscópica. Devendo o *international normalized rácio* (INR, na sigla em inglês) pré-procedimento ser inferior a 1,5 unidades.

Na consulta telefónica, o cliente deve ser aconselhado a efetuar a terapêutica habitual na véspera do exame. No dia do exame, o cliente deve ser aconselhado a efetuar a terapêutica antihipertensora (com um pequeno gole de água) e igualmente a terapêutica inalatória. No que se refere à terapêutica inalatória, apesar de a

broncoscopia ser um procedimento razoavelmente seguro em clientes com asma brônquica e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), o broncospasmo enquanto complicação, pode exigir tratamento com broncodilatadores inalatórios (Mohan et al., 2019). Deste modo, a otimização da terapêutica deve ser considerada antes da broncoscopia e o cliente deve ser instruído a não suspender a terapêutica inalatória no dia do exame e a levar consigo os inaladores.

A intervenção de enfermagem relativa aos cuidados após exame foi encontrada em 64 registos. Nestes, havia registo da informação relativa ao tempo de permanência no recobro de aproximadamente 2 horas após anestesia e à necessidade de sair da unidade acompanhados por pessoa significativa. Segundo Du Rand et al. (2013)**,** os clientes que receberam sedação devem ser aconselhados a não conduzir, assinar documentos juridicamente vinculativos ou operar máquinas por 24 horas após o procedimento.

A educação do cliente é qualquer conjunto de atividades educacionais planeadas, utilizando uma combinação de métodos que incluem ensino, aconselhamento e modificação de comportamento que são projetados para melhorar o conhecimento do cliente e os comportamentos de saúde (Friedman, Cosby, Boyko, & Turnbull, 2011). Relativamente à avaliação do conhecimento após intervenção consulta telefónica, efetuada no dia do exame, foi identificado em 44 (25,88%) dos registos de consultas analisados, estando os restantes registos omissos, o que não permitiu verificar se a intervenção teve efeito em mais clientes. Boucher et al., (2015), usando uma ferramenta da *Multinational Association of Supportive Care in Cancer* (*MASCC)* a *Oral Agent Teaching Tool* (MOATT), obteve como resultado um aumento do conhecimento e adesão do cliente. Este autor considerou o ensino estruturado liderado por enfermeiros, associado ao uso da MOATT e à intervenção telefónica de enfermagem viável no contexto de oncologia torácica, sugerindo que a associação destas três componentes foi muito benéfica para esses clientes. Contrariamente, um estudo alemão de Dwinger et al., (2020), que avaliou os efeitos de *coaching* de saúde por telefone, nos resultados relatados pelo cliente em situação de doença crónica, não mostrou qualquer efeito na adesão ao tratamento ou medicamentos, mostrando no entanto efeito na melhoria da literacia em saúde.

Relativamente ao diagnóstico “risco de não adesão”, dos 286 clientes que apresentavam risco no início da consulta, verificou-se que 85,31% (244) realizaram exame e destes 81,47% (233) tiveram modificação positiva no estado do diagnóstico

após a intervenção por cumprimento das indicações, transmitidas durante a consulta telefónica. Aos restantes 3,85% (11) clientes, que não cumpriram as indicações, deveria ter sido atualizado o estado do diagnóstico para “não adesão atual”, situação que os registos não revelam. Dos 14,69% (42) clientes que não realizaram exame, em 3 (1,05%) registos de clientes que não compareceram, não é possível fazer qualquer registo ou atualização, ficando o diagnóstico de “risco de não adesão“ aberto no processo clínico eletrónico, por o sistema informático só permitir o registo aquando da presença do cliente. A não adesão do cliente pode estar associada a fatores de variada natureza, tais como, a severidade da condição clínica, a confiança nos profissionais, a complexidade e o custo dos tratamentos. A *World Health Organization* (WHO, 2003) identifica 5 fatores que têm o potencial de contribuir para a não adesão do cliente. Fatores socioeconómicos, fatores relacionados ao tratamento, à condição, ao sistema de saúde e fatores relacionados ao cliente. Deste modo é crucial que o enfermeiro identifique e registe os fatores que influenciaram as decisões do cliente em não aderirem às recomendações fornecidas, de maneira, a adequar intervenções futuras.

O atraso no diagnóstico e tratamento é um problema generalizado em clientes com cancro pulmonar e não pulmonar. Estes atrasos podem ter duas causas, atraso dos clientes em recorrerem aos cuidados de saúde e atrasos no próprio sistema de saúde. O atraso do cliente envolve vários fatores, relacionados com a perceção que o cliente tem dos sintomas, nível educacional, idade e o risco percebido (Yesiler, Çimen, & Atikcan, 2019). Neste sentido é determinante o enfermeiro sensibilizar o cliente para a importância do exame, explicando que a não comparência pode ter efeitos negativos para o próprio e para terceiros.

CONCLUSÃO

Para se alcançar a qualidade ambicionada por todos os intervenientes no processo de cuidados ao cliente, a gestão em enfermagem deve potenciar a adoção de novos modelos de prestação de cuidados inovadores, que respondam às atuais exigências. Assim sendo, compete ao enfermeiro gestor, não só adequar a forma como os cuidados são prestados, presencialmente ou há distância, mas também identificar e adequar as intervenções de acordo com as necessidades, expetativas e capacidades individuais dos clientes, mediante os recursos disponíveis do cliente e do sistema. Deve igualmente gerir os recursos humanos, motivando e incrementando competências nos profissionais que lidera, com o intuito de garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem pretendida.

A utilização do telefone enquanto recurso na saúde existe desde há longa data. Vários estudos referem a sua utilização no aconselhamento e educação ao cliente com doença crónica (doença cardíaca, diabetes, doença oncológica). Na área cirúrgica, em programas de *follow-up* pós cirúrgicos, na gestão de sintomas, nomeadamente na gestão da dor. No entanto, a utilização desta intervenção em pneumologia de intervenção não se encontrava explorada na literatura. Neste sentido, foi desígnio do autor caraterizar uma consulta telefónica especificamente neste contexto.

Relativamente ao ano de 2018, foram analisados 697 registos de consultas telefónicas de enfermagem, com 286 registos a corresponderem a consultas telefónicas de enfermagem efetuadas ao próprio sobre broncoscopia a realizar na UPI, que cumpriam os critérios de inclusão e exclusão definidos, neste estudo. Mais de metade (55,9%) destas consultas, foram realizadas a clientes do género masculino, sendo a moda e a mediana de 67 anos e a média de 63,7 [DP=12,65]. Com a classe modal que representa quase metade (44,1%) da amostra a situar-se entre os 66 e os 80 anos. Maioritariamente (59,4%), estas consultas eram referentes a clientes que realizavam o exame pela primeira vez.

Considerando-se os objetivos definidos para a presente investigação, pode-se referir que:

- Relativamente à análise dos diagnósticos de enfermagem em todos os registos, foi identificado o diagnóstico “risco de não adesão”, não tendo sido identificados outros diagnósticos. Conclui-se que, apesar dos enfermeiros estarem

sensibilizados para intervenções de educação para a saúde, especificamente nesta área de intervenção, denota-se ainda a necessidade de atualização e uniformização de procedimentos enquadrados com as políticas atuais de qualidade e segurança, relativamente aos registos de enfermagem. Nomeadamente, com o registo da identificação dos riscos, estratégias para reduzir ou eliminar os riscos identificados, assegurando a segurança do procedimento e a continuidade dos cuidados. Neste sentido, sugere-se o registo dos fatores preditivos de não adesão e as intervenções de estratégias de adesão. Considera-se ainda pertinente, que o diagnóstico "conhecimento sobre a saúde diminuído", seja registado sempre que o cliente expressar conhecimento deficitário, revelado pela ausência de resposta às questões efetuadas. Também se considera importante que os diagnósticos sejam encerrados quando o cliente comparece ao exame, ou que seja modificado o estado do diagnóstico para "não adesão atual", quando o cliente não cumpre as indicações que lhe foram fornecidas.

- As intervenções de enfermagem identificadas nos registos da consulta telefónica, de forma sistematizada em linguagem CIPE®, foram "explicar sobre técnica" e "executar contacto por telefone para continuidade de cuidados". Verificou-se pela sua descrição em notas livres, que estas faziam maioritariamente referência, por ordem de frequência, a intervenções relativas aos "pré-requisitos/preparação", ao procedimento e à gestão do regime medicamentoso. De concluir que as intervenções autónomas realizadas, nesta consulta, pelos enfermeiros são fundamentais para a qualidade e segurança do cuidado ao cliente no que se refere à realização deste procedimento.

- No que diz respeito ao conhecimento pré intervenção consulta telefónica de enfermagem, constatou-se que este se encontrava diminuído em mais de metade (68,23%) dos registos de consultas a clientes que realizavam o exame pela primeira vez. Com um terço (31,8%) das consultas a revelarem desconhecimento total e um terço (36,5%) desconhecimento parcial dos parâmetros relativos ao procedimento a efetuar. Por sua vez, o conhecimento após intervenção consulta telefónica de enfermagem, somente foi identificado em cerca de um quarto (25,88%) dos registos de consultas, a clientes que realizavam o exame pela primeira vez, estando os restantes registos omissos. Estas omissões não permitiram concluir se esta intervenção alcançou mais clientes.

- Por último, com a avaliação após a consulta telefónica de enfermagem, em pneumologia de intervenção, constatou-se que a grande maioria (81,47%) dos clientes tiveram modificação positiva no estado do diagnóstico “risco de não adesão”, por cumprimento das indicações. Neste sentido, conclui-se que esta consulta telefónica de enfermagem, aparenta ser efetiva na adesão do cliente ao exame, no aumento do seu conhecimento acerca do procedimento, na melhoria do cumprimento dos “Pré-requisitos/Preparação” e na identificação/gestão do regime medicamentoso que interfere na segurança do exame. Também a referir que promove a articulação com outros técnicos e a acessibilidade dos clientes aos cuidados de saúde.

Este estudo, revelou a importância dos registos de enfermagem com diagnósticos e intervenções sistematizadas, em linguagem classificada, como garantia da continuidade dos cuidados e avaliação contínua da qualidade. A promoção da evidência sistematizada e sistemática dos indicadores resultantes das intervenções, com recurso às tecnologias de informação e comunicação na saúde, pode possibilitar a contínua avaliação e estudo dos aspetos relacionados com a metodologia, bem como a sua divulgação (OE, 2021b). No entanto, também demonstrou a dificuldade e a morosidade na recolha de dados, devido à ineficiência do programa informático que não permitiu agregar os diagnósticos e intervenções de enfermagem. Assim como os dados dispersos em notas livres, o que implicou analisar os processos individualmente.

Os resultados alcançados, permitiram ainda concluir que as intervenções na consulta telefónica de enfermagem, em pneumologia de intervenção, possibilitam adotar este modelo de cuidados e contribuíram para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem nesta área.

Limitações do estudo

As principais limitações deste estudo são resultantes do número de consultas analisadas e do período temporal analisado, apenas de um ano.

Por outro lado, a inexistência de alguns registos não permitiu avaliar se as intervenções tiveram repercussões em mais clientes. Também o registo do conhecimento do cliente, parametrizado em categorias, não permitiu avaliar qual o tipo de conhecimento que é mais referenciado.

Implicações para a prática, formação e investigação

As projeções de prevalência das doenças pulmonares mostram um aumento nas próximas décadas. Intervir na adesão dos clientes, na segurança e celeridade do diagnóstico é essencial.

Capacitar o cliente do foro respiratório, implica muni-lo de ferramentas para que este possa gerir a sua situação de saúde/doença, nomeadamente através da educação.

Os resultados encontrados neste estudo, permitem aos enfermeiros gestores, uma reflexão sobre a importância do desenvolvimento de novos modelos de cuidados, que garantam a identificação de necessidades, introdução de intervenções personalizadas e análise dos resultados das intervenções realizadas. Para que se possa efetivar esse propósito, o enfermeiro gestor, deve assegurar aos clientes, prestadores de cuidados com as competências necessárias para poderem responder às intervenções específicas, que podem influenciar significativamente a qualidade dos cuidados de enfermagem e contribuir para uma maior acessibilidade e conforto. Promovendo, desta forma, a capacitação, a segurança e a literacia e, consequentemente a diminuição de custos associados aos cuidados de saúde.

Relativamente ao desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem sugere-se formação no âmbito dos sistemas de informação em enfermagem.

Em investigações futuras sugere-se a realização de estudos relacionados com a satisfação dos clientes face à consulta telefónica de enfermagem em pneumologia de intervenção. Apesar de, neste estudo, se ter verificado recetividade e colaboração dos clientes, o que é consentâneo com a literatura da especialidade, que refere que os clientes apresentam níveis de satisfação elevados com serviços de aconselhamento e triagem telefónica comparativamente ao cuidado usual, a satisfação ainda não se encontra estudada, neste contexto (Lake et al., 2017).

Futuramente, poderá ser relevante o desenvolvimento de um estudo comparativo, após implementação das medidas de melhoria da qualidade identificadas. Também poderá ser pertinente estudar a situação dos clientes que já fizeram o procedimento para entender como vivenciaram esta experiência e identificar quais as estratégias que poderão ser utilizadas para corresponder às suas necessidades e expetativas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abuksis, G., Mor, M., Segal, N., Shemesh, I., Morad, I., Plaut, S., … Niv, Y. (2001). A patient education program is cost-effective for preventing failure of endoscopic procedures in a gastroenterology department. *The American Journal of Gastroenterology*, *96*(6), 1786–1790. https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2001.03872.x

Aiken, L., Havens, D. & Sloane, D. (2000). The magnet nursing services recognition program. *American Journal of Nursing, 100 (3)*, 26-36.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2009). Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes. *Journal of Nursing Administration*, *38*(5), 223–229. https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7.Effects

Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., … Van Achterberg, T. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality and Safety*, *26*(7), 559–568. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567

Aquino, R. D., Fonseca, S. M., Lourenço, E. P. L., Leite, A. L., & Bettencourt, A. R. C. (2011). Mapeamento dos diagnósticos de enfermagem em uma unidade de pneumologia. *Acta Paulista de Enfermagem*, *24*(2), 192–198. https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000200006

Asiri, H., & Househ, M. (2016). The impact of Telenursing on nursing practice and education: A systematic literature review. In *Studies in Health Technology and Informatics*, 226, 105–108. https://doi.org/10.3233/978-1-61499-664-4-105

Barbosa, I. A., Silva, K. C. C., Silva, V. A., & Silva, M. J. P. (2016). O processo de comunicação na Telenfermagem: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *69*(4), 765–772. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690421i

Bellomo, C. (2016). Oral Chemotherapy: Patient Education and Nursing Intervention. *Journal of Oncology Navigation & Survivorship*, *7*(6), 20–27. Acedido em 8 de junho de 2019. Disponível em: http://www.jons-online.com/issues/2016/july-2016-vol-7-no-6/1458-oral-chemotherapy-patient-education-and-nursing-intervention

Billington, J., Coster, S., Murrells, T., & Norman, I. (2015). Evaluation of a nurse-led educational telephone intervention to support self-management of patients with chronic obstructive pulmonary disease: A randomized feasibility study. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, *12*(4), 395–403. https://doi.org/10.3109/15412555.2014.974735

Blæhr, E. E., Kristensen, T., Væggemose, U., & Søgaard, R. (2016). The effect of fines on nonattendance in public hospital outpatient clinics: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *17*(1), 1–8. https://doi.org/10.1186/s13063-016-1420-3

Boucher, J., Lucca, J., Hooper, C., Pedulla, L., & Berry, D. L. (2015). A Structured Nursing Intervention to Address Oral Chemotherapy Adherence in Patients W ith Non-Small Cell Lung Cancer. *Oncology Nursing Forum*, *42*(4), 383–389. doi**:** 10.1188/15.ONF.383-389

Burhans, L. M., & Alligood, M. R. (2010). Quality nursing care in the words of nurses. *Journal of Advanced Nursing*, *66*(8), 1689–1697. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05344.x

Butler, M., Collins, R., Drennan, J., Halligan, P., Dp, O. M., Tj, S., … Vilis, E. (2019). Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). https://doi.org/10.1002/14651858.CD007019.pub3

Caetano, M. C. B., Santos, A. C., Carvalho, B. S., Cordeiro, C. R., Barreto, C., Gomes, E. M., … Hespanhol, V. P. (2015). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação - Pneumologia*. *Ministério da Saúde*. Acedido em 2 de junho de 2019. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/rede-referenciação-hospitalar-pneumologia.pdf

Corbetta, L., Arru, L.B., Mereu, C., Pasini, V. & Patelli M. (2019). Competence and training in interventional pulmonology. *Panminerva Medica*; 61 (3):203-31. doi: 10.23736/S0031-0808.18.03562-0).

Costa, A. da S., Scordamaglio, P. R., Suzuki, I., Palomino, A. L. M., & Jacomelli, M. (2018). Indications, clinical outcomes and complications of 1,949 flexible bronchoscopies. *Einstein (São Paulo)*, *16*(4), 1–7. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2018AO4380

Decreto-Lei n.º 71/2019 (2019). Altera o regime da carreira especial de enfermagem, bem como o regime da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde. Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República,* I Série *(*N.º 101 de 27-05-2019), 2626–2642. ELI: https://data.dre.pt/eli/dec-lei/71/2019/05/27/p/dre/pt/html.

Delaney, L. J. (2017). Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. *Collegian*. 25(1), 119–123. doi:10.1016/j.colegn.2017.02.005.

Direção-Geral da Saúde. (2015). Plano nacional de saúde: revisão e extensão a 2020. *Direção-Geral Da Saúde*. Acedido em 2 de junho de 2019. Disponível em: https://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/

Du Rand, I. A., Blaikley, J., Booton, R., Chaudhuri, N., Gupta, V., Khalid, S., … Munavvar, M. (2013). British Thoracic Society guideline for diagnostic flexible bronchoscopy in adults. *Thorax*, *68*(SUPPL. 1). https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2013-203618

Dubois, C., D'Amour, D., Tchouaket, E., Rivard, M., Clarke, S., & Blais, R. *(2012).* A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC Health Serv Res* 12, 286. https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-286

Dwinger, S., Rezvani, F., Kriston, L., Herbarth, L., Härter, M., & Dirmaier, J. (2020). Effects of telephone-based health coaching on patient-reported outcomes and health behavior change: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, *15*(9 September), 1–26. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236861

Ferreira, R., & Amendoeira, J. (2015). Resultados sensíveis em enfermagem. Ensaio: modelo de avaliação da qualidade dos cuidados. *Revista Da Unidade de Investigação Do Instituto Politécnico de Santarém*, *5*(3), 396–407. Acedido em 2 de junho de 2019. Disponível em: http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS/article/view/112%0Ahttp://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS/article/view/112/88

Fors, A., Blanck, E., Ali, L., Ekberg-Jansson, A., Fu, M., Kjellberg, I. L., … Ekman, I. (2019). Effects of a self-management programme on patient participation in patients with chronic heart failure or chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, *18*(3), 185–193. https://doi.org/https://doi.org/ 10.1371/journal.pone.0203031

Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação (3ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Fradique, M. J., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, III (10), 45–53. https://dx.doi.org/10.12707/RIII12133

Friedman, A. J., Cosby, R., Boyko, S., & Turnbull, G. (2011). Effective teaching strategies and methods of delivery for patient education:a systematic review and pracice guideline recommendations. *J Canc Educ.*, *26*(1), 12–21. doi: 10.1007/s13187-010-0183-x. PMID: 21161465.

Fujimoto, K., Ishiwata, T., Kasai, H., Terada, J., Shionoya, Y., Ikari, J., … Tatsumi, K. (2018). Identification of factors during bronchoscopy that affect patient reluctance to undergo repeat examination: Questionnaire analysis after initial bronchoscopy. *PLoS ONE*, *13*(12), 1–12. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208495

Ghoulami-Shilsari, F., & Esmaeilpour Bandboni, M. (2019). Tele-Nursing in Chronic Disease Care: A Systematic Review. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, *In Press* (In Press). https://doi.org/10.5812/jjcdc.84379

Gidora, H., Borycki, E. M., & Kushniruk, A. W. (2019). Effects of telenursing triage and advice on healthcare costs and resource use. *Studies in Health Technology and Informatics*, *257*, 133–139. https://doi.org/10.3233/978-1-61499-951-5-133

Greenberg, M.E. (2009). A comprehensive model of the process of telephone nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (12), 2621- 2629.

Godinho, N. (2018). Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Normas APA. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Gompelmann, D., & Herth, F. (2016). Endoskopische Interventionen in der Pneumologie. *Der Internist*, *57*(8), 763–772. https://doi.org/10.1007/s00108-016-0090-2

Gonçalves, M., Cerejo, M., & Martins, J. (2017). The influence of the information provided by nurses on preoperative anxiety. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (14), 17–26. https://doi.org/10.12707/RIV17023

González-Ruiz, D. P., Getial-Mora, D. A., Higidio-Miranda, M. A., & Hernández-Zambrano, S. M. (2020). Efectividad de las tecnologías de la información y comunicación en la adherencia terapéutica de pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus. *Enfermería Nefrológica*, *23*(1), 22–32. https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842020003

Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's the Practice of Nursing Research: Apraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (8th ed.). Missouri: Elsevier.

Guedes, F., Boléo-Tomé, J. P., Rodrigues, L. V., Bastos, H. N., Campainha, S., Santis, M., Mota, L., & Bugalho, A. (2020). Recommendations for interventional pulmonology during COVID-19 outbreak: a consensus statement from the Portuguese Pulmonology Society. *Pulmonology*, *26*(6), 386–397. https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2020.07.007

Haas, K., Brillante, C., Sharp, L., Elzokaky, A. K., Pasquinelli, M., Feldman, L., … Joo, M. (2018). Lung cancer screening: Assessment of health literacy and readability of online educational resources. *BMC Public Health*, 18 (1), 1–8. https://doi.org/10.1186/s12889-018-6278-8

Henriques, M. A. P. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade: eficácia das intervenções de enfermagem* (Tese de doutoramento). Disponível em: (http://hdl.handle.net/10451/3801).

Internacional Council of Nurses. (2008). Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE® «Guidelines for ICNP® Catalogue Development», Ordem dos Enfermeiros. ISBN:978-989-96021-6-8. Acedido em 20 de março de 2020 Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf

Internacional Council of Nurses. (2011). ICN announces new eHealth Programme. *International Nursing Review*, 58:279-282. https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00936_2.x

INFARMED, I.P: (2019). Acedido em: 7 de setembro de 2020. Disponível em: http://app10.infarmed.pt/newsletter/140/index.html

Institute of Medicine. (2004). Keeping patients safe – Transforming the work environments of nurses. Washington, D.C.: *National Academy Press*.

Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Estatísticas da Saúde 2017*. *INE, I.P.* Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística. (2019). Causas de Morte: 2017. Lisboa : INE. Acedido em 7 de setembro de 2020. Disponível em: www: <url:https://www.ine.pt/xurl/pub/358633033>. ISSN 2183-5489. ISBN 978-989-25-0481-0

Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Estatísticas Demográficas 2019. Instituto Nacional de Estatística, I.P*. Lisboa. (1-178). ISSN 0377-2284

Javanmardifard, S., Ghodsbin, F., Kaviani, M. J., & Jahanbin, I. (2017). The effect of telenursing on self-efficacy in patients with non-alcoholic fatty liver disease: A randomized controlled clinical trial. *Gastroenterology and Hepatology from Bed to Bench*, *10*(4), 263–271. https://doi.org/10.22037/ghfbb.v0i0.1110

Jewitt, N., Hope, A., Milne, R., Le, L., Papadakos, J., Abdelmutti, N., … Giuliani, M. E. (2016). Development and Evaluation of Patient Education Materials for Elderly Lung Cancer Patients. *Journal of Cancer Education*, 31(1), 70–74. https://doi.org/10.1007/s13187-014-0780-1

Johnson, C. (2018). *Telephone advice nursing - communication , patient*. Linköping. Acedido em: 7 de setembro de 2020. Disponível em: https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1CS3oJe2uA4W2ngrRrdvGK-jEU-7QNGPZ

Kaminsky, E., Aurin, I. E., Hedin, K., Andersson, L., & André, M. (2020). Registered nurseś views on telephone nursing for patients with respiratory tract infections in primary healthcare - A qualitative interview study. *BMC Nursing*, *19*(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/s12912-020-00459-1.

King, J., Chamberland, P., Rawji, A., Ager, A., Léger, R., Michaels, R., … Warren, M. (2014). Patient educational needs of patients undergoing surgery for lung cancer. *Journal of Cancer Education*, 29(4), 802–807. https://doi.org/10.1007/s13187-014-0658-2.

Köberich, S., Feuchtinger, J., & Farin, E. (2016). Factors influencing hospitalized patients' perception of individualized nursing care: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, *15*(1), 1–12. https://doi.org/10.1186/s12912-016-0137-7

Kotsani, K., Antonopoulou, V., Kountouri, A., Grammatiki, M., Rapti, E., Karras, S., … Kotsa, K. (2018). The role of telenursing in the management of Diabetes Type 1: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 80 (April 2017), 29–35. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.003

Kutney-Lee, A., McHugh, M., Sloane, D., Cimiotti, J., Flynn, L., Neff, D. & Aiken, L. (2009). Nursing: a key to patient satisfaction. *Health Affairs,* 28 *(4)*, w669-w677. doi:10.1377/hlthaff.28.4.w669.

Lake, R., Georgiou, A., Li, J., Li, L., Byrne, M., Robinson, M., & Westbrook, J. I. (2017). The quality, safety and governance of telephone triage and advice services - An overview of evidence from systematic reviews. *BMC Health Services Research*, 17 (1), 1–10. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2564-x

Lechtzin, N., Rubin, H. R., White, P., Jenckes, M., & Diette, G. B. (2002). Patient satisfaction with bronchoscopy. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 166 (10), 1326–1331. https://doi.org/10.1164/rccm.200203-231OC

Li, L., Lake, R., Raban, M., Byrne, M., Robinson, M., Westbrook, J., & Baysari, M. (2017). Medication-related calls received by a national telenursing triage and advice service in Australia: A retrospective cohort study. *BMC Health Services Research*, 17 (1), 1–11. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2135-1

Lima, T., Nicolau, A., Carvalho, F., Vasconcelos, C., Aquino, P., & Pinheiro, A. (2017). Telephone interventions for adherence to colpocytological examination. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *25*. https://doi.org/10.1590/1518-8345.1683.2844

Lotfi, M., Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Khajehgoodari, M., Ebrahimpour Rezaei, M., & Khalilzad, M. A. (2020). The implementation of the nursing process in lower-income countries: An integrative review. *Nursing Open*, 7 (1), 42–57. https://doi.org/10.1002/nop2.410

Martins, M., & Lopes, M. (2010). A Consulta Telefónica como Intervenção de Enfermagem ao Doente e Família com Dor Crónica, numa Unidade de Dor. *Pensar Enfermagem*, 1, 31–57. Acedido em 8 de junho de 2019. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_39-57(4).pdf

Martins, M., Gonçalves, M., Ribeiro, O., & Tronchin, D. (2016). Qualidade dos cuidados de enfermagem: construção e validação de um instrumento. *Rev Bras Enferm*, 69 (5), 920–926. Acedido em 8 de junho de 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500920

Matkin, W., Ordóñez-Mena, J., & Hartmann-Boyce, J. (2019). Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5). https://doi.org/10.1002/14651858.CD002850.pub4

McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewin, J., Jacobs, G., Janes, N., … Wilson, V. (2015). Person-centredness: the ‘state’ of the art. *International Journal of Practice Development*. Vol. 5. (Suppl) Article 1. doi.10.19043/ipdj.5SP.003.

McSherry, R., Pearce, P., Grimwood, K., & McSherry, W. (2012). The pivotal role of nurse managers, leaders and educators in enabling excellence in nursing care. *Journal of Nursing Management*, *20*(1), 7–19. https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01349.x

Mendes, F. F., Machado, E. L., Oliveira, M., Brasil, F. R., Eizerik, G., & Telöken, P. (2013). Avaliação pré-operatória: Triagem por meio de questionário. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 63 (4), 347–351. https://doi.org/10.1016/j.bjan.2012.07.005

Mezomo, J. (2001). Gestão da Qualidade na Saúde: princípios básicos. Brasil: Editora Manole, Lda.

Mitchell, P. H., Ferketich, S., & Jennings, B. M. (1998). Quality Health Outcomes Model. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 30 (1), 43–46. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1998.tb01234.x

Mohan, A., Madan, K., Hadda, V., Tiwari, P., Mittal, S., Guleria, R., … Rajagopal, T. P. (2019). Guidelines for diagnostic flexible bronchoscopy in adults: Joint Indian Chest Society/National College of chest physicians (I)/Indian association for bronchology recommendations. *Lung India : Official Organ of Indian Chest Society*, *36* (Supplement), S37–S89. https://doi.org/10.4103/lungindia.lungindia_108_19

Ninan, N., & Wahidi, M. M. (2019). Basic Bronchoscopy: Technology, Techniques, and Professional Fees. *Chest*, *155*(5), 1067–1074. https://doi.org/10.1016/j.chest.2019.02.009

Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. *Departamento de Enfermagem ESS/IPS*. Setúbal.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). Parecer do conselho juridiscional. 102/2009. *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em 8 de junho de 2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer102_2009_consulta_enfermagem_telefone.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em 8 de junho de 2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021a). Parecer do Conselho de Enfermagem. N.º 53/2021. *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido a 22 de fevereiro de 2021 Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21447/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021b). Consultas de Enfermagem à distância TELENFERMAGEM Guia de Recomendações. *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido a 18 de fevereiro de 2021. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21380/guia-telenfermagem_final.pdf

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência. ISBN:978-972-8383-84-8.

Pisco, L., & Biscaia, J.L. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 43-51.

Portaria nº 163/2013 (2013). Aprova as tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde, bem como o respetivo Regulamento. Ministério da Saúde. *Diário da República,* I Série (N.º 80 de 24-04-2013), 2495–2606. ELI: https://data.dre.pt/eli/port/163/2013/04/24/p/dre/pt/html.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2017). Fundamental of nursing. St. Louis, MO: Mosby Company, Elsevier Health Sciences.

Potra, T. M. F. S. (2015). *Gestão de cuidados de enfermagem: Das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade de cuidados de enfermagem* (Tese de doutoramento). Disponível em: (http://hdl.handle.net/10451/20608).

Programa Nacional para as Doenças Respiratórias. (2018). *Doenças Respiratórias: Desafios e Estratégias 2018*. (Direção-Geral da Saúde, Ed.), *Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde*. Lisboa.

Purc-Stephenson, R. J., & Thrasher, C. (2012). Patient compliance with telephone triage recommendations: A meta-analytic review. *Patient Education and Counseling*, *87*(2), 135–142. https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.08.019

Ratanalert, S., Ovartlarnporn, B. & Soontrapornchai, P. (2003). Preoperative Education Improves Quality of Patient Care for Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography. *Gastroenterology Nursing* 26(1):21-5. doi: 10.1097/00001610-200301000-00005.

Registo Oncológico Nacional, s.d. Acedido em 6 de fevereiro de 2021. Disponível em: https://ron.min-saude.pt/pt/tumor/top5/traqueiabronquios/epidemiologia/

Regulamento n.º 76/2018. (2018). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. *Diário Da República, 2ª Série (Nº 21 de 30 de Janeiro de 2018)*, 3478–3487. Acedido em 8 de junho de 2019. Disponível em: https://dre.pt/application/file/a/114591764

Ribeiro, O., Martins, M., & Tronchin, D. (2017). Nursing care quality: a study carried out in Portuguese hospitals. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (14), 89–100. https://doi.org/10.12707/RIV16086

Rice, R. (2004). Da telessaúde aos telecuidados:implicações para a prática clínica. In: Rice, R., *Prática de Enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicação*. 3ª edição (pp.509-520). Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8383-46-6.

Rodrigues, A., Gaio, V., Antunes, L., Barreto, M., Gil, A., Kislaya, I., … Dias, C. M. (2017). Prevalência de hipertensão arterial em Portugal: resultados do primeiro inquérito nacional com exame físico (INSEF 2015). *Boletim Epidemiológico - Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge*, 6 (9), 11–14.

Salmond, S., Begley, R., Brennan, J. & Saimbert, M. (2009). A comprehensive systematic review of evidence on determining the impact of Magnet designation on nursing and patient outcomes: is the investment worth it? *JBI Library of Systematic Reviews 2009, 7 (26)*, pp. 1119 – 1178.

Santos, A. C., Barreto, C., Barata, F., Froes, F., Carvalho, I., Pité, I., … Pinto Basto, R. (2017). *13º Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias*. *Observatório nacional das doenças respiratórias*. Acedido em 12 de junho de 2019. Disponível em: https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2018.pdf

Santos, L., Parente, C., Ribeiro, J., & Pontes, Â. (2015). *Promoção da saúde: da Investigação à Prática*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde (SPPS), Editora, Lda, Vol. 1, pp. 48-51. (ISBN: 978-989-98855-1-6)

Shahsavari, A., & Bakhshandeh Bavarsad, M. (2020). Is Telenursing an Effective Method to Control BMI and HbA1c in Illiterate Patients Aged 50 Years and Older With Type 2 Diabetes? A Randomized Controlled Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences*, *9*(2), 73–79. https://doi.org/10.34172/jcs.2020.011

Shepherd, H.A., Bowman, D., Hancock, B., Anglin, J.,& Hewett, D. (2000). Postal consent for upper gastrointestinal endoscopy. *Gut*, 46, 37–39.doi:10.1136/gut.46.1.37

Sotto-Mayor, R. (2014). Mortalidade por cancro do pulmão. *Acta Médica Portuguesa,* 27(1), 9-11.doi:10.20344/amp.4876

Sousa, R. M. G. C. D. M., Martins, T., & Pereira, F. (2015). O refletir das práticas dos enfermeiros na abordagem à pessoa com doença crónica. *Revista de Enfermagem Referência*, *IV*(6), 55–63. https://doi.org/10.12707/RIV14069

Strupeit, S., Buss, A., & Dassen, T. (2016). Effectiveness of nurse-delivered patient education interventions on quality of life in elders in the hospital: A systematic review. *Applied Nursing Research*, *32*, 217–221. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.08.004

Suh, S.-R., & Lee, M. K. (2017). Effects of Nurse-Led Telephone-Based Supportive Interventions for Patients With Cancer: A Meta-Analysis. *Oncology Nursing Forum*, *44*(4), E168–E184. https://doi.org/10.1188/17.ONF.E168-E184

Uzbeck, M., Quinn, C., Saleem, I., Cotter, P., Gilmartin, J. J., & O'Keeffe, S. T. (2009). Randomised controlled trial of the effect of standard and detailed risk disclosure prior to bronchoscopy on peri-procedure anxiety and satisfaction. *Thorax*, 64 (3), 224–227. https://doi.org/10.1136/thx.2008.101220

Van Zuuren, F. J., Grypdonck, M., & Crevits, E., Vande Walle C., Defloor, T. (2006).The effect of an information brochure on patients undergoing gastrointestinal endoscopy: A randomized controlled study, Patient Education and Counseling. Volume 64, Issues 1–3, Pag. 173-182, ISSN 0738-3991. https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.12.014.

Wahidi, M., Jain, P., Jantz, M., Lee, P., Mackensen, G., Barbour, S. Y., … Silvestri, G. (2011). American College of Chest Physicians consensus statement on the use of topical anesthesia, analgesia, and sedation during flexible bronchoscopy in adult patients. *Chest*, *140*(5), 1342–1350. https://doi.org/10.1378/chest.10-3361

WHO. (1986). The Ottawa Charter of Health Promotion. First international conference on health promotion. Acedido em 5 de outubro de 2020. Disponível em: https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference

WHO. (2003). Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Acedido em 5 de outubro de 2020. Disponível em: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf

Yeşiler, F., Çimen, F., & Atikcan, Ş. (2019). Factors affecting delay in diagnosis and treatment of lung cancer. *Journal of Surgery and Medicine*, *4*(9), 720–724. doi:10.28982/josam.710475

APÊNDICES

APÊNDICE I – REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

RESUMO

Objetivo: Identificar a evidência científica relativa aos resultados em saúde das intervenções telefónicas de enfermagem, ao cliente adulto com doença respiratória.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura com pesquisa na EBSCO, (CINAHL, MEDLINE, LILACS e Cochrane Database of Systematics Reviews**),** no intervalo temporal de publicação entre janeiro de 2014 e junho de 2019. Eleitos 8 artigos para análise.

Resultados: Identificados ganhos ao nível da satisfação dos clientes; gestão do regime terapêutico, capacitação dos clientes, controlo de sintomas e na melhoria da qualidade de vida.

Conclusões: As intervenções telefónicas de enfermagem contribuíram para melhorar o acompanhamento ao cliente adulto com doença respiratória. Traduzindo-se em resultados positivos sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Implicação na prática profissional:

Nos contextos da prática de enfermagem ao cliente adulto com doença respiratória a intervenção telefónica de enfermagem é uma intervenção a relevar na capacitação do cliente no que concerne ao conhecimento face ao seu processo de saúde/doença, promovendo o acompanhamento do utente, melhorando a sua capacitação na gestão da doença, promovendo a adesão, aumentando a satisfação e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, traduzindo-se em ganhos em saúde.

Palavras-chave: Teleenfermagem; Enfermagem; Doença Respiratória

INTRODUÇÃO

Numa época em que todos são solicitados a mostrar o seu valor, conhecer os ganhos das intervenções de enfermagem é uma temática pertinente e atual. Neste sentido, identificar as intervenções de enfermagem que traduzam ganhos em saúde para o cliente é um desafio promissor, podendo o contributo da sua intervenção ser avaliado pelos resultados sensíveis, passíveis de serem justificados pela relação resultado-intervenção (Doran, 2011).

As doenças respiratórias constituem um importante problema de saúde pública, pelo elevado número de pessoas afetadas, pelo grau de incapacidade que conferem e pela elevada mortalidade, sendo a terceira causa de morte em Portugal. No ano de 2017, em Portugal, as doenças do aparelho respiratório foram, responsáveis por 11,6% da mortalidade total no país (Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, 2018). As mortes por tumores malignos representaram 25,0% do total de óbitos, com um aumento de 0,5% em relação a 2016, e com destaque para as mortes por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão (Instituto Nacional de Estatística, 2019).

A vasta variedade de doenças respiratórias agudas ou crónicas, com impacto relevante na sociedade e no sistema de saúde, requerem dos profissionais de saúde competências várias. O desafio nas próximas décadas será a opção por novos modelos de cuidados, com a integração de novas tecnologias ao serviço das pessoas, onde a intervenção telefónica pode contribuir para melhorar a acessibilidade entre prestadores de cuidados e clientes.

Neste sentido, as tecnologias de informação e comunicação apresentam uma oportunidade de reorganizar a composição das equipas que prestam assistência e os processos de prestação de cuidados (Li et al., 2017).

A prática de enfermagem à distância, com a utilização de tecnologias para prestar cuidados de enfermagem e conduzir a prática de enfermagem, é denominada de *telenursing* (Asiri & Househ, 2016).

Esta revisão integrativa tem como objetivo: Identificar a evidência científica relativa aos resultados em saúde das intervenções telefónicas de enfermagem, ao cliente adulto com doença respiratória.

CONCEITOS

As doenças respiratórias são todas aquelas que afetam o aparelho respiratório (Asma, DPOC, cancro da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, pneumonias, tuberculose, entre outras). *Respiratory tract diseases* é um termo *MeSH*® cujo conceito é definido como as doenças envolvendo o aparelho respiratório.

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitações do fluxo aéreo devidas a anormalidades das vias aéreas e/ou alveolares geralmente causadas por exposição significativa a partículas ou gases nocivos (GOLD, 2019).

Segundo a NIC (*Nursing Intervention Classification*), a intervenção de enfermagem é "qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do cliente" (Bulechek, Butcher, & Mccloskey Dochterman, 2010).

A *Telenursing* é desde 2009 um termo MeSH definido como a "entrega de serviços de enfermagem via telecomunicações remotas ". O conceito refere-se à prática de enfermagem à distância, com a utilização de tecnologias para prestar cuidados de enfermagem e conduzir a prática de enfermagem (Asiri & Househ, 2016).

Os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem dizem respeito aos efeitos ou consequências das intervenções de enfermagem, passíveis de serem justificados pela relação resultado-intervenção de enfermagem (Doran, 2011).

No texto, utiliza-se o termo cliente para referenciar a pessoa que é alvo dos cuidados de Enfermagem. A opção pelo termo cliente relaciona-se com a noção de papel ativo no quadro da relação de cuidados e baseia-se no que é preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

METODOLOGIA

Foi formulada a seguinte questão de investigação "Quais os ganhos em saúde das intervenções telefónicas de enfermagem, ao cliente adulto com doença respiratória?

Foi utilizada a base de dados eletrónica EBSCO (MEDLINE with Full Text, CINAHL, Plus with Full Text e Cochrane database of systematic reviews), retrospetivamente de janeiro de 2014 a junho de 2019. Os descritores foram validados no MeSH (Medical Subject Headings) e pesquisados conforme se pode visualizar na tabela 1.

CONCEITOS	CINAHL	MEDLINE	Cochrane database of systematic reviews
Teleenfermagem	(MM "Telenursing") OR "Telenursing" Telephone OR Phone OR Call	(MM "Telenursing") OR "Telenursing" Telephone OR Phone OR Call	(MM "Telenursing") OR "Telenursing" Telephone OR Phone OR Call
Doenças Respiratórias	(MM "Respiratory tract Diseases+")	(MM "Respiratory tract Diseases+")	(MM "Respiratory tract Diseases+")
Intervenções de Enfermagem	(MH "Nursing Interventions") OR nursing interventions OR Nurs*	(MM "Nursing+") OR nursing OR Nurs*	(MM "Nursing+") OR nursing OR Nurs*
Total de artigos para análise	**3**	**4**	**0**

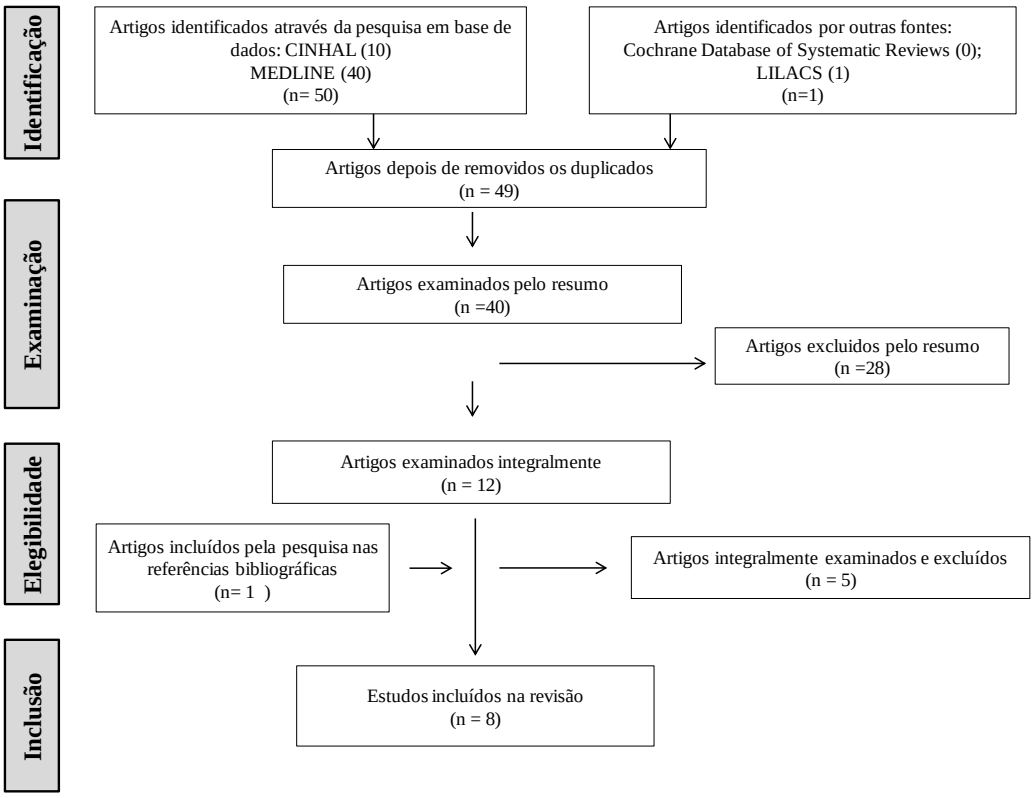
Fonte: Pesquisa bases dados

Os **critérios de inclusão** definidos para a seleção dos artigos foram: artigos, publicados em português, inglês e espanhol; artigos na íntegra que retratassem a temática referente à intervenção telefónica de enfermagem ao cliente adulto com doença respiratória, artigos com metodologia qualitativa e/ou quantitativa, que clarificassem a intervenção telefónica de enfermagem e a sua relação com os

resultados dos clientes. Para se poder identificar os estudos mais recentes, foram analisados artigos dos últimos cinco anos.

Como **critérios de exclusão** foram eliminados os artigos repetidos nas bases de dados, com data anterior a 2014, todos aqueles sem correlação com o objeto de estudo, artigos com intervenções integradas de enfermeiros com outros técnicos em que a intervenção autónoma do enfermeiro não era explícita. Tendo-se obtido um total de 8 artigos para análise.

Processo de pesquisa e seleção dos artigos



Fonte: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). *P*referred *R*eporting *I*tems for *S*ystematic Reviews and *M*eta-*A*nalyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

RESULTADOS

A amostra final desta revisão foi constituída por oito artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos. A informação resultante da análise crítica dos artigos selecionados foi reunida em tabela, de forma a facilitar a sistematização e apresentação. Estes artigos contribuíram para dar resposta à pergunta de partida, uma vez que explícita ou implicitamente abordam a intervenção telefónica de enfermagem ao cliente com doença respiratória. São apresentados primeiramente os quatro artigos obtidos através da MEDLINE, seguidamente os três artigos da CINAHL e por fim um artigo incluído através da análise das referências bibliográficas.

Ano publicação e Autor(s)	**Tipo estudo / Participantes**	**Objetivos**	**Intervenções**	**Resultados**
Pesquisa MEDLINE foram encontrados 40 artigos para análise, após a leitura do título e do abstract foram excluídos 30 por não responderem à questão de partida, 2 por se encontrarem repetidos, após leitura integral dos artigos foram excluídos 4 por a intervenção ser composta por vários profissionais e não explicitar a intervenção autónoma do enfermeiro, tendo sido selecionados **4 artigos para análise**.				
2018 Blok, A. C., Blonquist, T. M., Nayak, M. M., Somayaji, D., Crouter, S. E., Hayman, L. L., … Cooley, M. E. (2018). Feasibility and acceptability of “healthy directions” a lifestyle intervention for adults with lung cancer. Psycho-Oncology, 27(1), 250–257.	Estudo de braço único, pré e pós-teste Dos **147 clientes** elegíveis, 42 (28,6%) participaram e, destes, 32 (76,2%) iniciaram a intervenção e 27 (N = 27/32; 84,4%; IC95%, 67,2% -94,7%) completaram a	(1) Determinar taxas de aceitação, não-aceitação e conclusão de 5 sessões de contactos enfermeiro-cliente; (2) Examinar características demográficas dos mais propensos a se inscrever no programa; (3) Determinar a aceitabilidade da intervenção; e (4) identificar preferências do cliente para o	O “Health Behavior Model in Vulnerable Populations” e o “Teachable Moment” foram os modelos que guiaram este estudo Uma intervenção de coaching de estilo de vida de 8 semanas foi implementada por um	Momento ideal para iniciar a intervenção é de 3 meses pós cirurgia. A aceitabilidade da intervenção foi avaliada por uma questão estruturada realizada por entrevistas telefônicas na

https://doi.org/10.1002/pon.4443	intervenção	formato de materiais de intervenção educacional suplementar.	enfermeiro, que se concentrava em melhorar a atividade física, dieta saudável e cessação tabágica. Cinco telefonemas quinzenais foram agendados com base na disponibilidade do cliente e num tempo mutuamente conveniente. Essas chamadas de coaching consistiam em rever as metas de mudança de estilo de vida do cliente e seus atuais comportamentos de estilo de vida. Adultos com cancro do pulmão muitas vezes têm múltiplos sintomas e comorbilidades.	conclusão do estudo perguntando se os clientes recomendariam a intervenção para outros para melhorar a mudança comportamental. Vinte e três dos 24 (95,8%) entrevistados recomendaram a intervenção para melhorar a mudança de comportamento para os outros

			Avaliação de saúde conduzida pela enfermeira para identificar quaisquer limitações físicas e comunicar com MD. Enfermeira registada (Bacharelado, experiência em fornecer educação em saúde), com competência em treino de educação para a saúde e Coaching de bem-estar.	
2018 Fors, A., Blanck, E., Ali, L., Ekberg-Jansson, A., Fu, M., Lindström Kjellberg, I., … Ekman, I. (2018). Effects of a person-centred telephone-support in patients with chronic obstructive pulmonary disease and/or chronic heart failure - A	Estudo aleatório, aberto, de grupo paralelo, controlado **221 clientes**	Avaliar os efeitos do apoio centrado na pessoa via telefone em dois grupos de clientes crónicos, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e / ou insuficiência cardíaca crônica (ICC).	Grupo de intervenção recebeu um telefonema quatro semanas após a alta. Após as chamadas, um breve resumo da conversa, bem como metas acordadas foram documentados num	Em clientes com ICC e/ou DPOC, com muitos apresentando ambas as condições concomitantemente, descobrimos que o suporte por telefone centrado na pessoa reduziu o risco de

randomized controlled trial. Plos One, 13(8), e0203031. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203031			plano de saúde que foi enviado pelo correio para os clientes. O plano também especificou como e quando o cliente e o enfermeiro teriam mais contato durante o período restante do estudo, mas foi possível que os clientes do grupo de intervenção entrassem em contato um enfermeiro durante a semana durante a hora de funcionamento.	autoeficácia diminuída sem aumentar os eventos clínicos até seis meses após a alta. Competências de comunicação centradas na pessoa combinadas com um plano de saúde podem ser usadas para construir um relacionamento profissional entre clientes e profissionais de saúde, e dado que o suporte telefônico não era particularmente intensivo em recursos, poderia ser bastante fácil de implementar.
2015 Billington, J., Coster, S., Murrells, T., & Norman, I. (2015). Evaluation of a Nurse-	Estudo randomizado de 2 braços comparando o efeito de um plano de autogestão da DPOC	Examinar se uma intervenção de apoio telefônico destinada a promover o uso do plano de ação para a autogestão aumentou o	O grupo de intervenção recebeu exatamente o mesmo tratamento que o grupo de cuidados	O instrumento de Avaliação da DPOC (CAT) é uma medida de oito itens da

Led Educational Telephone Intervention to Support Self-Management of Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Randomized Feasibility Study. COPD, 12(4), 395–403. https://doi.org/10.3109/15412555.2014.974735	com o apoio telefónico da enfermeira (intervenção) versus o plano de autogestão por si só (cuidado usual) no bem-estar e gravidade dos sintomas do cliente. **73 participantes**	bem-estar do cliente e redução da gravidade dos sintomas no atendimento primário no Reino Unido Objetivos específicos foram determinar: 1) viabilidade do procedimento do estudo, 2) viabilidade da intervenção, 3) potencial efeito do tamanho da intervenção, e 4) custos de entrega da intervenção	habituais e, além disso, durante um período de 6 semanas, os participantes do grupo de intervenção foram contatados duas vezes por um único enfermeiro avançado, nas semanas três e cinco. Seguimento dos participantes durante 12 semanas 2 chamadas telefónicas seguimento às 3 e cinco semanas respetivamente. **Vivendo com a condição** 1. Respondendo a qualquer pergunta do cliente sobre como gerir a sua condição ou estado geral de saúde	autoperceção do estado de saúde e bem-estar. (Ela questiona aos entrevistados sobre os seguintes sintomas: tosse, catarro, aperto no peito, falta de ar e limitações vida diária, confiança na gestão da doença, problemas de sono e baixos níveis de energia. As chamadas de intervenção foram monitorizadas. As chamadas variaram de 4 a 20 minutos para a primeira chamada com uma média de 8 minutos e 3 a 20 minutos para a segunda chamada com

			Usando o plano de ação 2. Conselhos sobre o uso do plano para reconhecerem sintomas de rutura e ação apropriada a ser tomada **Usando Medicação** 3. Oferecendo conselhos sobre o uso apropriado e acesso a medicamentos destinados a melhorar a concordância com o plano de ação **Encorajamento** 4. Encorajamento em que os clientes estavam envolvidos no autogestão de sua condição **Oferecendo suporte** 5. Oferecendo uma	uma média de 5 minutos. A enfermeira experiente conduziu todos os telefonemas de acordo com o protocolo. Melhorias significativas no estado de saúde em comparação com cuidado usual. Melhoria satisfação em ambos os grupos.

			consulta para ver a enfermeira ou o médico se a sua saúde parecia estar se deteriorando	
2015 Titova, E., Steinshamn, S., Indredavik, B., & Henriksen, A. H. (2015). Long term effects of an integrated care intervention on hospital utilization in patients with severe COPD: a single centre controlled study. Respiratory Research, 16, 8. https://doi.org/10.1186/s12931-015-0170-1	O estudo foi um estudo de intervenção prospetivo, aberto, unicêntrico. **172 clientes** foram alocados aleatoriamente para o grupo de intervenção (n = 91) ou o grupo cuidados usuais (n = 81), respetivamente	Avaliar o impacto a longo prazo da intervenção assistencial integrada ao modelo DPOC - Home na utilização hospitalar em clientes com DPOC grave e muito grave	Programa educacional contempla: 1- Call center com três enfermeiros especialistas em apoio e comunicação com clientes e enfermeiras de cuidados domiciliares e coordenação entre os vários níveis de atenção. Os clientes foram rotineiramente (pelo menos uma vez por mês) contatados pelos enfermeiros especialistas, e eles foram apoiados por telefonemas durante as	Intervenção de acordo com o modelo DPOC-Home reduziu a utilização hospitalar em clientes com DPOC III e IV com efeito persistente ao longo dos 2 anos de seguimento. No entanto, houve uma tendência para um menor tempo de sobrevivência no grupo de intervenção. Os principais achados do presente estudo foram uma redução no número de clientes com admissões hospitalares

			exacerbações da DPOC 2- Uma sessão educação enfermeiras cuidados domiciliários; 3- Programa interativo de e-learning de 15 minutos para os clientes sobre o manejo da DPOC; 4- Plano de autogestão individualizado apresentado ao cliente na alta pelo médico assistente e por uma enfermeira especialista; 5- Visitas conjuntas aos clientes em casa pelo enfermeiro especialista (juntamente com enfermeira de cuidados domiciliares para os participantes que recebem serviços	frequentes e um número reduzido de admissões hospitalares e dias internamento durante o seguimento no grupo intervenção comparado ao grupo cuidados usuais. Enquanto a diminuição do número de dias de hospitalização foi mais pronunciada durante o primeiro ano de acompanhamento, a diminuição do número de admissões hospitalares tornou-se significativa apenas durante o segundo ano de acompanhamento. Em contraste, no grupo cuidados usuais não houve alterações

			domiciliares) em aproximadamente três dias, 14 dias, seis meses, 12 meses e 24 meses pós-alta.	significativas no número de admissões hospitalares ou dias de hospitalização durante o período de acompanhamento.
Pesquisa CINAHL foram encontrados 10 artigos para análise, após a leitura integral foram selecionados **3 artigos para análise**				
2017 Sherry, V., Guerra, C., Ranganathan, A., & Schneider, S. M. (2017). Metastatic Lung Cancer and Distress: Use of the Distress Thermometer for patient assessment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *21*(3), 379–383. https://doi.org/10.1188/17.CJON.379-383	Projeto piloto de melhoria da qualidade **Participantes:** **92 clientes** e sendo que identificaram risco de sofrimento (n = 41)	Rastrear clientes em sofrimento e gerir os seus sintomas para afetar positivamente a sua qualidade de vida, adesão ao tratamento e desfechos clínicos, e para reduzir os custos de saúde. Os objetivos do estudo foram duplos: (a) conduzir a triagem de sofrimento para assistência ao cliente oncológico torácico padrão usando o DT e (b) avaliar o efeito de um panfleto de educação do cliente e uma chamada de coaching feita por uma enfermeira em níveis de stress em clientes com cancro	Aplicação do instrumento “Distress Thermometer (DT)” que é uma ferramenta de triagem inclusiva que avalia sintomas psicossociais e avalia sintomas físicos, práticos, familiares e espirituais/religiosos. Os clientes com pontuação de sofrimento de 4 ou mais receberam uma intervenção	Este projeto piloto revelou que uma intervenção educacional personalizada e uma chamada de coaching podem diminuir o sofrimento em clientes com cancro de pulmão metastático. Os autores demonstraram que a triagem para sofrimento com o DT numa clínica ambulatória de oncologia torácica era

		de pulmão metastático com score de stress de 4 ou maior. Os objetivos secundários incluíram a avaliação da viabilidade do DT e coaching de telefonema.	personalizada, baseada em evidências, que consistia num panfleto de educação ao cliente específico para quaisquer problemas que eles notaram no DT, uma explicação personalizada de como essa informação pode ajudá-los, assim como uma intervenção telefónica de enfermagem de acompanhamento dentro de um a três dias para avaliar o entendimento do cliente sobre o panfleto e para responder a quaisquer perguntas.	viável. A maioria dos clientes (n = 36) relatou que o TD foi muito fácil para usar e levou menos de cinco minutos para ser concluído (n = 39). A fidelidade da intervenção foi determinada perguntando aos clientes se eles liam o material educativo do cliente fornecido durante a chamada de coaching. Todos os clientes relataram que leram a educação. Este estudo demonstrou que os enfermeiros oncológicos podem implementar a triagem

				de sofrimento, gerirem os sintomas através de educação baseada em evidências, acompanhar com uma chamada de coaching e facilitar encaminhamentos apropriados para ajudar a aliviar o sofrimento do cliente. A inovação deste projeto liderado por enfermeiros pode ser usada em outras especialidades de oncologia para prestar cuidados individualizados que atendam às necessidades psicossociais, físicas, práticas, familiares e

				espirituais/religiosas dos clientes em todo o contínuo de tratamento.
2015 Boucher, J., Lucca, J., Hooper, C., Pedulla, L., & Berry, D. L. (2015). A Structured Nursing Intervention to Address Oral Chemotherapy Adherence in Patients With Non-Small Cell Lung Cancer. Oncology Nursing Forum, 42(4), 383–389. https://doi.org/10.1188/15.ONF.383-389	Estudo de viabilidade longitudinal e descritivo; **Participantes:** 30 clientes adultos com cancro do pulmão que receberam o agente oral *erlotini*® **27 Clientes incluíram o estudo**	Avaliar uma intervenção liderada por enfermeiros para melhorar o conhecimento e a adesão, com a utilização do instrumento/ ferramenta "Multinational Association for Supportive Care in Cancer Oral Agent Teaching Tool (MOATT)" Programa que incluía às 72h pós início da terapêutica uma intervenção telefónica educacional baseada no instrumento (MOATT)	Sessão 1: Consentimento por enfermeiros • Revisão do folheto e diário do erlotinib pelos enfermeiros Sessão 2: Educação em colaboração • Por telefone ou na clínica • Aplicar o instrumento "Multinational Association for Supportive Care in Cancer Oral Agent Teaching Tool (MOATT)" (partes 1-4). • Documentar o encontro.	O ensino estruturado, liderado por enfermeiros, usando o MOATT e a intervenção telefónica educacional era viável no contexto de oncologia torácica. l. Adesão e os resultados do conhecimento foram encorajadores. Estudos adicionais devem incluir medidas objetivas de adesão e estratégias para prestar cuidados de suporte aos clientes em casa. Implicações para a Enfermagem: ensino estruturado com

			• Preencher o formulário de viabilidade. Sessão 3: Sessão Educativa (72-horas de contato telefônico) • Entrar em contato com o participante. • Administrar as partes 3-4 do MOATT. • Documentar a sessão. • Preencher o formulário de viabilidade. Sessão 4: Sessão Educacional (primeira visita clínica após o início erlotinib) • Colher e rever o registo de drogas. • Pedir para o participante completar a Escala de Adesão a	clientes é importante para melhorar o conhecimento da medicação e adesão ao anticancerígeno oral, incluindo seguimento de acompanhamento de administração e efeitos colaterais às 72 horas.

			Medicamentos Morisky-8. • Pedir ao participante para completar a escala de avaliação de conhecimentos. • Administrar as partes 3-4 do MOATT. • Documentar o encontro. • Preencher o formulário de viabilidade.	
2015 Lee, H., Yoon, J. Y., Lim, Y., Jung, H., Kim, S., Yoo, Y., … Park, H.-K. (2015). The effect of nurse-led problem-solving therapy on coping, self-efficacy and depressive symptoms for patients with chronic	Ensaio clínico randomizado **Participantes:** **254 clientes** com DPOC foram recrutados, rastreados e alocados	Examinar os efeitos da terapia de resolução de problemas (PST) conduzida por enfermeiros no enfrentamento, autoeficácia e sintomas depressivos em clientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) usando um ensaio clínico	Aconselhamento por telefone considerando a condição física dos pacientes com DPOC e o custo-efetividade de tal intervenção, PST liderada por uma enfermeira treinada	A terapia de resolução de problemas (PST) conduzida pela enfermeira, oferecida a clientes com DPOC, não demonstrou efeitos diferentes dos cuidados usuais durante 6

obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. Age And Ageing, 44(3), 397–403. https://doi.org/10.1093/ageing/afu201	aleatoriamente no grupo de intervenção com PST liderado por enfermeiros ou o grupo de comparação com os cuidados habituais. **151 clientes** (intervenção = 78 e comparação = 73) completaram o estudo por **6 meses**.		como a principal intervenção. A enfermeira forneceu a intervenção individualizada através de 12 sessões de telefone por cliente com um intervalo de cada 2 semanas durante 6 meses. A sessão inicial foi um máximo de 60 min e cada uma das seguintes sessões foi um máximo de 30 minutos. Todo o aconselhamento telefónico as sessões foram gravadas, e a equipa de pesquisa incluindo outra enfermeira de pesquisa e o investigador principal reviram as	meses; no entanto, uma análise de subgrupo com indivíduos clinicamente deprimidos mostrou melhoria da autoeficácia e diminuição dos sintomas depressivos no grupo de intervenção.

			entrevistas a cada 10º caso, monitorizando a competência do enfermeiro como intervencionista e para garantir a entrega adequada e consistente do PST com o protocolo. A enfermeira também manteve um diário de gestão de casos para manter a consistência da intervenção	
Estudo incluído através das referências bibliográficas				
2016 Bellomo, C. (2016). Oral Chemotherapy: Patient Education and Nursing Intervention. Journal of Oncology Navigation & Survivorship, 7(6), 20–27. Retrieved from	Projeto piloto 24 clientes Durante o projeto-piloto de 3 meses do protocolo de avaliação e educação centrado no cliente e o protocolo de acompanhamento	Melhorar a educação e a intervenção dos enfermeiros navegadores oncológicos (ONNs) para promover o controlo efetivo dos sintomas em clientes que recebem quimioterapia oral	Durante o projeto-piloto de 3 meses do protocolo de avaliação e educação centrado no cliente e no protocolo de chamada telefónica de seguimento da enfermeira, 24 clientes	Educação por enfermeiro e telefonemas de acompanhamento ajudaram os clientes a entender melhor o cronograma e os efeitos colaterais

http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=120885277&lang=pt-pt&site=ehost-live	telefônico da enfermeira sob medida, 24 clientes iniciaram a quimioterapia oral		com vários tipos de cancro iniciados quimioterapia oral. Todos os 24 clientes com cancro receberam educação centrada no cliente, avaliação contínua de enfermagem, e telefonemas de acompanhamento para avaliar e promover a gestão de sintomas e adesão. Durante as conversas telefônicas, usando o Adherence Starts, com o Knowledge (ASK-12) o enfermeiro (oncology nurse navigators) avaliou barreiras ou facilitadores da adesão do cliente e abordou	associados à medicação. Com uma melhor compreensão de sua quimioterapia oral, os clientes se sentiram mais confortáveis e confiantes para se autogerirem e aderirem ao tratamento do cancro. Como mostrado pelas respostas de ensino ao MOATT durante as sessões de educação do cliente e as respostas à ferramenta ASK-12 durante as chamadas telefônicas de acompanhamento, o ensino e acompanhamento eficazes beneficiaram

			sintomas e efeitos colaterais.	clientes com cancro no projeto piloto, melhorando a gestão de efeitos colaterais, diminuir a ansiedade, promover a adesão, capacitar os clientes a serem incluídos em seus cuidados e melhorar a qualidade de vida

DISCUSSÃO

Perante a análise dos resultados é possível identificar que as intervenções telefónicas de enfermagem surgem maioritariamente integradas em programas de educação para a saúde e aconselhamento aos clientes, baseadas em modelos, protocolos de atuação e instrumentos de avaliação, que permitem mensurar os resultados dos cuidados de enfermagem.

O estudo de Blok et al., (2018) utiliza o “Health Behavior Model in Vulnerable Populations” e o modelo “Teachable Moment”. O “Health Behavior Model in Vulnerable Populations”, é um modelo que foi concebido para incluir domínios especialmente relevantes para a compreensão dos comportamentos de saúde e procura de cuidados de saúde em populações vulneráveis. O estado de saúde é tanto um resultado quanto um determinante de utilização. Os resultados em saúde incluem o estado de saúde, a satisfação do cliente e a adesão (Gelberg, Andersen, & Leake, 2000). O modelo “Teachable Moment” ou momento de aprendizagem foi tornado popular por Havighurst (1953) na década de 50 e faz uma conexão entre o momento de um intercâmbio educacional e a facilidade de aprendizagem (Marshall, 2016).

O modelo de cuidados centrados na pessoa foi utilizado nos estudos de Fors et al., (2019) e Bellomo (2016), os cuidados centrados na pessoa, são cuidados individualizados, que respeitam a singularidade da pessoa, respeitando-a nos valores, na vontade e no contexto de cuidados. A pessoa tem um papel ativo neste processo sendo a tomada de decisão partilhada com a própria ou em quem a mesma delegue (McCormack, et al., 2015).

A eficácia do cuidado centrado na pessoa como ferramenta para melhorar os cuidados de saúde foi demonstrada em vários ensaios controlados em diferentes condições, configurações e contextos. Por exemplo, em condições crônicas, como a insuficiência cardíaca, mostrou reduzir o tempo de internamento hospitalar; reduzir a incerteza sobre a doença e tratamento e melhorar a eficiência do processo de alta; menores custos de saúde; reduzir as taxas de re-hospitalização e melhorar a qualidade de vida relacionada à saúde; e melhorar a adesão aos medicamentos (Fors et al., 2019).

No estudo de Titova et al., (2015), a intervenção de enfermagem é baseada no modelo DPOC – Home. Um dos principais princípios deste modelo é a

continuidade de cuidados, do tratamento hospitalar à casa do cliente. O modelo inclui educação, melhor coordenação dos níveis de atenção, melhor acessibilidade e um plano de gestão. Compreende: (a) educação fornecida através de um programa de educação para clientes e enfermeiros envolvidos, (b) visitas conjuntas e consultas telefónicas, (c) um call center para apoio e comunicação com um clínico geral e (d)) um plano de autogestão individualizado, incluindo monitorização domiciliária e um plano para intervenções farmacológicas e não farmacológicas (Sunde et al., 2014). Relativamente à aplicação de instrumentos/ferramentas para avaliação das intervenções de enfermagem, a sua aplicabilidade foi evidente nos diferentes estudos, tendo contribuído para a obtenção de resultados face aos cuidados de enfermagem.

Boucher et al., (2015), usando o MOATT (*MASCC Oral Agent Teaching Tool*), considerou que o ensino estruturado, liderado por enfermeiros, e a intervenção telefónica de enfermagem era viável no contexto de oncologia torácica, tendo resultado em aumento do conhecimento e adesão do paciente, sugerindo que o envolvimento do enfermeiro, juntamente com o uso do MOATT, com intervenção telefónica de acompanhamento, foi muito benéfico para esses pacientes.

A ferramenta MOATT (*MASCC Oral Agent Teaching Tool*), é uma ferramenta de ensino que permite assistir os profissionais de saúde na educação e avaliação de clientes em tratamento oncológico oral. O objetivo é assegurar que os clientes mantêm o seu regime terapêutico. Os familiares cuidadores e outros profissionais de saúde podem ser envolvidos no processo (Rittenberg, Johnson, Kav, Barber, & Lemonde, 2012).

Igualmente, Bellomo, (2016), utilizou-a durante as sessões de educação do cliente, associando ao MOATT uma ferramenta de suporte às intervenções *Adherence Starts*, com o instrumento *Knowledge (ASK-12)*. Este instrumento permite medir as barreiras à adesão à medicação e ao comportamento relacionado com a adesão. O ASK-12 demonstrou confiabilidade e validade adequadas, e pode ser uma breve medida útil do comportamento de adesão e das barreiras à adesão ao tratamento (Matza & Wolever, 2009).

A aplicação do “Distress Thermometer”, cujo instrumento permite avaliar os sintomas de sofrimento, através de scores de sofrimento e pode ajudar a direcionar as intervenções educacionais e melhorar a qualidade de vida dos clientes. Foi

utilizado por Sherry et al., (2014), segundo estes autores, o *Distress Thermometer* é uma ferramenta de triagem inclusiva que avalia sintomas psicossociais e avalia sintomas físicos, práticos, familiares e espirituais/religiosos, que demonstrou ter boa confiabilidade e validade, com sensibilidade de 77% e especificidade de 66%. Um score de 4 ou maior no *Distress Thermometer* é considerado sofrimento moderado a grave e justifica a intervenção.

Este projeto piloto revelou que uma intervenção educacional personalizada e uma intervenção telefónica de *coaching* podem diminuir o sofrimento em clientes com cancro de pulmão metastático. As intervenções telefónicas de *coaching* consistiam em rever as metas de mudança de estilo de vida do cliente e seus atuais comportamentos de estilo de vida. Os autores demonstraram que a triagem do sofrimento com o *Distress Thermometer* numa clínica ambulatória de oncologia torácica era viável (Sherry et al., 2014).

A característica central do coaching é utilizar intervenções focadas em capacitar os clientes para definirem e atingirem metas de saúde da sua própria responsabilidade é, também descrito como coaching de saúde ou bem-estar. O apoio aos clientes deve partir dos profissionais de saúde que cuidam dos clientes, e esses profissionais de saúde devem ser treinados em adesão e conhecimento sobre intervenções de adesão adaptadas eficazes. (George, 2018).

Com o objetivo de examinar se uma intervenção de apoio telefônico destinada a promover o uso do plano de ação para a autogestão aumentou o bem-estar do cliente e reduziu a gravidade dos sintomas no atendimento primário no Reino Unido, Billington, Coster, Murrells, & Norman, (2015), utilizou a avaliação da DPOC, através do *COPD Assessment Test (CAT)*.

O *COPD Assessment Test (CAT)* é um questionário de autopreenchimento pelo cliente, que contempla oito itens da auto perceção do estado de saúde e bem-estar. Os itens a preencher contemplam os seguintes sintomas: tosse, catarro, aperto no peito, falta de ar e limitações da vida diária, confiança na administração da doença, problemas de sono e baixos níveis de energia. O CAT fornece uma pontuação de 0 a 40 unidades, para indicar o impacto da doença. Uma pontuação de CAT inferior a 10 sugeriria que a DPOC está tendo um baixo impacto na percepção de saúde e bem-estar do paciente, 10 a 20 um impacto médio e 21 a 40 sugeririam um impacto de moderado a grave. Uma mudança na pontuação de 2

unidades foi identificada por especialistas envolvidos no desenvolvimento do teste como sendo clinicamente significativos. Os itens foram selecionados para abranger uma ampla faixa de gravidade da doença, com a intenção de que o maior poder discriminante estaria na faixa de leve a moderada (Jones et al., 2009).

O estudo concluiu melhorias significativas no estado de saúde do grupo de intervenção, comparativamente com o grupo do cuidado usual. Assim como, melhoria na satisfação em ambos os grupos (Billington et al., 2015).

Um estudo de Lee et al., (2015) abordou a intervenção de enfermagem com a aplicação da terapia de resolução de problemas. Esta terapia é uma intervenção cognitivo-comportamental que treina os clientes a utilizarem atitudes e habilidades para resolver problemas, e tem-se mostrado uma intervenção eficaz na gestão de sintomas depressivos para uma variedade de populações. A aplicação desta terapia liderada pela enfermeira, foi uma intervenção individualizada e centrada no cliente para melhorar as habilidades de resolução de problemas dos clientes relacionadas à gestão dos sintomas e à modificação do estilo de vida (Lee et al., 2015).

A intervenção não demonstrou efeitos diferentes dos cuidados usuais durante 6 meses; no entanto, uma análise de subgrupo com indivíduos clinicamente deprimidos mostrou melhoria da autoeficácia e diminuição dos sintomas depressivos no grupo de intervenção (Lee et al., 2015).

CONCLUSÃO

Apesar dos estudos analisados, à exceção do Billington et al., (2015), não descreverem os resultados da intervenção telefónica de enfermagem, de forma isolada, em todos os estudos a intervenção telefónica integra programas de educação para a saúde e aconselhamento, com resultados positivos para os clientes.

Em todos os estudos se denota uma preocupação em alicerçar os estudos em modelos teóricos e ferramentas de suporte para monitorizar e medir o impacto das intervenções de enfermagem.

Nos estudos analisados podemos concluir que se verificaram ganhos em saúde das intervenções de enfermagem, nomeadamente a nível da satisfação dos clientes; melhorias significativas no estado de saúde, comparativamente com o cuidado usual; resultados positivos na adesão e conhecimento do cliente; melhoria na gestão de efeitos colaterais associados à medicação, diminuição da ansiedade, na promoção da adesão, na capacitação dos clientes e na melhoria da qualidade de vida;

Os programas provaram ainda ser efetivos na redução da utilização hospitalar em clientes com DPOC classe III e IV com efeito persistente ao longo dos 2 anos de seguimento. Na diminuição do sofrimento em clientes com cancro de pulmão metastático e os entrevistados de um dos estudos, recomendaram a intervenção como estratégia para melhorar a mudança de comportamentos para outros clientes.

Implicações na prática profissional:

Nos contextos da prática de enfermagem ao cliente adulto com doença respiratória a intervenção telefónica de enfermagem é uma intervenção a relevar na capacitação do cliente no que concerne ao conhecimento face ao seu processo de saúde/doença, promovendo o acompanhamento do utente, melhorando a sua capacitação na gestão da doença, promovendo a adesão, aumentando a satisfação e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, traduzindo-se em ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asiri, H., & Househ, M. (2016). The impact of Telenursing on nursing practice and education: A systematic literature review. In *Studies in Health Technology and Informatics* (Vol. 226, pp. 105–108). https://doi.org/10.3233/978-1-61499-664-4-105

Bellomo, C. (2016). Oral Chemotherapy: Patient Education and Nursing Intervention. *Journal of Oncology Navigation & Survivorship*, *7*(6), 20–27. Acedido em 8 de junho de 2019. Disponível em: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=120885277&site=ehost-live&scope=site

Billington, J., Coster, S., Murrells, T., & Norman, I. (2015). Evaluation of a nurse-led educational telephone intervention to support self-management of patients with chronic obstructive pulmonary disease: A randomized feasibility study. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, *12*(4), 395–403. https://doi.org/10.3109/15412555.2014.974735

Blok, A. C., Blonquist, T. M., Nayak, M. M., Somayaji, D., Crouter, S. E., Hayman, L. L., … Cooley, M. E. (2018). Feasibility and acceptability of “healthy directions” a lifestyle intervention for adults with lung cancer. *Psycho-Oncology*, *27*(1), 250–257. https://doi.org/10.1002/pon.4443

Boucher, J., Lucca, J., Hooper, C., Pedulla, L., & Berry, D. L. (2015). A Structured Nursing Intervention to Address Oral Chemotherapy Adherence in Patients W ith Non-Small Cell Lung Cancer. *Oncology Nursing Forum*, *42*(4), 383–389. doi: 10.1188/15.ONF.383-389

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Mccloskey Dochterman, J. (2010). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC) Tradução da 5a edição*. Acedido em 8 de junho de 2019. Disponível em: http://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/14/0ac4055be9a07e3df54c72e9651c589e.pdf

Doran, D. M. (2011). Nursing Outcomes - The State of the Science. 2ª ed. Toronto: Jones & Bartlett Learning.

Fors, A., Blanck, E., Ali, L., Ekberg-Jansson, A., Fu, M., Kjellberg, I. L., … Ekman, I. (2019). Effects of a self-management programme on patient participation in patients with chronic heart failure or chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, *18*(3), 185–193. https://doi.org/https://doi.org/ 10.1371/journal.pone.0203031

Gelberg, L., Andersen, R. M., & Leake, B. D. (2000). The Behavioral Model for Vulnerable Populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. *Health Services Research*, *34*(6), 1273–1302. Acedido em 8 de junho de 2019. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10654830%0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1089079

George, M. (2018). Adherence in Asthma and COPD: New Strategies for an Old Problem. *Respiratory Care*, *63*(6), 818–831. https://doi.org/10.4187/respcare.05905

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD).(2019).Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2019 Report. Acedido em 8 de junho de 2019. Disponível em: https://goldcopd.org/gold-reports/.

Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Estatísticas da Saúde 2017*. *INE, I.P.* Lisboa.

Jones, P. W., Harding, G., Berry, P., Wiklund, I., Chen, W. H., & Kline Leidy, N. (2009). Development and first validation of the COPD Assessment Test. *European Respiratory Journal*, *34*(3), 648–654. https://doi.org/10.1183/09031936.00102509

Lee, H., Yoon, J. Y., Lim, Y., Jung, H. Y., Kim, S., Yoo, Y., … Park, H. K. (2015). The effect of nurse-led problem-solving therapy on coping, self-efficacy and depressive symptoms for patients with chronic obstructive pulmonary disease: A randomised controlled trial. *Age and Ageing*, *44*(3), 397–403. https://doi.org/10.1093/ageing/afu201

Li, L., Lake, R., Raban, M. Z., Byrne, M., Robinson, M., Westbrook, J., & Baysari, M. T. (2017). Medication-related calls received by a national telenursing triage and advice service in Australia: A retrospective cohort study. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 1–11. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2135-1

Marshall, L. C. (2016). Teachable moments. *Nursing Management*, *2*(3), 13. https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759

Matza, L. S., Park, J., Coyne, K. S., Skinner, E. P., Malley, K. G., & Wolever, R. Q. (2009). Derivation and Validation of the ASK-12 Adherence Barrier Survey. *Annals of Pharmacotherapy*, *43*(10), 1621–1630. https://doi.org/10.1345/aph.1M174

Moher, D. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. Annals of Internal Medicine, 151(4), 264. doi:10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em 8 de junho de 2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf

Programa Nacional para as Doenças Respiratórias. (2018). *Doenças Respiratórias: Desafios e Estratégias 2018*. (Direção-Geral da Saúde, Ed.), *Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde*. Lisboa.

Rittenberg, C. N., Johnson, J., Kav, S., Barber, L., & Lemonde, M. (2012). *MASCC Oral Agent Teaching Tool (MOATT ©) - User Guide*. *Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC)*. Acedido em 8 de junho de 2019. Disponível em: http://www.mascc.org/assets/documents/moatt_userguide.pdf

Santos, A. C., Barreto, C.,Barata, F.,Froes, F.,Carvalho, I., Pité, I.… Pinto Basto, R. (2017). *13º Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, Observatório nacional das doenças respiratórias*. Acedido em 12 de junho de 2019. Disponível em: https:www.ondr.pt/files/Relatório_ONDR_2018.pdf

Sherry, V., Guerra, C., Ranganathan, A., & Schneider, S. (2014). Metastatic Lung Cancer and Distress: Use of the Distress Thermometer for patient assessment. *CLINICAL JOURNAL OF ONCOLOGY NURSING*, *21*(3), 379–383. doi: 10.1188/17.CJON.379-383

Sunde, S., Walstad, R. A., Bentsen, S. B., Lunde, S. J., Wangen, E. M., Rustøen, T., & Henriksen, A. H. (2014). The development of an integrated care model for patients with severe or very severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): THE COPD-Home model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *28*(3), 469–477. https://doi.org/10.1111/scs.12069

Titova, E., Steinshamn, S., Indredavik, B., & Henriksen, A. H. (2015). Long term effects of an integrated care intervention on hospital utilization in patients with severe COPD: A single centre controlled study. *Respiratory Research*, *16*(1). https://doi.org/10.1186/s12931-015-0170-1

ANEXOS

ANEXO I – GUIÃO DE CONSULTA TELEFÓNICA DE ENFERMAGEM

Tentativas de contacto sem sucesso
1-
2-
3-

NOME : _____ Idade: _____

CHLN - _____ Data exame: _____ Hora: _____

Contactos telefónicos: _____

Entrevistado: Próprio ☐ Outro ☐ (Especifique) _____

1 - Recorda-se que tem uma VBF / Toracocentese / PATT / Broncoscopia Rígida / Ecoendoscopia / Lavagem Pulmonar marcada no ☐, na Unidade de Pneumologia de Intervenção / Bloco / Imagiologia? (assinalar o correspondente)

Não ☐ Sim ☐

1.1 - Se sim, sabe dia e hora do exame? Sim ☐ Não ☐

1.2 - Pensa vir? Sim ☐ Não ☐

1.3 - Que médico solicitou o exame: _____ Desconhece ☐

2 - É a primeira vez que vem realizar este exame? Não ☐ Sim ☐

2.1 - Se sim, sabe em que consiste o seu exame? Não ☐ (colocar em observações/ensinos)

Sim ☐

VBF / ECOENDOSCOPIA	TORACOCENTESE / PATT
Utiliza um aparelho (fibroscópio)	Apoio Ecografia / TAC
Via abordagem (nariz/boca)	Via abordagem (picada parede torácica)
Visualização da árvore brônquica/pulmão	Colheita material para análise (líquido/tecido)

Refere os 3 parâmetros ☐

Refere 1 ou 2 parâmetros ☐

Não refere nenhum parâmetro ☐

3 - Foi-lhe dada informação sobre o exame e sua preparação?

Não ☐ (colocar em observações/ensinos)

Sim (especifique) Médico Assistente ☐

Folheto informativo ☐

Outro (especifique) _____ ☐

3.1 - Jejum superior a 6 horas (sólidos e líquidos incluindo água, café e chá)

Sim ☐ Não aplicável ☐

3.2 - Tem exames efetuados? Não ☐

Sim : Análises ☐ ECG ☐ RX tórax ☐ TAC ☐ PET ☐

No processo ☐ ☐ Exames externos ☐ ☐ (Aconselhado a trazê-los)

4 - Toma medicação habitualmente? Não ☐ Sim ☐ Qual? Especifique:

- Hipocoagulantes/Antiagregantes ☐ _____

- Antidepressivos ☐ _____

- Antidiabéticos orais/insulina ☐ _____

- Anti-hipertensores ☐ _____

- Broncodilatadores ☐ _____

- Outros ☐ _____

4.1 - Tem indicação médica para suspender alguma medicação?

Sim ☐ Qual:_____ N.º de dias:___ Médico prescritor _____

Não ☐ (Incentivado a procurar médico assistente para eventuais indicações)

5 - Alergias a medicamentos ou alimentos?_____

6 - Fumador? Sim ☐ (Aconselhado a não fumar no dia do exame)

Não ☐

7 - Portador de pacemaker/desfibrilhador (riscar o que não corresponder)? Sim ☐ Não ☐

8 - Tem alguma dúvida sobre o exame? Não ☐

Sim ☐

8.1 - Localização do serviço ☐

8.2 - Anestesia ☐

8.3 - Procedimento ☐

8.4 - Medicação ☐

8.5 - Outras? Especifique quais?_____

9 - Observações e ensinos efectuados: _____

_____

COMPARECEU: Sim ☐ Não ☐

CUMPRIU INDICAÇÕES: Sim ☐ Não ☐

CONHECIMENTO ACERCA DO EXAME: Sim ☐ Não ☐

EFECTUOU EXAME: Sim ☐ Não ☐

Enf.º / N.º Mecanográfico: _____

Data _____

ANEXO II – APROVAÇÃO DO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PELA ENFERMEIRA DIRETORA

Exma. Sra.
Enfermeira em funções de Chefia
Célia Cuco

Assunto: Pedido de autorização para realização de projeto

Vimos por este meio informar que está autorizada a recolha de dados para realização do projeto de investigação, intitulado "Caracterização de uma Consulta Telefónica de Enfermagem em Pneumologia de Intervenção", no Serviço de Pneumologia - Unidade Pneumologia de Intervenção (UPI) do Centro Hospitalar , no âmbito do Curso de Mestrado em Gestão em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
Encontra-se também autorizada a divulgação dos resultados.

Com os nossos cumprimentos,
19 de agosto de 2020

A Enfermeira Diretora

ANEXO III – APROVAÇÃO DO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PELA COMISSÃO DE ÉTICA

[redacted]

[redacted]

Exma. Senhora

Enfermeira Chefe Célia Cuco

[redacted]

Lisboa, 26 de Março de 2020

Nossa Ref: Nº 6/26

Assunto: Projeto **"Caracterização de uma Consulta Telefónica de Enfermagem em Pneumologia de Intervenção"**

Relator - [redacted]

Pela presente se informa que o projeto citado em epígrafe a realizar no âmbito do Mestrado em Enfermagem, na área de especialização de Gestão em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, obteve, na reunião realizada no dia 4 de Fevereiro de 2020, parecer favorável da Comissão de Ética, considerando-se observados os imperativos que fundeiam as Boas práticas clínicas, os preceitos internacionalmente reconhecidos de qualidade ética e científica que devem ser respeitados na concação e na realização dos estudos clínicos que envolvem a participação de seres humanos.

No uso das competências próprias constantes do disposto no Decreto-Lei N.º 97/95 de 10 de Maio, e no exercício das suas funções em observância do deliberado na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril, que aprova a lei da investigação clínica, revista pela Decreto-Lei n.º 80/2018 (DR n.º 198-2018, Série I de 2018/10/15) que reforça o papel das comissões de ética no contexto da instituição em que se integram nas diversas vertentes relevantes, nomeadamente, assistencial, institucional de investigação e de formação, e ainda em cumprimento dos regulamentos internos do CHULN, dos códigos deontológicos, das convenções, declarações e diretrizes internacionais, a Comissão de Ética avaliou o projeto, que considera obedecer aos requisitos éticos fundamentais que devem ser respeitados, refletindo o primado da dignidade e da integridade humanas.

Encontra-se assegurado o direito à integridade moral e física do participante, cumpre as precauções essenciais, cujo designio visa minimizar eventuais danos para os seus direitos de personalidade, bem como o direito à privacidade e à proteção dos dados pessoais que lhe dizem respeito, em harmonia com o respetivo regime jurídico.

Com os melhores cumprimentos

[redacted]