

Gestão do regime terapêutico - construção de fluxograma de apoio à tomada de decisão: estudo qualitativo

Therapeutic self-management - development of a flowchart to support decision-making: qualitative study

Gestión del régimen terapéutico - construcción del diagrama de flujo para apoyar la toma de decisiones: estudio cualitativo

Liliana Andreia Neves da Mota*; Maria Adelaide Sousa Cruz**; Catarina Alexandra Oliveira Costa***

Resumo

Enquadramento: O transplante hepático é uma modalidade terapêutica em situações de doença hepática avançada e cujo sucesso depende do modo como o doente incorpora no seu quotidiano um novo regime terapêutico complexo.

Objetivos: Desenvolver um fluxograma de apoio à decisão clínica de enfermagem no âmbito da gestão do regime terapêutico da pessoa submetida a transplante hepático.

Metodologia: Estudo qualitativo, longitudinal, realizado num centro de transplantação, com recurso à análise de conteúdo retrospectiva aos registos de enfermagem e reuniões de consenso com os enfermeiros. Realizou-se de janeiro a dezembro de 2013.

Resultados: O fluxograma agrega as áreas do regime medicamentoso, regime dietético, hábitos de vida e as complicações. As especificações das intervenções agregadas nas áreas referidas reuniram consenso em mais de 90% dos enfermeiros, tendo em vista a continuidade dos cuidados.

Conclusão: A sistematização da informação num fluxograma permite o melhor reconhecimento das necessidades dos doentes tendo em vista a preparação do regresso a casa, a continuidade e qualidade dos cuidados.

Palavras-chave: autocuidado; transplante de fígado; enfermagem

Abstract

Background: Liver transplantation is a therapeutic modality in situations of advanced liver disease whose success depends on how patients deal with a new and complex therapeutic regimen in their daily lives.

Objectives: To develop a flowchart to support nursing decision-making on the therapeutic self-management of liver transplant patients.

Methodology: Qualitative longitudinal study conducted between January and December 2013 in a transplantation center, using retrospective content analysis of nursing records and consensus meetings with nurses.

Results: The flowchart included the following areas: medication regimen, dietary regimen, lifestyles, and complications. Nurses reached a 90% consensus on the specifications of each intervention included in these areas, with the purpose of achieving continuity of care.

Conclusion: The systematization of information in a flowchart allows for a better identification of each patient's needs with a view to preparing discharge, and the continuity and quality of care.

Keywords: self-care; liver transplantation; nursing

* MSc., Doutoranda, Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis, 3720-126, Oliveira de Azeméis, Portugal [saxonenfermeira@gmail.com]. Contribuição no artigo: recolha e análise dos dados, discussão dos resultados e redação do artigo. Morada para correspondência: Travessa do Formil 42, 4415-653, Lever, Vila Nova de Gaia, Portugal.

** Lic., enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, Unidade de Transplantação Hepática e Pancreática, Centro Hospitalar do Porto - Hospital Santo António, 4099-001, Porto, Portugal [masc.29@gmail.com]. Contribuição no artigo: recolha de dados e discussão.

*** MSc., Enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, Unidade de Transplantação Hepática e Pancreática, Centro Hospitalar do Porto - Hospital Santo António, 4099-001, Porto, Portugal [caterinaoliveira1979@gmail.com]. Contribuição no artigo: recolha de dados e discussão.

Resumen

Marco contextual: El trasplante de hígado es una modalidad terapéutica que se aplica en situaciones de enfermedad hepática avanzada, y cuyo éxito depende de cómo el paciente incorpore en su vida diaria un nuevo régimen de tratamiento complejo.

Objetivos: Desarrollar un diagrama de flujo de apoyo a la decisión clínica de enfermería en la gestión del régimen terapéutico de la persona sometida a trasplante de hígado.

Metodología: Estudio cualitativo, longitudinal, realizado en un centro de trasplante mediante el análisis de contenido retrospectivo de los registros de enfermería y las reuniones de consenso con los enfermeros. Se realizó entre enero y diciembre de 2013.

Resultados: El diagrama de flujo incluye las áreas de régimen de medicación, régimen alimenticio, estilo de vida y complicaciones. Las especificaciones de las intervenciones en las áreas mencionadas obtuvieron un consenso en más del 90 % de los enfermeros, teniendo en cuenta la continuidad de los cuidados.

Conclusión: La sistematización de la información en un diagrama de flujo permite reconocer mejor las necesidades de los pacientes con el fin de preparar el regreso a casa, la continuidad y la calidad de la atención.

Palabras clave: autocuidado; trasplante de hígado; enfermería

Recebido para publicação em: 27.07.16

Aceite para publicação em: 28.11.16

Introdução

O transplante de fígado é considerado o tratamento de última linha em situação de doença hepática avançada, com impacto significativo na qualidade de vida destes doentes. Neste contexto, é indispensável a adoção de comportamentos que garantam a viabilidade do órgão transplantado e a promoção da qualidade de vida da pessoa submetida a transplante hepático.

No pós transplante hepático as pessoas são desafiadas a reformular a forma como se posicionam mediante a sua saúde/doença em prol do sucesso do transplante, o que na perspetiva do Conselho Internacional de Enfermeiros (2015) nos reporta para o conceito do autocuidado que visa “tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (p. 9). Na literatura focada na transplantação hepática as questões centradas neste âmbito remetem-nos para o conceito da gestão do regime terapêutico.

A gestão do regime terapêutico enquanto ação autoiniciada visa a promoção do bem-estar, baseada numa escolha consciente e dependente da vontade da pessoa (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011). O cuidado de enfermagem que depende da tomada de decisão do enfermeiro pode e deve desempenhar um papel crucial na melhoria da adaptabilidade, ação, transformação e otimização de todas as condições e circunstâncias que cercam e influenciam os comportamentos dos doentes, a fim de desenvolver as suas capacidades de desempenho no autocuidado (Mota, 2011). Os sistemas de informação podem então ser vistos como uma oportunidade para repensar e redefinir os processos de trabalho atuais, a fim de tirar partido das novas capacidades de informação da gestão para reduzir custos, aumentar a produtividade e melhorar os níveis de serviço (Mota, 2010; Pereira, 2007).

Os sistemas de informação devem ser “capazes de se afirmar como estruturas sólidas, capazes de garantir processos eficientes de recolha, processamento, organização e gestão dos dados que resultam dos processos assistenciais” (Mota, Pereira, & Sousa, 2014, p. 86).

Assim sendo, pretende-se com este trabalho desenvolver um fluxograma de apoio à tomada de decisão clínica de enfermagem no âmbito da gestão

do regime terapêutico da pessoa transplantada hepática, tendo em vista a promoção da continuidade dos cuidados.

Neste estudo será efetuada uma operacionalização dos dados recolhidos pelos enfermeiros que enfatizam o seu processo de tomada de decisão, tendo em vista a construção de um fluxograma que oriente a tomada de decisão clínica, de forma a ser incorporado no sistema de informação em uso.

Enquadramento

O conceito de gestão do regime terapêutico guarda grande proximidade com a autogestão da doença. A problemática das pessoas com doença crónica remete-nos para o desenvolvimento de comportamentos de manutenção da sua saúde/doença, tendo em vista o equilíbrio nas suas relações familiares, profissionais e sociais (Fry & Bates, 2012; Redman, 2004).

As pessoas sujeitas a transplante hepático aquando do regresso a casa são desafiadas a integrar “no seu quotidiano um programa de tratamento da doença e das suas consequências” (NANDA International, 2003, pp. 188-193), reportando-nos, neste sentido, para o conceito de *gestão do regime terapêutico*. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015), na sua última versão, o termo gestão do regime terapêutico não está descrito, direcionando-nos para a utilização de termos como: autocuidado, regime, regime medicamentoso, regime dietético, regime de exercício, habilidade para gerir, atitude face ao regime, etc.

No sistema de informação em uso é utilizada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) na sua versão beta em que a definição de gestão do regime terapêutico é considerado um comportamento de adesão que visa “executar as atividades cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar actividades para tratamento ou prevenção de doença na vida diária” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p. 62). Na literatura surgem outros termos para descrever o conceito de gestão de regime terapêutico, como é o caso de *self management* (autogestão) associado ao autocuidado e que Lorig e Holman

(2003) descrevem como aprendizagem e treino de competências necessárias para garantir uma vida ativa e emocionalmente satisfatória face à doença crónica. Os mesmos autores definem cinco habilidades de autogestão: resolução de problemas, tomada de decisão, mobilização de recursos, estabelecimento de parcerias de cuidados com o profissional de saúde e capacitação de ação.

Outros conceitos, como a adesão, também estão associados à gestão do regime terapêutico. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem a adesão é definida como:

Ação auto iniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento; toma os medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015, p. 2)

Alguns autores sugerem a clarificação dos conceitos referindo que:

Gestão do regime terapêutico é um conceito mais global, que engloba a adesão, mas que vai além da volição e inclui, entre outros aspetos, a capacidade de decisão sobre a mudança de um comportamento face à modificação do status de um sintoma ou face a uma nova circunstância, incorporando, por isso, o autoconhecimento e o conhecimento técnico necessário para interpretar e agir em conformidade. (Bastos, 2013, p. 66)

As taxas de não adesão ao regime medicamentoso na transplantação hepática é na ordem de 25,28%, o que inclui a toma de medicação não prescrita, não completar o curso da medicação, desvios na dose e frequência da prescrição (Telles-Correia, Barbosa, Mega, Barroso, & Monteiro, 2007). Moreno (2012) no seu estudo sobre a adesão terapêutica em doentes transplantados hepáticos e renais descreve que 44% dos doentes referem ter tido comportamentos de não adesão. As taxas de não adesão ao regime medicamentoso após transplante hepático têm forte impacto na morbidade e mortalidade, reduz a qualidade de vida e aumenta os custos em saúde (Telles-Correia, Barbosa, Mega, Barroso, & Monteiro, 2008).

No sentido de diminuir o impacto das taxas de não adesão é fundamental que os enfermeiros ajudem os doentes na aquisição de conhecimentos e capacidades para gerir o seu regime terapêutico. “A preparação cuidadosa e apropriada da informação aos doentes/prestador de cuidados durante a alta, bem como a sua compreensão e assimilação são muito importantes para a continuidade da qualidade dos cuidados no domicílio” (Morais, 2010, p. 34).

Centrados na problemática da continuidade dos cuidados importa refletir acerca da forma como os enfermeiros recolhem, processam e documentam a informação dos doentes, dentro do mesmo contexto de cuidados, tendo em vista a garantia da continuidade dentro do mesmo grupo profissional.

“Durante a preparação para o regresso a casa, o enfermeiro deverá ser capaz de reconhecer as necessidades da pessoa bem como os seus recursos existentes, de modo a planear as intervenções capazes de o ajudar” (Morais, 2010, p. 38).

Com a evolução tecnológica verificada nos sistemas de informação urge cada vez mais sistemas capazes de suportar a tomada de decisão clínica.

A conceção do modelo de dados, referente à tomada de decisão de enfermagem, deve englobar quatro entidades principais: os dados de apreciação inicial, os dados referentes aos diagnósticos de enfermagem, os dados referentes aos status dos diagnósticos (isto é, objetivos/resultados esperados), as intervenções de enfermagem e a avaliação sistemática dos resultados/da evolução do cliente. (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p. 2)

Assim, emerge como fulcral o desenvolvimento de estudos com impacto na prática clínica dos enfermeiros, que tomem como referência as suas necessidades, em prol da melhoria contínua da qualidade da assistência e da continuidade dos cuidados.

Questões de Investigação

Em resultado das nossas inquietações da prática clínica identificamos as seguintes questões de investigação:

Quais os dados que os enfermeiros reportam como relevantes na sua tomada de decisão clínica no âmbito da gestão do regime terapêutico?

Como devem ser sistematizados os dados reportados pelos enfermeiros como relevantes?

Como garantir a continuidade de cuidados?

Metodologia

O estudo desenvolveu-se no Centro Hospitalar do Porto (CHP), na Unidade de Transplantação Hepática e Pancreática (UTHP).

Na UTHP os registos de enfermagem são suportados eletronicamente pelo Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), com recurso à linguagem classificada (CIPE) na sua versão beta.

Estudo qualitativo e longitudinal, numa perspetiva de investigação interpretativa que decorreu em duas fases. Os estudos qualitativos revelam-se de extrema relevância pela importância atribuída à perspetiva dos participantes (Flick, 2005).

Na fase I do estudo foi realizada uma análise de conteúdo retrospectiva aos registos de enfermagem, no sentido de compreender quais os dados patentes no processo de diagnóstico de enfermagem, assim como as intervenções com integridade referencial no âmbito da gestão do regime terapêutico identificadas pelos enfermeiros. Foram analisados 60 processos de enfermagem, que correspondem à totalidade de doentes transplantados hepáticos no período de janeiro a dezembro de 2013 (período de colheita de dados). Os dados foram sujeitos a análise categorial temática (Bardin, 2008), sendo a categorização efetuada à priori, com recurso às categorias definidas por Mota (2011) na área da gestão do regime terapêutico em contexto semelhante: Capacidade para gerir o regime dietético; Capacidade para gerir o regime medicamentoso e Disponibilidade e capacidade para detetar complicações.

Na fase II, procedeu-se a quatro reuniões de consenso com a totalidade dos enfermeiros da UTHP (15 enfermeiros), tendo em vista a compreensão das terapêuticas que melhor descreveriam a sua intervenção no âmbito da gestão do regime terapêutico, assim como, definir os critérios que visam avaliar os conhecimentos e competências dos doentes, tendo em vista a continuidade dos cuidados.

As reuniões ocorreram no gabinete de enfermagem da UTHP e tiveram a duração de 60 minutos. As reuniões de grupo permitem a resolução de problemas comuns, pelo que se introduz um problema concreto, e a função do grupo é discutir as alternativas para a resolução do problema que vai muito para além da sua opinião pessoal (Flick, 2005). Foram considerados resultados de consenso os critérios que reuniam 75% dos enfermeiros.

A participação no estudo foi voluntária, tendo sido garantido o anonimato dos participantes e a possibilidade de desistência do estudo caso, o que não se verificou. A realização do estudo foi autorizada pelo Conselho de Administração do CHP.

Resultados

Aquando da análise dos registos de enfermagem verificamos que no âmbito da gestão do regime terapêutico os enfermeiros identificavam exclusivamente o diagnóstico de enfermagem *oportunidade de gestão do regime terapêutico*. Com a identificação deste diagnóstico de enfermagem os enfermeiros implementavam intervenções no âmbito do informar que visam “comunicar alguma coisa a alguém” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015, p. 60), nomeadamente no âmbito do ensinar “Dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015, p. 40). As intervenções de enfermagem implementadas distribuíam-se por áreas como regime medicamentoso, regime dietético, hábitos de vida e complicações.

A agregação das intervenções encontradas no sistema de informação em uso, de acordo com as categorias definidas por Mota (2011) distribuiu-se conforme a Tabela 1. É de salientar que na análise dos dados surgiu uma nova categoria Capacidade para gerir os hábitos de vida.

Tabela 1

Agregação das intervenções do sistema em uso e respetiva especificação

| Categories | Intervenções do sistema | Especificação |
|---|--|---|
| Capacidade para gerir o regime medicamentoso | Providenciar material de leitura sobre regime terapêutico | |
| | Ensinar sobre regime medicamentoso | - Nome da medicação - Ação da medicação - Horário da medicação - Forma do medicamento |
| | Ensinar sobre autoadministração de medicamentos | - Estratégias para lembrar a toma da medicação |
| | Ensinar a pessoa sobre resposta/reação aos medicamentos | - Efeitos adversos - Esquecimento da toma - Importância da toma correta da medicação |
| Capacidade para gerir o regime dietético | Ensinar a pessoa sobre hábitos alimentares | - Finalidade do plano alimentar - Informar sobre alimentos permitidos e excluídos - Importância da hidratação oral |
| | Ensinar a pessoa sobre os hábitos de exercício | - Importância para realização de exercício físico - Orientar para as atividades adequadas |
| Capacidade para gerir os hábitos de vida | Promover adaptação a novos estilos de vida | - Orientar para hábitos de vida saudáveis: <ul style="list-style-type: none"> • Deixar de fumar • Lavagem dos dentes • Cuidados com pele • Uso de preservativo • Cuidados com animais e plantas • Retoma ao trabalho e condução |
| | Ensinar sobre complicações de gestão regime terapêutico ineficaz | - Efeito da medicação - Complicações a que está sujeito |
| Capacidade para detetar/prevenir complicações | Ensinar sobre sinais de infeção | - Orientar de como deve evitar as infeções |
| | Ensinar sobre autovigilância | - Automonitorização - Descrever sinais e sintomas de complicações - Relação de autovigilância e complicações |

Com base nestes resultados e com recurso à técnica de consenso, os enfermeiros definiram os critérios que deveriam ser cumpridos em cada intervenção, para que toda a equipa reconheça o nível de aquisição de conhecimentos e competências de cada doente no âmbito da gestão do regime terapêutico. Assim, toda a equipa tem real perceção do que já foi realizado e do que falta efetuar.

Na coluna da especificação da Tabela 1 encontramos os critérios que os enfermeiros consideraram relevantes implementar na concretização de cada uma das intervenções.

Capacidade para gerir o regime medicamentoso

“Quando estou a falar com o doente sobre o regime medicamentoso falo-lhe . . . claro . . . do nome do medicamento e do horário” (E1, dezembro, 2013); “a dose também é importante, apesar de poder variar” (E4, dezembro, 2013); “há doentes que me

dizem . . . o nome não sei . . . mas se o vir consigo saber qual é” (E10, dezembro, 2013); “acho que os doentes precisam de saber para que é que tomam o medicamento” (E15, dezembro, 2013).

Com base nas expressões dos enfermeiros consideramos que as especificações da intervenção *ensinar sobre regime medicamentoso* eram o nome, horário, dose e ação do medicamento. Não foi considerada a inclusão da dose do medicamento nas especificações, pois não reuniu consenso em mais de 75% dos enfermeiros, por considerarem que a dose é variável e, portanto, não haver necessidade de ensinar sobre a mesma.

Vários enfermeiros reforçam junto dos doentes a necessidade da toma à hora certa, pelo que incentivam o uso de despertador como um lembrete da toma: “para que nunca se esqueçam de tomar a medicação até lhes falo de colocar o telemóvel a despertar para a toma” (E4, dezembro, 2013); “incentivo muitos deles a usarem o telemóvel com despertador para

tomarem a medicação . . . até porque alguns deles gostam de dormir e acabariam por atrasar a toma” (E2, dezembro, 2013).

Deste modo, com base nestas expressões determinamos como especificação da intervenção *ensinar sobre autoadministração de medicamentos*, as estratégias para lembrar a toma da medicação. Além disso, surgem ainda as questões centradas nos efeitos secundários da medicação: “tenho o cuidado de reforçar que a medicação pode ter efeitos menos bons” (E6, dezembro, 2013); “eu considero importante que o doente deve ter consciência da necessidade de tomar a medicação sempre na hora certa . . . mas todos sabemos que em alguns casos isso não acontece e por isso dou-lhes a indicação de como devem proceder” (E9, dezembro, 2013); “esta é a temática que mais me custa falar. . . confesso . . . dizer que com a medicação pode desenvolver outras doenças . . . nem sempre é fácil . . . mas temos que os informar . . . aliás até procuro desmitificar um pouco os efeitos secundários . . . se não alguns até, acredito, deixariam de a tomar” (E2, dezembro, 2013).

Assim, à intervenção *ensinar a pessoa sobre resposta/ reação aos medicamentos* foram associadas as especificações: efeitos adversos, esquecimento da toma, importância da toma correta da medicação.

Capacidade para gerir o regime dietético

“Uma grande preocupação dos nossos doentes é sem dúvida o que podem ou não comer . . . e também nossa . . . até porque alguns deles aumentam muito o peso pós transplante” (E5, dezembro, 2013); “é geral quando começam a comer querem logo saber o que podem comer e aí aproveito para falar sobre a importância de beber água e das restrições” (E6, dezembro, 2013); “sem dúvida . . . a temática de maior interesse para as famílias e doente . . . aqui acho muito importante incluir a família” (E11, dezembro, 2013). Deste modo, as especificações que emergiram na intervenção *ensinar a pessoa sobre hábitos alimentares* foram a finalidade do plano alimentar, informar sobre alimentos permitidos e excluídos e a importância da hidratação oral.

Capacidade para gerir os hábitos de vida

A partir da nossa análise a temática da promoção de estilos de vida saudáveis, é uma preocupação constante da equipa: “todos concordamos que deveriam alterar os seus hábitos de vida . . . o deixar

de fumar . . . já antes do transplante, mas poucos o fazem . . . logo temos de fazer isso depois” (E8, dezembro, 2013); “falo com eles sobre a necessidade de fazerem caminhadas . . . aqueles que fumam para aproveitarem o período que estiveram internados e não fumarem . . . devem continuar a fazê-lo” (E10, dezembro, 2013).

Por conseguinte, à intervenção *ensinar a pessoa sobre os hábitos de exercício* foram associadas as especificações: importância para realização de exercício físico, e orientar para as atividades adequadas. Na intervenção *promover adaptação a novos estilos de vida* as especificações: orientar para hábitos de vida saudáveis (deixar de fumar, lavagem dos dentes, cuidados com pele, uso de preservativo, cuidados com animais e plantas, retoma ao trabalho e condução).

Capacidade para detetar/prevenir complicações

Foi unânime que todos os enfermeiros abordam junto do doente as questões relacionadas com os sinais de rejeição, a prevenção das infeções e as complicações de uma gestão ineficaz por parte do doente: “procuro reforçar bem a importância de lavar as mãos” (E1, dezembro, 2013); “quando dou a medicação falo para além dos efeitos, o que acontece se não os tomar devidamente” (E8, dezembro, 2013); “os doentes devem estar bem cientes dos sinais de alerta” (E9, dezembro, 2013).

Emergiram assim as especificações para cada uma das três intervenções - *ensinar sobre complicações de gestão regime terapêutico ineficaz*: efeito da medicação, e complicações a que está sujeito; *ensinar sobre sinais de infeção*: orientar de como deve evitar as infeções; e *ensinar sobre autovigilância*: automonitorização, descrever sinais e sintomas de complicações, relação de autovigilância e complicações.

Todo o processo de sistematização das intervenções, tendo em vista a continuidade dos cuidados e a priorização das intervenções ao longo do processo de cuidado, foi considerado pela totalidade dos enfermeiros apenas quando o doente descreve a totalidade dos itens da especificação. Contudo, nas especificações da intervenção *ensinar sobre regime medicamentoso* apenas consideraram a validação de três dos quatro itens sendo que, o horário da medicação é um item *core*.

De forma a tornar mais acessível o processo de tomada de decisão, tendo em vista a sua utilidade clínica, todo este processo foi sistematizado num fluxograma (ver

Figura 1). Os resultados apresentados no fluxograma reuniram o consenso de 90% dos enfermeiros em todos os seus itens.

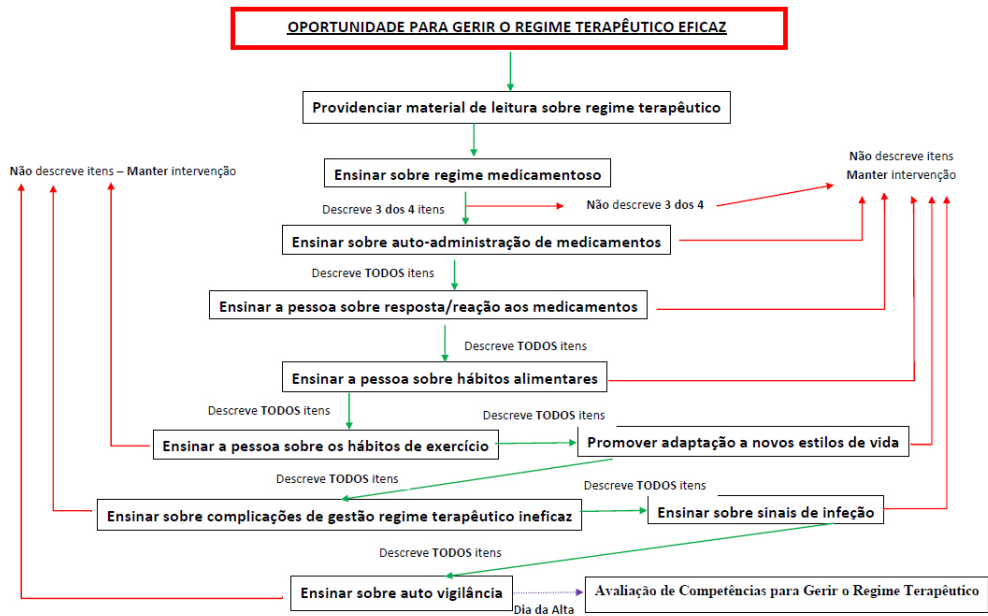


Figura 1. Fluxograma da gestão do regime terapêutico.

Com este fluxograma podemos sistematizar as terapêuticas de enfermagem tendo em vista a preparação do regresso a casa, a continuidade e qualidade dos cuidados.

Discussão

As áreas descritas pelos enfermeiros como fulcrais no domínio da gestão do regime terapêutico são sobejamente reconhecidas pela comunidade científica: regime medicamentoso, dietético, hábitos de vida e complicações (Moreno, 2012; Mota, 2011). Estas áreas espelham o plano de intervenção dos enfermeiros com integridade referencial para o único diagnóstico de enfermagem que identificaram no domínio da gestão do regime terapêutico: oportunidade de gestão do regime terapêutico eficaz. A classificação do fenómeno de enfermagem no domínio das probabilidades (oportunidade de) evidencia o desejo que os enfermeiros têm na ocorrência positiva do fenómeno, atribuindo-lhe o juízo da *eficácia*, o que nos remete para o sucesso da gestão do regime terapêutico e o seu impacto nos resultados da transplantação.

É de salientar a unanimidade encontrada na definição das especificações que concretizam cada uma das intervenções com integridade referencial para a gestão do regime terapêutico, o que nos indica que todos os enfermeiros do contexto do estudo abordavam as temáticas descritas nas especificações aquando da implementação das intervenções. A problemática centra-se na forma como é sistematizada a informação em prol da continuidade dos cuidados.

Ao olharmos criticamente para o fluxograma verificamos que a própria ordem em que é efetuada a sistematização do *ensino* no âmbito da gestão do regime terapêutico indica-nos alguma priorização. Em resultado, o domínio do regime medicamentoso assume primeira ordem, na medida que se trata do aspeto do regime mais valorizado pelo doente e também pelo profissional, seguindo-se os hábitos alimentares, exercício e hábitos de vida. O doente transplantado hepático deve incorporar no seu quotidiano um regime dietético e medicamentoso complexo, bem como desenvolver comportamentos de autovigilância (Acurcio et al., 2009). De acordo com Moreno (2012, p. 7) “a dieta (28,8%), o exercício físico (33,3%) e o deixar de fumar (10,7%) são as indicações dadas pelos profissionais de saúde que os

doentes referiram ter mais dificuldade em cumprir”, ou seja, apesar da hierarquização e reconhecendo as dificuldades dos doentes em cumprir as orientações é relevante que ao longo de todo o processo, o enfermeiro mantenha a intencionalidade e intensidade nas suas ações. Em resultado, o processo de monitorização dos resultados emerge como fulcral, no sentido de compreender as competências adquiridas pelo doente.

O reconhecimento dos enfermeiros das necessidades e dificuldades dos doentes, e do seu potencial de autonomia permite a realização de um plano mais ajustado ao cuidado, o que irá resultar em níveis mais elevados de satisfação e bem-estar para os doentes. Os doentes não têm todos o mesmo ritmo de assimilação da informação, o que enaltece ainda mais a capacidade de avaliação do enfermeiro, em prol da continuidade dos cuidados. O transplantado hepático é por excelência um doente a quem o seu potencial de autonomia deve ser desenvolvido para gerir o regime de tratamento, para melhorar a qualidade do atendimento e melhoria contínua da qualidade de vida. De acordo de Forsberg, Backman, e Svensson (2002), o cuidado de enfermagem é um recurso mobilizador, estimulador e facilitador de atividades que promovem a saúde e o autocuidado.

Com o fluxograma é possível desenvolver roteiros clínicos que orientam a prática de enfermagem, no sistema de informação em uso. Com este roteiro é possível em qualquer momento do cuidado perceber as capacidades e competências adquiridas pelo doente, permitindo a qualquer ator do cuidado planificar a intervenção seguinte, sem dar espaço a cuidados padronizados e que não respondem às reais necessidades dos doentes.

A prática clínica é orientada pelas necessidades dos doentes de forma a proporcionar-lhes qualidade de vida para que o seu transplante possa ser um sucesso. Portanto, os objetivos traçados para o cuidado são realizáveis o que resultará numa maior visibilidade dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

São limitações ao estudo o reduzido número de participantes (15), pelo que seria relevante a sua replicação noutra centro de transplantação e, que se fizesse de seguida um estudo comparativo. Este tipo de estudos seria uma mais-valia tendo em vista a diminuição da fragmentação e, portanto, a uniformização dos roteiros clínicos do cuidado ao doente transplantado hepático.

Conclusão

O desenvolvimento de roteiros clínicos que orientem a prática clínica promove a continuidade e qualidade dos cuidados, ao longo de toda a prestação de cuidados efetuada por atores diferentes com objetivos comuns. As áreas centrais da gestão do regime terapêutico na transplantação hepática são o regime medicamentoso, dietético, hábitos de vida e complicações. Para cada uma das áreas estão padronizadas intervenções no sistema de informação em uso, para as quais os enfermeiros nomearam as especificações que devem ser consideradas no sentido da concretização da intervenção, em prol da continuidade e qualidade dos cuidados.

A complexidade da informação aumenta ao longo do tempo, conforme a capacidade e vontade da pessoa. De qualquer forma, a intensidade do acompanhamento deve ser mantida ao longo do tempo e criteriosamente avaliada.

Com o fluxograma é possível sistematizar as terapêuticas de enfermagem no sistema de informação em uso, em prol da continuidade e qualidade dos cuidados. Os enfermeiros ficam mais focados no desenvolvimento de competências da pessoa transplantada, no âmbito da gestão do regime terapêutico, reconhecendo mais facilmente as competências adquiridas. Como resultado, podem centrar-se na promoção das competências que faltam adquirir tendo em vista a mestria do doente e, por esta via, o sucesso da transplantação.

Em desenvolvimentos futuros era relevante a produção de indicadores de processo e resultado, de forma a evidenciar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Referências bibliográficas

- Acurcio, F. A., Silva, A., Ribeiro, A., Rocha, N., Silveira, M., Klein, C., & Rozenfeld, S. (2009). Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. *Revista Associação Médica Brasileira*, 55(4), 468-474. doi: 10.1590/S0104-42302009000400025
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Bastos, F. (2013). *A pessoa com doença crónica: Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão e do regime terapêutico* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.14/11990>

- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa, Portugal: Monitor.
- Forsberg, A., Backman, L., & Svensson, E. (2002). Liver transplant recipients' ability to cope during the first 12 months after transplantation: A prospective study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4), 345-352. doi: 10.1046/j.1471-6712.2002.00100.x
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *CIPE versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa, Portugal: Lusodidacta.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2015). *CIPE: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa, Portugal: Lusodidacta.
- Fry, N., & Bates, B. G. (2012). The tasks of self-managing hepatitis C: The significance of disclosure. *Psychology & Health*, 27(4), 460-474. doi: 10.1080/08870446.2011.592982
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7. doi: 10.1207/S15324796ABM2601_01
- Morais, J. P. (2010). *Preparação do regresso a casa: Do hospital ao contexto familiar* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.14/9210>
- Moreno, M. F. (2012). *Adesão à terapêutica em doentes submetidos a transplante hepático e renal* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10362/9707>
- Mota, L. A. (2010). *Sistemas de informação de enfermagem: Um estudo sobre a relevância da Informação para os médicos* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10216/55361>
- Mota, L. (2011). *O perfil de autocuidado dos clientes: Exploração da sua influência no sucesso após transplante hepático* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.26/9234>
- Mota, L., Pereira, F., & Sousa, P. (2014). Sistemas de informação de enfermagem: Exploração da informação partilhada com os médicos. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 85-91. doi: 10.12707/RIII12152
- NANDA International. (2003). *Nursing diagnoses: Definitions & classification*. Philadelphia, PA: Author.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Sistema de informação em enfermagem: Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Pereira, F. M. (2007). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10216/7182>
- Redman, B. K. (2004). *Patient selfmanagement of chronic disease: The health care provider's challenge*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.
- Telles-Correia, D., Barbosa, A., Mega, I., Barroso, E., & Monteiro, E. (2007). Adesão nos doentes transplantados. *Acta Médica Portuguesa*, 20(1), 73-85. Recuperado de <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/622/1/AMP%202007%2073.pdf>
- Telles-Correia, D., Barbosa, A., Mega, I., Barroso, E., & Monteiro, E. (2008). Coping nos doentes transplantados. *Acta Médica Portuguesa*, 21(2), 141-148. Recuperado de <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/625/1/AMP%202008%20141.pdf>

