



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Transplante do microbioma intestinal e a Pessoa com doença inflamatória intestinal: estado atual do conhecimento

Intestinal microbiome transplantation and the Person with inflammatory bowel disease: current state of knowledge

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Carla Alexandra Lopes Almeida

Lisboa, 2019



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Transplante do microbioma intestinal e a Pessoa com doença inflamatória intestinal: estado atual do conhecimento

Intestinal microbiome transplantation and the Person with inflammatory bowel disease: current state of knowledge

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Carla Alexandra Lopes Almeida

Sob a orientação da Professora Doutora Maria Manuela Madureira Lebre Mendes

Lisboa, 2019

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original.”

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Um trabalho de mestrado é uma longa viagem, que inclui uma trajetória premiada por inúmeros desafios, tristezas, incertezas, alegrias e muitos percalços pelo caminho, trilhar este caminho só foi possível com o apoio, energia e força de várias pessoas, a quem dedico especialmente este projeto de vida...

Obrigada à Professora Manuela Madureira, pela orientação constante, suporte, motivação, e disponibilidade com que sempre me acompanhou neste percurso...

Aos Enfermeiros Orientadores pelo apoio demonstrado, partilha de conhecimentos e por me terem facultado experiências enriquecedoras, o meu obrigado...

À Mariana, que juntas iniciámos esta caminhada, Andreia, Sara que me apoiaram ao longo deste percurso e me ajudaram a contornar as dificuldades, o meu mais sincero obrigada...

Aos meus Pais, à minha irmã, sobrinho e cunhado, pessoas maravilhosas que são e por todo o apoio por estarem sempre presentes, mesmo que longe, por acreditarem nas minhas capacidades, e por todos os incentivos que me deram ao longo percurso...

Obrigada por todo o apoio!

RESUMO

O presente relatório surge na sequência do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvido pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa. Neste relatório, pretende-se descrever, analisar e incidir sobre a reflexão inerente ao desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados à Pessoa em Situação Crítica e sua Família.

O estágio, enquanto componente prática, e complementar ao saber teórico, foi realizado em dois Centros Hospitalares Universitários de referência de Lisboa, em que um dos contextos foi um Serviço de Urgência Polivalente, o outro uma Unidade de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia e Hepatologia.

Face aos objetivos e competências delineadas para este percurso formativo, foram implementadas estratégias, atividades e intervenções que possibilitaram aprofundar, mobilizar e consolidar conhecimentos, dos quais se destacam a realização de um cartaz informativo sobre “Cuidados de Enfermagem à Pessoa em situação crítica com Hemorragia Digestiva Alta, adaptados aos dois contextos de estágio, uma sessão de formação em serviço na Unidade de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia e Hepatologia intitulada “Hemorragia Digestiva Alta - Os nossos Cuidados...”.

Dada a premente necessidade de utilizar continuamente a investigação como suporte da prática dos cuidados – prática baseada na evidência, as experiências vivenciadas e as oportunidades proporcionadas, conduziram à elaboração de uma revisão da literatura, que tem por base o estado da arte atual sobre a transplantação do microbioma intestinal na pessoa com Doença Inflamatória Intestinal: “Benefícios do transplante do microbioma intestinal aplicado à pessoa em situação de doença inflamatória intestinal: scoping review”.

Palavras Chave: microbioma intestinal, doenças inflamatórias, colite ulcerosa, transplante; enfermeiro especialista, competências,

ABSTRAT

This report follows the Master's Course in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing, developed by the Institute of Health Sciences of the Portuguese Catholic University of Lisbon. In this report, we intend to describe, analyze and focus on the reflection inherent in the development of competencies in the provision of specialized care to the Critically Situated Person and his / her Family.

The traineeship, as a practical component, and complementary to theoretical knowledge, was carried out in two University Hospitals Reference Centers of Lisbon, where one of the contexts was a Multipurpose Emergency Service, the other an Intensive Care Unit of Gastroenterology and Hepatology.

In view of the objectives and competencies outlined for this training course, strategies, activities and interventions were implemented to deepen, mobilize and consolidate knowledge, of which the most noteworthy was the realization of an informative poster about "Nursing Care for the Critically Ill Person with Digestive Hemorrhage Alta, adapted to the two training contexts, a training session in service in the Unit of Intensive Care of Gastroenterology and Hepatology titled "High Digestive Hemorrhage - Our Care ...".

Given the urgent need to continually use research as a support for the practice of care - evidence-based practice, experiences and opportunities provided - led to a literature review based on the current state of the art on transplantation of the intestinal microbiome in the person with Inflammatory Bowel Disease: "Benefits of transplantation of the intestinal microbiome applied to the person in situation of inflammatory bowel disease: scoping review".

Keywords: intestinal microbioma, inflammatory diseases, ulcerative colitis,
transplant; nurse specialist, skills,

LISTA DE ABREVIATURA, SIGLAS E ACRÓNIMOS

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CT – Centro de Trauma

DC – Doença de Crohn

DII – Doença Inflamatória Intestinal

DGS – Direção Geral de Saúde

DIV – Dispositivos Intravasculares

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

HDA – Hemorragia Digestiva Alta

OE – Ordem dos Enfermeiros

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIGEH – Unidade de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia e Hepatologia

UCP-ICS – Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências e da Saúde

VNI – Ventilação Mecânica não invasiva

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

Índice

INTRODUÇÃO	15
1 – BENEFÍCIOS DO TRANSPLANTE DO MICROBIOMA INTESTINAL APLICADO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: SCOPING REVIEW	21
2 – ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO	45
2.1 – Num Serviço de Urgência Polivalente	47
2.2 – Numa Unidade de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia e Hepatologia	67
3 – CONCLUSÃO	79
4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83

Índice de Tabelas

<i>Tabela 1 - Critérios de Elegibilidade</i>	30
<i>Tabela 2 - Descritores de Pesquisa</i>	31

Índice de Figuras

<i>Figura 1 - fluxograma prisma (adaptado) do processo de seleção dos estudos</i>	33
---	----

Apêndices

APÊNDICE I – Cartaz Informativo adaptado ao Serviço de Urgência: “Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica com HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA)	93
---	----

APÊNDICE II – Aviso da Sessão de Formativa realizada na UCIGEH “Hemorragia Digestiva Alta - Os nossos Cuidados...”	97
APÊNDICE III – Plano de Sessão Formativa realizada na UCIGEH “Hemorragia Digestiva Alta - Os nossos Cuidados...”	101
APÊNDICE IV - Apresentação da Sessão de Formativa realizada na UCIGEH “Hemorragia Digestiva Alta - Os nossos Cuidados...”	105
APÊNDICE V – Avaliação da Sessão Formativa realizada na UCIGEH “Hemorragia Digestiva Alta - Os nossos Cuidados...”	115
APÊNDICE VI – Apresentação das avaliações relativos à avaliação da sessão de formação sobre a temática: “Hemorragia Digestiva Alta - Os nossos Cuidados...”	119
APÊNDICE VII – Cartaz Informativo adaptado à UCIGEH: “Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica com Hemorragia Digestiva Alta (HDA)”	129
ANEXO I – Certificado de Participação do 1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa): “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”, com um Poster: “Cuidados de enfermagem na prevenção do risco de aspiração no idoso no pós-operatório: uma revisão integrativa da literatura”	135
ANEXO II – Certificado de Participação da Semana Digestiva de 2018	139

INTRODUÇÃO

Cuidar está presente desde o início da história do ser humano e é uma condição indispensável à sobrevivência. Considera-se um ato genuíno do Homem e está igualmente, inerente à origem da profissão de Enfermagem pelo que constitui a sua essência e o fundamento para os seus cuidados, daí Watson afirmar que “*cuidar é o ideal moral da enfermagem e que tem como finalidade, a proteção, a promoção e a preservação da dignidade humana*” (2002, pp.55).

Regis & Porto (2006), realçam também que Enfermagem é uma profissão ao serviço do ser humano e da dinâmica que envolve quem cuida e quem é cuidado. Cuidar é antes de tudo, um ato do ser humano e uma arte de observação, saber e fazer. Por isto, não se trata de uma ação técnica a ser estudada e desenvolvida. Nesta profissão estão implícitas as relações humanas. Meleis (2012), defende que a enfermagem é uma ciência humana, com uma orientação prática, uma tradição de cuidar e uma orientação para as questões de saúde. Tudo isto demonstra que Enfermagem revela ser mais do que apenas um fazer técnico, revela a origem e consequência desse fazer. Fica fácil compreender porque a Enfermagem traz em si um movimento humano, pois ela é uma ciência em construção capaz de gerar relações e reações humanas.

Ingressar no Mestrado Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica foi um desafio a nível pessoal e profissional pela motivação em aprender mais, questionar o que faço, porque faço e para quem faço, desenvolver competências na abordagem à pessoa em situação crítica e sua família, permitindo-me prestar cuidados de enfermagem especializados e de qualidade.

Devido às constantes alterações da sociedade em que nos inserimos, a necessidade de adquirir e desenvolver novos saberes, capacidades e competências tornou-se inevitável. A motivação, surge assim, como um requisito para a mobilização de meios e desenvolvimento de estratégias que permitam alcançar as competências. A Teoria de

Maslow¹, postula que todo ser humano tem necessidades comuns que motivam o seu comportamento no sentido de satisfazê-las (Regis & Porto, 2006). No âmbito das competências dos enfermeiros de cuidados gerais cabe a cada profissional, atuar como mentor/tutor eficaz que aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para a melhoria dos cuidados de saúde (OE, 2018).

O enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, que envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (OE, 2019).

A OE (2018), atendendo à complexidade da área de cuidados à Pessoa em Situação Crítica, elaborou o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em PSC, conceptualiza os conhecimentos e perícias necessárias ao desenvolvimento de competências nesta área. De acordo com a OE (2018), os cuidados de enfermagem à PSC são “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato”.

O contexto profissional em que estou inserida, foi determinante para a escolha da área de especialização, e até mesmo pelo percurso realizado ao longo de todo o período de aprendizagem. Sendo enfermeira num Serviço de Gastroenterologia, e integrar uma equipa multidisciplinar que está inserida num regime de prevenção ao Serviço de Urgência Polivalente de um Centro Hospitalar, que presta cuidados ao utente em situação aguda com hemorragias agudas (rutura de varizes esofágicas, hemorragias digestivas altas\baixas, impactos alimentares, remoção de corpos estranhos, obstruções luminiais por neofomações ou compressões extrínsecas), optei por realizar estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia e Hepatologia, onde beneficiei da oportunidade de otimizar e adquirir cada vez mais conhecimentos ligados a esta área.

¹ A teoria da motivação humana baseada na hierarquia das necessidades humanas básicas, teoria parte do princípio de que todo ser humano tem necessidades comuns que motivam seu comportamento no sentido de satisfazê-las, associando-as a uma hierarquia. O ser humano, como está sempre buscando satisfação, quando experimenta alguma satisfação em um dado nível, logo se desloca para o próximo e assim sucessivamente. Na sua teoria Maslow classifica, hierarquicamente, as necessidades em cinco níveis: Necessidades básicas ou fisiológicas; Necessidades de segurança; Necessidades sociais; Necessidades do ego (estima) e Necessidades de autorrealização.

O Estágio dividiu-se em duas experiências distintas: Cuidados De Enfermagem Especializados à PSC em contexto de SU e em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos, que se realizaram no SUP na e Unidade de Cuidados Intensivos de Hepatologia e Gastroenterologia, de dois Centros Hospitalares de Lisboa.

A escolha pelo SUP relaciona-se com o facto de exercer funções no Serviço de Gastroenterologia, que pertence ao mesmo Centro Hospitalar e, por consequente, recebe diariamente uma grande afluência de clientes transferidos do SUP.

A opção de escolha para a realização deste estágio nesta instituição, foi por reconhecer esta instituição como um vetor de boas práticas, detentor de uma metodologia de intervenção centrada no bem-estar do doente e na satisfação dos profissionais, adotando, como eixo estruturante da sua atividade assistencial, um modelo de governação clínica. Este tem por missão prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Sistema Nacional de Saúde.

Relativamente aos motivos de escolha pela UCIGEH, como o seu próprio nome indica é uma unidade direcionada para a pessoa com patologia do foro gastroenterológico e hepático, e é considerada centro de referência a nível nacional e europeu para o tratamento de doenças hepáticas. Por todos os motivos apresentados anteriormente e na minha procura pessoal pela excelência enquanto futura enfermeira especialista a escolha do campo de estágio foi de extrema importância, no sentido em que procurando desenvolver conhecimentos em cuidados intensivos, pretendia aproximar estas experiências com o meu percurso profissional, à área de gastroenterologia e dos exames especiais de gastroenterologia.

Ao longo deste desenvolvimento, é utilizado o termo pessoa/pessoa em situação crítica/pessoa assistida, referenciando-se para o conceito metaparadigmático de pessoa.

A pessoa é entendida como um todo formado por partes em interação, ou seja, pessoa como um ser bio-psico-socio-culturo-espiritual; assim os cuidados de enfermagem, abrangem as dimensões física, espiritual, psicológica e sociocultural, podendo ser contemplado o indivíduo, uma família ou uma comunidade (Charepe, 2017).

Perante as situações de transição, os enfermeiros desempenham o papel de cuidadores principais da pessoa/família por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas implicam (Meleis, et al., 2000). Nesta perspetiva, assumem um papel preponderante nas suas vidas, dado que os preparam para melhor lidarem com essas transições através da aprendizagem e aquisição de novas competências. O ser humano é

considerado como um todo biológico social e espiritual, que não pode ser fragmentado, e está em permanente interação com o profissional de enfermagem enquanto ser humano. Nessa interação pessoa/profissional, é que se concretiza o processo de cuidado.

Nos períodos de estágio, durante a prestação de cuidados especializados, foi então possível promover a adaptação e dar respostas às necessidades que o processo de transição saúde-doença implica, quer para a pessoa, quer para a sua família.

O presente relatório reporta os estágios curriculares inseridos na componente prática do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Realiza-se uma análise descritiva e reflexiva do processo de aprendizagem do desenvolvimento de competências especializadas e académicas.

Este documento encontra-se estruturado em dois momentos distintos. O primeiro direciona-se para a revisão da literatura; a escolha da temática em si, deve-se ao facto de a mesma ainda ser novidade na área de Gastroenterologia: Quais os benefícios do transplante do microbioma intestinal aplicado à pessoa em situação de doença inflamatória intestinal.

A nossa saúde e, provavelmente, também os nossos comportamentos e humor não dependem apenas do que comemos ou do que fazemos, mas também do que “nós somos”. Nas últimas décadas, o estudo sobre o microbioma é surpreendente. O microbioma intestinal, consiste num ecossistema de extrema importância e a sua perturbação está na base de várias doenças entéricas, como por exemplo, as Doenças Inflamatórias Intestinais. No século XXI, a mudança na epidemiologia da DII tem sido global, com o aumento da incidência da doença em países em desenvolvimento. Esta alteração do microbioma intestinal relaciona-se a um efeito combinado de fatores ambientais, estilos de vida, dieta, respostas imunes e genética. Sendo as DII uma disbiose do microbioma intestinal, destaca-se uma das formas de modulação do mesmo através da utilização do transplante fecal como técnica inovadora. Apesar dos estudos existentes não serem suficientes para demonstrar evidência sobre a sua total eficácia no tratamento na DII, pensa-se que esta técnica possa vir a ser uma opção terapêutica. Há ainda um longo caminho a percorrer nesta área. Espera-se que, num futuro próximo, surjam avanços no tratamento das DII, a partir do conhecimento do microbioma intestinal.

No segundo momento, procede-se ao desenvolvimento da análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas e competências adquiridas ao longo dos diferentes contextos de estágio.

Este relatório foi realizado de acordo com as normas vigentes no Guia de Estágio Final e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem (Lisboa), publicado em fevereiro de 2018. A formatação encontra-se de acordo com as normas do Estilo *American Psychological Association (AP)*.

1 – BENEFÍCIOS DO TRANSPLANTE DO MICROBIOMA INTESTINAL APLICADO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: SCOPING REVIEW

Enquadramento Teórico

O microbioma humano assume atualmente uma grande importância pelo reconhecimento do seu impacto na fisiologia, nomeadamente no sistema imunitário, absorção de nutrientes e metabolismo. Conhecer o microbioma humano e a forma de modular pode contribuir para promover hábitos saudáveis e mesmo prevenir e combater doenças (Sirisinha, 2016).

A superfície corporal do Ser Humano encontra-se em permanente contacto com o meio ambiente, assim como o sistema gastrointestinal, urogenital e respiratório, logo todos os tratos são colonizados por micro-organismos (de LeBlanc & LeBlanc, 2014; Gorkiewicz & Moschen, 2018). Estes micro-organismos são chamados coletivamente de ²microbioma e/ou microbiota, na comunidade científica são agora vistos como parte integrante do corpo humano, sendo essenciais para a correta função de todos os órgãos. Assim, os humanos são considerados ³holobiontes, compostos não apenas de células eucarióticas, mas também de células microbianas (Gorkiewicz & Moschen, 2018).

“Human Microbiome Projeto” surgiu em 2008, consiste num projeto interdisciplinar financiado pelo National Institutes of Health Common Fund, que incluiu quatro centros de sequenciamento - o Broad Institute, o Baylor College of Medicine, a Washington University School of Medicine e o J. Craig Venter Institute, o Data Analysis and Coordination Center e vários investigadores. Assumiu como principal objetivo promover a investigação interdisciplinar por 5 anos, com o objetivo de caracterizar totalmente o microbioma nos principais locais do corpo (intestino, boca, vagina e pele) de voluntários humanos saudáveis.

² O termo microbiota foi originalmente concebido para representar uma comunidade ecológica dos comensais e micróbios potencialmente patogênicos que vivem dentro de nossos corpos, mas agora é usado de forma internacional com o microbioma termo que foi inicialmente utilizado para representar um genoma coletivo da microbiota.

³ são assembleias de diferentes espécies que formam unidades ecológicas – permitindo viver em simbiose.

O objetivo final deste projeto de pesquisa foi demonstrar se há oportunidades para melhorar a saúde humana através da monitorização e manipulação do microbioma.

Este projeto assumiu tamanha importância que o microbioma humano foi ocasionalmente referido como um “segundo genoma humano” (Sirisinha, 2016).

A flora intestinal humana como inicialmente era designado o microbioma intestinal, pode ser considerado um outro órgão do ser humano, podendo inclusivamente assumir-se como um superorganismo.

O microbioma intestinal humano é constituído por uma comunidade grande e diversa que contém vários tipos de vida: bactérias, arqueobactérias, eukarya, vírus e parasitas. O número total de células microbianas no trato intestinal constitui cerca de 10^{13} - 10^{14} . Estima-se que mais de 1000 espécies bacterianas habitam no trato intestinal humano. A grande maioria de espécies bacterianas pertencem a dois mais comuns bacterianos filos: Bacteroidetes e Firmicutes (Doré, et al., 2013; Lankelma, et al., 2015; Li, et al., 2016; Sirisinha, 2016). O microbioma intestinal influencia várias funções no metabolismo e digestão, proliferação celular, desenvolvimento do sistema imunitário e na defesa do hospedeiro contra agentes patogénicos, e é capaz de comunicar não só com o epitélio intestinal, mas também com órgãos distantes e sistemas corporais. Enquanto um microbioma intestinal saudável pode ser considerado um atributo positivo, as mudanças e os desequilíbrios no microbioma intestinal estão associados a estados de saúde alterados, o que se denomina por disbiose.

Assim sendo, verifica-se situação de disbiose quando um intestino que está num ecossistema estável, fica alterado e com reduzida capacidade de proteção, aumentando a probabilidade de doença (McCarville, et al., 2016). Por conseguinte, pode estar envolvido no desenvolvimento de múltiplas doenças, tais como infeções gastrointestinais, doença inflamatória intestinal, alergias e diabetes mellitus (Doré, et al., 2013).

Verificou-se que o ser humano para além de se distinguir pelo tipo de sangue, impressões digitais e ADN (ácido desoxirribonucleico), pode também ser diferenciado pelas comunidades microbianas presentes nas fezes, isto é, pelo enterotipo, o tipo de intestino (Siezen & Kleerebezem, 2011).

A biologia molecular neste assunto, terá grande relevância, na medida em que irá permitir o estudo biológico do microbioma humano, podendo produzir uma descrição detalhada sem precedentes, tanto da atividade do genoma e diversidade metabólica das bactérias sem a necessidade de crescimento ou isolamento de espécies bacterianas.

Baseiam-se na extração de ADN e de amplificação de parcelas do gene 16S rRNA (16S), que é altamente conservada entre espécies bacterianas, mas variável em outras regiões internas do gene e, portanto, permite a identificação da espécie. A análise metagenômica consiste na análise de genomas, isto é, na análise do ADN de uma comunidade de microrganismos. Atualmente, existem muitas bases de dados com sequências de genes 16S rRNA. Este tipo de genes é usado para classificar e identificar bactérias, visto que está universalmente presente em todas as bactérias e archaea (ubiquitário), contém sequências conservadas e os primeiros têm uma especificidade bastante ampla, isto porque, microrganismos específicos podem estar associados a doenças específicas (West, et al., 2015).

O desenvolvimento da estrutura e colonização do microbioma intestinal é um processo complexo, no qual um número de interações micróbio-micróbio e micróbio-hospedeiro estão envolvidos. Inúmeros são os fatores que estão diretamente relacionados com a ecologia do microbioma intestinal, como exemplo, o período antes do nascimento: as condições maternas (ambiente uterino, stresse, uso de antibióticos e período gestacional); durante o nascimento: tipo de parto (cesariana e parto eutócico); após o nascimento: o contato com a mãe (amamentação, beijos e carícias); exposição a patógenos ambientais; modo de alimentação (leite materno e leite artificial); eventos específicos da vida (doença, mudanças na dieta, estilos de vida e tratamento com antibióticos). Assim sendo, pode considerar-se que a ecologia microbiana do intestino saudável é estabelecida na infância precoce, sendo crucial para a manutenção da saúde em toda a vida (Li, et al., 2016; Gorkiewicz & Moschen, 2018).

Há também evidências que sugerem que o envelhecimento é habitualmente associado a uma mudança no perfil do microbioma, caracterizado por baixos níveis de bactérias Firmicutes mas com um aumento no Proteobacteria. A perda significativa da diversidade microbiana foi correlacionada com o aumento da fragilidade no envelhecimento da população. Conclusões dos vários estudos no “Human Microbiome Project” revelam uma variação considerável na diversidade do microbioma em diferentes locais do corpo, mesmo dentro dos mesmos indivíduos ou em diferentes indivíduos da mesma família (Sirinaha, 2016).

A dieta também está associada com a mudança de perfil do microbioma intestinal, é considerada uma das principais forças motrizes que moldam as comunidades bacterianas intestinais. Os seres humanos têm experimentado grandes mudanças na dieta; inicialmente o consumo era a partir de alimentos cultivados durante a revolução agrícola, e mais

recentemente, passa pelo consumo em massa de alimentos processados no mundo industrializado. Cada mudança na dieta foi provavelmente acompanhada por um ajuste concomitante no microbioma intestinal. McCarville, et al., (2016) assumem que uma dieta moderna pobre em fibras contribui para a perda das características do microbioma ao longo de gerações, e pode ser responsável por uma diversidade inferior do microbioma observado no mundo industrializado. Isto poderia explicar o aumento de distúrbios intestinais em países ocidentais.

As interações entre dieta e microbioma intestinal alterado pode desempenhar um papel importante nas DII, distúrbios metabólicos tais como a obesidade, a diabetes tipo 2, a resistência à insulina, e doença hepática não-alcoólica.

Como foi descrito anteriormente, tudo o que rodeia o ser humano interfere no desenvolvimento do microbioma intestinal individual.

A modulação do microbioma intestinal, surge assim como uma potencial arma terapêutica e tem sido objeto de numerosos estudos nesse sentido. Consideram-se várias formas de intervenção na modulação do microbioma intestinal, para além das descritas anteriormente, tais como: antibióticos, prebióticos, probióticos e a transplantação de material fecal:

1. **Antibióticos**, apesar de serem o pilar do tratamento da doença infecciosa nos dias de hoje, têm fortes inconvenientes tais como o aumento da resistência bacteriana aos mesmos, destruição da flora normal e absorção sistémica.

Sabe-se hoje com elevada certeza que a utilização de antibióticos é o principal fator de risco para o desenvolvimento de infeção por *Clostridium difficile* em humanos, estando na origem de 90% dos casos.

2. **Probióticos**, são definidos como microrganismos vivos, que conferem benefício à saúde do hospedeiro. Quando administrados em quantidades apropriadas, exercem uma atividade antimicrobiana, competindo com micróbios patogénicos e suprimindo o crescimento da atividade da barreira intestinal do hospedeiro.
3. **Prebióticos**, são ingredientes alimentares, geralmente carboidratos não-digeríveis, que podem provocar seletivamente modificações específicas quer na composição, quer na atividade da microflora gastrintestinal, estimular o crescimento e promover a atividade de microrganismos de proteção, fornecendo microrganismos benéficos no bem-estar e saúde do hospedeiro.

4. **Transplantação fecal** de microbiomas implica a colheita de fezes a partir de um dador saudável, previamente investigado, preparação das mesmas, e infusão direta no trato gastrointestinal de um recetor a fim de restaurar o microbioma intestinal. A transplantação fecal tem a vantagem de permitir a implantação estável a longo-prazo da flora do dador. Estão descritas várias vias de acesso tais como sonda nasogástrica, sonda nasoduodenal, sonda nasojejunal, colonoscopia ou enema. Foi inclusive descrita a combinação de vias de acesso, tais como colonoscopia seguida de enema, sonda nasojejunal ou jejunoscopia. Este método está a tornar-se cada vez mais aceite como uma intervenção eficaz e segura em algumas doenças gastrointestinais, provavelmente devido à restauração de um microbioma interrompido (Matijašić, et al., 2016; Shen, et al., 2017).

Cada indivíduo tem o seu próprio microbioma, mesmo entre pessoas saudáveis, a composição do microbioma pode variar fortemente. No entanto, quando se olha para um nível funcional, a maioria das pessoas carregam quantidades iguais de genes bacterianos envolvidos em vias metabólicas. Isto sugere que o microbioma intestinal de um órgão funcional é semelhante entre os seres humanos (Lankelma, et al., 2015).

Geralmente, alta diversidade no microbioma é associado a um microbioma intestinal saudável, enquanto que a perda de diversidade parece correlacionar-se com doença. Hoje em dia mais de 25 doenças ou síndromes foram relacionados a um microbioma intestinal alterado. Estas doenças variam de doenças gastrointestinais como doenças inflamatórias intestinais, intestino irritável e cancro colorretal, a doenças metabólicas e até mesmo a doenças como a doença de Alzheimer, Transtorno do Espectro Autista, síndrome da fadiga crónica, doença de Parkinson e doenças auto-imunes como artrite reumatóide e esclerose múltipla. As doenças mais estudadas no que diz respeito à relação entre microbioma intestinal – doença, foram a Obesidade, Síndrome Metabólico e Diabetes tipo II, e Doenças Inflamatórias Intestinais (Doença de Crohn, Colite Ulcerosa, Síndrome do Intestino Irritável). Embora se verifique uma relação entre o microbioma intestinal e doença, não é claro na maioria dos casos se as alterações do microbioma são uma causa ou um efeito da doença, e se a manipulação do microbioma intestinal poderia ajudar a prevenir ou até mesmo tratar a doença (Scott, et al., 2015).

Tem sido bem estabelecido que o microbioma intestinal é essencial para a saúde humana e desempenha também um papel importante nas doenças gastrointestinais. É, por conseguinte, razoável assumir que a modulação do microbioma intestinal pode ser utilizado

como uma abordagem terapêutica para o tratamento de doenças gastrintestinais crônicas (Walsh, et al., 2014).

A DII é uma denominação genérica para classificar um grupo de doenças inflamatórias idiopáticas, crônicas e recidivantes que afetam o trato gastrintestinal. A DII integra duas formas, a Colite Ulcerosa e a DC. A Colite Ulcerosa e DC possuem características patológicas e clínicas diferentes, as quais diferem essencialmente na extensão e distribuição da inflamação no trato gastrintestinal e na profundidade do envolvimento da parede intestinal. Estas diferenças entre as duas patologias são importantes para a sua gestão, mas os princípios gerais do tratamento e os fármacos que utilizam são semelhantes. Embora a Colite Ulcerosa atinja o reto e o cólon, a DC pode afetar todo o trato digestivo, da boca ao ânus (Pigneur, 2017). Estas são doenças crônicas e recidivantes, estima-se que mais de 1 milhão de residentes nos EUA e 2,5 milhões na Europa são portadores de uma DII. Embora DII sejam consideradas doenças globais com uma maior prevalência nos países ocidentais, os países recém-industrializados como Ásia, Oriente Médio, África e América do Sul têm testemunhado um rápido aumento na sua incidência (Nishida, et al., 2018).

Em Portugal os dados epidemiológicos são escassos, o que não permite avaliar corretamente a incidência e prevalência da DII no nosso país ao longo do tempo. Contudo, o número de doentes com DII estará, aproximadamente entre 7000 e 15000. Um estudo realizado entre 2003 e 2007, que avaliou a prevalência da DII em Portugal traduz um aumento de 86 para 146 por 100,000 pessoas e este aumento foi homogêneo em todos os distritos do país. A prevalência da Colite Ulcerosa e da DC são semelhantes, bem como o padrão de distribuição por idades e por sexos, apesar do sexo feminino apresentar uma prevalência ligeiramente maior do que o sexo masculino. Estes valores demonstram que apesar de Portugal ser um país localizado no sul da Europa apresenta uma tendência para valores mais elevados quando comparado com os restantes países. Refere também o impacto que as mesmas têm na qualidade de vida dos doentes, sobretudo quando está em período de exacerbação. Os sintomas apresentados pelos portadores de DII podem gerar mudanças de grande impacto nas atitudes e condutas, assim como nos aspetos físicos, emocionais e sociais. Os aspetos psicossociais são fatores relevantes no desencadeamento das crises da doença, embora não existam muitos estudos nessa área. Verificaram também um número significativo de doentes que associaram o início dos sintomas, assim como os períodos de exacerbações às alterações emocionais (Azevedo, et al., 2010).

Segundo Scott, et al., (2015) e Nishida, et al., (2018), nas DII o papel do microbioma intestinal também foi reconhecido; estudos independentes de cultivo foram efetuados comparando a composição do microbioma de pacientes com DII com a de grupos de controle saudáveis, e foi observada uma diminuição global da diversidade e da estabilidade do microbioma intestinal em doentes de DII, espécies bacterianas específicas, como *faecalibacterium prausnitzii*, que têm propriedades anti-inflamatórias. Também a função do microbioma parece diferir entre as pessoas com DC comparativamente com pessoas que integraram grupos de controle saudáveis. As pessoas com DC apresentam níveis mais elevados de tripsina fecal, uma enzima produzida pelo pâncreas e que normalmente é inativado pelos bacteróides.

Estudos epidemiológicos mostram que a incidência de DC está a aumentar anualmente. A patogênese da DC está envolvida na suscetibilidade genética, nos fatores ambientais, na resposta imune e microbioma intestinal, visto que as Bactérias intestinais e DC estão intimamente relacionadas. O excesso de imunidade ou desequilíbrio de bactérias simbióticas intestinais em doentes com DC provoca lesões nas mucosas. Algumas populações de bactérias intestinais, tais como bactérias filamentosas segmentadas podem induzir a diferenciação de células Th17 no intestino e afetar a resposta imune intestinal de modo a promover a ocorrência de DII. A flora anormal reduz a complexidade do ecossistema microbiano intestinal, que é a característica comum de doentes com DC e Colite Ulcerosa. As mudanças de estrutura e quantidade de flora intestinal em doentes com DC pode alterar a função de bactérias (Shen, et al., 2017; Nishida, et al., 2018).

A existência de uma proporção significativa de doentes com DII com baixa eficácia em terapias tradicionais, cria uma necessidade urgente para o desenvolvimento de novas terapias. Uma das novas terapias em discussão na comunidade científica é o Transplante do Microbioma Fecal.

Apesar de uma aversão instintiva para o material fecal, há registos de que a transplantação do microbioma intestinal tem sido usado na civilização humana como um agente terapêutico há muitos séculos (Petrof & Khoruts, 2014).

O Transplante do Microbioma Fecal, consiste num procedimento em que se prepara uma suspensão de fezes a partir de um dador saudável e se procede à administração da mesma no trato gastrointestinal de um indivíduo doente, a fim de restaurar o microbioma intestinal do destinatário. Este método está a tornar-se cada vez mais aceite como uma

intervenção eficaz e segura em algumas doenças gastrintestinais, provavelmente devido à restauração de um microbioma interrompido (Liang, et al., 2014).

O Transplante do Microbioma Fecal foi observado pela primeira vez no século IV pela medicina tradicional chinesa como um procedimento de administração de suspensão fecal humana por via oral para o tratamento de doentes que sofriam de intoxicação alimentar ou diarreia grave, e como tal foi usado por séculos. Há evidência de que abordagem semelhante foi aplicada no século XVI para o tratamento de doenças abdominais acompanhadas de diarreia severa, febre, dor, vômitos e obstipação. Existem também relatos que durante a II Guerra Mundial, os soldados alemães descreveram que os beduínos da África do Norte ingeriam excremento de camelo quente como um tratamento para a disenteria (Vrieze, et al., 2013).

O primeiro relatório do Transplante do Microbioma Fecal na literatura moderna foi para o tratamento de colite pseudomembranosa em 1958, em que foram utilizados enemas de retenção de fezes para curar completamente quatro doentes com doença refratária não sensível aos antibióticos. Em 1981, dezasseis doentes com o mesmo diagnóstico foram tratados com sucesso utilizando a técnica fecal enema de retenção (Vrieze, et al., 2013; Matijašić, et al., 2016).

Mais recentemente, Transplante do Microbioma Fecal estimulou muito interesse devido aos seus efeitos positivos na gestão de infeção por *Clostridium difficile*. *C. difficile* é uma condição de desequilíbrio no microbioma gastrointestinal, caracterizado por crescimento excessivo *C. difficile*. Com a doença tradicionalmente gerida com um recurso de antibióticos diferentes, foi demonstrado que com a terapia com antibiótico não foi totalmente eficaz, provocando ainda mais a disbiose microbiana, fazendo com que 20% dos doentes desenvolvessem doenças recorrentes. Transplante do Microbioma Fecal foi proposto pela primeira vez como uma terapia para *C. Difficile* em 1983, e logo foi considerado um tratamento ideal para a doença, pelo restabelecimento do equilíbrio do microbioma intestinal de forma estável e durável. Pelo facto de existirem estudos com forte evidência de que a transplantação fecal permitia uma recuperação total dos doentes com *C. Difficile*, a *American College of Gastroenterology* assume a Transplante do Microbioma Fecal como terapia nas suas diretrizes para a gestão do *C. Difficile* recidivante. Além disso, em 2014 as *guidelines* da *European Society of Clinical Microbiology e and Infectious Diseases* para o tratamento *C. Difficile* recomendam fortemente a Transplante

do Microbioma Fecal como terapia para doentes com múltiplos episódios recorrentes (Wash, et al., 2014; Matijašić, et al., 2016).

Todos estes sucessos no tratamento do *C. Difficile* com o Transplante do Microbioma Fecal equacionaram a hipótese de que poderia ser benéfico noutras condições associadas à disbiose intestinal, tais como a DII. O primeiro relatório sobre o uso do Transplante do Microbioma Fecal para gerir DII foi publicada em 1989, com o autor a tratar a sua Colite Ulcerosa por autoadministração de um enema de retenção fecal de um dador saudável. A doença, que foi permaneceu ativa durante sete anos e refratária aos esteroides e salicilatos, ao fim de 6 meses encontrava-se livre de sintomas, sem sinais de inflamação aguda da mucosa do cólon (McIlroy, et al., 2018).

O microbioma humano evoluiu exponencialmente nos últimos anos. Após a identificação de espécies bacterianas que constituem o microbioma, podem agora ser associados a várias alterações patológicas no intestino. Transplante do Microbioma Fecal determina uma revolução no tratamento do microbioma – disbiose, pela eficácia na cura do *C. Difficile*, com os resultados positivos dos estudos de Transplante do Microbioma Fecal para distúrbios extra-intestinais associados com o microbioma intestinal: doenças metabólicas, distúrbios neuropsiquiátricos, doenças autoimunes, doenças alérgicas, podemos dizer que pode ser uma terapia promissora em outras doenças gastrointestinais (Matijašić, et al., 2016).

Neste âmbito, face à temática e problemática descritas, surge uma **questão**: Quais os benefícios do transplante do microbioma intestinal aplicado à pessoa em situação de doença inflamatória intestinal: a scoping review

Objetivo: Mapear o conceito de transplante de microbioma intestinal aplicado à pessoa em situação de doença inflamatória intestinal.

Questões Secundárias: Na sequência do processo de pesquisa, surgiram algumas questões secundárias, que tiveram necessidade de serem devidamente contextualizadas, conceitos mencionados no enquadramento teórico, que permitirão uma melhor compreensão do fenómeno assumido na questão inicial.

Percurso Metodológico

Diferentes objetivos e questões de revisão, exigem o desenvolvimento de novas abordagens que são projetadas para sintetizar, de forma mais efetiva e rigorosa, a evidência, sendo a *Scoping Review* um destes tipos de abordagem. A opção específica pela realização de uma *scoping review* fundamenta-se por ser um tipo de revisão que assume como principais objetivos: mapear as evidências existentes subjacentes a uma área de pesquisa, identificar lacunas na evidência existente, constituir um exercício preliminar que justifique e informe a realização de uma revisão sistemática da literatura. Uma das particularidades desta metodologia é que a mesma não visa analisar a qualidade metodológica dos estudos incluídos, dado que o seu objetivo, no seguimento do mencionado, não é encontrar a melhor evidência científica, mas sim, mapear a evidência científica existente, utilizando a estratégia população, conceito e contexto (PCC) (Peters, et al., 2015).

Estratégias e Operação de Pesquisa

A pesquisa foi efetuada durante o mês de janeiro de 2019, assumidos como critérios de inclusão: artigos com texto integral livre, em português, inglês, espanhol e francês, sem quaisquer restrições quanto ao espaço temporal.

TABELA 1 - CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Critério de Elegibilidade	Crítérios de Inclusão	Crítérios de Exclusão
População	pessoa em situação de doença inflamatória intestinal	Doenças que não sejam DII
Conceito	os benefícios da transplantação do microbioma intestinal	Terapia que não seja Transplantação do microbioma intestinal
Contexto	contexto da saúde	Estudos realizados em animais

A pesquisa efetuada foi realizada nas plataformas *PubMed*, *B-on* e *EBSCOhost*, nesta última foram selecionadas as seguintes bases de dados: *Academic Search Complete*, *OpenDissertations*, *Business Source Complete*, *CINAHL*, *CINAHL Plus with Full Text*, *ERIC*, *Health Business Elite*, *Library*, *Information Science & Technology Abstracts*, *MedicLatina*, *MEDLINE with Full Text*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *Regional Business News*, *SPORTDiscus with Full Text*, *MEDLINE*, *Academic Search Ultimate*, *Business Source Ultimate*, *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete*.

Toda a pesquisa foi realizada por meio dos descritores e/ou seus sinónimos, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), para cada item da estratégia, conforme exemplificado na Tabela n.º 2 – Descritores de pesquisa

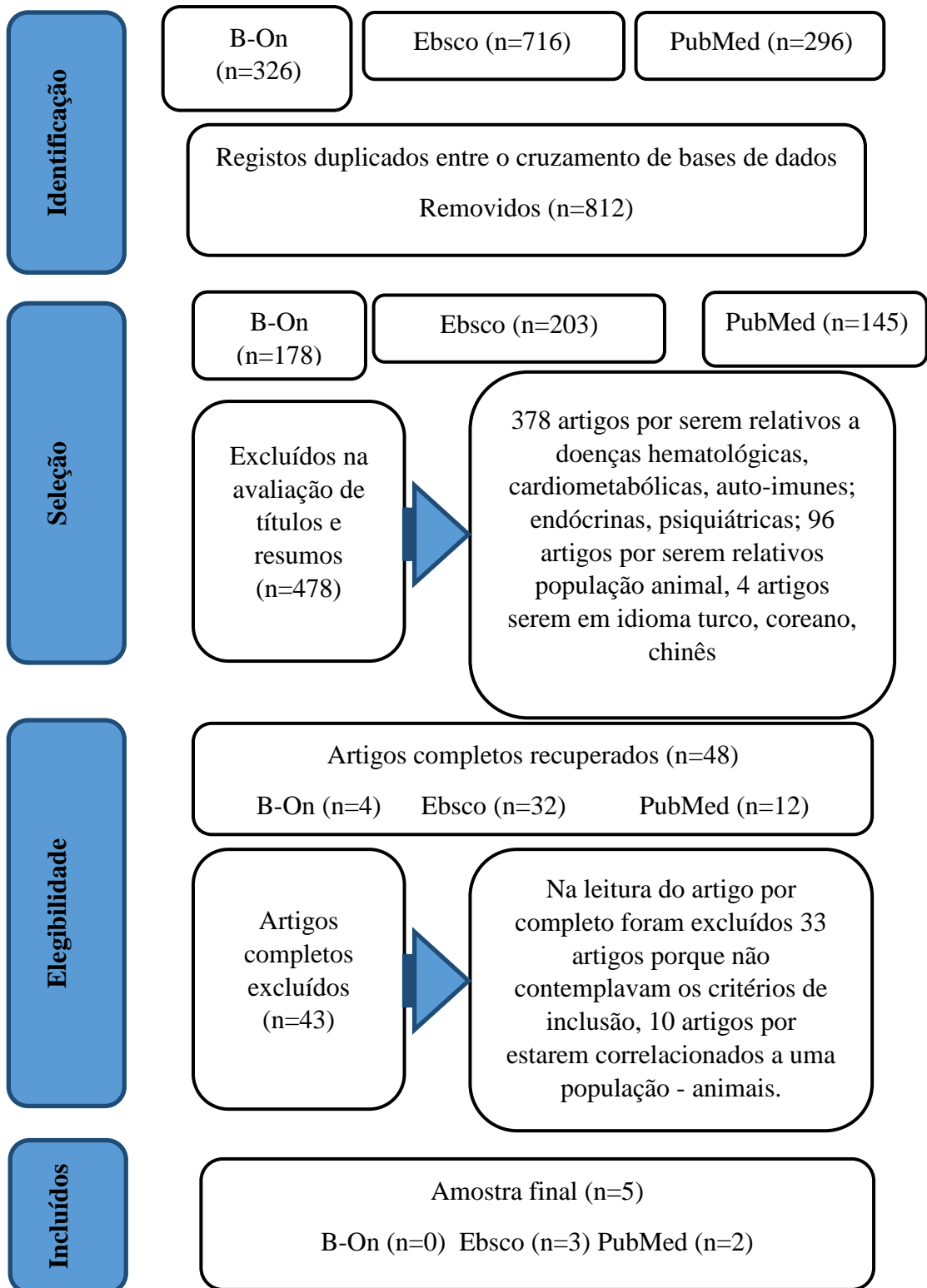
TABELA 2 - DESCRITORES DE PESQUISA

Palavra Chave 1	Palavra Chave 2	Palavra Chave 3
(TI Title)	(AB Abstract)	(AB Abstract)
Enteric Bacteria	Disease*	Transplant*
Gastric Microbiome	inflammatory	
Gastrointestinal Flora	Colitis	
Gastrointestinal Microbial Community	Ulcerative	
Gastrointestinal Microbiota		
Gastrointestinal Microflora		
Gut Flora		
Gut Microbiome		
Gut Microbiota		
Gut Microflora		
Intestinal Flora		
Intestinal Microbiome		
Intestinal Microbiota		
Intestinal Microflora“		

Para a combinação dos descritores, foram considerados os termos booleanos: AND, OR e NOT: : “TI (“Enteric Bacteria” or “Gastric Microbiome“ or “Gastrointestinal Flora“ or “Gastrointestinal Microbial Community“ or “Gastrointestinal Microbiota“ or “Gastrointestinal Microflora“ or “Gut Flora“ or “Gut Microbiome“ or “Gut Microbiota“ or “Gut Microflora“ or “Intestinal Flora“ or “Intestinal Microbiome“ or “Intestinal Microbiota“ or “Intestinal Microflora“) AND AB (disease* OR inflammatory OR Colitis or Ulcerative) AND AB transplant*”

Após a realização da busca, foram incluídas: as pesquisas com abordagem quantitativa e qualitativa, estudos primários, revisões sistemáticas, meta-análises e/ou meta-sínteses, livros e *guidelines*, publicados em fontes indexadas ou na literatura cinzenta, que respondessem à pergunta estabelecida; não foram incluídos os artigos em idiomas diferentes dos estabelecidos, publicações de opiniões, consensos, retracções, editoriais, *websites* e propagandas comerciais. Para a seleção dos estudos, foi realizada a leitura criteriosa do título, resumo e palavras-chave, e, posteriormente, a adequação aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Em relação aos estudos em que o título, o resumo e as palavras-chave não foram suficientes para definir a seleção, pesquisou-se a leitura do artigo na íntegra. A Figura 1 representa o processo de seleção dos estudos.

Figura 1 - fluxograma prisma (adaptado) do processo de seleção dos estudos



Apresentação de Dados

Artigo 1	“Fecal microbiota transplantation as therapy for inflammatory bowel disease: A systematic review and meta-analysis”
Ano	2014
Autor(es)	Colman, R. J., & Rubin, D. T.
Tipos de Estudo	Revisão sistemática da literatura
Objetivo	Eficácia do Transplante do Microbioma Fecal como tratamento para pacientes com DII
População	Pessoas com DII
Resultados	Dezoito estudos (9 estudos de coorte, 8 estudos de caso e 1 ensaio clínico randomizado) foram incluídos. Foram descritos 122 pacientes (79 com Colite Ulcerosa; 39 com DC; 4 DII não classificado). No geral, 45% (54/119) dos pacientes obtiveram remissão clínica durante o acompanhamento. Entre o estudo de coorte, a proporção agrupada de pacientes que obtiveram remissão clínica foi de 36,2%.
Observações Finais	Esta análise sugere que o Transplante do Microbioma Fecal é um tratamento seguro, mas variavelmente eficaz para DII. Mais ensaios clínicos randomizados são necessários e devem investigar a frequência de Transplante do Microbioma Fecal na administração, seleção de doadores e padronização da análise do microbioma.

Artigo 2	“Gut microbiota differs between children with Inflammatory Bowel Disease and healthy siblings in taxonomic and functional composition: a metagenomic analysis”
Ano	2016
Autor(es)	Knoll, R. L., Forslund, K., Kultima, J. R., Meyer, C. U., Kullmer, U., Sunagawa, S., ... & Gehring, S.
Tipos de Estudo	Estudo de Coorte - Retrospectivo

Conceito	Microbioma intestinal vs microbioma intestinal com doença inflamatória intestinal.
População	Crianças com Doença Inflamatória Intestinal VS Crianças saudáveis (irmãos) num hospital Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin (Universidade Hospital Infantil) Mainz, Alemanha
Resultados	<p>Um estudo de caso-controle (irmão) foi realizado analisando amostras fecais de seis crianças com DC, seis crianças com Colite Ulcerosa e 12 irmãos saudáveis, por sequenciamento metagenómico. Além disso, a ingestão de antibióticos ao longo da vida foi retrospectivamente determinada. A riqueza e a diversidade do microbioma foram significativamente reduzidas em pacientes com colite ulcerosa em comparação com o controle. Na Colite Ulcerosa, as bactérias que influenciam positivamente a homeostase do intestino, por exemplo, Eubacterium rectale e faecalibacterium prausnitzii, encontravam-se significativamente reduzidas, enquanto que o Pathobionts conhecido como Escherichia coli encontrava-se substancialmente elevado em pacientes com colite ulcerosa.</p> <p>Os resultados confirmam uma disbiose microbiana na colite ulcerosa nas crianças e, em menor escala, em crianças com DC. Em conjunto, estas observações sugerem a terapia de remodelação microbiana de dadores familiares, como uma opção viável, pelo menos para crianças com Colite Ulcerosa.</p>
Observações	A disbiose observada, distingue os pacientes dos irmãos, destaca tais irmãos como potenciais dadores para a terapia de remodelação microbiana na DII.

Artigo 3	“Single fecal microbiota transplantation failed to change intestinal microbiota and had limited effectiveness against ulcerative colitis in Japanese patients”
Ano	2017
Autor(es)	Mizuno, S., Nanki, K., Matsuoka, K., Saigusa, K., Ono, K., Arai, M., ... & Naganuma, M.

Tipos de Estudo	Estudo não-randomizado
Conceito	Avaliar a segurança e eficácia do transplante microbioma intestinal
População	10 pacientes com Colite Ulcerosa ativa
Resultados	Cinco pacientes com doença moderada e cinco com doença grave foram inscritos. Não foram observados efeitos adversos graves. Um paciente obteve uma resposta clínica;
Observações Finais	Apenas um paciente obteve uma resposta clínica; contudo, nenhum dos pacientes conseguiu recuperar a diversidade microbiana para os níveis do dador. O uso de uma única transplantação de microbiótica intestinal para doente com Colite Ulcerosa é seguro; no entanto, não se conseguiu comprovar a sua eficácia clínica.

Artigo 4	“The taxonomic composition of the donor intestinal microbiota is a major factor influencing the efficacy of faecal microbiota transplantation in therapy refractory ulcerative colitis”
Ano	2018
Autor(es)	Kump, P., Wurm, P., Gröchenig, H. P., Wenzl, H., Petritsch, W., Halwachs, B., ... & Deutschmann, A.
Tipos de Estudo	Estudo prospetivo aberto repetido
Conceito	Estabelecer um protocolo de tratamento sobre o transplante microbioma intestinal em pacientes com colite ulcerativa, e investigar quais os fatores dos pacientes ou dadores, que são responsáveis pelo sucesso do tratamento.
População	As pacientes elegíveis com idade compreendida entre 16 e 80 anos com colite ulcerativa ativa crónica, realizado na Universidade de Medicina de Graz, Divisão de Gastroenterologia e Hepatologia e no Hospital em St. Veit an der Glan, Áustria
Resultados	A composição do microbioma do dador parece ser um fator crucial para a resposta ao transplante do microbioma intestinal em pacientes com Colite Ulcerosa crónica ativa. O protocolo de

	<p>transplante microbioma intestinal após o pré-tratamento com antibióticos foi bem tolerado e resultou com melhoria e remissão num quarto dos pacientes com Colite Ulcerosa.</p> <p>O tratamento antibiótico sem Transplante do Microbioma Fecal foi mal tolerado nos pacientes e resultou apenas em melhoria de curto prazo da atividade da doença. Como o grupo de controle de antibióticos foi interrompido devido à baixa tolerabilidade, houve diferenças no número de pacientes em ambos os grupos, além disso, vários pacientes no grupo de controle de antibióticos não aderiram ao protocolo de tratamento. No grupo Transplante do Microbioma Fecal, uma proporção maior de pacientes, embora não estatisticamente diferente do grupo controle, estava sob corticoterapia no início do estudo.</p>
<p>Observações Finais</p>	<p>A comparação entre o grupo que foi submetido à Transplante do Microbioma Fecal e o grupo sujeito a antibioterapia terá que ser interpretada com cautela.</p> <p>Mesmo assim, o estudo fornece mais evidências de que o Transplante do Microbioma Fecal é eficaz no tratamento de pacientes com colite ulcerativa refratária. Sugere um importante efeito do microbioma dador para o sucesso do tratamento. Esses achados podem levar a uma seleção mais específica de dadores para o Transplante do Microbioma Fecal e ao desenvolvimento de preparações microbianas específicas para o tratamento da colite ulcerativa no futuro.</p>

Artigo 5	“the gut microbiome in inflammatory bowel disease-avenues for microbial management.”
Ano	2018
Autor(es)	McIlroy, J., Ianiro, G., Mukhopadhy, I., Hansen, R., & Hold, G. L
Tipos de Estudo	Revisão Integrativa da literatura
Conceito	Microbioma intestinal e a sua modulação indireta

População	Pessoas com doenças inflamatórias intestinais
Resultados	A remissão e recidiva da doença estão associadas a alterações microbianas nas amostras mucosas e luminais, em particular, uma perda de riqueza de espécies na DC.
Observações Finais	As abordagens terapêuticas existentes dividem-se em 3 categorias, a saber: acessão, redução e modulação indireta do microbioma. Em termos de terapêutica microbiana, o Transplante do Microbioma Fecal parece ser o mais promissor; entretanto, diferenças no desenho/metodologia do estudo determinam cautela na tradução segura dos resultados para a prática clínica.

Análise e Discussão dos Resultados

Transplante do Microbioma Fecal é um procedimento terapêutico destinado a restabelecer um microbioma intestinal alterado por administração de microrganismos fecais de um dador saudável para o trato intestinal de um paciente, corrigindo assim a disbiose (Mizuno, et al., 2017; Kump, et al., 2018).

Foi demonstrado que o tratamento mais eficaz de infecções recorrentes por *C. Difficile*, é o Transplante do Microbioma Fecal. Acredita-se que a disbiose nas DII é muito relevante e que a utilização do Transplante do Microbioma Fecal é uma das oportunidades para restabelecimento do microbioma intestinal. Kump, et al. (2018), verificam que nas pessoas com Colite Ulcerosa ainda não está claro porque é que alguns pacientes respondem eficazmente a esta forma de terapia, enquanto outros não. Posto isto, o mesmo estudo demonstrou que para além de tudo o que influencia a composição do microbioma intestinal da pessoa com doença, a composição do microbioma da pessoa dadora parece ser um fator crucial para a resposta ao transplante de microbioma fecal em pacientes com Colite Ulcerosa. Quanto maior a riqueza bacteriana dos dadores, (quanto mais rico for o microbioma fecal do dador) melhor será para o recetor.

Knoll, et al., (2016), no seu estudo concluíram que irmãos com DII apresentam uma biodiversidade reduzida no seu microbioma intestinal, comparativamente com os seus irmãos saudáveis. Tendo em conta que todos os estilos de vida, alimentação, ingestão de antibioterapia, entre outros aspetos, podem igualmente influenciar o microbioma intestinal, ao incluir neste estudo os irmãos dos doentes com DII, como principais dadores do

microbioma fecal constatou-se que, irmãos saudáveis fornecem uma composição microbioma mais saudável, logo, do ponto de vista de eficácia são considerados os dadores mais adequados.

Porém, Mizuno, et al., (2017), num estudo não-randomizado, com uma população de 10 pacientes com Colite Ulcerosa, selecionaram como potenciais dadores de microbioma fecal os seus parentes, desde dois cônjuges, quatro pais e quatro irmãs, de modo a estes constituírem os dadores mais favoráveis. Contudo os autores referem que relatórios anteriores mostraram que o microbioma intestinal está muito relacionado com os estilos de vida, indicando assim, que os parentes podem ter um microbioma intestinal semelhante e o que é desejado é uma maior diversidade nesse microbioma. Nessa perspetiva um dador com um microbioma variado é vital para a indução de simbiose em doentes com Colite Ulcerosa, portanto, os dadores ideais em futuros estudos para Transplante do Microbioma Fecal seriam voluntários saudáveis, não relacionados ao doente. Estes autores concluíram como resultado final que dos 10 doentes, apenas um obteve uma boa resposta clínica; contudo, nenhum dos doentes conseguiu recuperar a diversidade do microbioma para os níveis do dador; isto deve-se ao facto de os doentes terem sido submetidos apenas a uma sessão de Transplante do Microbioma Fecal, portanto, a frequência do protocolo de Transplante do Microbioma Fecal poderá ter sido um grande limitador para induzir a remissão da doença em doentes com Colite Ulcerosa ativa.

Colman & Rubin, (2014), na análise sistemática e meta-análise realizada com 18 estudos, incluindo 122 doentes com DII tratadas utilizando Transplante do Microbioma Fecal, relatam uma taxa de remissão da doença de 45%, com análise de subgrupos demonstrando uma estimativa de remissão clínica de 22% para a Colite Ulcerosa e 60,5% para DC.

Colman & Rubin (2014), contrapõe os resultados do estudo de Mizuno et al., (2017), no que respeita ao protocolo de administração do Transplante do Microbioma Fecal; pois os vários estudos analisados traduzem que a metodologia de administração do protocolo de Transplante do Microbioma Fecal consistia em várias sessões de administração de Transplante do Microbioma Fecal. Contudo não existe ainda evidência científica sobre qual o número real de Transplante do Microbioma Fecal necessários para obter os melhores resultados.

Numa outra perspetiva Kump, et al., (2018), demonstraram que o grupo que fora submetido ao transplante de microbioma fecal (5 Transplante do Microbioma Fecal) após

pré-tratamento com antibióticos (n= 17/17), resultou numa resposta clínica favorável em 10 dos 17 (59%) doentes, dos quais 4 (24%) alcançaram remissão clínica e 6 (35%) uma resposta parcial, enquanto que no grupo de controlo que fora somente submetido a administração de antibioterapia sem Transplante do Microbioma Fecal, apenas 1 de 10 (10%) doentes teve como resposta clínica parcial; este resultado terá como provável causa a queda sustentada de riqueza do microbioma intestinal. Ao contrário do grupo que fora submetido à transplantação fecal, visto que proporcionou uma melhoria do microbioma intestinal do recetor, logo este resultado por sua vez, está influenciado com a composição taxonómica da microbioma intestinal do dador.

Assim sendo o tipo de dador para o Transplante do Microbioma Fecal é de extrema importância, para garantir o sucesso da mesma (Colman & Rubin, 2014).

As alterações observadas na estrutura do microbioma intestinal estão associadas a grandes deficiências metabólicas, os quais conferem enormes consequências funcionais para o hospedeiro. Portanto, a modulação do microbioma intestinal, por meio de dieta, antibióticos, prebióticos, probióticos e Transplante do Microbioma Fecal, representam, pelo menos teoricamente, uma estratégia terapêutica promissora para o tratamento da DII, embora as evidências disponíveis sugiram que os ajustes de outras ofertas terapêuticas sejam ainda necessárias.

McIlroy, et al., (2018), mencionam na sua revisão, que vários métodos têm sido utilizados para a administração de Transplante do Microbioma Fecal, tal como o tubo nasogástrico, tubo nasoduodenal, enema rectal por colonoscopia e, mais recentemente, através de cápsulas com revestimento entérico. O melhor método de administração ainda permanece pouco claro. Existem relatos de diferentes metodologias para administrar corretamente o Transplante do Microbioma Fecal, até à data a sugestão da administração distal, uma dosagem frequente e utilização do microbioma fecal diversificado podem ser fatores que influenciam uma resposta positiva nas DII. Maior evidência é apresentada relativamente ao facto da DII estar intimamente relacionada com mudanças na composição da microbioma intestinal. Os mesmos autores reforçam que a modulação do microbioma intestinal pode ser estratificada em três categorias: acesso (transplante microbiano fecal e probióticos), redução (antibióticos) ou modulação indireta (nutrição enteral exclusiva e prebióticos). Avanços no campo da biologia sintética podem significar que um dia cada um de nós poderá ser capaz de colonizar o intestino com bactérias geneticamente modificadas,

contudo, ignorar o microbioma na DII não é uma opção e neste momento o atual paradigma de tratamento está a mudar de forma permanente.

Conclusão

O microbioma intestinal assume um papel fundamental na vida de um ser humano, desde o seu nascimento até ao fim da vida. Está intimamente relacionado com a alimentação e com os estilos de vida adotados. É particularmente curioso o facto de estar nas nossas mãos a alteração do microbioma. Cada um tem a possibilidade de contribuir para a mudança, através de uma dieta alimentar correta e aquisição de hábitos saudáveis, praticados de forma regular.

Desde o início do Projeto do Microbioma Humano em 2007, fizeram-se descobertas a nível da genética e da microbiologia que permitiram caracterizar o microbioma. Também os avanços tecnológicos, nomeadamente a nível da genética e metagenómica, ajudaram a compreender a profundidade do microbioma. Sabemos já que os genes dos microrganismos superam largamente os do organismo humano.

As DII, apresentam maior incidência nos países desenvolvidos e atingem anualmente milhares de pessoas. Ser portador de uma DII pode alterar permanentemente a qualidade de vida da pessoa doente, sobretudo quando está em período de exacerbação. Os sintomas apresentados pelos portadores de DII podem gerar mudanças de grande impacto nas atitudes e condutas, assim como nos aspetos físicos, emocionais e sociais.

Os doentes com DII apresentam um microbioma intestinal alterado – disbiose, pelo que a reposição do equilíbrio do mesmo é necessária e pode ser conseguido recorrendo à transplantação fecal. Contudo, após análise efetuada ainda não existe evidência suficiente, que garanta tal sucesso.

Referências Bibliográficas

Azevedo, L. F., Magro, F., Portela, F., Lago, P., Deus, J., Cotter, J., ... & Lopes, H. (2010). Estimating the prevalence of inflammatory bowel disease in Portugal using a pharmaco-epidemiological approach. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 19(5), 499-510.

Colman, R. J., & Rubin, D. T., (2014). Fecal microbiota transplantation as therapy for inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Crohn's and Colitis*, 8(12), 1569-1581.

de LeBlanc, A. D. M., & LeBlanc, J. G. (2014). Effect of probiotic administration on the intestinal microbiota, current knowledge and potential applications. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 20(44), 16518.

Doré, J., Simrén, M., Buttle, L., & Guarner, F. (2013). Hot topics in gut microbiota. *United European Gastroenterology Journal*, 1(5), 311-318.

Gorkiewicz, G., & Moschen, A. (2018). Gut microbiome: a new player in gastrointestinal disease. *Virchows Archiv*, 472(1), 159-172.

Knoll, R. L., Forslund, K., Kultima, J. R., Meyer, C. U., Kullmer, U., Sunagawa, S., & Gehring, S. (2016). Gut microbiota differs between children with inflammatory bowel disease and healthy siblings in taxonomic and functional composition: a metagenomic analysis. *American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology*, 312(4), G327-G339.

Kump, P., Wurm, P., Gröchenig, H. P., Wenzl, H., Petritsch, W., Halwachs, B., ... & Deutschmann, A. (2018). The taxonomic composition of the donor intestinal microbiota is a major factor influencing the efficacy of faecal microbiota transplantation in therapy refractory ulcerative colitis. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 47(1), 67-77.

Lankelma, J. M., Nieuwdorp, M., de Vos, W. M., & Wiersinga, W. J. (2015). The gut microbiota in internal medicine: implications for health and disease. *Neth J Med*, 73(2), 61-8

Li, D., Wang, P., Wang, P., Hu, X., & Chen, F. (2016). The gut microbiota: A treasure for human health. *Biotechnology advances*, 34(7), 1210-1224.

Liang, J., Sha, S. M., & Wu, K. C. (2014). Role of the intestinal microbiota and fecal transplantation in inflammatory bowel diseases. *Journal of digestive diseases*, 15(12), 641-646.

- Matijašić, M., Meštrović, T., Perić, M., Čipčić Paljetak, H., Panek, M., Vranešić Bender, D., ... & Verbanac, D. (2016). Modulating composition and metabolic activity of the gut microbiota in IBD patients. *International journal of molecular sciences*, 17(4), 578.
- McCarville, J. L., Caminero, A., & Verdu, E. F. (2016). Novel perspectives on therapeutic modulation of the gut microbiota. *Therapeutic advances in gastroenterology*, 9(4), 580-593.
- McIlroy, J., Ianiro, G., Mukhopadhy, I., Hansen, R., & Hold, G. L. (2018). the gut microbiome in inflammatory bowel disease—avenues for microbial management. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 47(1), 26-42.
- Mizuno, S., Nanki, K., Matsuoka, K., Saigusa, K., Ono, K., Arai, M., & Naganuma, M. (2017). Single fecal microbiota transplantation failed to change intestinal microbiota and had limited effectiveness against ulcerative colitis in Japanese patients. *Intestinal research*, 15(1), 68-74.
- Nishida, A., Inoue, R., Inatomi, O., Bamba, S., Naito, Y., & Andoh, A. (2018). Gut microbiota in the pathogenesis of inflammatory bowel disease. *Clinical journal of gastroenterology*, 11(1), 1-10.
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Soares, C., Khalil, H., & Parker, D. (2015). The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: methodology for JBI scoping reviews.
- Petrof, E. O., & Khoruts, A. (2014). From stool transplants to next-generation microbiota therapeutics. *Gastroenterology*, 146(6), 1573-1582.
- Pigneur, B. (2017). Microbiote et pathologies digestives (maladies inflammatoires chroniques intestinales, maladie cœliaque). *Médecine thérapeutique/Pédiatrie*, 20(3), 196-202.
- Scott, K. P., Jean-Michel, A., Midtvedt, T., & van Hemert, S. (2015). Manipulating the gut microbiota to maintain health and treat disease. *Microbial ecology in health and disease*, 26(1), 25877.
- Shen, Z., Zhu, C., Quan, Y., Yuan, W., Wu, S., Yang, Z., & Wang, X. (2017). Update on intestinal microbiota in Crohn's disease 2017: Mechanisms, clinical application, adverse reactions, and outlook. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 32(11), 1804-1812.

Siezen, R. J., & Kleerebezem, M. (2011). The human gut microbiome: are we our enterotypes?. *Microbial biotechnology*, 4(5), 550-553.

Sirishna, S. (2016). The potential impact of gut microbiota on your health: Current status and future challenges. *Asian Pac J Allergy Immunol*, 34(4), 249-264.

Vrieze, A., de Groot, P. F., Kootte, R. S., Knaapen, M., Van Nood, E., & Nieuwdorp, M. (2013). Fecal transplant: a safe and sustainable clinical therapy for restoring intestinal microbial balance in human disease. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 27(1), 127-137.

West, C. E., Renz, H., Jenmalm, M. C., Kozyrskyj, A. L., Allen, K. J., Vuillermin, P., ... & Sinn, J. (2015). The gut microbiota and inflammatory noncommunicable diseases: associations and potentials for gut microbiota therapies. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 135(1), 3-13.

Walsh, C. J., Guinane, C. M., O'toole, P. W., & Cotter, P. D. (2014). Beneficial modulation of the gut microbiota. *FEBS letters*, 588(22), 4120-4130.

2 – ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO

A certificação de competências especializadas visa assegurar que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidade e habilidades que lhe permitem prestar cuidados altamente qualificados de forma contínua, as competências são para Ceitil, (2010), atribuições, qualificações, traços ou características pessoais, comportamentos ou ações. Já a OE (2019), diz que certificação de competências consiste num ato formal que permite reconhecer, validar e certificar o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, nos diversos domínios de intervenção, direcionado a atestar a formação, experiência ou qualificação do enfermeiro numa área diferenciada, avançada e ou especializada, bem como a verificação de outras condições exigidas para o exercício da Enfermagem.

Durante este período mobilizei competências e adquiri novos conhecimentos para integrar as competências da área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Pelo que o percurso realizado ofereceu as condições necessárias para o desenvolvimento de aprendizagens específicas de cada uma das diferentes áreas de atuação: Serviço de Urgência Polivalente, Unidade de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia e Hepatologia.

Este capítulo visa assim, analisar criticamente e refletir na e sobre a prática dos cuidados fundamentado nas atividades desenvolvidas. Tendo como objetivo geral e transversal desenvolver competências éticas, deontológicas, relacionais, científicas e técnicas no cuidado especializado à Pessoa em Situação Crítica e sua Família.

Os objetivos específicos delineados para cada local de estágio, tiveram em conta a experiência e perícia que tenho vindo a desenvolver nos cuidados à Pessoa com Hemorragia Digestiva Alta, enquanto elemento de uma equipa multidisciplinar que está inserida num regime de prevenção ao SUP de um Centro Hospitalar. O conceito de Enfermeiro de Endoscopia ainda é recente, encontra-se muito interligado ao desenvolvimento de técnicas de diagnóstico e terapêutica em Gastroenterologia (Pereira, et al., 1999).

Ao longo destes últimos anos a endoscopia tornou-se um instrumento essencial no diagnóstico e terapêutica. Para tal, a enfermagem em endoscopia desenvolveu-se como uma

disciplina altamente qualificada, acompanhando assim o desenvolvimento técnico e a especialização médica. Tais habilitações permitem um desenvolvimento de competências que nos capacitam trabalhar lado a lado com o médico gastroenterologista.

Os enfermeiros de endoscopia trabalham numa equipa multidisciplinar, quer no hospital quer na prática geral/cuidados primários. Contudo, a extensão de conhecimentos na prática dos enfermeiros em endoscopia difere de país para país. Segundo informação da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Endoscopia e Gastrenterologia, (2017), em alguns países inclui não só a gastroenterologia endoscópica, mas também, outras áreas como a medicina torácica, urológica, cirúrgica, ginecológica. Noutros países europeus, o objeto é exclusivamente a gastroenterologia. Neste sentido, o ser enfermeiro na área de gastroenterologia não se limita apenas à área técnica da realização de exames endoscópicos, mas também, inclui os cuidados à pessoa com Gastrostomia Endoscópica Percutânea, nutrição, à pessoa com DII, à pessoa com doença Hepática, e aos cuidados à pessoa internada ou em ambulatório de gastroenterologia.

O contacto com a pessoa/família com doença crónica hépato-biliar, síndrome hépato-renal e retenção hidrossalína, DII e o impacto dessas mesmas no jovem/família (DC fistulizante – que resulta por vezes na necessidade de ileostomia quer provisória quer definitiva). A verificação do impacto destas doenças na vida ativa de um jovem/adulto com DC e sua família, os internamentos repetidos as interrupções abruptas das suas vidas diárias e projetos a realizar na sociedade o desgaste emocional e físico que a própria doença provoca, podendo terminar numa alteração corporal como uma ileostomia. Todo este contacto permitiu-me adquirir competências e desenvolver abordagens para ajudar o utente jovem/adulto e sua família a encontrarem estratégias essenciais para superar aquele momento de crise pessoal e familiar.

Tive a oportunidade de progredir nas capacidades de atuação no contexto da patologia hépato-biliar, estando o doente sujeito a uma grande probabilidade de instabilidade clínica, este contacto permitiu desenvolver um plano mais eficaz de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica como – sinais e sintomas da pessoa em hemorragia digestiva alta por rutura de varizes esofágicas, identificação de sinais e sintomas próprios da descompensação da doença hepática, como a avaliação do estado de consciência nos diferentes graus de encefalopatia porto-sistémica, e por conseguinte toda a bagagem adquirida no Serviço de Medicina como interpretação de balanços hídricos e outras sintomatologias que ocorre quando a pessoa se encontra hemodinamicamente instável, como

por exemplo Insuficiências Cardíacas Descompensadas – Edema Agudo Pulmão, entre muitas outras patologias. O contacto com o utente com doença obstrutiva bilio-pancreática permitiu-me desenvolver capacidades para despistar sinais e sintomas de pancreatite aguda e de colangite.

Aprender exige dedicação, motivação e pesquisa de informação, ferramenta imprescindível para melhorar o cuidado, todo este percurso foi concebido na procura de obter as melhores oportunidades de aprendizagem nesta área pela qual tenho especial carinho.

2.1 – Num Serviço de Urgência Polivalente

A atividade do Centro Hospitalar que integra o Serviço de Urgência escolhido, assegura a cada doente os cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e numa lógica de governação clínica, promove uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, abrangendo, ainda, as áreas de investigação, ensino, prevenção e continuidade de cuidados, conforme o primado do doente. Referindo ainda, como principais valores: competência técnica; ética profissional; segurança e conforto para o doente; responsabilidade e transparência; cultura de serviço centrada no doente; melhoria contínua da qualidade; cultura de mérito, rigor e avaliação sistemática; atividade orientada para resultados; trabalho em equipa/multidisciplinar e pluriprofissional; boas condições de trabalho (CHULC, EPE., s/d).

Na mais recente atualização dos níveis de assistência em contexto de Urgência, o SUP surge como um dos mais diferenciados, sendo que, pelas valências que dispõe, e, conforme está referido no despacho n.º 10319/2014 relativo à legislação da rede de serviços de Urgência do SNS é classificado como polivalente. Define este nível de diferenciação de urgência hospitalar como o mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência, garantindo a articulação com as urgências específicas (Diário da República n.º 153/2014, de 11 de agosto). As várias especialidades presentes nesta instituição criam uma rede de cuidados coesa que garante e assegura os cuidados mais específicos à PSC que recorre a este serviço. Apesar de estes recursos especializados estarem fisicamente dispersos pelos diferentes hospitais que formam este Centro Hospitalar, acabam por oferecer uma resposta diferenciada aos doentes como aos demais variados casos clínicos.

De referir que este SUP tem Centro de Trauma, constituindo-se como unidade essencial no cuidado ao doente politraumatizado (Diário da República n. °228/2015, 20 de novembro).

Tal como é preconizado pela Direção Geral de Saúde, a intervenção e tratamentos precoces de algumas patologias melhoram o prognóstico das mesmas, daí a necessidade de criar e implementar os protocolos denominados de Via Verde, dispõe de quatro vias verdes (Acidente Vascular Cerebral, Enfarte Agudo do Miocárdio, Sepsis e Trauma).

É de esperar que se seja confrontado com um maior número de situações complexas e com elevado grau de gravidade nos cuidados a prestar à Pessoa em Situação Crítica, assim, emergiu a necessidade em conhecer toda a dinâmica, funcionamento e percurso do doente desde a triagem à sua admissão, até à sua referenciação para uma unidade/serviço mais adequada às suas reais necessidades.

Para haver uma adequada prestação de cuidados, torna-se pertinente uma interligação entre todos os intervenientes no processo, nada melhor do que estar “do outro lado” para entender as diferentes realidades e perceber como atuar em conformidade.

O SUP, tal como já foi referido anteriormente, dispõe de várias valências. Estruturalmente o SUP é num espaço complexo que se inicia na admissão de doentes; a sala de triagem; a sala de espera geral; balcão geral, gabinetes de atendimento médico (especialidades de medicina interna, cirurgia geral, cirurgia maxilo-facial, cirurgia plástica e reconstrutiva, oftalmologia, otorrinolaringologia (que neste momento, com a reformulação dos Serviços de Urgência de Lisboa, a urgência noturna de otorrino passou a estar concentrada num Centro Hospitalar de Lisboa), ortopedia e urologia); duas salas de pequena cirurgia; área de psiquiatria (com dois gabinetes de atendimento, uma sala de contenção e uma sala de trabalho de enfermagem); um quarto de isolamento, com pressão negativa, possibilidade de monitorização e ventilação; uma área para doentes respiratórios em ambulatório; a unidade de observação que se divide em duas áreas distintas: salas de Emergência/Trauma, e outras cinco salas de observação.

Na unidade de observação, existem quatro salas de Emergência/Trauma, estando a número um e a número dois equipadas com aparelho próprio de radiografia, pelo que são preferencialmente destinadas e utilizadas pelas pessoas que recorrem a este SUP com um quadro de traumatismos múltiplos., todas as pessoas a quem foi atribuída a cor vermelha ou cujo transporte se encontre assegurado pelos Bombeiros ou INEM, e estas consideram haver risco de vida ou tenham iniciado ou se encontrem em manobras de reanimação. Ao entrar no SUP uma pessoa dirigida às Salas de Emergência/Trauma, é acionado um sinal sonoro pelo

vigilante da portaria ou pelo enfermeiro da sala de triagem. Após a sua reanimação e estabilização, a pessoa assistida é encaminhada para uma das salas da unidade de observação, para o Bloco Operatório Central ou para uma das UCI do Centro Hospitalar.

As salas de um a cinco, desta mesma unidade, destinam-se às pessoas que necessitam de cuidados médicos urgentes, e a sua permanência está condicionada à estabilização clínica e/ou decisão/orientação médica; por norma, nenhuma pessoa deverá permanecer nesta unidade por um período superior a vinte e quatro horas, e tem uma capacidade total para vinte e duas macas. Nos outros hospitais do Centro Hospitalar, nomeadamente no Hospital A, sedia-se o balcão de hematologia, no Hospital B o balcão de cardiologia e cirurgia vascular e no Hospital C o balcão de nefrologia.

A equipa de enfermagem deste SUP é composta por 122 enfermeiros, um Enfermeiro Chefe, uma Enfermeira subcoordenadora e cinco equipas (A, B, C, D, E) compostas por 21/22 elementos, em que a distribuição pelos diferentes sectores é realizada pelo Enfermeiro responsável de cada equipa.

A transição súbita da saúde para a doença é uma experiência complexa e altamente individualizada, a presença da dor física, da dor da perda, do sentimento de impotência contra as alterações apresentadas no próprio corpo leva a que a pessoa que recorre ao serviço de urgência procure cuidados de qualidade e personalizados.

O SUP é composto por profissionais de saúde, utentes e famílias, sempre em movimento, com todas as emoções inerente ao momento de crise que estão a viver. Os cuidados que se prestam englobam pessoas adultas de todas as faixas etárias que apresentam alterações físicas ou psíquicas percebidas ou reais, é um misto de capacidades que o enfermeiro tem de ter, desde a experiência técnica ao saber personalizado da doença e sua fisiopatologia.

O “caos” que reina no SUP, é uma das características mais referenciadas, afluência diária de utentes e as características das suas queixas, leva-nos à necessidade de atuar rapidamente e num curto espaço de tempo, evitando o agravamento da situação quer física ou psicológica do doente. Cuidar num SUP implica, não só os saberes técnico-científicos, mas também estar “permanentemente alerta” para dar resposta a todas as necessidades da pessoa/família, ser capaz de criar um ambiente de confiança, saber escutar e respeitar a individualidade de cada um (Sá, et al., 2015).

Deparo-me com a necessidade de desenvolver o meu saber teórico na prática clínica, obter as oportunidades de aprendizagem para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de

competências como futura enfermeira especialista na área de enfermagem Médico-Cirúrgica. Desenvolvendo assim, competências especializadas e pretendendo uma prestação de cuidados tendo por base o regulamento de competências do enfermeiro especialista bem como os objetivos e competências que me são propostos pela instituição no guia de estágio, e os objetivos por mim delineados.

Ao longo de todo o percurso de continua aprendizagem, foram inúmeros os contextos sobre os quais senti necessidade de refletir, nomeadamente na forma como posso atuar e intervir face ao momento de crise junto da pessoa e sua família que necessita de cuidados urgentes e emergentes.

Numa fase inicial deste primeiro percurso sentia-me ansiosa por todos os novos contextos que iria vivenciar, momentos de aprendizagem. Hoje sinto que o meu olhar mudou significativamente, sinto-me feliz pelas conquistas, na forma como planeio e organizo os cuidados, na avaliação efetuada ao doente crítico, no estabelecimento de prioridades, na antecipação e na resposta a focos de instabilidade, assim como, no domínio da gestão, quer ao nível dos cuidados e recursos materiais. Não posso deixar de destacar a observação de todos os elementos da equipa, a articulação e a comunicação existente entre todos, a observação atenta do meio envolvente, o contributo na prevenção e controlo de infeção, a liderança e a gestão dos recursos às situações, a capacidade de otimização do processo de cuidados e tomada de decisão, assim como os elementos da equipa onde fui integrada. Considero ter sido uma experiência essencial no meu percurso académico e profissional, pois permitiu adquirir ferramentas úteis no domínio da gestão dos cuidados.

No desempenho das suas atividades, o enfermeiro especialista tem competências no domínio da comunicação - negociação e clarificação, por exemplo, para conseguir resolver conflitos, fazer cumprir as suas decisões e consciencializar os elementos da equipa para práticas mais seguras e fundamentadas. Lenburg, et al. (2009), considera que as competências dos enfermeiros num serviço de urgência encontram-se agrupadas nas seguintes dimensões: nas habilidades de avaliação e intervenção (incluem a monitorização e colheita de dados, avaliação física e intervenções terapêuticas); comunicação habilidades de julgamento crítico (utilização de evidência na prática clínica, integração de teoria na prática, resolução de problemas, tomada de decisão e investigação científica); habilidades de relação e cuidado (respeito cultural pelo outro, amparar a pessoa, cuidados centrados no cliente, ética, privacidade e confidencialidade); habilidades de ensino; habilidades de gestão; habilidades de liderança; habilidades de integração do conhecimento.

A aquisição de competências em enfermagem envolve a articulação de vários processos. Os processos que intervêm na aquisição de competências são a formação inicial e contínua de competências, o processo de construção e evolução enquanto enfermeiro e o processo de reconhecimento das competências pelos pares e pela comunidade em geral. OE (2009), define competência como a capacidade de mobilizar, integrar e orquestrar os diversos recursos cognitivos (saberes, saber-fazer e atitudes) para fazer face a situações singulares.

Assim, espera-se que o Enfermeiro Especialista detenha um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto da prática clínica que lhe possibilitam ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção (OE, 2018).

De acordo com o modelo de desenvolvimento de competências de Benner, et al., (2001) todos os enfermeiros que integram um novo serviço em que não conhecem os doentes podem encontrar-se a este nível [iniciado], se os objetivos e os aspetos inerentes aos cuidados não lhes forem familiares.

Deparo-me no início deste percurso de formação como iniciada, a minha perspetiva inicial foi o contato com as situações vividas no SUP nos seus diferentes setores, e tendo como linha orientadora os objetivos por mim propostos para este percurso de aquisição de competências passo a esclarecer individualmente.

Para o objetivo específico - desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em contexto de urgência e sua família.

Encontrei um ambiente diversificado e versátil, que implica o domínio de diversos saberes. É o local onde ocorre, na grande maioria das vezes, a primeira abordagem à PSC sendo realizada a avaliação da situação, bem como o seu controlo e estabilização inicial.

Considero que na fase inicial deste estágio onde senti mais dificuldade foi, com a própria organização dinâmica e funcional dos cuidados, na familiarização com o sistema informático HCIS e com a gestão de todos os meus sentimentos. No SUP é exigido por parte da equipa de enfermagem uma rápida e eficiente avaliação do doente urgente/emergente, bem como das prioridades de intervenção, sendo necessário um pensamento organizado e agilidade na tomada de decisão. Inicialmente senti dificuldade, no que diz respeito à gestão rápida das situações inesperadas ou das que se alteram rapidamente.

Ao longo deste percurso de aprendizagem foram planeados 3 dias de observação no posto de triagem (Triagem de Manchester). Conforme descrito na norma 002/2018

instrumento de apoio à gestão do risco clínico em contexto de serviço de urgência, permite identificar uma prioridade clínica, com posterior alocação do doente na área de atendimento mais adequada. Conforme Amaral, (2017), diz, o sistema de triagem deverá combinar destreza e competência para realizar observações rápidas dos utentes, bem como, para recolher toda a informação pertinente do seu estado de saúde.

Na admissão da pessoa no SUP, a responsabilidade pela avaliação inicial é do enfermeiro que se encontra no posto de triagem, e, aqui terão de ser tomadas decisões rápidas e de suma importância que ditarão o circuito da pessoa no hospital e o tratamento subsequente, Duro & Lima, (2010), menciona que o trabalho do enfermeiro baseia-se na tomada de decisão⁴, em que a escuta qualificada e o julgamento clínico e crítico das queixas induzem a um raciocínio das queixas lógico de determinar a correta classificação do algoritmo da triagem. Nada mais do que o enfermeiro terá de uma forma rápida e concreta observar a pessoa e também saber “ler entre linhas”.

Por vezes o doente não nos diz tudo, o que realmente sente, e nós temos que olhar para a pessoa na sua totalidade. Aquando numa observação inicial do meu enfermeiro orientador nesta sala, deparava-me muitas vezes com um pensamento, se eu ali estivesse, quando eu ali estiver – Como saberei que estarei a fazer a triagem certa? Como saberei que a triagem realizada vai realmente de acordo com as necessidades da pessoa? Embora siga todos os algoritmos de forma correta e se me escapa alguma coisa na minha observação à pessoa?

Estas dúvidas, depressa foram desvanecendo, com uma prática constante e reflexiva com o enfermeiro orientador. Aprendi que estabelecer uma comunicação eficaz e uma observação completa são fulcrais para uma boa execução do sistema de Triagem de Manchester.

Como menciona Duro & Lima, (2010), e Amaral, (2017), para que este sistema de triagem se torne verdadeiramente eficaz, terá que ser realizado por profissionais de saúde que possuam destreza, competência e capacidades ímpares na tomada de decisão, para isso será necessário existir uma formação contínua, com o desenvolvimento de planos de formação devidamente estruturados, partindo das necessidades dos profissionais que a realizam, o trabalho em conjunto com os pares, através dos resultados das auditorias; prática e gestão de cuidados, os enfermeiros que realizam a triagem são detentores das competências adequadas para a sua execução e manter a investigação.

⁴ A tomada de decisão do enfermeiro, na classificação do algoritmo da Triagem de Manchester, tem como objetivo compreender a informação clínica, a sequência em que a informação de processa e as vias pelas quais essa informação determina a categoria de classificação. É o enfermeiro que decide qual e quanta informação precisará de ser obtida sobre o estado de saúde da pessoa, avaliando tanto dados objetivos como subjetivos (Duro & Lima, 2010)

De um modo sucinto, consegui reconhecer a importância do enfermeiro na triagem, e a sua responsabilidade no circuito da pessoa no SUP. O conhecimento amplo sobre a complexidade dos processos fisiopatológicos e a experiência do enfermeiro em basear a sua decisão em sinais e sintomas, no estabelecimento de prioridades, é crucial para o despiste de complicações e referência correta da pessoa. O enfermeiro é o profissional que garante a segurança de todos, muitas vezes o primeiro rosto que os pacientes veem quando entram no hospital. Em função disso são necessárias excelentes habilidades de comunicação, de conhecimentos teóricos, de padrões do saber, a fim de ajudar as pessoas num momento tão vulnerável.

Nesta tomada de decisão constante, refletimos frequentemente sobre os problemas éticos inerentes.

Os problemas éticos e deontológicos mais frequentemente, eram a utilização do SUP para situações não urgentes e o sofrimento das pessoas vulneráveis pelo processo de espera. Tendo em conta a equidade dos cuidados de saúde do SNS e os pressupostos deontológicos, o atendimento pela equipa médica fica restrito à prioridade e tempo de espera. A mobilização da experiência recente de estágio, juntamente com a experiência profissional permitiram-me desenvolver a competência *“Gere e interpreta, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada”*.

Algo que não posso deixar de mencionar é no constante aumento do fluxo de admissão de pessoas ao SUP. Verifiquei que o volume de doentes com prioridade não urgente e pouco urgente, é muito maior que a soma das pessoas admitidas das restantes prioridades de atendimento, como refere Dixe, et al., (2018), em Portugal, estima-se que cerca de 35% dos episódios de urgência sejam casos pouco urgentes ou não urgentes, tendo ocorrido em 2012 cerca de 6 milhões de episódios de uso inapropriado dos SUP. A sobrelotação é descrita como um problema de saúde pública pelo impacto na degradação da qualidade dos cuidados de saúde (prolongados tempos de espera, atrasos no diagnóstico e tratamento, atrasos no tratamento de pacientes graves), e pelo aumento dos custos (exames e tratamentos desnecessários) e insatisfação dos doentes.

Muitos doentes admitidos embora tenham acesso aos CSP, refugiam-se num serviço de urgência para conseguirem uma resposta mais efetiva às suas necessidades. Contudo este comportamento só interfere com real objetivo de um SUP.

Justo (2015) e Dixe, et al., (2018), indicam que o motivo mais vezes evocado era o facto de o doente percecionar que o serviço de urgência seriam o local mais adequado para uma rápida resolução do seu problema, pelo facto, de não conseguirem obter consulta urgente no espaço de um dia junto do seu médico de família, realização de exames complementares no mesmo dia e o facto de serem observados por especialistas.

Este comportamento por configurar numa falta de informação por parte dos utentes relativamente ao nível de diferenciação e ao acesso aos cuidados de saúde (Dixe, et al., 2018).

Face a este fenómeno da hiperutilização dos serviços de urgências é cada vez mais importante que as abordagens a esta problemática sejam direccionadas para a organização e responsabilização dos CSP. Esta procura de cuidados hospitalares não urgentes comporta algum constrangimento, como por exemplo a segurança do doente⁵, no entanto, é importante ressaltar que a ausência de uma necessidade justificada clinicamente, só acresce custos ao sistema de saúde colocando em causa a qualidade dos cuidados prestados e ganhos para a saúde (Justo, 2015; Dixe, et al., 2018).

Muitos dos doentes admitidos nos SUP, sofrem de uma carência social enorme, e constatei neste período pessoas em situações desfavoráveis, como sem abrigos, vítimas de violência doméstica, consumo abusivo de drogas, idosos em isolamento social sem familiares, são aqueles recorriam de forma constante, e doentes multiculturais. Uns à procura de cuidados de saúde outros à procura de conforto, como relata Justo, (2015), os idosos e a sua procura pelos serviços de urgência, estão relacionados com diversos fatores a ter em consideração, nomeadamente, o facto de muitos não possuírem qualquer laço familiar e viverem num ambiente de solidão associado a variadas patologias crónicas.

Deparei-me com uma problemática da segurança no decorrer deste percurso. O grande fluxo de pessoas ao SUP, provocando a sobrelotação faz com que haja a de manter os doentes no SU após referenciação para internamento por não haver disponibilidade de camas. Associado ou não a problemas sazonais, expõe a dificuldade de resposta das instituições na assistência com qualidade, segurança e em tempo útil. Bernstein, et al., (2009), Magid, et al., (2009), Olshaker, (2009), e Trzeciak & Rivers, (2003), mencionam que o fluxo de doentes esgota a capacidade de internamento, forçando à utilização de

⁵ Para a OMS, segurança do doente é a "(...) redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável, que se refere à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo." (Direção-Geral de Saúde, 2011, p.14-15).

espaços improvisados para a sua acomodação, acrescido de inexistência de pessoal clínico suficiente para responder às necessidades, em tempo útil, originando tempos de espera que ultrapassam largamente o preconizado e comprometendo o tratamento.

É visível contínuo esforço dos profissionais em criar as melhores condições físicas, estruturais, nos momentos mais movimentados no SUP. Este problema produz claramente aumento do custo em saúde e sobrecarga dos profissionais/instituições.

Questiono-me sobre a necessidade de articulação hospital-comunidade para a diminuição de casos não urgentes, sobre as necessidades de educação para a saúde para obter ganhos em saúde...

É importante incidir numa estratégia de atuação que passará pela informação/divulgação das melhores práticas no acesso aos cuidados de saúde (CSP e SU), de forma a promover uma crescente consciencialização da população para utilização adequada das estruturas de saúde. A implementação de estratégias de divulgação criativas direcionadas para o consumidor de cuidados de saúde, nomeadamente nas salas de espera das consultas externas dos hospitais e dos CSP, poderá contribuir para a obtenção de importantes ganhos em saúde. (Dixe, et al., 2018)

Para Friesen, et al., (2005), o enfermeiro deve-se adaptar à singularidade do ser humano, compreendendo-o em toda a sua trajetória de vida e planeando a assistência de acordo com as suas necessidades individuais, para poder dar uma resposta integral às suas inquietações e medos.

Acrescento que a observação da intervenção do enfermeiro especialista no domínio da gestão dos cuidados foi a grande mais-valia, na medida em que compreendi que o “olhar” diferenciado é de extrema importância na antecipação de problemas e dos focos de instabilidade do doente.

O modo como o enfermeiro orientador lidera e gere os recursos – matérias e humanos – visando a otimização da qualidade dos cuidados contribuiu para enriquecer esta experiência de ensino clínico, tomando-a como eventual referência futura.

Em suma o enfermeiro é o primeiro profissional de saúde que a pessoa-doente contacta, é-lhe depositada a esperança na solução/alívio do sofrimento. Estas situações confrontaram-nos com a dualidade: a necessidade de ajudar a pessoa a ultrapassar o sofrimento naquele momento e a não expor a pessoa ao “abandono” e, por outro lado, a necessidade de atender mais pessoas para estabelecer o mais depressa possível o grau de gravidade/prioridade de atendimento médico. Tendo sempre em conta competências a

desenvolver, “*Comunica aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral*”, e “*Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização*”; considero consolidadas estas competências.

Enquanto futura enfermeira especialista, sinto que a gestão de processos terapêuticos complexos e desenvolvimento no processo de tomada de decisão foram igualmente competências que tive oportunidade de desenvolver no acompanhamento destas situações. Sinto que evoluí de forma gradual na primeira abordagem do doente em sala de emergência, na avaliação e identificação de problemas reais e potenciais, na comunicação com a equipa, colaborando nos procedimentos técnicos.

Tive oportunidade de gerir os protocolos de admissão da pessoa com indicação para referenciação para a Via Verde Acidente Vascular Cerebral (AVC), a Via Verde Trauma, a Via Verde Coronária e a Via Verde Sépsis.

Tal como é preconizado pela DGS (2018), a intervenção e tratamentos precoces de algumas patologias melhoram o prognóstico das mesmas, daí a necessidade de criação e implementação dos protocolos denominados de Via Verde (VV). Por definição, esta consiste numa estratégia organizada para melhorar a abordagem, encaminhamento e tratamento de doentes graves nas fases pré, intra e inter-hospitalar. Ao nível destes mesmos protocolos, após a permanência neste serviço em contexto de estágio, proporcionou-se a oportunidade de prestar e colaborar nos cuidados à pessoa referenciada pela Via Verde AVC. A Via Verde Coronária, está ao encargo do balcão de cardiologia. Neste caso, atendendo à prestação de cuidados específicos à pessoa com enfarte agudo do miocárdio no SUP, é comum a administração da terapêutica prescrita de acordo com as recomendações clínicas para o enfarte agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral. A estabilização, do ponto de vista hemodinâmico, e o posterior encaminhamento para a UCI ou Intermédios de Cardiologia, são intervenções que permitem uma continuidade de cuidados e que visa essencialmente assegurar uma resposta direcionada, especializada e individualizada. A implementação da Via Verde Sépsis permite a deteção precoce de pessoas em risco de sépsis, impede a evolução da doença para estádios mais avançados, com a consequente diminuição do risco de morte associado à sépsis grave e ao choque séptico, tal como dos custos relacionados (DGS, 2018)

Ainda no contexto das vias verdes, a via verde Trauma, a existência de triagem com critérios bem definidos de ativação da equipa de trauma, *timings* de atuação na avaliação

primária e secundária de acordo com as recomendações atuais existentes revelaram-se uma mais-valia na abordagem às vítimas de trauma (DGS, 2018).

Face aos objetivos delineados para o desenvolvimento de competências neste contexto e relativo á prestação de cuidados, considera-se que foi desenvolvida uma metodologia de trabalho eficaz na prestação de cuidados à pessoa referenciada pelas diferentes tipologias de via verde, adquirindo e mobilizando a competência que se prende com o *“Demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização”*.

Um dos outros sectores em que tive oportunidade de prestar cuidados foram os balcões verde, amarelo. Mais um local onde se verifica um enorme afluxo de doentes, num espaço que se torna muito reduzido em determinadas situações, sendo da nossa responsabilidade a gestão do mesmo.

Estes locais de prestação de cuidados eram caracterizados pela forte componente de execução técnica. Dentro das atitudes terapêuticas mais executadas, distinguem-se claramente a administração medicamentosa e a colheita de espécimes.

A rotatividade frequente do doente nestas áreas, cria um ambiente aparentemente “caótico”, o que nos leva a pensar na segurança do doente. No entanto, um dos parceiros, porque foi assim que o reconheci após a observação à sua utilização, foi o sistema de informação implementado no SUP, dá-nos os alicerces para uma prática mais segura, como por exemplo a Pyxis.

A Pyxis, consiste num sistema pioneiro de gestão automatizada de medicação. Nunca tinha tido a oportunidade de trabalhar com este método de obtenção de medicação. É um sistema de gestão automatizada da medicação onde se vão mantendo constantes os níveis de stock, evitando a sua rotura à semelhança do que sucede com o restante material. Este sistema minimiza a ocorrência do erro, aumentando a segurança dos doentes, permitindo incorporar a melhoria da qualidade na prática dos cuidados. Verifiquei também que só pessoal autorizado (enfermeiros), é que consegue a sua devida manipulação vista que é necessário a confirmação pela impressão digital para manipular todo o sistema operativo. Para uma melhor segurança, a remoção de medicamentos é consoante a prescrição clínica, ou seja, nós selecionamos o doente e selecionamos a sua medicação e o sistema operativo identifica o nome, o número da gaveta e a respetiva secção onde está aquele medicamento pretendido, assim minimizando os riscos de erro.

Este tema tem sido alvo de debate na comunidade científica e objeto de crescente preocupação por parte do Ministério da Saúde, tendo este emitido em fevereiro de 2015 o Despacho n.º 1400-A/2015 que estabelece um Plano Nacional para a Segurança dos Doentes a implementar entre 2015 e 2020 – cujo o objetivo estratégico 4 - aumento da segurança na utilização da medicação- tendo por finalidade minimizar os incidentes - pretende-se que o medicamento correto seja administrado ao doente correto, na dose e vias corretas e à hora certa, e que os efeitos que se verifiquem sejam os previstos, devendo o doente receber a informação adequada e necessária sobre o medicamento e tratamento a efetuar.

Deve-se, ainda, salientar a importância que o sistema representa no controle de validade, uma vez que a data de todos os fármacos guardados no Pyxis encontra-se registada, sendo possível verificar o seu término em tempo útil, promovendo uma melhor gestão de recursos.

Abordagem inicial da pessoa em situação de urgência, independentemente da sua prioridade, divide-se em duas fases: a avaliação primária e avaliação secundária. A avaliação primária tem como objetivo detetar, de imediato, situações potencialmente com risco de vida e dar resposta através da avaliação sequencial usando a mnemónica ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability e Exposure). A avaliação secundária visa identificar todos os indicadores clínicos de doença ou traumatismo – representada pela mnemónica FGHI (Avaliação Completa de Sinais Vitais, Proporcionar Medidas de Conforto, História e Avaliação da Cabeça aos Pés incluindo a inspeção das superfícies posteriores), por sua vez, nesta mnemónica na singularidade História consiste a possível recolha dos antecedentes da PSC, pois é considerada uma componente muito importante na avaliação do doente, para esse efeito é usada a mnemónica AMPLE (Alergias, Medicamentos, Antecedentes Clínicos, Última refeição ingerida, Ocorrências que conduzem à doença/ao traumatismo (Howard & Steinmann, 2011).

Na sala de emergência é exigido por parte da equipa de enfermagem uma rápida e eficiente avaliação do cliente urgente/emergente, bem como das prioridades de intervenção, sendo necessário um pensamento organizado e agilidade na tomada de decisão (Fernandes, 2007).

No decorrer do estágio senti um crescimento no processo de avaliação da pessoa e família e no processo de tomada de decisão, prevenindo alterações com base em mudanças de sintomatologia e atuando de forma a prevenir um agravamento do estado de saúde da pessoa. A Sala de Emergência permite abordagem, assistência imediata e diferenciada à PSC. A prestação de cuidados de enfermagem à PSC exige uma abordagem sistemática e o domínio

de protocolos e algoritmos de atuação baseados em evidência científica, pelo que implica um abrangente leque de conhecimentos, habilidade técnica, rapidez e eficiência. No sentido de obter diferentes oportunidades de aprendizagem e de enriquecer as experiências vivenciadas neste estágio, o local onde mais permaneci foi na sala de emergência permitindo-me desenvolver competências na área identificação de prioridades, da tomada de decisão clínica e da comunicação.

A PSC admitida na sala de emergência tem várias proveniências. A admissão primária (direta do exterior) é a forma mais comum, seguindo-se da proveniência de outro sector do SU ou de outros serviços do hospital (após agravamento do seu estado clínico) e finalmente a transferência de outras instituições hospitalares. Durante este período fui confrontada com experiências variadas – Via Verde AVC, disritmias (taquicardia ventricular, fibrilhação auricular), cardioversão, pessoa politraumatizada, pessoa com quadro de insuficiência cardíaca e insuficiência respiratória, descompensações metabólicas, entre outras, permitindo-me desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC.

Colaborei de forma ativa na estabilização do doente, na identificação de problemas reais e potenciais, na definição de prioridades de intervenção de enfermagem, na preparação e administração de terapêutica, a preparação de material para realização de procedimentos invasivos, assim como na avaliação das necessidades para o transporte intra e extra-hospitalar (este último sem oportunidade de realizar). Fui aumentando e fortalecendo o meu leque de conhecimentos, adquirindo maior autonomia, destreza e organização nos cuidados prestados, demonstrando sempre capacidade de trabalhar em equipa.

Para objetivo específico - Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados ao doente crítico e sua família submetido a Ventilação Não Invasiva – VNI, este surge no âmbito de no meu percurso profissional.

As patologias do foro respiratório crónico são uma crescente na nossa população, pela importância atribuída no serviço de urgência à utilização desta medida terapêutica, pelo benefício da mesma na fase aguda da PSC e pela intervenção e autonomia do enfermeiro na gestão de todos os cuidados inerentes à pessoa submetida a VNI. Infelizmente foram poucas as oportunidades reais que tive acesso ao processo completo do VNI, ou seja, tive oportunidade de iniciar o tratamento por VNI, a sua manutenção, mas não tive oportunidade de participar ativamente no processo de desmame.

Neste sentido, a VNI surge como um tratamento seguro e eficaz em vários tipos de insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada, como por exemplo a agudização da Doença pulmonar Obstrutiva Crónica e no Edema Agudo do Pulmão, situações clínicas que são motivo frequente na admissão do doente num serviço de urgência, sendo considerada cada vez mais uma opção terapêutica pelos ganhos em saúde, na qualidade de vida da pessoa, diminuição da probabilidade de entubação orotraqueal e conseqüentemente o tempo de internamento hospitalar (Ferreira, et al., 2009).

Todo este circuito tem como objetivo a diminuição do trabalho respiratório, repouso dos músculos respiratórios e dispor de uma adequada troca gasosa.

Uma das situações por mim vivenciadas, foi na admissão de uma doente, com cerca de 78 anos, que se encontrava já em balcão amarelo (tendo-se dirigido ao SUP por quadro de discreta dificuldade respiratória, onde em balcão amarelo terá sido já observada e medicada) e subitamente inicia um quadro de dispneia aguda, desenvolvendo um quadro típico de Edema Agudo do Pulmão. É de valor verificar que na abordagem inicial toda a equipa multidisciplinar funciona de forma coesa. Contudo, Ferreira, et al., (2009), menciona que para além do local onde é aplicado o VNI, como uma unidade de cuidados intensivos, serviço de urgência ou unidade de internamento, existe algo mais importante, a experiência e a disponibilidade dos profissionais presentes e que aplicam toda a técnica.

Verifiquei que todos os intervenientes, conheciam VNI existentes no SUP, assim como as interfaces existentes.

Ao aplicar a VNI procurei sempre que possível que a pessoa colaborasse na aplicação da interface (máscara), explicando todo o procedimento e os objetivos do tratamento a fim de reduzir a ansiedade relativamente à técnica. A utilização de uma comunicação adequada foi sempre mantida, garantido uma melhor colaboração e aceitação por parte do doente e conseqüente sucesso no tratamento. Verifiquei a existência de uma película de silicone, para colocar na pirâmide nasal, para promoção de maior conforto e prevenção de úlcera por pressão.

O sucesso da sua utilização da VNI, depende de uma equipa de enfermagem treinada e qualificada. Esta técnica requer uma grande disponibilidade e dedicação dos profissionais de saúde envolvidos na sua aplicação, uma vez que para o seu sucesso é imprescindível que seja instituída o mais precocemente possível; com uma correta seleção dos doentes e dos materiais necessários; e, com uma vigilância e monitorização contínua dos doentes. É neste aspeto que o enfermeiro tem um papel primordial assegurando o esclarecimento do doente,

a sua colaboração e conforto, observando a eficácia da técnica e vigiando o doente, com o intuito de detetar precocemente a ocorrência de complicações que consiga prevenir, tratar e vigiar possíveis complicações inerentes ao procedimento em doentes críticos (Pinto, 2013).

Ao longo do estágio, na sala de emergência surgiu uma situação com uma PSC referenciada de um outro hospital, por suspeita de Traumatismo Crânio Encefálico para o SUP para a especialidade de Neurocirurgia. Desde a chegada do doente é iniciado de imediato o processo de avaliação iniciando a abordagem ABCDE. Aquando a sua admissão o doente foi avaliado com uma escala de Glasgow Coma Score (GCS) score 10, (avaliação da abertura ocular score dois, que corresponde abertura ocular à dor; resposta verbal score três, que corresponde palavras inapropriadas; resposta motora no score cinco, que corresponde que localiza a dor). Na sequência da monitorização e avaliação continua deste doente, a um dado momento foi verificado, pela constante observação da equipa de enfermagem, um afundamento do seu estado neurológico, em que na nova reavaliação da GCS o doente tinha um score 8, de imediato foi contactado o médico e verificado a necessidade de evoluir para via aérea artificial, com colocação de tubo orotraqueal, assim como a sua transferência para a unidade de neurocríticos. Acompanhei a situação desde a sua admissão, tendo procedido juntamente com o enfermeiro orientador à avaliação da PSC, identificando, priorizando as intervenções de enfermagem em sincronização com todos os elementos da equipa. As situações imprevisíveis num SUP são uma constante e, por vezes as experiências empíricas dos profissionais são uma mais valia. Desde do momento em que admitimos aquele doente, tanto para o enfermeiro orientador como para a enfermeira que estava connosco, o instinto dos dois após observação, avaliação, e visualização dos exames complementares diagnóstico, era que o doente necessitava de cuidados mais diferenciados, notado inicialmente estar atribuído para uma unidade de cuidados intermédios e não unidade de cuidados neurocríticos. Tive a oportunidade de participar como descrito em todas as intervenções necessárias para estabilização do doente, assim como, no acompanhamento da sua transferência para a respetiva unidade de neurocríticos. Desta forma, considero ter demonstrado: *“Demonstra capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização.”*

A avaliação e abordagem do doente urgente/emergente, com situações de doença aguda e de onde possa resultar a morte, sequelas graves ou sofrimento, requer um atendimento em equipa multiprofissional, na qual o enfermeiro especialista deve saber o seu

plano de atuação, em perfeita sintonia e integração com a metodologia de atendimento correta, para uma abordagem e/ou ressuscitação da pessoa em situação crítica.

A prática da enfermagem em contexto de SUP, exige capacidade de inovação, antecipação, intuição e sensibilidade, alicerçados a uma prática baseada na evidência. Deve-se ainda manter ao mais alto nível a humanização nos cuidados, o que implica personalização, rapidez no acesso à primeira observação, resolução adequada de casos sociais, e minimização do tempo de permanência no espaço do serviço de urgência.

Ao estar integrada numa equipa e ter tido a possibilidade de prestar cuidados à PSC noutras equipas pertencentes ao mesmo SUP, verifiquei que a atuação em equipa e à articulação entre as diferentes categorias profissionais no atendimento das situações de urgência e emergência demonstra “diferenças”. Ou seja, o facto de cada elemento trabalhar em conjunto cria uma “comunicação” entre si que em situações de emergência não há a necessidade de falar, cada um já sabe automaticamente o que fazer, como relata Garlte, et al., (2009) num testemunho de uma profissional [...] *quando chega uma emergência é muito rápido, cada um já sabe o que fazer, eu, por exemplo, conheço o olhar da enfermeira quando tem que fazer alguma coisa, é tudo automático, verifica-se os sinais rapidamente, corta-se a roupa rápido, punciona-se a veia rápido, outro já está vendo vias aéreas, estou há quatro anos com o mesmo grupo, a gente já sabe mais ou menos o que cada uma vai pedir [...]* (pp. 268).

Estamos certos de que em situações de emergência, é impossível aos profissionais de saúde trabalharem isoladamente, quer devido à complexidade das situações apresentadas pela PSC, quer devido ao volume de tarefas a executar em simultâneo, quer também devido ao desenvolvimento tecnológico (Pinho, 2006).

Face às exigências do doente em estado crítico em situação de emergência, e refletindo sobre a prática profissional, os cuidados necessários, exigem rapidez, eficiência, conhecimento científico e habilidade técnica. Pinho (2006), salienta que o trabalho em equipa é definido como um trabalho que é dado a um grupo de pessoas que possuem habilidades individuais, que sejam responsáveis pela tomada de decisões individuais, que conservem um propósito comum e que possam juntos comunicar, partilhar e consolidar conhecimentos para que planos sejam realizados, decisões futuras sejam influenciadas e ações sejam determinadas. Para se desenvolver, requer que os seus membros interajam trocando informações, partilhando recursos, coordenando-se e reagindo uns com os outros na realização da tarefa do grupo.

A salientar durante todo este percurso e desde do primeiro dia de estágio que constatei que há sempre a possibilidade de englobar a família, na prestação de cuidados.

Esta é considerada pela equipa de enfermagem como um elemento integrado nos cuidados prestados existindo uma preocupação em disponibilizar informações, estar disponível para escutar e interagir com a família, para responder às suas dúvidas e apoiá-la. Que após a estabilização do doente, o foco de atenção do enfermeiro é saber se a pessoa ao seu cuidado está acompanhada por algum familiar. É disponibilizado tempo para prestar informações de acordo com a esfera de competências do enfermeiro e permitindo a visita dentro da sala de emergência, de modo a minimizar sentimentos de ansiedade e medo.

Este foi um aspeto bastante positivo que não podia deixar de referir, uma vez que é promovido o acolhimento, fundamental na humanização dos cuidados e um momento crucial no relacionamento da equipa com a pessoa/família. Perceber que doentes e suas famílias ficam mais calmos e tranquilos quando se deparam com um enfermeiro que se preocupa com a sua necessidade de ver ou falar com um familiar, de saber o nome pelo qual gosta de ser chamado, respeitando assim a sua individualidade, privacidade e intimidade, alguém que se preocupa em proporcionar rapidamente um contacto com o familiar ou pessoa de referência, possibilitar a presença física do mesmo e incluí-los no processo de cuidados, são exemplos de atitudes que procuro ter para criar uma relação empática e eficaz na diminuição da vulnerabilidade da PSC (Sá, et al., 2015).

Permitiu-me desenvolver competências nesta vertente do cuidar da pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, *“Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura”*.

No seguimento dos objetivos específicos: Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com Hemorragia Digestiva Alta em Sala de Emergência.

Em conversa com o enfermeiro orientador verifiquei a existência de algumas dúvidas após abordagem da pessoa com HDA, nos cuidados necessários após a estabilização imediata do doente, como por exemplo a entubação nasogástrica num doente com HDA antes e após uma intervenção endoscópica. Segundo a *guideline, European Society of Gastrointestinal Endoscopy*, (2015), a entubação nasogástrica para prevenção de aspiração ou lavagem gástrica não é mandatória, ou seja, se doente sem alterações do estado de consciência e estável hemodinamicamente, não está provado o benefício da entubação, contudo este

assunto ainda é controverso na comunidade científica, pois é lícito fazê-la em algumas circunstâncias, como descrito por Tripathi, et al., (2015), que menciona o controlo da quantidade de perdas hemáticas através de sonda nasogástrica.

As doenças gastrointestinais podem consistir em pequenos problemas ou problemas mais graves, inclusive o risco de vida. A sintomatologia que caracteriza os problemas do sistema Gastrointestinal pode ser desde pirose, náuseas, vômitos, obstipação. As queixas de natureza gastrointestinais são aquelas que levam mais as pessoas a recorrerem ao serviço de urgência. Contudo, existem outros mais graves como a hemorragia digestiva alta, hemorragia digestiva baixa, pancreatite, colecistite, apendicite, oclusão intestinal, diverticulite, gastrenterite (Howard & Steinmann, 2011).

No tratamento de qualquer doente com hemorragia gastrointestinal o primeiro passo a ser designado será avaliar a gravidade do evento. Uma observação hemodinâmica é a abordagem inicial para uma apreciação da situação clínica, ou seja, usar a abordagem ABCDE:

Airway - Proteção da Via Aérea; Posicionamento Semi-fowler ou decúbito lateral esquerdo;

Breathing - Otimizar oxigenoterapia por cânula nasal; se necessário Entubação Orotraqueal – se instabilidade hemodinâmica: hemorragia em alto débito e /ou insuficiência respiratória refratária, hemorragia ativa com risco de aspiração para a via aérea;

Circulation - Monitorização contínua: TA, FC, SpO₂, ECG; Acessos venosos periféricos de grande calibre; Colheita de sangue e tipagem; Correção de volémia (uso de cristaloides, mas atenção em doentes com Doença Hepática Crónica deverá ser de forma prudente - ↑ascite); Administração de Sangue total e/ou hemoderivados (plasma, plaquetas) (se coagulopatia ou trombocitopenia);

Disability - Avaliar alterações do estado de Consciência: hipoperfusão e hipoxia; Encefalopatia Hepática (pela digestão do sangue - retenção de elementos tóxicos - amónia e azoto - que provocará alterações do estado de consciência); e

Exposure - Observar o doente / Anamnese: hematóemeses; vômitos tipo borra de café, hematoquécia melenas; Sintomatologia: Dor epigástrica, Náuseas, sensação de desmaio, suores frios, palidez; Medicação Habitual: AINE's, ACO e Antiagregantes, Antibioterapia Antecedentes Pessoais.

Para controlar a hemorragia digestiva alta, existe um exame complementar de diagnóstico – videoendoscopia digestiva alta, por onde podemos executar técnicas para

controlo da hemorragia. Para controlo de HDA por rutura de varizes é realizado por laqueação elástica e escleroterapia endoscópica, o tratamento farmacológico consiste na administração de octreotido/somatostatina/terlipressina (respeitando a prescrição médica) e antibioterapia nomeadamente ceftriaxone para a prevenção de peritonite bacteriana espontânea com doente com alterações da função hepática. Para o controlo de hemorragia não varicosa a mais usada é a injeção hemostática por via endoscopia ou técnicas de cauterização/térmicas. A farmacoterapia utilizada nesta situação são os inibidores da bomba de protões.

Em último recurso e caso a hemorragia não se conseguia controlar, isto nas hemorragias por rutura de varizes, podemos sempre usar a Sonda de Sengstaken-blakemore (Howard & Steinmann, 2011).

Elaborei um cartaz informativo sobre “Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica com Hemorragia Digestiva Alta (HDA)”, numa abordagem inicial ABCDE adaptada à Pessoa com doença do foro gastroenterológico, e o momento antes do exame endoscópico assim como todos os cuidados após o exame (Apêndice I).

A controvérsia da entubação nasogástrica num doente com HDA existe tanto na comunidade científica como nos próprios profissionais de saúde. Passo citar uma experiência por mim vivenciada no SUP, num dos momentos de permanência na sala de emergência fomos chamados para dar apoio a duas endoscopias digestivas altas a doente com suspeita de HDA, pela perda significativa de hemoglobina comprovada nos resultados analíticos, assim como, história de melenas, ambos com patologia cardíaca grave pelo que foi solicitado apoio de anesthesiologia. A tomada de decisão para a realização dos exames nestas salas diferenciadas foi para melhor segurança dos cuidados a estes doentes e não na sala designado para o efeito no bloco de exames de gastro, que fica sediado no piso superior ao SUP. Ambos os doentes estavam hemodinamicamente estáveis, com estados de consciência mantido, ou seja, GCS score 15, sem náuseas e/ou vómitos, sem risco de aspiração. Só que um dos doentes vinha entubado nasogastricamente, e o outro não, tendo os dois por base a mesma sintomatologia. Em conversa com o enfermeiro orientador e ao revelar que não é mandatário a entubação, questionei a pertinência da mesma, uma vez que aquele doente só referia o desconforto provocado pela sonda e de relevar que não continha qualquer conteúdo drenado.... Seria somente para verificar se realmente haveria drenagem de conteúdo hemático para sua contabilização??... A discussão e reflexão sobre esta prática surgiu de imediato.

Em suma, o percurso percorrido neste SU, foi muito enriquecedor pela sua dinâmica constante e por receber doentes com os mais variados diagnósticos, com problemas reais e potenciais, súbitos, urgentes e emergentes que requerem cuidados complexos. Neste contexto, procurei ter oportunidade de vivenciar e colaborar numa enorme variedade de experiências.

O processo de desenvolvimento de competências é contínuo e contribuiu para adquirir e consolidar os conhecimentos. No âmbito dos cuidados de enfermagem, nos serviços de urgência, o enfermeiro especialista deve ser capaz de apreender rapidamente um problema, responder de imediato às necessidades mediante os recursos disponíveis e ter capacidade de gerir os cuidados à pessoa numa situação de crise. No processo de tomada de decisão, no âmbito dos cuidados de enfermagem de urgência, fomos confrontados frequentemente por problemas sobre o direito à intimidade e do cuidado, marcado pelo enorme afluxo de doentes, que provocava uma dificuldade na gestão do espaço preconizado entre cada um. É de verificar que o afluxo excessivo de pessoas ao SU sobretudo na triagem e nos designados balcões, e capacidade de resposta aquém das reais necessidades, desenvolvemos competências no âmbito da garantia da equidade de cuidados e resposta em tempo útil. A tomada de decisão ética, exigiu por diversas vezes, a adaptação do meio e do trabalho em equipa, garantindo os direitos humanos, o respeito pela vida, o direito de informação e sigilo e respeito pela intimidade. Neste tipo de contexto, desenvolvemos competências no âmbito *“Demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”*.

A prática baseada na evidência foi um pilar nos nossos cuidados e a excelência do cuidar era tomada como a missão de estágio, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, que ficará destinada à construção do portfólio.

A multiculturalidade vivenciada no SUP permitiu-me crescer pessoal e profissionalmente, sendo a tolerância a ferramenta essencial na compreensão de atitudes e crenças.

A prestação de cuidados em regime de sobrelotação exigiu adaptação, reflexão e o repensar de hábitos de trabalho, principalmente no que concerne à privacidade do doente. É muito difícil conseguir garantir o espaço e a privacidade necessária para prestar cuidados de excelência. Gerir os cuidados e mobilizar a equipa para que as necessidades do doente sejam satisfeitas e que os seus direitos sejam respeitados, apesar de todas as dificuldades, é algo que define a essência do enfermeiro especialista. A reflexão realizada em conjunto com o

enfermeiro orientador sobre a dimensão ética e o pensamento crítico subjacente aos cuidados, alertando para pormenores que geralmente não são contemplados no contexto de prática habitual, foi muito importante para o desenvolvimento pessoal e profissional.

2.2 – Numa Unidade de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia e Hepatologia

A Gastroenterologia e Hepatologia é a especialidade das doenças do aparelho digestivo que direciona os seus cuidados à pessoa com patologia do tubo digestivo, fígado, vias biliares e pâncreas. Abrange, por isso, as necessidades de diagnóstico e terapêutica em várias patologias, algumas de grande prevalência na população portuguesa. O leque de entidades abrangidas é muito vasto, desde patologias simples e frequentes a muito complexas, tais como, as que envolvem transplantação de órgãos e alguns dos principais cancros em Portugal, como cancro colo-rectal (Pedroto, et al., 2017).

A especialidade tem tido nos últimos anos, no âmbito da tecnologia, capacidade diagnóstico e inovação terapêutica, uma enorme expansão. Por outro lado, a prevenção e rastreio, das doenças do foro digestivo assume cada vez, maior importância, nomeadamente, na área das doenças hepáticas e alguns cancros.

As patologias mais comuns, envolvendo centenas de milhares de portugueses, com forte impacto social designadamente na qualidade de vida, incluem: dispepsia não ulcerosa; doença de refluxo gastroesofágico; síndrome de intestino irritável; obstipação crónica. Quanto às principais causas de mortalidade dos portugueses, a gastroenterologia aborda de forma muito direta, em vários pontos da história natural, três entidades: cancro do cólon e reto, cancro do estômago e doença hepatobiliar (carcinoma hepatocelular, cirrose hepática, tumor maligno das vias biliares) (Pedroto, et al., 2017).

O mesmo autor menciona que a doença hepática alcoólica continua a ser um problema de saúde pública muito importante em Portugal, as suas complicações consomem elevados recursos económicos, e é a quinta causa de morte precoce.

O doente hepático beneficia da abordagem diagnóstica, clínica, terapêutica no contexto especializado da gastroenterologia. Muitas das entidades estão dependentes da atuação rápida do gastroenterologista, como sejam, a rutura de varizes esofágicas (uma emergência médica da mais elevada mortalidade), patologia hepatobiliopancreática (CPRE diagnóstica e terapêutica, ecoendoscopia, ecografia digestiva). Impõe-se obrigatoriamente a

diferenciação da Enfermagem nas áreas que têm maior especificidade, como a área técnica da Endoscopia Digestiva, na DII e na Hepatologia (Pedroto et al., 2017).

Por todos os motivos apresentados anteriormente determinada a perseguir a excelência, escolha do campo de estágio foi relevante pois quis aliar o desenvolver de competências em contexto de UCI com o meu percurso profissional, na área de gastroenterologia e dos exames especiais de gastroenterologia.

Na UCIGEH são admitidos doentes com diagnósticos de: pancreatite aguda, hemorragia digestiva alta e baixa, síndrome hépato renal, sépsis (doença hepática descompensada), intoxicação medicamentosa e cáustica, síndrome de Wilson.

Como unidade específica dispõe de uma equipa multidisciplinar, composta por enfermeiros, médicos, dietista, assistentes operacionais, secretário de unidade e assistente social. A equipa de enfermagem é constituída por 5 equipas, com um total de 21 enfermeiros além da enfermeira chefe e enfermeira responsável.

O método de trabalho utilizado na prestação de cuidados é o método por individual, distribuição de doentes é feita conforme os critérios de gravidade, sendo assim alocados e ajustados os recursos à luz das suas necessidades.

A unidade é constituída por 5 camas, em que 4 camas delas destinadas para cuidados ao doente crítico em *open space*, um quarto anexo com uma cama destinado para a prestação de cuidados intermédios, que poderá ser utilizado também como quarto de isolamento, caso haja necessidade. O serviço dispõe de 4 ventiladores mecânicos invasivos.

Tem também uma sala de apoio, com máquina para avaliação de gasometria, dispositivos médicos, PYXIS® e frigorífico para armazenamento de terapêutica que necessita de refrigeração.

A grande particularidade desta UCI é esta deter todo o equipamento e material para a realização de exames endoscópicos, como, um trolley de endoscopia, dois aparelhos endoscopia digestiva alta e dois de endoscopia digestiva baixa, todo o material necessário para realização de procedimentos endoscópicos terapêuticos, um armário com barreira sanitária (para o devido armazenamentos dos aparelhos endoscópicos), e respetivo reprocessador automático de endoscópicos.

A PYXIS® é onde é armazenada toda a terapêutica utilizada na unidade, o seu acesso é condicionado apenas à equipa de enfermagem através de impressão digital. A sua reposição é da responsabilidade do Serviço de Gestão Técnico-Farmacêutica, reposição esta realizada diariamente por técnico especializado. Quanto ao controlo dos estupefacientes faz parte do

dever do enfermeiro responsável de turno, este encontra-se em acesso reservado com registo de stocks e utilização da responsabilidade do enfermeiro chefe de equipa.

Para os familiares a UCIGEH dispõe de dois horários de visitas: 16h-17h e ainda das 18h-19h para o familiar de referência, só permitido uma visita por doente de cada vez.

Iniciado mais um percurso, descobertas novas emoções, foram desmitificados receios pessoais, proporcionado o aumento da curiosidade de adquirir novos conhecimentos para uma correta prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de UCI.

A definição de UCI, de acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS, 2003) são “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais”. Nesse sentido, “é necessário concentrar competências, saberes e tecnologias em áreas dotadas de modelos organizacionais e metodologias que as tornem capazes de cumprir aqueles objetivos”, daí e sustentado nesta premissa, e na procura da excelência do cuidar, que a OE criou o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, de forma a conceptualizar os conhecimentos e perícias necessárias ao desenvolvimento de competências na área de complexidade dos cuidados críticos (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, 2018). De acordo com Parecer n.º 15 / 2018, (pp.2) *“pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.”*

As UCI caracterizam-se pela especificidade onde estão integradas as mais sofisticadas tecnologias para suporte às intervenções de carácter tecnológico, médico e de enfermagem, procurando dar resposta a doentes em estado crítico, com elevado risco, que necessitam de intervenção clínica intensiva e cujas condições de saúde podem alterar-se num curto espaço de tempo.

Com a realização deste período de aprendizagem, foram desenvolvidas e mobilizadas competências direcionadas de forma a dar resposta ao objetivo geral: Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contextos de unidade de cuidados intensivos; e como objetivo específico: Prestar

cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e à sua família numa unidade de cuidados intensivos.

Reconheço que nunca antes tinha estado numa UCI no papel de prestadora de cuidados nem mesmo no período de licenciatura. Numa primeira instância, toda a panóplia de equipamentos invasivos e monitorizações foram sinónimo de algum medo pela consciência da responsabilidade inerente e constituíram um enorme desafio.

A integração na equipa multidisciplinar, estrutura física, orgânica e funcional da UCI facilitou a ultrapassagem dos constrangimentos iniciais, evoluindo naturalmente à promoção do processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional. A minha integração foi de certa maneira facilitada, quer pela ajuda e apoio incondicional e constante da enfermeira orientadora, que sempre promoveu a meu envolvimento em todas as atividades e cuidados ao doente, fizeram-me sentir bem-vinda, como elemento integrante da mesma, e não como alguém que estaria apenas de passagem.

Com a minha experiência profissional, com as pesquisas em livros e bases de dados científicas e com a perícia da enfermeira orientadora aprofundei conhecimentos, aumentando a capacidade de os mobilizar na prática, agindo de forma mais rápida e eficiente perante as situações e conseguindo antecipar outras. É justo afirmar que pretendi desenvolver e potenciar competências em enfermagem de cuidados intensivos, adquirir os novos conhecimentos e conseguir aliar ao meu conhecimento na área de gastroenterologia e desenvolver competências que me permitiram assentar a minha prática nos cuidados baseados na evidência.

A existência de unidades de cuidados intensivos específicas para cuidar da pessoa com patologia do foro gastrointestinal e hepático, permitem um cuidado mais eficaz e especializado. De acordo com Balzano, et al., (2018), as doenças gastrointestinal e hepático são altamente prevalentes na europa, e uma das principais causas de internamentos hospitalares. Mencionam que a existência de unidades específicas são basilares na prestação de cuidados de qualidade, permitindo uma estratificação do risco e a otimização de recursos humanos e materiais, bem como uma importante redução de custos. Descrevem que estas unidades de cuidados específicos de gastroenterologia são necessárias pelo elevado número de doenças digestivas agudas e severas admitidas nos serviços de urgência; pela enorme diversidade de variáveis que podem influenciar a evolução destes casos, merecedores de monitorização contínua em instalações adequadamente equipadas; e pela otimização de recursos humanos e materiais e permanente avaliação.

De facto, as UCI específicas podem melhorar os resultados em enfermagem, reduzindo a variabilidade dos diagnósticos e focalizando os conhecimentos do enfermeiro, contudo Lott et al., (2009), menciona que poderá haver o risco de apresentar limitações na capacidade de adaptação dos profissionais para cuidar de outros tipos de pessoas em situação crítica, não havendo evidência quanto ao aumento da sobrevivência em UCI específicas, quando comparadas com UCI polivalentes.

Para Benner, et al., (2001), os enfermeiros especialistas, com grande conhecimento em pessoas com doenças similares, desenvolvem conhecimentos especializados e uma linguagem particular, sendo as suas capacidades de reconhecimento e percepção fulcrais para a excelência dos cuidados de enfermagem, possuindo assim conhecimentos técnicos, capacidade de tomada de decisão, comunicação eficaz, flexibilidade, responsabilidade e criatividade, espírito crítico e de iniciativa e ter uma conduta ética e deontológica. Este percurso é construído ao longo de toda a sua vida profissional.

No percurso por esta unidade dedicada foram aprofundados conhecimentos sobre os cuidados prestados à pessoa em situação crítica e família, tendo em atenção as especificidades resultantes de uma alteração na função gastrointestinal ou hepática. Assim, nesta área, o aprofundamento de conhecimentos anteriores sobre a monitorização contínua, minimização de complicações e suporte orgânico, essencialmente na pessoa com complicações associadas a uma descompensação de uma doença hepática crónica precipitada por um evento agudo: frequentemente a infeção ou a hemorragia, realçam que na doença hepática, complicações como a ascite refratária, a hemorragia digestiva alta por rutura de varizes esofágicas, sépsis, a encefalopatia hepática, síndrome hepato-renal ou a falha orgânica associada insuficiência hepática crónica pode representar problemas graves que requerem cuidados complexos e diferenciados (Fowler, 2013; Ginès, et al., 2012; Han & Hyzy, 2006; Werner & Perez, 2012).

Destaco intervenções de enfermagem específicas praticadas, como a avaliação do estado de consciência, garantia de permeabilidade da via aérea com cuidados à pessoa com VMI, técnicas de posicionamento, colocação e manutenção de sonda nasogástrica, colaboração em técnicas endoscópicas de diagnóstico e terapêuticas, monitorização hemodinâmica contínua, monitorização rigorosa do balanço hídrico, vigilância de perdas hemáticas e avaliação da presença de hemorragia ativa, gestão e administração de hemoderivados e fatores da coagulação, administração de terapêutica específica, entre outras.

A par destes cuidados técnicos de alta complexidade sempre centrados na pessoa e família, com foco na sua melhoria e recuperação e no alcance, tão rapidamente quanto possível, da sua máxima capacidade funcional, foram potenciadas intervenções de enfermagem no âmbito da vigilância, com vista à obtenção de melhores resultados.

No seguimento dos objetivos específicos, dei continuidade ao objetivo proposto em contexto do Serviço de Urgência: Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com Hemorragia Digestiva Alta.

Com a permanência na UCIGEH, e com a continua prestação de cuidados e com os múltiplos casos clínicos de HDA, achei por bem continuar a contribuir para uma atualização da evidência na área da abordagem à pessoa com HDA.

Tendo em conta todos estes pontos, elaborei um cartaz informativo, adaptado à realidade do serviço, sobre “*Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica com Hemorragia Digestiva Alta (HDA)*”, numa abordagem inicial ABCDE, e o momento antes do exame endoscópico, assim como, todos os cuidados após o exame (Apêndice VII).

A controvérsia da entubação nasogástrica num doente com HDA seja de etiologia varicosa ou não varicosa ainda persiste na comunidade científica como nos próprios profissionais de saúde.

O estar nesta UCI tão específica, permitiu em muito uma melhoria e uma troca de experiências essenciais para a minha evolução enquanto futura enfermeira especialista.

Passo citar uma experiência por mim vivenciada. Um dos períodos em que estava na unidade deu entrada um doente com diagnóstico de HDA, proveniente do serviço de gastroenterologia. Este doente já com história de melenas e vômitos tipo borra de café, daí o motivo da sua ida ao serviço de urgência daquela instituição hospitalar, contudo após a sua transferência para o serviço de gastroenterologia desencadeia agravamento do seu estado e tem novo episódio de HDA. Quando deu entrada na UCI, o doente já se encontrava entubado nasogastricamente, foram realizadas lavagens gástricas e confirmado a saída de coágulos pela sonda, encontrava-se hemodinamicamente estável e com score de 15 na Escala de Glasgow. A dado momento é solicitado apoio de enfermagem para realização de nova EDA, com suspeita diagnóstica de Lesão de Dieulafoy. Foi solicitado o apoio multidisciplinar, neste caso anestesiológista tendo em conta a necessidade de proteção e via aérea e a possibilidade de ser um exame com um período de tempo superior ao esperado e claro, mais seguro e confortável para o doente.

Em conversa com enfermeira orientadora e ao revelar que segundo a *Guideline* (2015) *European Society of Gastrointestinal Endoscopy*, esta menciona que não é mandatório a entubação nasogástrica para aspiração e/ou lavagem gástrica, porque estaríamos a fazê-lo, uma vez que aquele doente referia o desconforto provocado pela sonda e encontrava-se assutado com toda aquela situação.... Será que a entubação realmente é favorável para o doente... é favorável para nos fornecer alguns indicadores

Segundo a *Guideline, European Society of Gastrointestinal Endoscopy*, (2015), o que preconizam é “*ESGE does not recommend the routine use of nasogastric or orogastric aspiration/ lavage in patients presenting with acute UGIH (strong recommendation, moderate quality evidence).*” (pp. 8). O que descrevem é que em estudos de comparação com a aspiração/lavagem nasogástrica com os sinais clínicos e os achados laboratoriais, por exemplo, choque hemodinâmico e hemoglobina <8g / dL, tinham capacidade semelhante para identificar a existência de uma hemorragia digestiva alta grave, relatam também, que a aspiração / lavagem nasogástrica não melhorou a visualização do estômago para a realização de endoscopia. Também deve ser notado que a entubação nasogástrica é muito desconfortável, procedimento que não é bem tolerado ou desejado pelos doentes.

Mais uma oportunidade para existir uma discussão e reflexão sobre esta prática. Apesar da entubação nasogástrica ser uma técnica de enfermagem, é apenas com indicação médica que se procede à sua realização – considera-se uma intervenção interdependente. Não querendo afastar-me do objetivo delineado, e porque a entubação nasogástrica é uma intervenção interdependente, propôs à enfermeira orientado, com aprovação à posteriori da Enfermeira Chefe, a realização de uma sessão formativa: “*Hemorragia Digestiva Alta... Os nossos Cuidados...*”, para divulgar as novas diretrizes e com o intuito de partilha de experiências, e também na coadjuvação da integração de novos elementos da equipa para assim aumentarem o seu conhecimento nesta área.

Segundo a OE, (2019), no Regulamento n.º 140/2019, respeitante às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, refere que os enfermeiros especialistas têm como função exercer as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem. Para obter uma tomada de decisão eficaz é necessário que o enfermeiro esteja devidamente apropriado de conhecimento e ter habilidade de o colocar em prática. a

formação em serviço é um poderoso instrumento de melhoria contínua da qualidade do cuidado por proporcionar a reflexão sobre os cuidados de enfermagem.

O anúncio da sessão de formação foi através de um cartaz informativo (Apêndice II), afixado na sala de enfermagem, sala de pausa. Elaborei um plano de sessão (Apêndice III), apresentação (Apêndice IV) e avaliação da mesma (Apêndice V)

A sessão de formação foi realizada em dois momentos distintos, a avaliação da mesma foi realizada através de um questionário de opinião. Foi um momento essencial de partilha, divulgação de novas práticas baseadas em evidência. Desta forma, considero ter demonstrado: *“Demonstra capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização.”* *Demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização*”; *“Comunica aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral”*, e *“Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização”*; *“Toma decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas”*; *“Promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros”*; *“Identifica as necessidades formativas na sua área de especialização”*; *“Promove a formação em serviço na sua área de especialização”*.

Desde que iniciei o meu percurso, tive a oportunidade de obter o conhecimento de novas intervenções terapêuticas para o tratamento de rutura de varizes esofágicas através da colocação de uma prótese, que se domina como SX-ELLA Stent Danis.

Na minha experiência enquanto enfermeira num serviço de gastroenterologia em programa de prevenção a um serviço de urgência, uma das muitas patologias ao qual temos intervenção imediata são as HDA por rutura de varizes esofágicas. Contudo, são vários os métodos endoscópicos disponíveis para controlar a hemorragia, como tratamento primário temos a laqueação elástica, escleroterapia endoscópica, e posteriormente, quando o controlo não é bem-sucedido temos a Sonda Sengstaken-blakemore e a realização de anastomose portossistêmica intra-hepática transjugular (TIPS) em casos de hemorragia digestiva refratária.

No momento da passagem de turno, em que me é transmitido que tinha sido colocada uma prótese de Danis Sten a uma doente com HDA por rutura de varizes esofágicas, fiquei logo intrigada. Questionei de imediato enfermeira orientadora, o que era aquela prótese, que me explicou o que era e como era aplicada. Fiquei logo de alerta visto que aplicabilidade

desta prótese não necessitava de apoio endoscópico nem de controlo por Rx e que poderia permanecer até 7 dias e que não teria, por exemplo, os malefícios da aplicabilidade da Sonda de Sengstaken-blakemore .

A aplicabilidade de uma sonda Sengstaken-blakemore tem as suas limitações, é uma terapia temporária, como principais complicações são pneumonia aspirativa, rutura esofágica, asfixia por migração de sonda, úlceras esofágicas, necrose da língua, nariz ou lábios, arritmia e dor torácica. Essas complicações aumentam com o uso prolongado, portanto, o tamponamento esofágico por sonda não deve ser mantido por mais de 24 horas. Pode ser considerada apenas como uma ponte para uma terapia mais definitiva, como a realização de TIPS. O TIPS por si só é tecnicamente desafiador e não está disponível em todos os hospitais, além do que é necessário estabilizar hemodinamicamente o doente para a realização da mesma, além do que acarreta o risco de piorar a função hepática e encefalopatia (Escorsell, et al., 2016).

Segundo Wright, et al., (2010), as técnicas endoscópicas são altamente eficazes, mas a terapia de primeira linha pode falhar em até 15%, e como solução será a terapia com tamponamento com Sonda de Sengstaken-blakemore, para posterior realização do TIPS.

O stent SX-Ella Danis é uma prótese cobertura removível, stent de metal autoexpansível que pode ser implantado no esôfago inferior, implantação fácil sem a necessidade de endoscopia e/ou controle de raio X, realiza hemóstase através da compressão direta de varizes. Outro aspeto diferenciador é que após a implantação do stent, a via oral para fluidos e nutrição é mantida e, em contraste com a sonda, não há exigência de proteção das vias aéreas por intubação endotraqueal. Finalmente, ao contrário da sonda, o stent pode ser deixado no local por até 7 dias, permitindo a recuperação da função hepática, permitindo uma estabilização hemodinâmica do doente para eventual realização de TIPS (Wright, et al., 2010). Foi exatamente o plano terapêutico que esta doente obteve, após a realização de TIPS, a prótese foi removida, após 2 dias a doente estava a iniciar dieta e sem sinais de hemorragia digestiva alta.

A singularidade das organizações hospitalares tem sido destacada pela assistência a pessoas em situações de saúde cada vez mais críticas, que necessitam de respostas individuais e complexas que atendam as suas necessidades. Os profissionais ao depararem-se com mudanças tecnológicas e novas exigências por parte da pessoa assistida, têm obrigação de desenvolverem novas competências, necessitando por vezes, adotar e promover transformações no seu processo de trabalho (Camelo, 2012).

Desde o início do estágio senti a grande responsabilidade que o profissional de enfermagem tem na prestação de cuidados à pessoa e sua família em contexto de cuidados intensivos. São exigidas ao enfermeiro competências específicas para uma resposta rápida e eficaz, fundamental para a recuperação do doente, aliando o domínio da tecnologia, com o conhecimento técnico-científico, a humanização dos cuidados e a individualização e qualidade dos mesmos. Para que a prestação de cuidados de enfermagem seja de qualidade e humanizada, torna-se necessária uma relação interpessoal profissional-doente, em que a comunicação verbal e não-verbal sejam utilizados como instrumentos do cuidar (Camelo, 2012). Concordando que a observação do enfermeiro de cuidados intensivos deve ser global, não se limitando a visualizar os monitores à procura de alterações, mas sim observar na totalidade a pessoa que está perante nós e ao nosso encargo.

Ao longo do estágio mostrei-me sempre disponível para o doente e seus familiares, estando atenta não só às necessidades fisiológicas, mas também às necessidades emocionais e sociais, estabelecendo uma relação de confiança e empática com o doente/família. Foi sempre meu objetivo potenciar o desenvolvimento de uma interação positiva desde a admissão, desmistificando o ambiente da UCI, através da minha presença e da comunicação, fornecendo informação acerca do serviço, explicando a necessidade do ambiente tecnicista envolvente e envolvendo o doente/ família no processo de cuidados.

Para o objetivo específico: Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família submetido a Ventilação Mecânica Invasiva – VMI.

A falência, ou iminência de falência de órgão-sistema, é uma realidade comum numa UCI (DGS, 2003). As UCI surgiram como resposta para o tratamento de doentes graves, constituindo áreas hospitalares destinadas aos doentes críticos ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos, que exigem assistência médica e de enfermagem permanentes. São doentes que necessitam de cuidados altamente complexos, além de um controlo rigoroso, são os inúmeros tratamentos a que são submetidos, incluindo, a necessidade de apoio ventilação invasiva, a fim de manter o equilíbrio entre a procura e a oferta de oxigénio, entre outras finalidades.

A necessidade de submeter a pessoa assistida a procedimentos não invasivos – ventilação não invasiva; a múltiplos procedimentos invasivos – colocação de catéteres venosos centrais, linhas arteriais e entubações endotraqueais que culminaram com a

necessidade de ventilação mecânica invasiva, foram experiências proporcionadas ao longo deste percurso.

Ao nível da VMI, pela especificidade e inexperiência na prestação de cuidados específicos nesta área, houve a necessidade de promover a autonomia progressiva neste tipo de abordagem, discutindo e adotando as estratégias mais adequadas.

Neste processo, houve um trabalho contínuo do ponto de vista da aprendizagem e auto-formação, onde enquanto formando há que destacar o papel preponderante do formador, que promoveu e estimulou continuamente a aquisição e consolidação desta competência.

A enfermagem tem um papel fundamental na avaliação destes doentes, no entanto, esta intervenção não é isenta de riscos. Apesar de seus inúmeros benefícios pode tornar-se um malefício, se não forem realizados cuidados necessários durante sua utilização. Cunha & de Sousa Oliveira, (2018), menciona como complicações ao uso de VMI o barotrauma, a pneumonia, a atelectasia e as alterações hemodinâmicas.

Por esse motivo, o enfermeiro deve possuir competências e habilidades adequadas para atuar nesses locais, pois a complexidade do cuidado que o paciente crítico exige só poderá ser eficaz quando executadas por profissionais extremamente capacitados para tais funções. Desse modo, o cuidado de enfermagem ao paciente ventilado artificialmente abrange uma vasta gama de ações, que, em sua complexidade, exigem do enfermeiro conhecimento prévio e habilidade prática para que as necessidades assistenciais dos doentes sejam supridas (Rocha, et al., 2017).

Indo ao encontro dos dados epidemiológicos referentes à pneumonia associada à ventilação (PAV) - que é considerada a segunda causa de infecção nosocomial, sendo responsável por 20 a 30% da mortalidade hospitalar, tornou-se fundamental adotar e mobilizar conceitos /práticas/intervenções no âmbito do controlo de infecção e prevenção das IACS.

A implementação de cuidados de enfermagem especializados e reflexão na e sobre a prática acerca desta temática, permitiram-me adotar um comportamento dirigido e focado para as recomendações relacionadas com a pessoa e equipamento, aquando da necessidade de suporte ventilatório invasivo, conforme descrito na Norma nº 021/2015 atualizada a 30/05/2017 “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação”. Procurei desenvolver competências: *“Mantém, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional”*.

A UCIGEH tornou-se para mim um serviço muito rico em experiências que me permitiram integrar uma visão mais alargada da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, tendo em conta a especificidade das patologias encontradas nestes doente serem do foro gastroenterológico e hepatobiliar, sendo enfermeira num serviço de gastroenterologia este percurso irá permitir colmatar, adquirir, melhorar os meus conhecimentos e cuidados.

Esta foi uma experiência única que repetiria se tivesse oportunidade e que, apesar de temporalmente curta, permitiu o desenvolvimento de inúmeras aptidões e competências pessoais e profissionais.

3 – CONCLUSÃO

A partilha do conhecimento, o estímulo para a aquisição de novas competências e a reflexão na e sobre a prática, são desafios para a melhoria dos cuidados de enfermagem. Todo o documento realça a reflexão crítica acerca das experiências vividas e do percurso efetuado, sobre as minhas intervenções, aprendizagens e habilidades para o desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Os estágios proporcionaram momentos muito ricos de aprendizagem, não só pela diversidade de situações, como também por permitir a partilha de saberes entre os colegas e outros elementos da equipa multidisciplinar, repensando no meu desempenho e direcionando o agir em prol da qualidade dos cuidados.

O enfermeiro especialista é um enfermeiro de referência que reflete na sua atuação a excelência do exercício, promovendo cuidados de enfermagem seguros e de qualidade. Percorrer este caminho fez-me ter uma nova perspetiva da enfermagem. A constante procura de conhecimento científico que fundamente cada tomada de decisão, permitiu-me adquirir maior capacidade de argumentação e negociação no contexto profissional, fortalecer os momentos de liderança e refletir de forma crítica na e sobre a prática, promovendo o pensamento crítico noutros profissionais. Permitiu-me também agir com maior segurança, autonomia, criatividade e destreza perante situações de instabilidade e imprevisibilidade.

A sustentação teórica de enfermagem adotada foi a teoria de Meleis, com o avanço da tecnologia e do conhecimento na área da saúde, cada vez mais pessoas sobrevivem a lesões potencialmente fatais e com doenças crónicas. Estes fenómenos geram desafios ao modelo de organização dos cuidados de saúde. O envelhecimento e os processos de doença são momentos de transição na vida das pessoas que conduzem ao aparecimento de limitações físicas, emocionais e cognitivas. É função do enfermeiro em simultâneo com o doente encontrar as estratégias necessárias para superar todos os momentos de crise. Na prestação de cuidados de enfermagem especializados é fundamental o respeito pelos princípios éticos e deontológicos da profissão, respeitando a autonomia do doente no processo de decisão, aprimorando as técnicas de comunicação que permitem criar uma relação terapêutica com o

doente e família, respeitando os seus processos de *coping* e de adaptação perante situações de crise (doença), bem como no seu processo de transição saúde/doença.

O percurso formativo deste semestre foi pautado por uma constante pesquisa da literatura que permitiu retirar dados na área de conhecimento deste Mestrado em Enfermagem, onde saliento a realização da revisão de literatura como método de implementar as etapas de um trabalho científico, permitindo dar suporte a uma intervenção especializada que irá ser vantajoso na minha vida profissional.

Relativamente ao Papel do Enfermeiro, noto que ainda não existe referência à nossa participação neste área, contudo, enquanto, o progresso científico avança, a sensibilização da população para esta solução é importante para afastar o estigma da receção de material fecal de outra pessoa, presumo que aqui caberá o papel do enfermeiro. Este também assumirá um papel determinante como a desmitificação do conceito, participação ativa na execução da técnica endoscópica e nos ensinamentos ao doente, contribuindo assim para o sucesso do procedimento.

Uma outra pesquisa efetuada, foi a divulgação das diretrizes sobre a pertinência da entubação nasogástrica na pessoa com HDA em contexto de hemorragia aguda, promoveu a percepção da importância da prática baseada na evidência sustentada, a divulgação da mesma, demonstrou que por vezes temos atos empíricos, este assunto por si só gera divergências na comunidade científica, pelo que notei a resistência de alguns profissionais sobre esta temática. Por ventura, com a minha exposição – Cartaz Informativo e com a divulgação da própria diretriz da *guideline*, consegui instituir um pensamento crítico nos meus pares sobre esta temática, assim sendo a minha passagem por estes campos de estágio teve esta mais valia.

Durante o estágio existiu sempre a responsabilidade sobre os compromissos assumidos tal como com as exigências que a escola e o estágio revelam, tal como a pontualidade e assiduidade foram pontos positivos no decorrer dos mesmos. Quanto à conduta perante os profissionais, foram promovidos valores positivos demonstrando sempre bom profissionalismo nas ações realizadas. Foi dada ênfase ao trabalho em equipa.

No final deste relatório, termino com a noção de ter atingido os objetivos a que me propus inicialmente. A nível pessoal cresci e amadureci tornando-me num profissional reflexivo capaz de mobilizar informação científica, técnica, ética e relacional com alicerces da prática baseada na evidência.

As pequenas e grandes conquistas que caracterizaram esta caminhada foram apenas os primeiros passos no processo de transformação.

Termino este documento consciente de que nunca se aprende tudo, mas aprende-se sempre ao longo da vida e que esta só faz sentido e se torna significativa quando um conjunto de motivações nos impelem para ultrapassar as barreiras.

O verdadeiro desafio começa agora...com este novo olhar na Enfermagem.

4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaral, P.M.F. (2017). Qualidade da Triage de Manchester e fatores que a influenciam. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

APEGAST, (2017). Perfil Profissional Europeu para Enfermeiros em Endoscopia. Disponível em: <http://www.apegast.pt/wp-content/uploads/2017/01/Perfil-Profissional-Europeu-para-Enfermeiros-em-Endoscopia.pdf>

Balzano, A., Carle, F., Tamburini, C., Monica, F., Milazzo, G., Spolaore, P., & Leandro, G. (2018). Hospital admission for digestive diseases: Gastroenterology units offer a more effective and efficient care. *Digestive and Liver Disease*.

Benner, P., Lourenço, B., & Queirós, A. A. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*.

Bernstein, S. L., Aronsky, D., Duseja, R., Epstein, S., Handel, D., Hwang, U., ... & Schafermeyer, R. (2009). The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Academic Emergency Medicine*, 16(1), 1-10.

Camelo, S. H. H. (2012). Professional competences of nurse to work in Intensive Care Units: an integrative review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1), 192–200
Ceitil, M. (2010). Gestão e desenvolvimento de competências. *Lisboa: Edições Sílabo*.

Charepe, Z., (2017) – Teorias de Enfermagem - Paradigmas Orientadores do desenvolvimento da enfermagem [projeção visual]. 2017. 60 diapositivos: color. Comunicação efetuada no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional 2017-2019. CHULC, EPE. s/d, (CHULC, EPE., s/d) Disponível em: <http://www.chlc.min-saude.pt/missao-visao-valores-e-objectivos/>

Cunha, F. A., & de Sousa Oliveira, A. F. (2018). Complicações decorrentes da ventilação mecânica ao paciente de unidades de terapia intensiva (uti) adulto. *Health Research Journal*, 1(1), 138-161.

de Almeida, V. D. C. F., de Oliveira Lopes, M. V., & Damasceno, M. M. C. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(2), 202-210.

da Silva, C. M. C., Valente, G. S. C., Bitencourt, G. R., & de Brito, L. N. (2010). A teoria do cuidado transpessoal na enfermagem: análise segundo Meleis. *Cogitare Enfermagem*, 15(3).

Despacho n.º 13427/2015, de 20 de novembro. Diário da República, 2.ª série, N.º 228, 33814 - 33816

Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/71066231>

Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto. Diário da República, 2.ª série, N.º 153, 20673 – 20678. Disponível em:

https://dre.pt/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?p_p_auth=fhLc2GFn

Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015. Plano Nacional Para A Segurança Dos Doentes 2015-2020. Diário da República, 2.ª série — N.º 28, 3882(2) – 3882(10)

Decreto-lei n. 74/2006, de 24 de março. Diário da República n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24. Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior.

Disponível em:

https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/75316582/201705101508/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice

Dixe, M. D. A. C. R., Passadouro, R., Peralta, T., Ferreira, C., Lourenço, G., & Sousa, P. M. L. D. (2018). Determinantes do acesso ao serviço de urgência por utentes não urgentes. *Revista de Enfermagem Referência*, (16), 41-52.

Direção Geral da Saúde (2018) – Norma nº 002/2018: de 09/01/2018, Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Lisboa

Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-09012018.aspx>

Direção Geral de Saúde (2017) Norma nº 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015.aspx>

Direção-Geral da Saúde, (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa. ISBN: 972-675-097-0

Direção-Geral de Saúde, (2011). World Health Organization - Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. Direção Geral da Saúde

Duro, C. L. M., & Lima, M. A. D. D. S. (2010). O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em Emergências: análise da literatura. *Online Brazilian Journal of Nursing* [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro. Vol. 9, n. 3 (2010), f. 1-13.

Escorsell, À., Pavel, O., Cárdenas, A., Morillas, R., Llop, E., Villanueva, C. & Bosch, J. (2016). Esophageal balloon tamponade versus esophageal stent in controlling acute refractory variceal bleeding: A multicenter randomized, controlled trial. *Hepatology*, 63(6), 1957-1967.

Fernandes, O. (2007). Entre a teoria e a experiência. Desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura. *Loures: Lusociência*.

Ferreira, R., & Eisig, J. (2008). Federação Brasileira de Gastroenterologia. *Projeto Diretrizes-Hemorragias Digestivas*, 1-14.

<https://diretrizes.amb.org.br/BibliotecaAntiga/hemorragias-digestivas.pdf>

Ferreira, S., Nogueira, C., Conde, S., & Taveira, N. (2009). Ventilação não invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 15(4), 655-667.

Fowler, C. (2013). Management of patients with complications of cirrhosis. *The Nurse Practitioner*, 38(4), 14–22

Friesen, M. A., Farquhar, M. B., & Hughes, R. (2005). The nurse's role in promoting a culture of patient safety (pp. 1-26). Center for American Nurses.

Garlet, E. R., Lima, M. A. D. D. S., Santos, J. L. G. D., & Marques, G. Q. (2009). Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto & contexto enfermagem*. Florianópolis, SC. Vol. 18, n. 2 (abr./jun. 2009), p. 266-272.

Ginès, P., Fernández, J., Durand, F., & Saliba, F. (2012). Management of critically-ill cirrhotic patients. *Journal of Hepatology*, 56, S13–S24

Grifolis, Disponível em <https://www.grifols.com/documents/10192/75436/pyxis-soluciones-dispensacion-es/1cc04d87-be14-4a5f-99ca-76fbd350e4a0>

Gralnek, I. M., Dumonceau, J. M., Kuipers, E. J., Lanas, A., Sanders, D. S., Kurien, M., . & Racz, I. (2015). Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*, 47(10), a1-a46. Disponível em:

<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0034-1393172.pdf>

Han, M. K., & Hyzy, R. (2006). Advances in critical care management of hepatic failure and insufficiency. *Critical Care Medicine*, 34(Suppl), S225–S231

Howard, P., & Steinmann, R. (2011). *Enfermagem de Urgência-Da Teoria à Prática. 6ª edição Lusociência-Edições Técnicas e científicas Lda.*

Justo, A. R. M, (2015). Caraterização e Análise das Admissões Hospitalares na Urgência do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE. Um estudo com os utentes inscritos no Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa Dissertação de Mestrado.

Lenburg, C. B., Klein, C., Abdur-Rahman, V., Spencer, T., & Boyer, S. (2009). The COPA model: a comprehensive framework designed to promote quality care and competence for patient safety. *Nursing Education Perspectives*, 30(5), 312–317.

Lott, J. P., Iwashyna, T. J., Christie, J. D., Asch, D. A., Kramer, A. A., & Kahn, J. M. (2009). Critical Illness Outcomes in Specialty versus General Intensive Care Units. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 179(8), 676–683

Magid, D. J., Sullivan, A. F., Cleary, P. D., Rao, S. R., Gordon, J. A., Kaushal, R., ... & Blumenthal, D. (2009). The safety of emergency care systems: results of a survey of clinicians in 65 US emergency departments. *Annals of emergency medicine*, 53(6), 715-723.

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing. Development and progress*. Philadelphia (US).

Ordem dos Enfermeiros, (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 16 de julho, 2.ª série — N.º 135 – 19359-19370

Ordem dos Enfermeiros, (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Cadernos Temáticos: Modelo de desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros, (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: NORPRINT Artes Gráficas.

Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroclj_deontologia_2015_web.pdf

Olshaker, J. S. (2009). Managing emergency department overcrowding. *Emergency Medicine Clinics*, 27(4), 593-603.

Parecer n.º 15 / 2018. (2018) Mesa do Colégio Da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva.

Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf

Pedroto, I. M. T. C., Nunes, S., Matos, L., Maçoas, F., Macedo, G., Cotter, J., Dinis-Ribeiro, M., Figueiredo, P., Marinho, R. T. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação, Gastrenterologia e Hepatologia

Pereira, A., Coelho, A. P., Rodrigues, C., Costa, C., & Carreteiro, M. (1999). O enfermeiro e a laqueação de varizes esofágicas. *Nursing (Ed. portuguesa)*, 38-40.

Pinho, M. C. G. (2006). Trabalho em equipa de Saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciências & Cognição*, Vol. 8: 68-87

Disponível a partir de: <http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v08/m326103.pdf>

Pinto, P.; (2013). Ventilação Não Invasiva – Uma prática fundamentada em evidência científica. *Nursing Magazine Digital*.

Disponível a partir de:

<http://www.hevora.min-saude.pt/media/uploads/pediatria/ventilacao-nao-invasiva-uma-pratica-fundamentada-em-evidencia-cientifica.pdf>

Regis, L. F. L. V., & Porto, I. S. (2006). A equipe de enfermagem e Maslow:(in) satisfações no trabalho. *Rev Bras Enferm*, 59(4), 565-8.

Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2ª Série, N.º135, p.19359-19370.

Rocha, A. E. F., Rocha, F. A. A., Neto, J. J. M., Gomes, F. M. A., & Cisne, M. S. V. (2017). Cuidado de enfermagem ao paciente ventilado artificialmente: uma revisão integrativa. *Essentia-Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da UVA*, 18(1)

Sá, F.L.F.R. G.; Botelho, M.A.R.; Henriques, M. A. P., (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Revista Pensar Enfermagem*, Vol. 19, N.º 1, 31-46 Disponível em:

https://www.researchgate.net/profile/Adriana_Henriques/publication/302914687_Cuidar_da_Familia_da_Pessoa_em_Situacao_Critica_A_Experiencia_do_Enfermeiro_Caring_for_the_Family_of_the_Critically_Ill_Person_The_Experience_of_Nurses/links/5733439008ae9ace840735d0.pdf

Soares, H., (2008). O Acompanhamento da Família no seu Processo de Adaptação e Exercício da Parentalidade: Intervenção de Enfermagem. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Tese de Mestrado.

Tripathi, D. Stanley, A.J.; Hayes, P.C.; Patch, D.; Millson, C.; Mehrzad, H.; Austin, A.; Ferguson, J. W.; Olliff, S.P.; Hudson, M.; Christie, J.M. (2015). UK guidelines on the management of varicella haemorrhage in cirrhotic patients. *Guideline*

Disponível a partir de: <http://www.spg.pt/wp-content/uploads/2015/11/2015-variceal-haemorrhage.pdf>

Trzeciak, S., & Rivers, E. P. (2003). Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emergency medicine journal*, 20(5), 402-405.

Universidade Católica Portuguesa, (2018). Guia de Estágio final e Relatório –Curso de Mestrado em Enfermagem. Lisboa

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. (J. Eanes, Tran.). Camarate, Portugal: Lusociência. doi:17548502

Werner, K. T., & Perez, S. T. (2012). Role of Nurse Practitioners in the Management of Cirrhotic Patients. *The Journal for Nurse Practitioners*, 8(10), 816–821

Wright, G., Lewis, H., Hogan, B., Burroughs, A., Patch, D., & O'Beirne, J. (2010). A self-expanding metal stent for complicated variceal hemorrhage: experience at a single center. *Gastrointestinal endoscopy*, 71(1), 71-78.

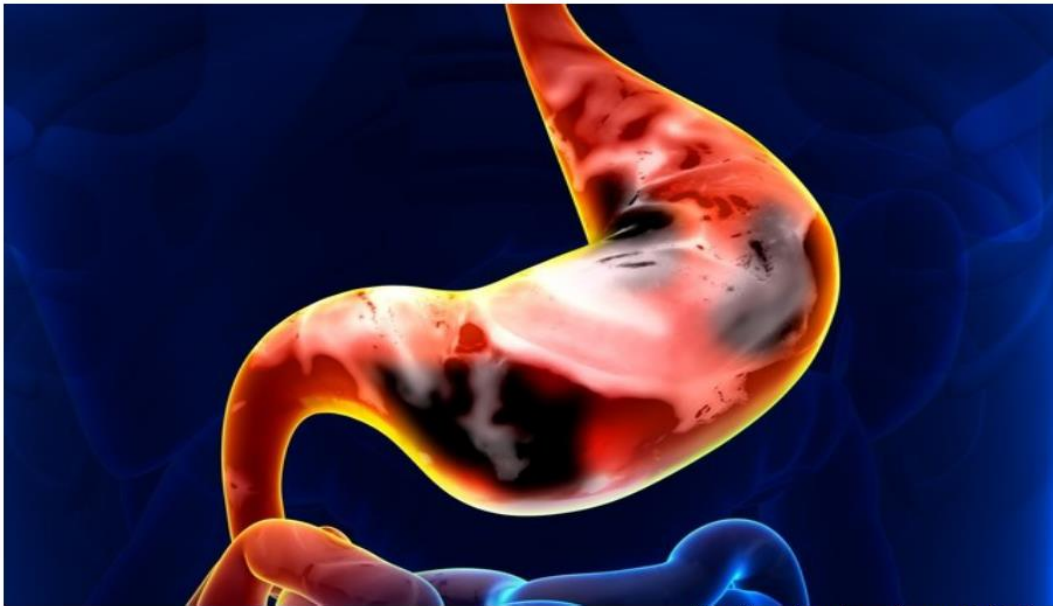
Rocha, A. E. F., Rocha, F. A. A., Neto, J. J. M., Gomes, F. M. A., & Cisne, M. S. V. (2017). Cuidado de enfermagem ao paciente ventilado artificialmente: uma revisão integrativa. *Essentia-Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da UVA*, 18(1)

Yacavone, R. F., Locke III, G. R., Gostout, C. J., Rockwood, T. H., Thieling, S., & Zinsmeister, A. R. (2001). Factors influencing patient satisfaction with GI endoscopy. *Gastrointestinal endoscopy*, 53(7), 703-710.

APÊNDICIES

APÊNDICE I – Cartaz Informativo adaptado ao Serviço de Urgência: “Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica com HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA)”

APÊNDICE II – Aviso da Sessão de Formativa realizada na UCIGEH
“Hemorragia Digestiva Alta - Os nossos Cuidados...”



<https://www.tuasaude.com/hemorragia-digestiva/>

○

Hemorragia Digestiva Alta

Os nossos Cuidados...

No Serviço UCIGEH nos dias 11 e 13 de Dezembro às 14:00 h

Destinatários: Enfermeiros(as)

AEE Carla Almeida nº 192017010

Professora Orientadora: Prof.ª Doutora Manuela Madureira

Enfermeiro Especialista Orientador: Enf.ª Márcia Jesus

 **CATOLICA**
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO



APÊNDICE III – Plano de Sessão Formativa realizada na UCIGEH “Hemorragia Digestiva Alta - Os nossos Cuidados...”



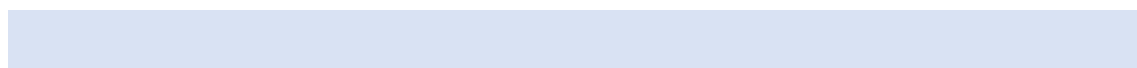
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

(LISBOA)

PLANO DE SESSÃO FORMATIVA

1 - IDENTIFICAÇÃO DA ACÇÃO

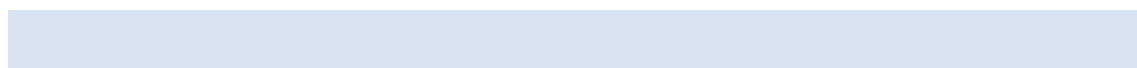


Tema: Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica com Hemorragia Digestiva Alta **Destinatários:** Enfermeiros

Local: Serviço UCIGEH

Tempo previsto: 15 minutos

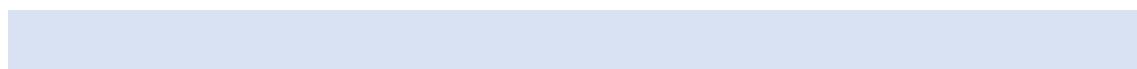
2 - OBJECTIVO GERAL



No final da sessão os enfermeiros sejam capazes de:

- Atualizar os conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com Hemorragia Digestiva Alta

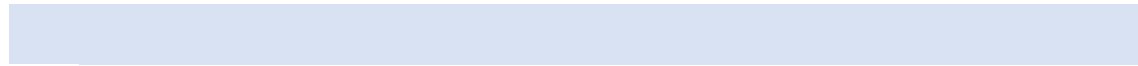
3 - OBJECTIVOS ESPECÍFICOS



No final da sessão os enfermeiros sejam capazes de:

- Definir Hemorragia Digestiva Alta;
- Identificar as diferentes causas de Hemorragia Digestiva Alta;
- Planear Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica com Hemorragia Digestiva Alta;

4 - PRÉ-REQUISITOS:



Licenciatura de Enfermagem.

MATERIAL E EQUIPAMENTOS A UTILIZAR:



- Computador;
- Folhas de papel branco;
- Canetas.

5 - CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS



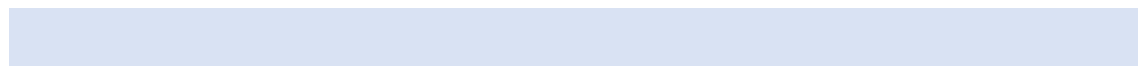
Conceitos inerentes à intervenção do enfermeiro à pessoa em situação crítica com Hemorragia Digestiva Alta

6 - METODOLOGIA



Método expositivo conjugado com o método interrogativo e ativo.

7 - AVALIAÇÃO



Observar a translação de conhecimento para a prática diária de cuidados.

Realizado por:

Carla Almeida, N.º 192017010

Sob a orientação de:

Enf.^a e Professora Doutora Manuela Madureira

APÊNDICE IV - Apresentação da Sessão de Formativa realizada na UCIGEH
“Hemorragia Digestiva Alta - Os nossos Cuidados...”

Hemorragia Digestiva
Alta

Os nossos Cuidados...

Serviço UCIGEH AEE Carla Almeida nº 192017010

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ENFERMAGEM
19044-900

[Empty box]

Objetivos

- Definir Hemorragia Digestiva Alta;
- Identificar as causas de Hemorragia Digestiva Alta;
- Planear Cuidados de Enfermagem à pessoa com Hemorragia Digestiva Alta;

Partilha de Experiências...

Hemorragia Digestiva Alta (HDA)

- Como se define:

Consiste na perda de sangue proveniente do trato gastrointestinal acima do ângulo de Treitz.



HDA

- Responsável por aproximadamente 80% de toda a hemorragia digestiva;
- A HDA aguda é um dos maiores desafios clínicos da Gastroenterologia, uma vez que constitui a causa mais frequente de urgência/emergência gastroenterológica;

HDA

• A sua classificação:

□ Hemorragia Não Varicosa

□ Hemorragia Varicosa

Hemorragia não Varicosa

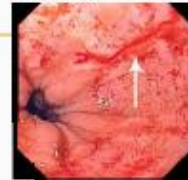
• Lesões ulcerativa e erosivas;



• Síndrome Dieulafoy



• Síndrome de Mallory-Weiss;



• Lesões Neoplásicas e Pólipos



• Lesões Vasculares



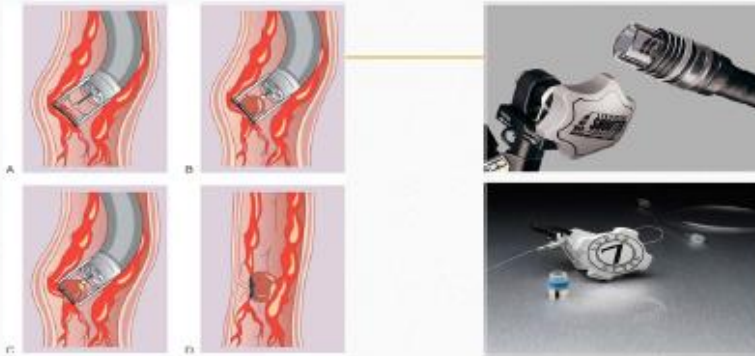
Hemorragia Varicosa

- Varizes Esofágicas

- Varizes Gástricas



Hemorragia Varicosa (cont.)



Hemorragia Varicosa (cont.)

- No serviço de urgência apresenta mortalidade mais elevada, na ordem dos 20%;
- Ocorre em 25-40% dos doentes com cirrose hepática;
- Mortalidade de 30% associada a cada episódio de hemorragia;
- Complicação frequente e grave da hipertensão portal;

O que Observar:

Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica com Hemorragia Digestiva Alta (HDA)

Diagnosis and management of non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline

Role of gastric lavage and prophylactic endotracheal intubation

ESGE does not recommend the routine use of nasogastric or orogastric aspiration/lavage in patients presenting with acute UGIH (strong recommendation, moderate quality evidence).

https://www.esge.com/assets/downloads/pdfs/guidelines/2015_s_0034_1393172.pdf

A number of studies, including a meta-analysis, have evaluated the role of nasogastric aspiration/lavage in patients presenting with acute UGIH (70–73). In distinguishing upper from lower GI bleeding, nasogastric aspiration has low sensitivity 94% (95%CI 89–98) but high specificity 99% (95%CI 96–100). In identifying acute UGIH, its sensitivity and specificity are 71% (95%CI 57–83) and 96% (95%CI 93–98), respectively (70). This meta-analysis also found that as compared to nasogastric aspiration, lavage, clinical signs and laboratory findings (e.g., hemoglobin drop and hemoglobin >8 g/dL) had similar ability to identify acute UGIH (74). Others have reported that nasogastric aspiration/lavage failed to assist clinicians in correctly predicting the need for endoscopic hemostasis, did not improve visualization of the stomach at endoscopy, or impose clinically relevant outcomes such as rebleeding, need for second-look endoscopy, or blood transfusion requirements (71–75). It also should be noted that nasogastric aspiration/lavage is a very uncomfortable procedure that is not well tolerated or desired by patients (74).

In an effort to assess the patient's degree of potential aspiration of gastric contents, ESGE suggests endotracheal intubation prior to endoscopy in patients with ongoing active hematemesis, emphysemata, or agitated hematemesis (see quality evidence).

It has been hypothesized that pre-endoscopic endotracheal intubation

Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica com Hemorragia Digestiva Alta (HDA)

A AIRWAY

- Proteção de Via Aérea;
- Posicionamento Semi-Fowler ou decúbito lateral esquerdo;

B BREATHING

- Oxigenar saturação com cânula nasal;
- EOT em instabilidade hemodinâmica, choque hipovolêmico e/ou insuficiência respiratória refratária após alteração do estado de consciência;

C CIRCULATION

- Monitorização contínua TA, FC, SpO₂;
- Acesso venoso periférico de grande calibre;
- Coleta de sangue para exames e tipagem;
- Controle de volume (uso de cânulas, mas atenção em diátese com fibr) e/ou de forma prudente - caeter);
- Administração de sangue total e/ou hemoderivados (plasma, plaquetas) sob supervisão de um hemodinamista;

D DISABILITY

- Avaliar alterações do estado de Consciência

Taxonomias e Hepacia, Encefalopatia Hepática, Isquemia digestiva do sangue - restrição de eletrólitos tóxicos - anorexia anorexia - que provocará alteração do estado de consciência.

E EXPOSURE

- Oxigenar o doente / Anestesia;
- Termorregulação: cobrir todo o corpo do doente, hemotopatia refratária;
- Sinterotermia: (no epiglótica, Náusea, Espirritus, suco frio, pedale);
- Medicação habitual: AINE's, ACO e Antiagregantes, Antibióticos;
- Anticoagente heparina;

HDA Não Varicosa

- Administração de bolus de pantoprazol 80 mg seguido de perfusão contínua;
- Não é recomendado o uso de ranitidina/somatostatina / octreotida;
- Programar ECG +24h (-24h) se instabilidade hemodinâmica;

Adão Exame:

- Início de perfusão contínua de HEP I pantoprazol 80mg e manutenção de perfusão durante 72 horas;
- Dieta Zero até 48h, início com água e chá frio;

HDA Varicosa

- Administração de bolus de pantoprazol 80mg seguido de perfusão de 200 ug/h ou octreotida bolus 20-50 ug seguido de perfusão de 25-50 ug/h;
- Administração de octreotida EV (uso de amebiotripsia diluída transdução base tenar - prevenção de CRI);
- Programar ECG +24h;
- A administração de 180 mg é mandatória, e mesmo que seja necessário para controle de doença ulcero péptica;

Adão Exame:

- Início de perfusão contínua de somatostatina (perfusão 200 ug/h ou perfusão contínua de octreotida perfusão 20-50 ug/h durante 72 dias;
- Dieta Zero até 2-24h, início com água e chá frio;
- Exat Encefalopatia Hepática (aviso se alteração do estado de consciência);

Autoria: Carla Miranda - Estudante de Pós-graduação em Enfermagem, Especialidade Hemor Cirurgia
 Docente, Professora Doutora Mariana Medeiros da UFPA
 Enfermeira Orientadora: EAF Estelizabeth Maria Jesus da UFPA (em formação)

Avaliação da Sessão

1) Quais os diferentes tipos de hemorragia?

2) Estudo de caso:

2.1- Doente sexo masculino, 64 anos, com história de anorexia com 3 meses de evolução, perda de peso - 15 Kg, anemia, e melenas...

2.2- Doente sexo feminino, 55 anos, com hematemeses, antecedentes pessoais de Cirrose hepática, em programa eletivo de laqueação de varizes que não cumpre...

Respostas

1 – Os diferentes tipos de hemorragia são Hemorragia Não

Varicosa e Hemorragia Varicosa;

2

2.1 – Tendo em conta a história clinica será uma Hemorragia Não Varicosa;

2.2 – Tendo em conta a história clinica será uma Hemorragia Varicosa;



<http://projetosiafiz.com/buscando-respostas-para-tudo-enquanto-deveria-cuidar-para-fazer-as-perguntas-certas/>

Referências Bibliográficas

- <http://www.spg.pt/wp-content/uploads/2015/11/2015-variceal-haemorrhage.pdf>
- <http://s3.gi.org/physicians/guidelines/Prevention.pdf>
- https://www.esge.com/assets/downloads/pdfs/guidelines/2015_s_0034_13_93172.pdf

Obrigada



APÊNDICE V – Avaliação da Sessão Formativa realizada na UCIGEH
“Hemorragia Digestiva Alta - Os nossos Cuidados...”

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Tema: Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica com Hemorragia Digestiva Alta

Duração : 30 minutos

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL	DISCOR DA TOTAL-MENTE	DISCORDA	CONCORDA	CONCORDA TOTAL-MENTE
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				
2. Os objectivos da formação foram atingidos.				
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
5. A teoria foi relacionada com a prática.				
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				
8. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				
9. A duração da formação foi adequada.				
10. O horário da formação foi adequado.				

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:

METODOLOGIA	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
11. Domínio dos conteúdos apresentados.				
12. Facilidade de transmissão de conhecimentos.				
13. Clareza na transmissão dos conhecimentos.				
14. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.				
15. Interação com o grupo.				
16. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.				
17. Gestão do tempo.				
19. Pontualidade.				

- Insuficiente - Suficiente - Bom - Muito Bom

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigado pela sua colaboração.

APÊNDICE VI – Apresentação das avaliações relativos à avaliação da sessão de formação sobre a temática: “Hemorragia Digestiva Alta - Os nossos Cuidados...”

AVALIAÇÃO DA BERSÃO

Área/Unidade/Especialidade: UNIDADE A HEMATURIA
 Tema: AVS - Cuidados Curativos
 Acção tipo: Actualização e Aprendizagem Duração: _____ Data: 11/12/2012
 Formador(es): Carla

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIACÃO GLOBAL	DISCORD A TOTAL- MENTE	DISCOR DA	CONCORD A	CONCORD A TOTAL- MENTE
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				X
2. Os objectivos da formação foram atingidos.				X
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				X
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				X
5. A teoria foi relacionada com a prática.				X
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				X
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				X
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.				X
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				X
10. A duração da formação foi adequada.				X
11. O horário da formação foi adequado.				X

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:
 1 - Insuficiente 2 - Suficiente 3 - Bom 4 - Muito Bom

METODOLOGIA	FORMADORES		
	<u>Carla</u>		
12. Domínio dos conteúdos apresentados.	4		
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.	4		
14. Clarezza na transmissão dos conhecimentos.	4		
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	4		
16. Interação com o grupo.	4		
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.	4		
18. Gestão do tempo.	4		
19. Pontualidade.	4		

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigado pela sua colaboração.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Tema: Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica com Hemorragia Digestiva Alta
Duração: 30 minutos

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL	DISCORDO A TOTAL- MENTE	DISCOR- DA	CONCORDO A	CONCORDO A TOTAL- MENTE
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				X
2. Os objetivos da formação foram atingidos.				X
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				X
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				X
5. A teoria foi relacionada com a prática.				X
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				X
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				X
8. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				X
9. A duração da formação foi adequada.				X
10. O horário da formação foi adequado.				X

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:
 - Insuficiente - Suficiente - Bom - Muito Bom

METODOLOGIA	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
11. Domínio dos conteúdos apresentados.				X
12. Facilidade de transmissão de conhecimentos.				X
13. Clareza na transmissão dos conhecimentos.				X
14. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.				X
15. Interação com o grupo.				X
16. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.				X
17. Gestão do tempo.				X
19. Pontualidade.				X

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigado pela sua colaboração.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Tema: Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica com Hemorragia Digestiva Alta
Duração: 30 minutos

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL	DISCORD A TOTAL- MENTE	DISCOR- DA	CONCORD A	CONCORD A TOTAL- MENTE
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				X
2. Os objetivos da formação foram atingidos.				X
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				X
4. Favoreceu à sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				X
5. A teoria foi relacionada com a prática.				X
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				X
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				X
8. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				X
9. A duração da formação foi adequada.				X
10. O horário da formação foi adequado.				X

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:
 - Insuficiente - Suficiente - Bom - Muito Bom

METODOLOGIA	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
11. Domínio dos conteúdos apresentados.				X
12. Facilidade de transmissão de conhecimentos.				X
13. Clareza na transmissão dos conhecimentos.				X
14. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.				X
15. Interação com o grupo.				X
16. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.				X
17. Gestão do tempo.				X
19. Pontualidade.				X

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigado pela sua colaboração.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Tema: Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica com Hemorragia Digestiva Alta
Duração: 30 minutos

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL	DISCORDO A TOTAL- MENTE	DISCOR- DA	CONCORDO A	CONCORDO A TOTAL- MENTE
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				X
2. Os objetivos da formação foram atingidos.				X
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				X
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				X
5. A teoria foi relacionada com a prática.				X
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				X
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				X
8. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				X
9. A duração da formação foi adequada.				X
10. O horário da formação foi adequado.				X

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:
 - Insuficiente - Suficiente - Bom - Muito Bom

METODOLOGIA	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
11. Domínio dos conteúdos apresentados.				X
12. Facilidade de transmissão de conhecimentos.				X
13. Clareza na transmissão dos conhecimentos.				X
14. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.				X
15. Interação com o grupo.				X
16. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.				X
17. Gestão do tempo.				X
19. Pontualidade.				X

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Muito bom trabalho! esclarecedor e apresentação e bastante dinâmica.

Obrigado pela sua colaboração.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Área/Unidade/Especialidade: ENSINO DE FÍSICA

Tema: MECANICA

Ação tipo: Atualização x Aprendizagem : Duração _____ Data ____/____/____

Formador(es): _____

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL	DISCORD A TOTAL- MENTE	DISCOR- DA	CONCORD A	CONCORD A TOTAL- MENTE
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				<input checked="" type="checkbox"/>
2. Os objetivos de formação foram atingidos.				<input checked="" type="checkbox"/>
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				<input checked="" type="checkbox"/>
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				<input checked="" type="checkbox"/>
5. A teoria foi relacionada com a prática.				<input checked="" type="checkbox"/>
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				<input checked="" type="checkbox"/>
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				<input checked="" type="checkbox"/>
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.				<input checked="" type="checkbox"/>
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				<input checked="" type="checkbox"/>
10. A duração da formação foi adequada.				<input checked="" type="checkbox"/>
11. O horário da formação foi adequado.				<input checked="" type="checkbox"/>

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:
1 - Insuficiente 2 - Suficiente 3 - Bom 4 - Muito Bom

METODOLOGIA	FORMADORES		
	<u>OPINIAO</u>		
12. Domínio dos conteúdos apresentados.	4		
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.	4		
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.	4		
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	4		
16. Interação com o grupo.	4		
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.	4		
18. Gestão do tempo.	4		
19. Pontualidade.	4		

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Apresentador temu pertinente para o serviço e suas condições-
tras;
Sugiro divulgação dos resultados à En. Nave.

Obrigado pela sua colaboração.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Tema: Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica com Hemorragia Digestiva Alta
Duração: 30 minutos

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL	DISCORD A TOTAL- MENTE	DISCOR DA	CONCORD A	CONCORD A TOTAL- MENTE
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				X
2. Os objetivos da formação foram atingidos.				X
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				X
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				X
5. A teoria foi relacionada com a prática.				X
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				X
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				X
8. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				X
9. A duração da formação foi adequada.				X
10. O horário da formação foi adequado.				X

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:
 - Insuficiente - Suficiente - Bom - Muito Bom

METODOLOGIA	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
11. Domínio dos conteúdos apresentados.				X
12. Facilidade de transmissão de conhecimentos.				X
13. Clareza na transmissão dos conhecimentos.				X
14. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.				X
15. Interação com o grupo.				X
16. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.				X
17. Gestão do tempo.				X
19. Pontualidade.				X

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigado pela sua colaboração.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Tema: Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica com Hemorragia Digestiva Alta
Duração: 30 minutos

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIACÃO GLOBAL	DISCORD A TOTAL- MERITE	DISCOR DA	CONCORD A	CONCORD A TOTAL- MERITE
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				X
2. Os objectivos da formação foram atingidos.				X
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				X
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				X
5. A teoria foi relacionada com a prática.				X
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				X
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				X
8. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				X
9. A duração da formação foi adequada.				X
10. O horário da formação foi adequado.				X

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:
 - Insuficiente - Suficiente - Bom - Muito Bom

METODOLOGIA	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
11. Domínio dos conteúdos apresentados.				X
12. Facilidade de transmissão de conhecimentos.				X
13. Clareza na transmissão dos conhecimentos.				X
14. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.				X
15. Interação com o grupo.				X
16. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.				X
17. Gestão do tempo.				X
19. Pontualidade.				X

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigado pela sua colaboração.

APÊNDICE VII – Cartaz Informativo adaptado à UCIGEH: “Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica com Hemorragia Digestiva Alta (HDA)”

Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica com Hemorragia Digestiva Alta (HDA)

A AIRWAY

- Proteção da Via Aérea;
- Posicionamento Semi-fowler ou decúbito lateral esquerdo;

B BREATHING

- Otimizar oxigenoterapia por cânula nasal;
- EOT – se instabilidade hemodinâmica: choque hipovolémico e/ou insuficiência respiratória refratária e/ou alteração do estado de consciência;

C CIRCULATION

- Monitorização contínua: TA, FC, SpO₂;
- Acessos venosos periféricos de grande calibre;
- Colheita de sangue para análises e tipagem;
- Correção de volémia (uso de cristaloides, mas atenção em doentes com DHC deverá ser de forma prudente - ascite);
- Administração de Sangue total e/ou hemoderivados (plasma, plaquetas) (se coagulopatia ou trombocitopenia);

D DISABILITY

- Avaliar alterações do estado de Consciência:
hipoperfusão e hipoxia; Encefalopatia Hepática;
(pela digestão do sangue - retenção de elementos tóxicos - amónia e azoto - que provocará alterações do estado de consciência);

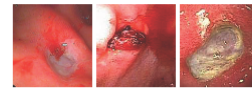
E EXPOSURE

- Observar o doente / Anamnese:
hematémese; vômitos tipo borra de café; hemoquequia melenas;
- Sintomatologia: Dor epigástrica, Náuseas, lipotímia, suores frios, palidez;
- Medicação Habitual: AINE's, ACO e Antiagregantes, Antibioterapia;
- Antecedentes Pessoais;



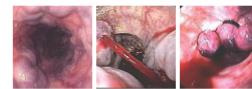
- Estabilização Hemodinâmica para EDA
- Administração de eritromicina 250mg dose única 120 minutos antes da EDA;
- INR < 2,5
- Jejum

- A Entubação Nasogástrica para aspiração e/ou Lavagem gástrica não é mandatório (exceto se alteração do estado de consciência)



HDA Não Varicosa

- Administração de bólus de pantoprazol 80 mg seguido de perfusão 8mg/h;
- Não é recomendado o uso de terlipressina / somatostatina / octreotido;
- Programar EDA <24h (<12h se instabilidade hemodinâmica);
- Após Exame:



HDA Varicosa

- Administração de bólus somatostatina (250 µg seguido de perfusão de 250 µg/h) ou octreotido (bólus 20-50 µg seguido de perfusão de 25-50 µg/h);
- Administração de ceftriaxone Ev (uso de antibioterapia devido translocação bacteriana—prevenção de PBE);
- Programar EDA <12h;
- A administração de IBP não é mandatório, a menos que, seja necessário para controlo de doença ulcerosa péptica;
- Após Exame:
- Início de perfusão contínua de somatostatina (perfusão 250 µg/h) ou perfusão contínua de octreotido (perfusão 25-50 µg/h) durante 5 dias;
- Dieta Zero até 12-24h, inicia com água e chá frio;
- Evitar Entubação Nasogástrica (exceto se alteração do estado de consciência);

Autora: Carla Almeida - Estudante de Mestrado em Enfermagem, Especialidade Médico-Cirúrgico
Docente: Professora Doutora Manuela Madureira da UCP
Enfermeira Orientadora: Enf. Especialista Márcia Jesus da UCKEH do HSL/Maria

Referências Bibliográficas:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0973508815001000>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4511000/>

ANEXOS

ANEXO I – Certificado de Participação do 1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa): “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”, com um Poster: “Cuidados de enfermagem na prevenção do risco de aspiração no idoso no pós-operatório: uma revisão integrativa da literatura”



DECLARAÇÃO

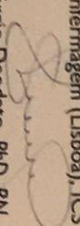
1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”

Para os devidos efeitos se declara que, **ANDREIA VICTOR, CARLA ALMEIDA, ISABEL RABIAIS, MARIANA COSTA, PATRÍCIA PONTÍFICE SOUSA, SÉRGIO DEODATO e SOFIA SILVA** participaram com um Poster:

“Cuidados de Enfermagem na prevenção do risco de aspiração no idoso no pos-operatório: uma revisão integrativa da literatura”

no **Seminário** supracitado, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no dia 30 de novembro de 2018.

Lisboa, 30 de novembro de 2018.

O Diretor
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Sérgio Deodato, PhD, RN
Professor Associado

ANEXO II – Certificado de Participação da Semana Digestiva de 2018

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certificamos que o(a) Exm^o(^a) Senhor(a) Dr^o(^a),

esteve presente na Semana Digestiva 2018 que se realizou
de 20 a 23 de Junho de 2018, na Alfândega do Porto.



Guilherme Macedo
Presidente da Comissão Organizadora

