

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus**  
**Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde**  
**Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias**  
**Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde**  
**Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

## Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-cirúrgica. A Pessoa em situação crítica

Relatório de Estágio

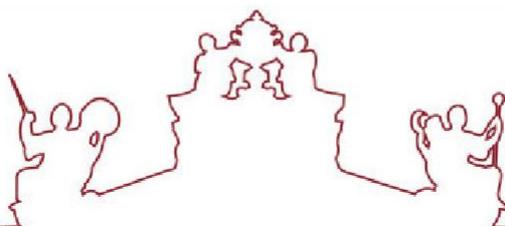
# **A pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta: abordagem inicial no serviço de urgência**

Ana Sofia Mendes Antunes

Orientador (es) | Maria Antónia Rasa Correia Costa

Évora 2022





**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus**  
**Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto**  
**Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes**  
**Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde**  
**Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

## Mestrado em Enfermagem

Area de especialização | Enfermagem Médico-cirúrgica. A Pessoa em situação crítica

Relatório de Estágio

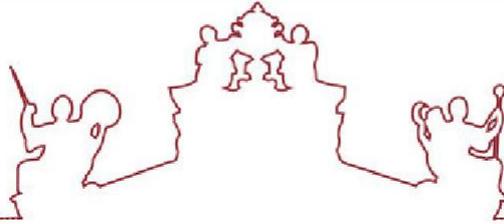
## **A pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta: abordagem inicial no serviço de urgência**

Ana Sofia Mendes Antunes

Orientador (es) | Maria Antónia Rasa Correia Costa

Évora 2022





O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ermelinda Caldeira (Universidade de Évora)

Vogais | Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde) (Arguente)  
Maria Antónia Rasa Correia Costa (Instituto Politécnico de Beja) (Orientador)

Évora 2022



## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho:

**Aos meus pais** sempre orgulhosos da minha caminhada e que sempre me inculcaram os valores necessários para compreender que todos os sonhos se alcançam com dedicação, força, confiança e superação dos obstáculos.

**Ao meu marido** por toda a cumplicidade, ternura, carinho, disposição e paciência em ouvir as minhas lamúrias e confiança nas minhas escolhas apesar de todos os momentos de ausência.

**Ao meu filho**, a minha razão de viver, meu porto seguro, que me ensinou que com dedicação se alcançam os nossos objetivos.

**Às minhas amigas** que me acompanharam, estimularam a continuar, com força, orgulho, apoio e meu socorro em tempos adversos, sempre com as palavras certas e sorrisos afetuosos.

## **AGRADECIMENTOS**

Esta caminhada não se efetivou sozinha, por conseguinte agradeço a quem me propiciou a conquista deste sonho, me estimulou e encorajou, a quem sempre se mostrou disponível...

**À professora Maria Antónia Rasa Correia da Costa**, por todo o suporte, cooperação, orientação e disponibilidade evidenciada ao longo desta jornada.

**Aos Enfermeiros Orientadores**, pela orientação e empenho dedicado durante a realização deste percurso.

**À Equipa de Enfermagem do SUC** pela aceitação, acolhimento empático e oportunidades de partilha.

## RESUMO

O presente relatório pretende demonstrar o desenvolvimento de competências especializadas e de mestre na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica no decorrer do Estágio Final e durante todo o percurso académico.

**Objetivo:** Explanar de forma pormenorizada as atividades elaboradas durante o Estágio Final, evidenciando a sua relevância na aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica, assim como das competências de Grau de Mestre.

**Metodologia:** Método descritivo das atividades implementadas no decorrer do Estágio Final. Concomitantemente apresenta-se a atividade *major* desenvolvida recorrendo à metodologia de projeto, referenciando o Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências de June Larrabee.

**Resultados:** Melhoria da segurança e uniformização dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta [HDA], admitida no serviço de urgência, no contexto do desenvolvimento da atividade *major*.

**Conclusão:** Análise crítico-reflexiva da aquisição e desenvolvimento de competências. A abordagem inicial à pessoa com HDA no serviço de urgência torna-se mais eficaz e eficiente se seguir a mnemónica ABCDE pois determina as prioridades aperfeiçoando os cuidados prestados e os resultados obtidos.

**Palavras-chave:** Enfermagem Médico-Cirúrgica; Competências; Hemorragia Digestiva Alta; Pessoa em situação crítica

# THE PERSON WITH UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING: INITIAL APPROACH IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

## ABSTRACT

This report intends to demonstrate the development of specialized skills and a master's degree in the area of Medical-Surgical Nursing - The person in a critical situation during the Final Internship and throughout the academic path.

**Objective:** Explain in detail the activities carried out during the Final Stage, highlighting their relevance in the acquisition of common and specific skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, the Person in Critical Situation, as well as the skills of the Master's Degree.

**Methodology:** Descriptive method of the activities implemented during the Final Stage. At the same time, the major activity developed using the project methodology is presented, referencing the Model for Change in Evidence-Based Practice by June Larrabee.

**Results:** Improved safety and standardization of nursing care for the person in a critical situation with upper gastrointestinal bleeding [UGIB], admitted to the emergency department, in the context of the development of major activity.

**Conclusion:** Critical-reflexive analysis of the acquisition and development of competences. The initial approach to the person with HDA in the emergency department becomes more effective and efficient if it follows the ABCDE mnemonic as it determines priorities by improving the care provided and the results obtained.

**Keywords:** Medical-Surgical Nursing; Skills; Upper gastrointestinal bleeding; Person in critical situation

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo I</b> – SBV com DAE - Suporte básico de Vida com Desfibrilhador Automático Externo.....	CIII
<b>Anexo II</b> – SAV - Suporte Avançado de Vida .....	CV
<b>Anexo III</b> – ITLS - <i>International Trauma Life Support</i> .....	CVII
<b>Anexo IV</b> – 8º Curso Anual de Gastrenterologia e Endoscopia Digestiva para Enfermeiros.....	CIX
<b>Anexo V</b> - 1º Congresso Internacional “O Cuidado centrado no cliente e nos padrões de qualidade” .....	CXI
<b>Anexo VI</b> - <i>Multiplier Event (Workshop)– InovSafeCare: Educating students for innovative infection prevention and control practices in healthcare settings – 218-1-PT01-KA203-047453</i> .....	CXIII
<b>Anexo VII</b> – Curso de formação profissional “Gestão de Conflitos” .....	CXV
<b>Anexo VIII</b> – Apresentação do Artigo Científico “Covid 19 e saúde mental – emoções vivenciadas pelos enfermeiros” .....	CXVII
<b>Anexo IX</b> – Apresentação do poster científico no “International Congress on 21 <sup>st</sup> Century Literacies” .....	CXIX
<b>Anexo X</b> – Série de workshops “Temas de humanização em enfermagem – I – Esperança no cuidado humano” .....	CXXI

## ÍNDICE DE APÊNDICES

<b>APÊNDICE I</b> – Projeto de Estágio.....	CXXIV
<b>APÊNDICE II</b> – Proposta de PIP entregue à comissão de ética da Universidade de Évora.....	CLIII
<b>APÊNDICE III</b> – Sessão de formação à equipa de enfermagem do SUC sobre “A pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta: abordagem inicial no serviço de urgência” .....	CLXII
<b>APÊNDICE IV</b> – Folheto informativo da abordagem inicial da pessoa com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência para a equipa de Enfermagem.....	CLXXI
<b>APÊNDICE V</b> – Poster “A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA ABORDAGEM INICIAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA” .....	CLXXIV
<b>APÊNDICE VI</b> - Proposta final da norma hospitalar da abordagem inicial da pessoa com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência.....	CLXXVI
<b>APÊNDICE VII</b> - Artigo científico “A pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta: abordagem inicial no serviço de urgência. Uma revisão de <i>scoping</i> ” .....	CLXXXIX
<b>APÊNDICE VIII</b> - Plano da sessão de formação sobre “A pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta: abordagem inicial no serviço de urgência” .....	CXCIV
<b>APÊNDICE IX</b> - Divulgação da sessão de formação.....	CXCVI
<b>APÊNDICE X</b> - Questionário de avaliação da sessão de formação entregue à equipa de Enfermagem do SUC.....	CXCVIII
<b>APÊNDICE XI</b> - Aceitação de orientação.....	CC
<b>APÊNDICE XII</b> - Aprovação relatório pela Universidade de Évora.....	CCII
<b>APÊNDICE XIII</b> - Poster científico do artigo científico.....	CCIV
<b>APÊNDICE IV</b> - Artigo Científico “Covid-19 e saúde mental – emoções vivenciadas pelos enfermeiros” .....	CCVI

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Modelo para a Prática Baseada na Evidência (June H. Larrabee, 2011).....	21
<b>Figura 2</b> – Esquematização da abordagem inicial à pessoa com HDA.....	33
<b>Figura 3</b> – Triagem de Manchester, cores e tempos de espera.....	42
<b>Figura 4</b> – Análise <i>SWOT</i> .....	45
<b>Figura 5</b> – Fluxograma de seleção de artigos.....	50
<b>Figura 6</b> – Check list das intervenções.....	57

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Avaliação das sessões de formação.....	59
---	----

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Sintomas sugestivos da origem da HDA.....	28
<b>Tabela 2</b> - Tabela descritiva da questão PCC.....	48
<b>Tabela 3</b> - Combinação dos descritores com operadores booleanos nas diferentes Bases de Dados.....	49
<b>Tabela 4</b> – Resultados obtidos no questionário de satisfação das sessões de formação.....	59

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADR – Admissão de Doentes Respiratórios

AINES – Anti-Inflamatórios não Esteroides

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros

CT – Centro de Trauma

DGS – Direção Geral de Saúde

DSS – Determinantes Sociais em Saúde

ECG – Eletrocardiograma

EDA – Endoscopia Digestiva Alta

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMC-PSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica

EOE – Estatutos da Ordem dos Enfermeiros

EPE – Entidade Pública Empresarial

et al – e outros

FC – Frequência Cardíaca

HDA – Hemorragia Digestiva Alta

Hg – Hemoglobina

IBP – Inibidores da Bomba de Protões

ITLS – *International Trauma Life Support*

JBI – *Joanna Briggs Institute*

MMPBE - Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PBE - Prática Baseada na Evidência

PCC – Questão de Investigação Relativa a P – população, C – conceito, C – contexto

PIP - Projeto de intervenção profissional

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

Rx – Radiografia

SARS-CoV-2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBAR – *S – Situation; B – Background; A – Assessment; R - Recommendation*

SBV com DAE – Suporte básico de Vida com Desfibrilhador Automático Externo

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SNG – Sonda Naso-gástrica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Serviço de Observação

SPED – Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

SpO2 – Saturação Periférica de Oxigénio

SR1 – Sala de Reanimação 1

SR2 – Sala de Reanimação 2

ST1 – Sala de Tratamentos 1

ST2 – Sala de Tratamentos 2

ST3 – Sala de Tratamentos 3

ST4 – Sala de Tratamentos 4

ST5 – Sala de Tratamentos 5

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUC – Serviço de Urgência Central

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

SWOT – *S – Strengths, W – Weaknesses, O – Opportunities, T - Threats*

TA – Tensão Arterial

TAs – Tensão Arterial Sistólica

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

WHO – *World Health Organization*

## ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	15
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO.....	18
1.1. Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências de June Larrabee...19	
1.2. A Qualidade da Saúde e Segurança dos Cuidados.....	24
1.3. A Pessoa em Situação Crítica com Hemorragia Digestiva Alta: Abordagem Inicial no Serviço de Urgência.....	26
2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO.....	34
2.1. O Centro Hospitalar.....	34
2.2. O Serviço de Urgência Central.....	36
3. ATIVIDADE MAJOR DESENVOLVIDA NO ESTÁGIO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL: PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	43
3.1. Diagnóstico da Situação.....	44
3.2. Definição dos Objetivos.....	46
3.3. Planeamento e Execução das Atividades.....	46
3.4. Avaliação e Resultados.....	54
4. ANÁLISE E REFLEXÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	61
4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre em Enfermagem.....	62
4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica e Competências de Mestre em Enfermagem.....	77
CONCLUSÃO.....	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	92

## INTRODUÇÃO

No âmbito da progressiva aquisição das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Regulamento nº 429/2018, Diário da República, II Série, Nº 135 de 2018-07-16) surge a elaboração deste Relatório de Estágio, na Unidade Curricular Relatório, incorporado no Plano de Estudos do 5º Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica [EEMC-PSC], a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora.

De forma a corroborar a aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica, bem como das competências que conferem o Grau de Mestre, emerge a realização deste documento, no encadeamento da Unidade Curricular Estágio Final. Este apresenta a análise descritiva e crítico-reflexiva do percurso realizado, sendo posteriormente sujeito a provas públicas, sendo que esta análise é fundamentada à luz da mais recente evidência científica, bem como a recurso a documentos oficiais e bibliografia consultada.

O plano de estudos concebe dois momentos de avaliação em estágio de prática clínica, sendo que apenas foi realizado o Estágio Final por ter sido concedida creditação ao estágio designado Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, pela prévia experiência em Cuidados Intensivos.

Para a execução deste Estágio Final selecionámos o Serviço de Urgência Central [SUC] de um Centro Hospitalar da Grande Lisboa, decorrendo no período temporal de 13 de setembro de 2021 a 31 de janeiro de 2022.

Este caminho formativo principiou-se com a realização de um Projeto de Estágio, conforme estipulado no planeamento do Estágio Final (Santiago et al, 2021) onde foram traçados os objetivos a atingir, assim como as atividades e estratégias para os alcançar, de modo ao desenvolvimento e aquisição das competências pretendidas. Foi ainda concebido um Projeto de Intervenção Profissional [PIP] relativo ao tema: “A Pessoa em Situação Crítica com Hemorragia Digestiva Alta: Abordagem Inicial no Serviço de Urgência”. Este surgiu após consulta de protocolos e normas do SUC, bem como a auscultação do Enfermeiro Gestor e orientadores na procura de colaborar na colmatação de uma necessidade de formação em serviço. Relacionado com o PIP foram ainda elaborados outros projetos, nomeadamente um artigo científico, também contemplado no planeamento da unidade curricular.

A hemorragia digestiva alta [HDA] é uma situação que ocorre frequentemente nos serviços de urgência. É uma condição que leva a uma incidência anual de 40-150 casos por 100000 pessoas levando frequentemente ao internamento e com comorbilidades e mortalidades elevadas (Gralnek et al, 2015). Deve-se sobretudo à existência de uma população muito envelhecida com recurso frequente

a antiagregantes, anticoagulantes e toma frequente de anti-inflamatórios não esteroides [AINES] (Gralnek et al, 2015).

A HDA pode ser definida de acordo com Sheehy (2001) como a hemorragia do aparelho digestivo acima do ligamento de Treitz, sendo que se pode apresentar na forma de hematemeses (vômito de sangue com aspeto de “borra de café”), melenas (fezes de cor escura e cheiro fétido), hematoquézias (fezes com sangue vivo/semidigerido), oculta (apenas se confirma com a realização de meio complementar de diagnóstico designado de pesquisa de sangue oculto nas fezes) ou sintomas de anemia sem hemorragia visível (como hipotensão, taquicardia, dor no peito, astenia, palidez, tonturas).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED 2010) “a hemorragia digestiva alta não é por si só uma doença, mas sim uma manifestação clínica de uma doença que pode ser grave e potencialmente fatal” sendo que “a história clínica e o exame objetivo permitem efetuar uma avaliação inicial do tipo de hemorragia, localização mais provável e gravidade clínica”.

A precoce avaliação clínica e estabilização hemodinâmica eficaz e eficiente são fundamentais no prognóstico dos doentes com hemorragia digestiva alta, sendo esta avaliação de extrema importância para determinar o nível de cuidados e a oportunidade de realização da endoscopia.

Neste seguimento têm sido desenvolvidas várias *guidelines* e recomendações para definir padrões de qualidade e melhorar os resultados obtidos.

De acordo com Chapman et al (2019) a abordagem inicial à pessoa com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência torna-se mais eficaz e eficiente se seguir a mnemónica ABCDE pois ordena e sistematiza as intervenções, orienta para a identificação de prioridades, melhora os cuidados prestados e consequentemente os resultados obtidos são os mais adequados para responder às necessidades que a pessoa apresenta, assim como os profissionais envolvidos nesta área de cuidados também prestam um cuidado centrado na pessoa tendo também uma maior satisfação e melhor qualidade de cuidados.

De acordo com o referido anteriormente a realização do PIP bem como todo o processo de aquisição e desenvolvimentos de competências foram sustentadas pelo Modelo para a Mudança da Prática baseada em Evidências [MMPBE] de June Larrabee, assim como pela metodologia de projeto, sendo que ambos os instrumentos se mostram peças fulcrais na investigação em saúde e na Prática Baseada na Evidência [PBE].

Para a concretização deste Relatório foi definido como objetivo geral: explanar de forma pormenorizada as atividades elaboradas durante o Estágio Final, evidenciando a sua relevância na aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica, assim como das competências de Grau de Mestre.

Foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- ✚ Elaborar um enquadramento teórico e conceptual relacionando com o Modelo para a Mudança da Prática Baseadas em Evidências [MMPBE] de June Larrabee;
- ✚ Descrever onde foi realizado o contexto clínico;
- ✚ Expor pormenorizadamente todo o delineamento e execução do PIP com todas as suas etapas;
- ✚ Conceber uma análise fundamentada e crítico-reflexiva de todo o processo de aquisição e desenvolvimentos de competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, assim como das competências de Grau de Mestre.

De forma a melhor estruturar o Relatório Final de Estágio organizámo-lo em quatro capítulos que nos pareceram facilitadores na sua redação e leitura.

No primeiro capítulo optámos por realizar um enquadramento teórico e conceptual onde se faz referência ao MMPBE de June Larrabee (2011), uma menção à qualidade e segurança dos cuidados, assim como uma pesquisa bibliográfica da temática em estudo.

No segundo capítulo elaborámos uma caracterização do Centro hospitalar, bem como do Serviço de Urgência Central, o local onde realizámos o Estágio Final.

No terceiro capítulo abordámos detalhadamente o PIP, explanando todo o seu delineamento e execução, discriminando todas as suas etapas de acordo com Ruivo et al (2010) (diagnóstico da situação, definição de objetivos, planeamento e execução de atividades, avaliação e resultados).

Por fim, no quarto capítulo, concebemos uma análise fundamentada e crítico-reflexiva de todo o processo de aquisição e desenvolvimentos de competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, assim como das competências de Grau de Mestre.

O Relatório termina com a conclusão onde se efetua um balanço global de todo o caminho percorrido ao longo deste Mestrado.

O Relatório de Estágio encontra-se redigido em consonância com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa, assim como da norma de referência bibliográfica *American Psychological Association* [APA] 7ª edição (APA, 2020).

Por forma a respeitar a proteção de dados procurámos ao longo do trabalho não identificar locais e instituições onde decorreu a nossa aprendizagem.

## 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

Como referido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016), cerca de cinquenta por cento dos profissionais de saúde em vários países do mundo são enfermeiros, desta forma a enfermagem torna-se a classe profissional que mais diretamente presta cuidados de saúde em todos os âmbitos.

Todas as ações praticadas pelos enfermeiros no seu dia-a-dia são baseadas no conhecimento que obtêm no seu percurso e sempre na procura dos melhores cuidados que cada pessoa e/ou situação o exige.

Na busca dessa qualidade, os enfermeiros são desafiados a questionar constantemente como obtêm o conhecimento que têm e o que fazem com esse conhecimento adquirido.

Para a enfermagem se poder afirmar como ciência é necessário conhecer a natureza do seu conhecimento, bem como as características que determinam essa perspetiva,

Para um cuidado de enfermagem de qualidade, temos que promover cuidados de saúde holísticos, pois o ser humano deve ser percecionado como um ser funcional e integrado, em que a sua valorização enquanto pessoa é fulcral para ser entendido, assistido, respeitado e nutrido. Necessita de ser compreendido como um todo e não apenas como a soma de várias partes (Watson, 2002).

Numa perspetiva de bem-estar e como uma ciência humana que a caracteriza, a enfermagem pode ser definida como uma disciplina em que existe uma relação de cuidar entre os enfermeiros e os pacientes, sempre orientada para a promoção da saúde e orientada para a prática (Meleis, 2012).

Citando Tomey e Alligood (2002), “a teoria não só é essencial para a existência da enfermagem enquanto disciplina académica, como também é vital para a prática da profissão” (p.17).

Segundo as mesmas autoras (2002), uma teoria é “um grupo de conceitos relacionados que sugerem acções para conduzir a prática” (p. 225), sendo que, e de acordo com as mesmas autoras, “a teoria de enfermagem é um grupo de conceitos relacionados que provêm dos modelos de enfermagem” (Tomey & Alligood, 2004, p.7). Neste sentido podemos afirmar que as teorias funcionam como ferramentas imprescindíveis na prática diária da enfermagem na medida em que “conferem significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos” (Tomey & Alligood, 2004, p.12).

O conhecimento com base na melhor evidência científica é uma ferramenta essencial e determinante que vai auxiliar na tomada de decisões pertinentes e oportunas a cada situação. Todo o processo de planeamento e organização dos cuidados é fundamentado pela aquisição desse conhecimento, como afirmam Tomey & Alligood (2004) “o poder da enfermeira é aumentado através do conhecimento teórico, pois os métodos sistematicamente desenvolvidos orientam o pensamento

crítico e a tomada de decisões na prática profissional e é mais provável que sejam bem sucedidos” (p. 12).

Alligood (2001) reitera que “a teoria ajuda a enfermeira a: organizar, compreender e analisar os dados do doente; tomar decisões sobre as intervenções de enfermagem; planejar o tratamento do doente; prever e avaliar os resultados do tratamento” (p. 19), proporcionando a excelência na prestação de cuidados.

As teorias de enfermagem elevaram a profissão a outro nível pois

(...) o ênfase deslocou-se do enfoque no conhecimento sobre como funcionam as enfermeiras, que se concentrava no processo de enfermagem, para o enfoque no que as enfermeiras sabem e na forma como utilizam o conhecimento para orientar o seu pensamento e a sua tomada de decisão, enquanto se concentram no doente (Tomey et al, 2002, p.17).

Neste entendimento, e sendo o estágio um pilar fulcral na aquisição de competências e prática de enfermagem, revelou-se de fundamental importância o recurso a um referencial teórico que sustentasse a pertinência do projeto de intervenção profissional [PIP] desenvolvido. Consequentemente o referencial teórico considerado o mais adequado foi o Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências de June Larrabee.

### **1.1. Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências de June Larrabee**

O Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências [MMPBE] proposto por Larrabee, pretende mudar o paradigma da prática tradicional que se baseia na experiência, na opinião e no raciocínio fisiopatológico, para uma Prática Baseada na Evidência [PBE] através do desenvolvimento da investigação e do acesso aos seus resultados, incorporando um pensamento crítico, justificando as nossas ações em pesquisas científicas, na investigação e nos resultados obtidos.

Numa busca constante da excelência, tem sido cada vez mais defendida a PBE, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados obtidos nas pessoas em situação de doença.

Podemos inferir que a procura incessante da qualidade em saúde é uma obrigação ética de todos os profissionais de saúde (Larrabee, 2011). A PBE utiliza a prática clínica juntamente com a melhor evidência clínica que advém da pesquisa sistemática, guiando assim a nossa tomada de decisão (Larrabee, 2011).

As funções dos profissionais de saúde são: identificar oportunidades para melhorar a prática utilizando fontes de informação, criar e melhorar os processos de tomada de decisão, conduzir pesquisas clinicamente revelantes, modificar os padrões de cuidados e melhorar a prática (Larrabee, 2011).

Este modelo centra-se na identificação das necessidades dos “*stakeholders*”, ou seja, das pessoas que têm interesse no resultado de uma prática de saúde, e divide-se em seis etapas que possuem uma conjugação de tarefas a realizar:

### **Etapa 1 - Avaliar a necessidade de mudança da prática**

- ✚ Identificar os intervenientes do problema da prática;
- ✚ Colher dados internos sobre a prática, comparar os dados internos com os externos para confirmar a necessidade da sua mudança;
- ✚ Identificar o problema e fazer a ligação do mesmo com as intervenções e os resultados.

### **Etapa 2- Localizar as melhores evidências**

- ✚ Identificar as fontes de evidência, rever os conceitos das pesquisas, planear e conduzir a pesquisa, através de “instrumentos para avaliação crítica de estudos qualitativos e quantitativos, guidelines de prática clínica e revisões sistemáticas.” (Larrabee, 2011, p. 35). Também se pode incluir as tabelas de evidências ou matrizes para organizar os dados sobre os estudos.

### **Etapa 3- Fazer uma análise crítica das evidências**

- ✚ Realizar uma análise crítica dos estudos;
- ✚ Avaliar a força das evidências.

### **Etapa 4: Projetar a mudança da prática**

- ✚ Definir a mudança proposta;
- ✚ Identificar os recursos necessários;
- ✚ Planear a avaliação e a implementação das mudanças.

### **Etapa 5: Implementar e avaliar a mudança da prática**

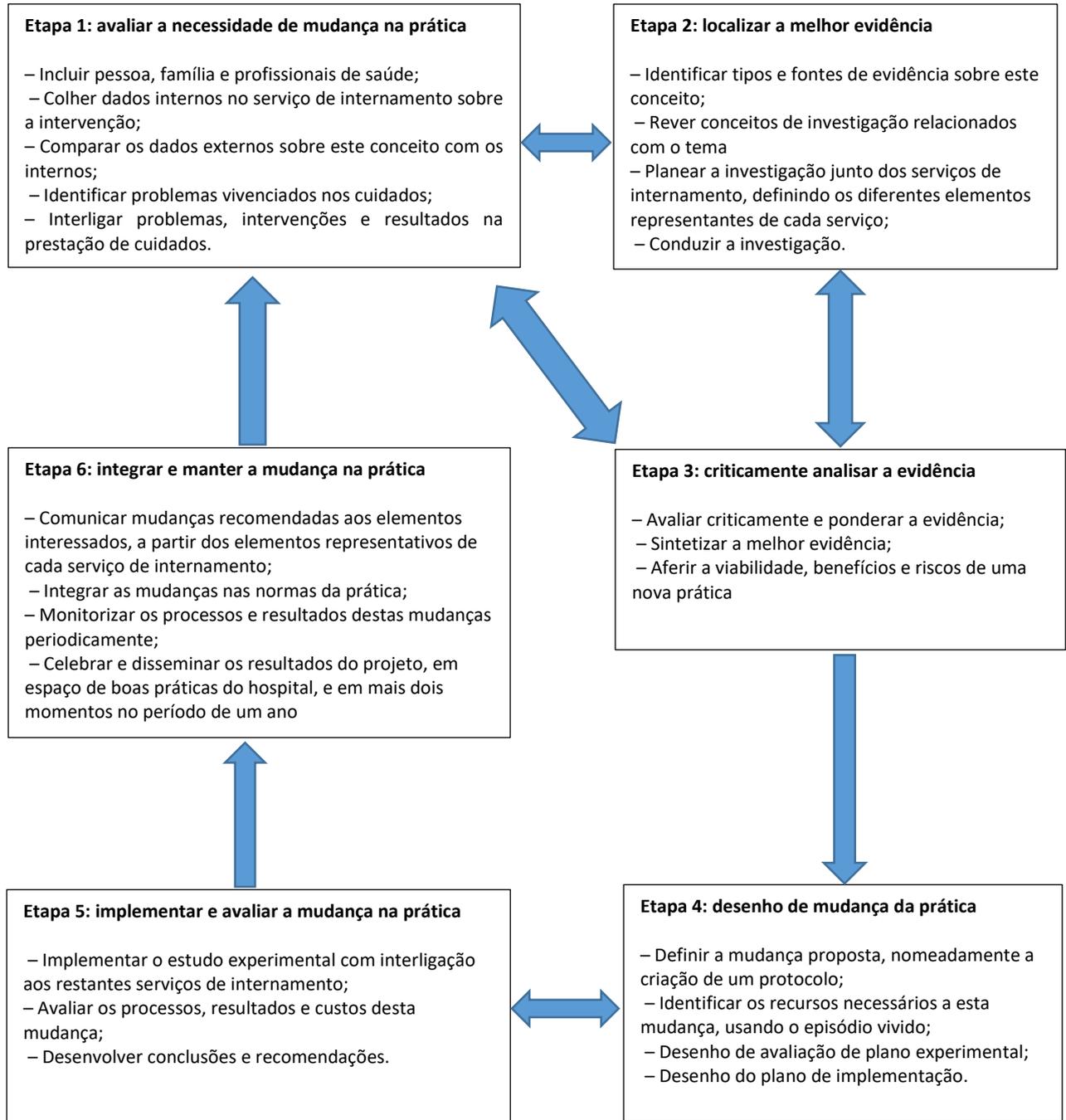
- ✚ Implementar o estudo-piloto;
- ✚ Avaliar o processo, os resultados e os custos;
- ✚ Desenvolver conclusões e recomendações.

### **Etapa 6: Integrar e manter a mudança da prática**

- ✚ Comunicar a mudança;
- ✚ Integrar a nova prática;
- ✚ Executar monitorizações constantes;

Disseminar os resultados do projeto.

Figura 1 – Modelo para a Prática Baseada na Evidência (June H. Larrabee, 2011)



Fonte: Adaptado de Larrabee, 2011

Larrabee (2011) refere que os enfermeiros têm por objetivo principal, fornecer o melhor cuidado à pessoa em situação de doença e para isso deve proceder a atividades que conduzam a mudança

para a prática baseada em evidências, como por exemplo participar em formações/sessões educativas, ler artigos recentes e discuti-los com os seus pares, fazer cursos em áreas de interesse e que suscitem a mudança, de entre outros. Portanto, e de acordo com a mesma autora, devemos ter uma postura de interesse, de mudança de práticas, de necessidade em evoluir e melhorar a qualidade dos cuidados prestados. “Há bons indícios de que a mudança bem-sucedida para a prática baseada em evidências pode melhorar os resultados” (Larrabee, 2011, p. 16).

Assim, quando percebemos que melhoramos a nossa prática, iremos sentir maior satisfação profissional e as instituições têm por obrigatoriedade fomentar, fornecer e motivar para a prática em evidências. Como futuros enfermeiros especialistas temos um importante papel e uma responsabilidade acrescida na mudança de práticas e sobretudo práticas que tenham uma base científica e suportadas em evidências. Devemos adotar uma postura que procure os benefícios da utilização da pesquisa para melhorar o cuidado (Larrabee, 2011).

Os cuidados de enfermagem prestados ao doente crítico exigem “observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.” (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2011b, p.7).

Os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, devem procurar atingir os melhores resultados aceitáveis, satisfazendo os padrões de qualidade na enfermagem: - Na satisfação da pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica ou falência multiorgânica, devemos minimizar o impacto negativo que as mudanças decorrentes do processo de doença acarretam; devemos intervir eficazmente e em tempo útil, vendo a pessoa como um todo e devemos proporcionar uma gestão eficaz da comunicação interpessoal e da informação prestada à pessoa e família que vivencia situações de crise; este é um indicador valioso sobre a qualidade dos cuidados; - Devemos promover a saúde da pessoa que vivencia processos complexos de doença e/ou falência multiorgânica, fornecer informação de modo a potenciar a aprendizagem e aquisição de novas capacidades e fazer a avaliação das mesmas; - Devemos prestar cuidados de modo a prevenir complicações para a saúde, identificando o mais precocemente os problemas, as necessidades e situações de instabilidade, para que consigamos prescrever, implementar e avaliar intervenções.

Os enfermeiros, nomeadamente os enfermeiros especialistas, devem saber como obter, interpretar e integrar a evidência através da investigação com os dados e a avaliação dos doentes.

Este modelo é aqui apresentado com o intuito de promover a mudança para a prática de enfermagem baseada na evidência. Sabe-se que o enfermeiro especialista tem a primazia de liderar, colaborar e promover as intervenções sustentadas em conhecimento, e supervisionar e formar os

pares dos contextos e, deste modo, contribuir para a melhoria da saúde/resultados pessoa em situação de doença. Alertamos que essa melhoria só poderá ser mensurável quando utilizarem sistematicamente uma linguagem padronizada, a devida definição de conceitos e translação dos mesmos para os respetivos contextos, conseguindo a definição de diagnósticos, intervenções e resultados.

Esta teoria é uma teoria de médio alcance que de acordo com Tomey & Alligod (2004) “propõem efeitos menos abstractos do que as grandes teorias e mais específicos para a prática” (p.421) pelo que não apresenta conceitos metaparadigmáticos. Segundo Fawcett (2005) um metaparadigma é definido “como os conceitos globais que identificam os fenómenos de interesse central de uma disciplina, as proposições globais que descrevem os conceitos e as proposições globais que afirmam as relações entre os conceitos”, assim serão usados os referenciados pela Ordem dos Enfermeiros [OE]: saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem aquando da publicação dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em 2001 (OE, 2001).

De acordo com a OE a saúde define-se como: “o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual” (2001, p.8), sendo o “ reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural” (OE, 2001, p.8); a pessoa “é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (OE, 2001, p.8 - 9); o ambiente “é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde” (OE,2001, p.9 - 10); os cuidados de enfermagem baseiam-se na relação do enfermeiro e comunidade em que se encontra inserido e “no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem” OE, 2001, p.10).

## 1.2. A Qualidade da Saúde e Segurança dos Cuidados

A Organização Mundial de Saúde [OMS], constituída a 7 de abril de 1948, definiu o conceito de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1948, p.100). Mais tarde o conceito foi completado sendo que a saúde é um recurso para a vida diária e não o objetivo de vida. É um conceito que evidencia os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, permitindo à pessoa ou comunidade satisfazer as suas necessidades, modificando ou enfrentando o meio onde está inserido (WHO, 1986).

De acordo com a WHO (1948) “usufruir do mais alto padrão de saúde possível é um dos direitos fundamentais de todo o ser humano sem distinção de raça, religião, crença política, condição social ou económica” (p. 100), logo, “a extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos, económicos e sociais é essencial para a plena obtenção da saúde” (p.100).

Atualmente a saúde é cada vez mais entendida numa perspetiva abrangente devido aos contributos da comunidade científica que permitiu estabelecer a ponte entre o saber académico e a prática clínica/política. Esta transposição permite o desenvolvimento de sistemas de saúde que incluam estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença integrando uma visão holística com informação sobre os determinantes da saúde. Assim, é possível a criação e organização de sistemas de saúde que comportam uma prestação dos cuidados adequados à população específica de onde estão inseridos, bem como aos fatores que, num determinado contexto, influenciam a manifestação de doença (Fried et al, 2010).

Os resultados em saúde dependem de vários fatores, designados por determinantes em saúde, sendo eles divididos por Senterfitt, Long, Shih & Teutsch (2013) da seguinte forma: 40% em fatores sociais e económicos, 30% em comportamentos em saúde, 20% em cuidados de saúde e 10% em ambiente físico. De salientar que 70% destes determinantes estão fora da esfera do sector da saúde, o que significa que também devem ser incluídos nos planos e programas que visam a obtenção de ganhos em saúde.

Os Determinantes Sociais em Saúde [DSS] são “as condições em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem e o conjunto mais amplo de forças e sistemas que moldam as condições da vida quotidiana” (WHO, 2020). Estes são “os fatores sociais, económicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população” (Buss & Pellegrini Filho, 2007, p. 78).

Em Portugal, a Constituição da República Portuguesa estabelece, no seu artigo 64.º que “todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover” (Decreto de aprovação da Constituição - Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10, última alteração pela Lei

Constitucional n.º 1/2005 - Diário da República n.º 155/2005, Série I-A de 2005-08-12, em vigor a partir de 2005-08-17, p. 4652). Desta forma, o direito ao cuidado é reconhecido na alínea a) do ponto n.º 3 do artigo 64.º, tendo o Estado sido incumbido de

(...) garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação (...) garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde (...) orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos (Decreto de aprovação da Constituição - Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10, última alteração pela Lei Constitucional n.º 1/2005 - Diário da República n.º 155/2005, Série I-A de 2005-08-12, em vigor a partir de 2005-08-17, p. 4652).

Por tudo o que antecede, Lopes, Mendes, Martins & Ferreira (2015) concluem que “o acesso aos cuidados de saúde constitui-se assim como a forma de o Estado garantir aos cidadãos o direito à saúde” (p.13).

Dando seguimento ao estipulado na Constituição da República Portuguesa, foi publicada a Lei do Serviço Nacional de Saúde de 1979 (Lei n.º 56/79, Diário da República, I Série, N.º 214 de 1979-09-15), que enfatiza os serviços públicos de saúde. A criação do Serviço Nacional de Saúde [SNS], no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, estabelece, no seu artigo 1.º, que o Estado assegura o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição, referindo ainda no artigo 4.º que, “o acesso ao SNS é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, e reger-se-á por normas regulamentares a estabelecer” (Lei n.º 56/79, Diário da República, I Série, N.º 214 de 1979-09-15, p. 2357). Não obstante, acrescenta no seu artigo 7.º que “o acesso ao SNS é gratuito, sem prejuízo do estabelecimento de taxas moderadoras diversificadas tendentes a racionalizar a utilização das prestações” (Lei n.º 56/79, Diário da República, I Série, N.º 214 de 1979-09-15, p. 2357).

Em 2006, a WHO estabeleceu os conceitos básicos da qualidade, ao declarar que os cuidados de saúde devem ser eficazes, eficientes, acessíveis, aceitáveis, centrados no doente, equitativos e seguros, sendo que é entendido como cuidados de saúde de qualidade os que contemplam um elevado grau de excelência profissional, com riscos mínimos e resultados de saúde para os doentes e com eficiência na utilização dos recursos (WHO, 2006). Percecionadas como finalidades fundamentais das políticas de melhoria contínua da qualidade em cuidados de saúde, a WHO aponta a promoção da saúde das populações, a estruturação dos serviços de saúde, a utilização racional e eficiente dos

recursos tanto humanos, físicos como financeiros disponíveis e a garantia da competência profissional prestada aos cidadãos por forma a satisfazer plenamente as suas necessidades (WHO, 2006).

Com o propósito de prestar cuidados de saúde de excelência e individualizados às pessoas, os enfermeiros devem conduzir a sua praxis diária de maneira que estes cuidados surjam no enfoque de uma prática baseada na evidência, pois e como reitera Larrabee, a definição de qualidade

(...) integra os princípios éticos de valor, beneficência, prudência e justiça e quando aplicada ao cuidado de saúde, pode-se inferir que a busca de uma assistência de alta qualidade ou excelente é uma obrigação ética tanto dos enfermeiros como de outros profissionais de saúde (p.15).

Neste entendimento, os princípios de qualidade em saúde segundo Larrabee, vão ao encontro do supracitado.

### **1.3. A Pessoa em Situação Crítica com Hemorragia Digestiva Alta: Abordagem Inicial no Serviço de Urgência**

Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica exigem

(...) observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2011b, p.7).

Toda a busca de conhecimento e evidência científica é ferramenta essencial e determinante que vai dotar o enfermeiro de habilidades intelectuais, possibilitando o planeamento e organização de cuidados de excelência. A pessoa em situação crítica carece de cuidados específicos, contínuos e especializados, sendo necessário aos enfermeiros o desenvolvimento de competências nesta específica área de atuação.

O planeamento adequado e eficaz dos cuidados é pilar fulcral da prática de excelência dos enfermeiros, que recorrendo à identificação precoce dos diagnósticos de enfermagem, reais ou potenciais, estabelecem intervenções dirigidas ao alvo dos seus cuidados, nomeadamente à pessoa em situação crítica que carece de atenção constante e cuidados diferenciados.

Segundo a OE

A 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 (OE, 2018a, p.19362).

A Hemorragia Digestiva Alta [HDA] é uma situação que ocorre frequentemente nos serviços de urgência. É uma condição que leva a uma incidência anual de 40-150 casos por 100000 pessoas (Gralnek et al 2015 47: a1-a46), levando frequentemente ao internamento e com comorbilidades e mortalidades elevadas (idem).

Deve-se sobretudo à existência de uma população muito envelhecida com recurso frequente a antiagregantes, anticoagulantes e toma frequente de anti-inflamatórios não esteroides [AINES] (idem), ideia também reforçada pela Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência, Gastroenterologia e Hepatologia (2010) que enfatiza que “a hemorragia gastrointestinal superior é responsável por aproximadamente 80% de toda a hemorragia digestiva e é a situação de emergência que mais frequentemente ocupa os gastroenterologistas em toda a Europa” (p.26) e a “sua incidência tem aumentado acentuadamente com a idade, sendo superior nas regiões com um consumo excessivo de álcool, de maiores níveis de privação social, maior consumo de anti-inflamatórios e maior prevalência de *Helicobacter pylori*”.

A HDA pode ser definida como o sangramento do aparelho digestivo acima do ligamento de Treitz (Sheehy, 2001, p.581), sendo que se pode apresentar na forma de hematemeses (vômito de sangue com aspecto de “borra de café”), melenas (fezes de cor escura e cheiro fétido), hematoquécia (fezes com sangue vivo/semidigerido), oculta (apenas se confirma com pesquisa de sangue oculto nas fezes) ou sintomas de anemia sem hemorragia visível (como hipotensão, taquicardia, dor no peito, astenia, palidez, tonturas).

De acordo com Campos, Sant’Anna e Cardoso (2018, p.1) as causas mais comuns de HDA são

1. Doença ulcerosa péptica (20%-50%);
2. Varizes esofágicas/gástricas (5%-20%);

3. Laceração de Mallory-Weiss (8%-15%);
4. Erosões esofágicas/gastroduodenais (8%-15%);
5. Esofagite (5%-15%);
6. Malformação vascular (5%);
7. Tumor do trato digestivo superior (2%-4%);
8. Fístula aortoentérica;
9. Causa não identificável (2%-7%);
10. Mais do que uma causa (16%-20%).

Os sintomas que podem indicar a origem da HDA são:

**Tabela 1** – Sintomas sugestivos da origem da HDA

Etiologia	Sintomas
Úlcera péptica	Dor epigástrica que piora ao comer e deitar, perda de peso, náuseas e vômitos
Úlcera esofágica	Odinofagia, refluxo gastroesofágico, disfagia
Síndrome de Mallory-Weiss	Vômitos ou tosse anteriores à hematemese
Varizes esofágicas/gástricas	Icterícia, astenia, hepatomegália, anorexia, distensão abdominal
Malignidade	Disfagia, saciedade precoce, perda de peso involuntária, caquexia

Fonte: Adaptado de Greenberger NJ, Blumberg RS, Burakoff R. 2009.

A HDA pode ser classificada em varicosa e não varicosa como salientam Martins et al (2019), sendo que a úlcera péptica foi identificada pelos mesmos autores como a maior causa do surgimento de HDA não varicosa.

Após a realização da análise de artigos vemos elencada a ideia de que o aumento da HDA não varicosa se deve a inúmeros fatores, como o uso aumentado de AINES e anticoagulantes orais nos idosos, sendo que o aumento de casos de HDA varicosa tem estado associado ao aumento de casos de hepatite C e cirrose, ao aumento do consumo de álcool e ao aumento da esperança média de vida nas pessoas com história de varizes esofágicas (Halland et al, 2010).

Os sinais realçados por Martins et al (2019) como mau prognóstico em caso de HDA, são quando a pessoa apresenta choque ou hipotensão ortostática, coagulopatia associada, imunossupressão, necessidade de múltiplas transfusões, presença de hemorragia grave, instabilidade hemodinâmica,

idade superior a 60 anos com comorbidades associadas, sendo um ponto fulcral na observação a sua deteção precoce. Esta avaliação é de extrema importância pois estas condições podem levar a choque hipovolémico, falência renal aguda, EAM em pessoas com problemas cardíacos e a AVC (Dinesen L., & Benson M., 2012).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED 2010) “a hemorragia digestiva alta não é por si só uma doença mas sim uma manifestação clínica de uma doença que pode ser grave e potencialmente fatal” (par.1) sendo que “a história clínica e o exame objetivo permitem efetuar uma avaliação inicial do tipo de hemorragia, localização mais provável e gravidade clínica” (par.2). A precoce avaliação clínica e estabilização hemodinâmica eficaz e eficiente são fundamentais no prognóstico dos doentes com hemorragia digestiva alta, sendo esta avaliação de extrema importância para determinar o nível de cuidados e a oportunidade de realização da endoscopia.

Neste seguimento têm sido desenvolvidas várias *guidelines* e recomendações para definir padrões de qualidade e melhorar os resultados das pessoas com este tipo de patologia.

A avaliação precoce do risco torna-se o procedimento fulcral no atendimento à pessoa com HDA no serviço de urgência, sendo que os instrumentos de avaliação do risco são aliados fundamentais que auxiliam na identificação das necessidades de intervenção adequadas a cada situação.

Como referenciam Gralnek et al (2021) os instrumentos de avaliação do risco que nos auxiliam nesta identificação são a **Glasgow-Blatchford score** que é um score de avaliação pré-endoscópica que utiliza elementos clínicos e laboratoriais, fazendo a estratificação de risco de necessidade de intervenção endoscópica, a **Rockall score** que utiliza a combinação de elementos clínicos e endoscópicos e prevê o risco de recidiva hemorrágica e a mortalidade, e a **AIMS65 score** que nos ajuda na identificação da necessidade de hospitalização. Há ainda autores que afirmam a necessidade da utilização da **escala de Forrest** durante a realização da endoscopia que avalia a probabilidade de recidiva hemorrágica consoante os achados encontrados (Martins et al, 2019).

Os fatores que assumem maior destaque para que a estratégia diagnóstica e terapêutica seja bem sucedida passam pela estabilização hemodinâmica precoce e adequada, bem como pela colheita de uma história clínica assertiva e dirigida à situação, sendo que a identificação e tratamento apropriados das comorbidades é referido como um passo essencial na consecução dessa estabilização.

Os profissionais do serviço de urgência necessitam efetuar uma abordagem sistematizada e ordenada, determinando as prioridades das suas intervenções, que será facilitada com a utilização da abordagem inicial ABCDE como é enfatizado pelo *The Resuscitation Council UK* (2015) que recomenda esta abordagem quando existe a situação de hemorragia digestiva alta ou a sua suspeita (Chapman et al, 2019, p.53), pois e como referem Carneiro e Maia (2021, p.173) “os sinais e sintomas das

hemorragias digestivas são variáveis, sendo essencial uma correta e sistematizada abordagem do utente”.

A abordagem inicial à pessoa com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência torna-se mais eficaz e eficiente se seguir a mnemónica ABCDE pois como enfatizam Chapman et al (2019), ordena e sistematiza as intervenções, orienta para a identificação de prioridades, melhora os cuidados prestados e conseqüentemente os resultados obtidos são os mais adequados para responder às necessidades que a pessoa apresenta, assim como os profissionais envolvidos nesta área de cuidados também prestam um cuidado centrado tendo também uma maior satisfação e melhor qualidade de cuidados.

A abordagem ABCDE (*A – Airway; B – Breathing; C – Circulation; D – Disability; E – Exposure*) é uma ferramenta primordial pois permite ordenar e sistematizar as intervenções, bem como determinar as prioridades nos cuidados a prestar. Ao seguir um plano estruturado assegura-se um nível de cuidados ótimo.

A abordagem inicial tendo em linha de conta os princípios ABCDE é efetuada seguindo os seguintes passos:

### **A – Airway**

- ✓ Assegurar a permeabilidade da via aérea (garantindo o acesso rápido a material para aspiração da via aérea);
- ✓ Proceder a entubação orotraqueal [EOT] se hemorragia de alto débito ou Glasgow <8;
- ✓ Posicionamento em semi-fowler ou decúbito lateral esquerdo (Chapman et al, 2019).

### **B – Breathing**

- ✓ Potenciar a oxigenação recorrendo a cânula binasal ponderando a EOT se for necessário um maior aporte de oxigénio (Chapman et al, 2019).

### **C – Circulation**

- ✓ Avaliação e monitorização contínuas de: tensão arterial [TA], frequência cardíaca [FC], traçado cardíaco [ECG], oximetrias periféricas [SpO<sub>2</sub>], estado de consciência, diurese ( $\geq 0,5$ ml/Kg/h), cor e temperatura da pele, quantidade e características das perdas hemáticas, sendo que em casos de falência multiorgânica a pessoa com HDA deve ser monitorizada de forma contínua e invasiva numa unidade de cuidados intensivos [UCI] (Chapman et al, 2019).
- ✓ Assegurar dois acessos venosos de grande calibre de modo a efetuar correção da hipovolémia com fluidos, sendo Martins et al (2019) reconhecem evidência científica

na melhoria dos resultados quando são associados a medicamentos vasopressores, procedendo também à colheita de sangue para análises e tipagem (hemograma, bioquímica, coagulação), (Chapman et al, 2019; Martins et al, 2019).

- ✓ Garantir a perfusão de órgãos vitais a um nível ótimo com fluidoterapia (cristaloides) para manter tensão arterial sistólica [TAS]  $\geq 90$ mmHg (Martins et al, 2019); com hemoderivados se hemoglobina [Hg]  $\leq 7$ g/dl (manter Hg 7-9 g/dl) pois é de referir a concordância de todos os artigos analisados que se deve optar por uma abordagem restritiva na administração de transfusões devido aos efeitos adversos que podem ocorrer como a falência multiorgânica, infecções, recidiva hemorrágica e morte; com plasma e/ou plaquetas se coagulopatia ou trombocitopenia.
- ✓ Também importante a administração de terapêutica farmacológica que possa atuar como adjuvante na abordagem e tratamento da pessoa com HDA, como é o caso dos inibidores da bomba de prótons [IBP] em que é recomendada a sua utilização logo na abordagem inicial prévia à eventual necessidade de realização de endoscopia digestiva alta [EDA], ou dos procinéticos pré-EDA (eritromicina) que facilitam a realização da mesma devido à sua atuação na melhoria da visualização do campo endoscópico (Chapman et al, 2019; Martins et al, 2019).
- ✓ De salientar que Ahmed A., & Stanley A. J. (2012) demonstram que é aconselhável o uso de antibioterapia profilática em casos de suspeita de HDA de origem varicosa bem como o uso de vasopressores (terlipressina) pré-EDA.
- ✓ Quanto à colocação de sonda nasogástrica [SNG] foram identificados pontos de vista contraditórios, por um lado Pedroto & Magro (2010) recomendam a sua colocação justificando que é benéfica para detetar presença de sangue determinando a gravidade da hemorragia e para prevenir aspiração de conteúdo gástrico para a via aérea, outros autores desaconselham totalmente a sua colocação pelos efeitos adversos que comporta (dor, epistaxis e a impossibilidade de aspiração de coágulos dado o calibre das SNG) (Gralnek et al, 2021).

### D – Disability

- ✓ Avaliar alterações do estado de consciência utilizando a **escala de avaliação de Glasgow**, procurando sinais de hipoperfusão, hipoxia cerebral e encefalopatia hepática (alterações neurológicas) (Chapman et al, 2019).

✚ E – *Exposure*

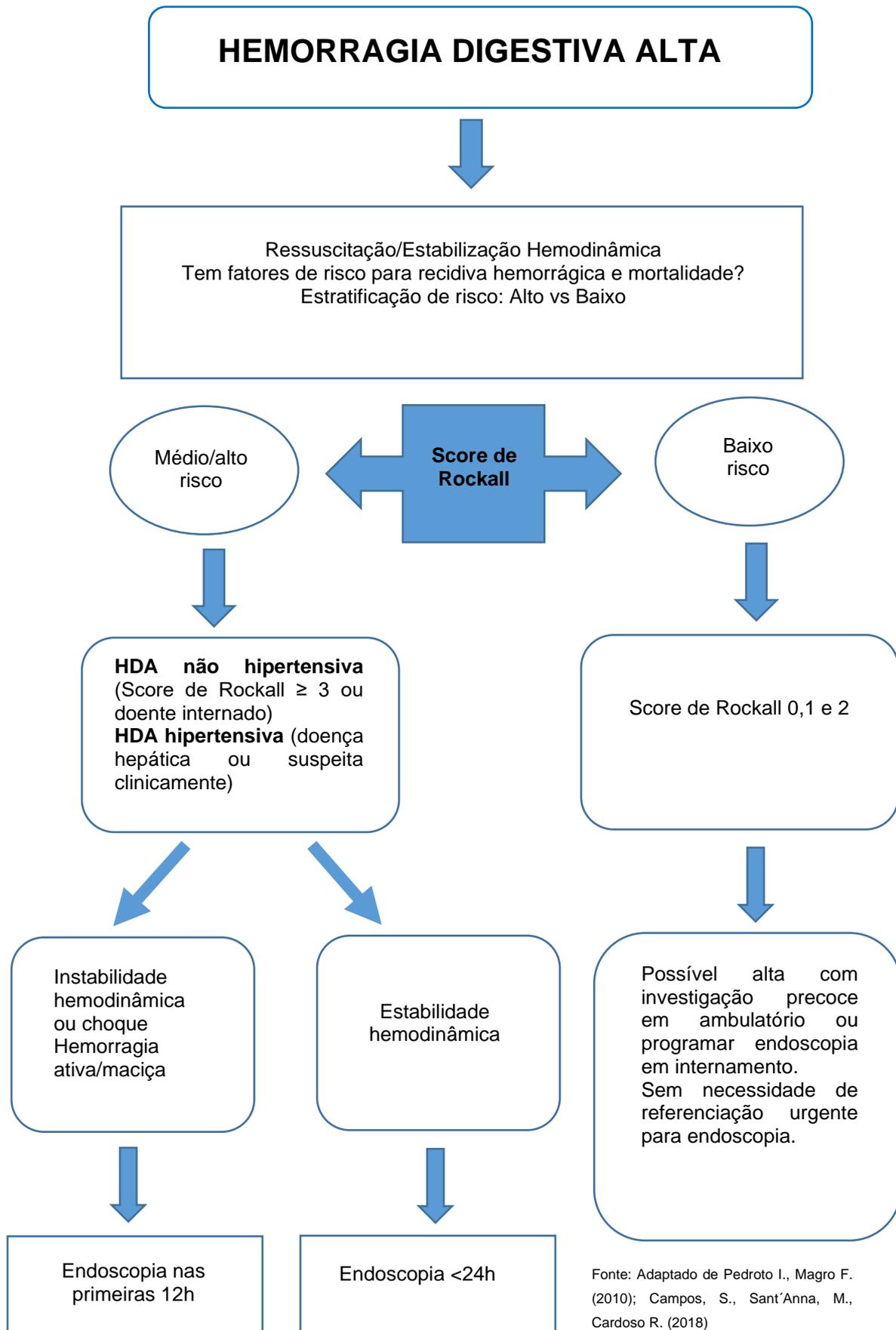
- ✓ É de extrema importância a manutenção da temperatura corporal (prevenção da hipotermia), a detecção precoce de sinais de instabilidade hemodinâmica (temperatura e cor da pele) tendo em consideração os indícios que nos levem a identificar a etiologia da HDA (Icterícia, circulação colateral, ascite, aranhas vasculares, edemas) (Chapman et al, 2019).
- ✓ Após a estabilização hemodinâmica e identificada a possível causa da HDA (com base na história clínica a sinais e sintomas que a pessoa apresenta), de acordo com Dinesen & Benson (2012) e Martins et al (2019) procede-se à referência para a possível realização de EDA que consoante o especificado nos estudos é o método mais sensível e específico para identificar a causa de HDA e proceder ao seu tratamento.
- ✓ Neste seguimento é necessário garantir o jejum da pessoa com HDA bem como proceder à transmissão eficaz e eficiente de todos os acontecimentos (Chapman et al 2019). No entendimento destes autores esta passagem de informação é efetuada de forma segura se os profissionais de saúde utilizarem o sistema SBAR (S – *Situation* - uso de uma frase concisa do problema; B – *Background* – uso de detalhes e informações pertinentes à situação; A – *Assessment* – avaliação das análises e opções consideradas; R – *Recommendation* – ação recomendada para a situação) (Institute for Healthcare Improvement. SBAR tool: situation – backagroung – assessment – recomendation. 2018).

Como mencionam Dinesen & Benson (2012) a abordagem inicial estruturada tem como objetivos e prioridades a ressuscitação e estabilização hemodinâmica da pessoa que se apresenta no serviço de urgência com história de HDA, a estratificação da gravidade da hemorragia, a identificação precisa do local da hemorragia e a hemostase da hemorragia.

De modo que esta abordagem seja eficaz será necessário proceder a uma colheita de dados completa e adequada de modo a efetuar uma história clínica precisa tendo em linha de conta os sinais e sintomas, as comorbilidades associadas, a existência de história prévia de HDA, a terapêutica habitual e a presença de sinais e sintomas de doença hepática (Laine & Jensen 2012).

Esta abordagem encontra-se esquematizada na figura 2.

Figura 2 - Esquematização da abordagem inicial à pessoa com HDA



## 2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

A prática clínica em Enfermagem reveste-se de extrema importância na medida em que desde o seu início enquanto profissão fazem parte do seu currículo e estrutura, como componente prática que consolida a teoria apreendida em momentos formativos. Neste entendimento pode-se afirmar que “o estágio de um estudante numa unidade hospitalar constitui um marco fundamental na sua formação” (Macedo, 2004).

O Enfermeiro que apenas é detentor de pensamento teórico não se torna competente no exercício da sua praxis diária pois e como reiteram Esteves, Cunha, Bohomol & Negri (2018) o ensino clínico “possibilita a ressignificação dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso, fomentando o desenvolvimento da capacidade de identificar problemas, de analisar criticamente os fatores que compõem a situação vivenciada e de propor soluções pautadas em referenciais da área” possibilitando “o desenvolvimento do raciocínio crítico, de habilidades de comunicação, liderança e tomada de decisões” capacitando-se para uma prática baseada na evidência.

### 2.1. O Centro Hospitalar

Em março de 2008, foi criado este Centro Hospitalar por Decreto-Lei (Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados de Saúde 2020, site institucional do centro hospitalar que não se enumera pela lei da proteção de dados), como resultado da fusão de dois hospitais com uma importância histórica muito elevada. Neste sentido “o Centro Hospitalar (...) firmou-se como uma reputada instituição de prestação de cuidados de saúde, cuja marca é unanimemente reconhecida, nacional e internacionalmente, pela sua confiança e credibilidade” (Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados de Saúde 2020, site institucional do centro hospitalar que não se enumera pela lei da proteção de dados).

Esta instituição encontra-se localizada na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, sendo que a sua área de influência direta abrange cerca de 218.696 habitantes, que se encontram distribuídos pelo concelho de Lisboa (Plano de atividades e Orçamento 2021, p. 5-6).

De acordo com o seu site institucional, “o (...), enquanto estabelecimento hospitalar público, geral, central e altamente diferenciado em tecnologias e saberes, presta cuidados de saúde ao cidadão dentro da sua capacidade e no âmbito da sua responsabilidade” (Site institucional – Missão e valores).

No mesmo site pode-se ainda verificar que

(...) No cumprimento da sua missão, o (...) e os seus profissionais partilham os seguintes valores e princípios:

- a) Serviço público com primado no doente;
- b) Respeito pela dignidade humana, pela diversidade cultural e religiosa e pelos direitos dos doentes;
- c) Equidade do acesso a cuidados de saúde;
- d) Rigor, integridade e responsabilidade;
- e) Elevados padrões de humanização, de competência técnica e científica dos serviços prestados;
- f) Cultura institucional e espírito de equipa;
- g) Ambição empenho na melhoria contínua da qualidade;
- h) Valorização, motivação e envolvimento dos profissionais;
- i) Desempenho e sustentabilidade;
- j) Responsabilidade social e ambiental;
- k) Respeito pelos princípios éticos e deontológicos na actividade assistencial, formação pré e pós graduada e investigação.

É ainda de salientar que este Centro Hospitalar “privilegia a qualidade e segurança dos actos clínicos que pratica, a inovação dos seus processos gestionários, a excelência e competitividade nos serviços prestados, a sustentabilidade e criação de valor da sua actividade” (Site institucional – Missão e valores).

No que respeita aos cuidados de saúde prestados o Centro Hospitalar oferece uma vasta panóplia de serviços especializados e diversificados que abrangem a área de ambulatório (consulta externa, hospitais de dia, cirurgia de ambulatório e meios complementares de diagnóstico e terapêutica), internamentos em diversas especialidades e urgência (Site Institucional - Plano de atividades e Orçamento 2021, p.6).

## 2.2. O Serviço de Urgência Central

O Serviço de Urgência Central [SUC] deste Centro Hospitalar e, num episódio de urgência, pode ser considerado como o primeiro acesso aos cuidados de saúde na instituição, sendo que “tem por objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar” (ACSS, RT 11/2015, p. 1).

De acordo com o explanado no Artigo 1º do Diário da República – I Série – B – Nº55 – 6 de Março de 2002 os serviços de urgência [SU] são classificados como “serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objectivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas”, sendo que no mesmo artigo se pode ler que “consideram-se situações de urgência e emergência médicas aquelas cuja gravidade, de acordo com critérios clínicos adequados, exijam uma intervenção médica imediata” (p. 1865).

Para potencializar e organizar o atendimento destas situações de urgência e emergência, foi criado em Portugal o Sistema Integrado de Emergência Médica [SIEM] em que a sua estrutura é determinada “ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência [SU]” e tem como funções estabelecer “padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação”(Despacho nº 10319/2014, do Diário da República, 2ª Série – Nº153 – 11de agosto de 2014, Artigo 1º, p. 20673).

Desta forma a rede de SU engloba três nomenclaturas consoante o nível crescente de recursos e a capacidade de resposta às várias valências. Esta classificação divide-se em:

- ✚ Serviço de Urgência Básico [SUB] que se considera “o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, de maior proximidade das populações, e constituem um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência” (Despacho nº 10319/2014, do Diário da República, 2ª Série – Nº153 – 11de agosto de 2014, Artigo 1º, p. 20673).
- ✚ Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico [SUMC] que é classificado como o “segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados” (Despacho nº 10319/2014, do Diário da República, 2ª Série – Nº153 – 11de agosto de 2014, Artigo 1º, p. 20673).
- ✚ Serviço de Urgência Polivalente [SUP] que se define como “O SUP é o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área” definindo-se para Portugal Continental “uma

rede com cerca de 10 a 13 SUP, segundo um rácio de um SUP por cada 750.000 — 1.000.000 habitantes”. Ainda a salientar que “o SUP tem uma VMER em gestão integrada, em que a equipa, para além de assegurar a atividade pré-hospitalar, participa na prestação de cuidados ao doente crítico no Serviço de Urgência da Unidade de Saúde” e que “devem existir SUP dedicados ao doente politraumatizado, designados por Centro de Trauma [CT]” (Despacho nº 10319/2014, do Diário da República, 2ª Série – Nº153 – 11 de agosto de 2014, Artigo 1º, p. 20674).

Sendo assim o SU deste Centro Hospitalar é classificado como SUP, concomitantemente como Centro de Trauma [CT] visto que realiza o atendimento e tratamento da pessoa vítima de trauma grave, tendo adotado também, como parte das recomendações da Direção Geral de Saúde [DGS], formas de atendimento rápido e diferenciado dando resposta a situações específicas, como a Via Verde AVC, a Via Verde Trauma, a Via Verde Coronária e a Via Verde Sepsis.

Atualmente a equipa de enfermagem do SUC é constituída por 127 enfermeiros que desempenham funções nos vários setores existentes. Encontram-se distribuídos por cinco equipas que funcionam em *roulement* e uma equipa de apoio nas manhãs, sendo coordenados pelo Enfermeiro Gestor e Enfermeira Coordenadora. Esta equipa de enfermagem é dotada de profissionais altamente especializados que dão resposta às situações urgentes e emergentes com que são confrontadas na sua praxis diária, pois adquiriram competências específicas nas constantes especializações, pós-graduações e mestrados nas diversas áreas que foram efetuando, o que lhes garante uma excelência de cuidados à pessoa em situação crítica.

Ao SUC podem recorrer todas as pessoas que necessitem de cuidados emergentes e inadiáveis, especializados, que sejam da área de influência do Centro hospitalar, a nível nacional e até dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa [PALOP].

Ao longo dos diversos anos e de forma a colmatar as exigências da população, acompanhando a evolução tecnológica, o SUC tem sofrido diversas alterações na sua estrutura e organização física.

Recentemente, no contexto da pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2, responsável pela doença Covid-19, foi criada uma estrutura denominada “Admissão de Doentes Respiratórios” [ADR] reservada ao atendimento, triagem e tratamento de doentes com suspeita ou diagnóstico de infeção por SARS-CoV-2, que mobilizou uma parte importante de recursos humanos e materiais.

O SUC encontra-se dividido em duas grandes áreas: o ambulatório e o internamento.

A área de ambulatório diz respeito a todos os circuitos do SUC, desde a sua admissão, observação médica, salas de tratamentos e exames complementares de diagnóstico. Esta área encontra-se estruturada da seguinte forma:

- ✚ **ADR:** no âmbito da pandemia provocada pela infeção a SARS-CoV-2 e no respetivo plano de contingência do centro hospitalar, foi criada uma estrutura amovível no exterior do SUC, denominada ADR. Esta estrutura encontra-se direcionada para o atendimento, triagem, diagnóstico e tratamento de pessoas com suspeita ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2. É composto por dois espaços distintos:
  - ✚ **Triagem do ADR:** espaço com 6 boxes onde são admitidas, feita triagem e observadas pela equipa médica e de enfermagem as pessoas que recorrem a este espaço. Após a colheita de dados pessoais, informação sobre a história da doença atual e avaliação de sinais vitais, a equipa médica e de enfermagem decide sobre o destino da pessoa em situação de doença, que será a alta para o exterior em caso de ausência de necessidade de internamento ou vigilância; o desvio para o sector do SUC externo ao ADR em caso de necessidade de prossecução de observação médica, se sem presunção de infeção por SARS-CoV-2 ou após realização de teste de antigénio (com resultado negativo), ou o desvio para a área de internamento do ADR em caso de necessidade de observação médica, perante a presença de sintomas respiratórios (dispneia, tosse, febre) impossíveis de excluir infeção por SARS-CoV-2. Na triagem do ADR são colhidos exsudados nasofaríngeos com recurso a testes de antigénio e a testes de RT-PCR.
  - ✚ **Internamento do ADR:** espaço composto por 8 quartos individuais e 17 boxes, com possibilidade de monitorização de sinais vitais.
  
- ✚ **Triagem:** constituída por três postos de triagem onde se realiza a *Triagem de Manchester* (implementada desde 2003) e após a mesma, é realizado o encaminhar da pessoa para o respetivo setor onde será avaliado.
- ✚ **Reanimação:** composta por duas salas (SR1 e SR2) com capacidade para três pessoas. Dispõe de três unidades (que incluem capacidade para ventilação mecânica invasiva), dotadas de todo o material necessário para abordar situações emergentes e urgentes.
- ✚ **Sector de Medicina-Laranjas:** constituído por uma sala de tratamentos (ST1), três gabinetes médicos e uma sala de espera, para onde são encaminhadas as pessoas triadas de Laranja para observação pela equipa de Medicina.

- ✚ **Sector de Medicina-Amarelos:** constituído por uma sala de tratamentos (ST2), seis gabinetes médicos e uma sala de espera, para onde são encaminhadas as pessoas triadas de Amarelo para observação pela equipa de Medicina.
- ✚ **Sector de Medicina-Verdes/Azuis:** atualmente desativado no contexto do plano de contingência para a infeção SARS-CoV-2. É constituído por uma sala de tratamentos (ST4), cinco gabinetes médicos e uma sala de espera, para onde eram encaminhadas as pessoas triadas de Verde ou Azul para observação pela equipa de Medicina.
- ✚ **Sector de Cirurgia:** constituído por uma sala de tratamentos, um gabinete médico de Cirurgia Geral e dois gabinetes médicos de Ortopedia, duas salas de pequena cirurgia e uma sala de espera, para onde são encaminhadas as pessoas triadas de qualquer cor para observação pela equipa de Cirurgia Geral, Ortopedia ou outra especialidade cirúrgica.
- ✚ **Sala de tratamentos de aerossóis (ST3):** atualmente desativada no contexto do plano de contingência para a infeção SARS-CoV-2. Previamente, era o sector destinado a receber pessoas com dispneia (com SpO<sub>2</sub> ≤ 94% avaliada na triagem) ou com patologia alérgica que pode comprometer a via aérea, estando em observação pela equipa de Medicina. Atualmente é utilizada como sala de espólio e para a colheita de exsudados nasofaríngeos para a pesquisa de SARS-CoV-2.
- ✚ **Uma sala de espera para a realização de exames (análises, RX e ECG):** circuito comum a todas as pessoas inscritas no SUC.
- ✚ **Urgência de Psiquiatria:** sector constituído por uma sala de tratamentos (ST5), dois gabinetes médicos e uma sala de observação.
- ✚ **Urgência de Oftalmologia/Otorrinolaringologia:** atualmente desativada no contexto do plano de contingência para a infeção SARS-CoV-2. Sector constituído por uma sala de tratamentos (ST6), dois gabinetes médicos (um para cada especialidade) e uma sala de espera. Atualmente a observação de pessoas com patologia urgente do foro da Oftalmologia e Otorrinolaringologia é realizada nos respetivos serviços, externos ao SUC.
- ✚ **Sala de isolamento:** atualmente desativada no contexto do plano de contingência para a infeção SARS-CoV-2. Sala localizada na sala de espera do Sector de Medicina-Amarelos para onde eram encaminhadas as pessoas com patologia - diagnosticada ou suspeita - com alto risco de contaminação (por exemplo, tuberculose pulmonar).
- ✚ **Balcões administrativos:** onde são realizados procedimentos administrativos (admissão, saída, pagamento de taxas moderadoras, emissão declarações, entre outros).

O percurso habitual de cada pessoa no SUC *nesta área* é:

- ✚ Triagem;
- ✚ Espera para observação médica;
- ✚ Observação médica;
- ✚ Realização de exames;
- ✚ Prestação de cuidados de enfermagem;
- ✚ Espera pelos resultados dos exames complementares de diagnósticos realizados;
- ✚ Reavaliação médica e consequente destino: alta, reavaliação posterior, avaliação por outra especialidade médica, internamento, entre outras;
- ✚ Em todas as fases de permanência da pessoa em situação de doença no SUC o enfermeiro assume um papel de vigilância, monitorização, supervisão e comunicação, bem como dos acompanhantes alocados ao respetivo sector onde se encontra destacado.

Após avaliação médica, os principais destinos das pessoas avaliadas em ambulatório são:

- ✚ Internamento em serviço hospitalar no Centro Hospitalar;
- ✚ Internamento na área de internamento do SUC – Serviço de Observação [SO];
- ✚ Transferência para outra unidade hospitalar externa ao Centro Hospitalar;
- ✚ Alta para exterior.

A área de internamento é constituída pelo SO, com capacidade fixa para dezasseis pessoas em cama e capacidade expansível para pessoas em maca, onde poderão estar pessoas internadas de todas as especialidades.

As especialidades mais frequentes com pessoas internadas são: Medicina e Cirurgia Geral. Além destas especialidades, existem habitualmente internamentos ao cuidado da Ortopedia, Cirurgia Plástica, Neurocirurgia, Neurologia, Cirurgia Vasculuar, Cirurgia Cardiorácica, Cardiologia e menos frequentemente, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Nefrologia, Estomatologia e Dermatologia. Estas especialidades, ao contrário da Medicina e da Cirurgia Geral, não se encontram fisicamente e em permanência no SO. Para a sua avaliação, é necessário o contacto entre as equipas médicas responsáveis.

No SO existem dois balcões ocupados em permanência (24 horas/dia) por médicos de duas especialidades: a Medicina e a Cirurgia Geral.

À equipa de Medicina cabe a prestação de cuidados médicos às pessoas internadas com patologia do foro médico - por exemplo, com disritmias, falência orgânica (cardíaca, respiratória, renal, entre outras), alterações hidroelectrolíticas e metabólicas bem como outras patologias médicas.

À equipa de Cirurgia Geral cabe a prestação e gestão de cuidados médicos às pessoas internadas com patologia do foro cirúrgico e traumático (por exemplo, com apendicite, colecistite, oclusão intestinal, politraumatizados, entre outros). Cabe também à equipa de Cirurgia Geral realizar a articulação com outras especialidades (normalmente cirúrgicas) de acordo com as necessidades (por exemplo, num politraumatizado com um traumatismo crânio-encefálico, a Cirurgia Geral solicita o apoio e observação da Neurocirurgia; com traumatismo facial, a Cirurgia Geral solicita o apoio e observação da Cirurgia Plástica).

Qualquer especialidade médica articula-se com outra especialidade médica, de acordo com as necessidades pessoas internadas ao seu cuidado.

A admissão de internamentos em SO implica uma vigilância rigorosa do ponto de vista neurológico e hemodinâmico. Em cada unidade existe: um monitor de sinais vitais que realiza a leitura de ECG, determinação da frequência cardíaca, tensão arterial (invasiva e não invasiva), SpO2 e outros parâmetros relevantes; seringas e bombas infusoras, de acordo com a necessidade; material de aspiração; adjuvantes básicos da via aérea e material de punção de acessos venosos periféricos.

No balcão central do SO, devidamente acondicionado, encontra-se praticamente todo o material necessário para a prestação de cuidados neste sector. Neste local existem também dois equipamentos dispensadores de medicação (*Pyxis*).

Habitualmente, antes da admissão pessoas em SO, são realizados exames complementares de diagnóstico, contudo estes podem ocorrer só após a sua admissão neste setor.

Relativamente à equipa de enfermagem no SO, esta é constituída por cinco enfermeiros em cada turno que prestam cuidados a todas as pessoas internadas neste sector. Um enfermeiro é o coordenador de SO (distribui e coordena os outros elementos da equipa, organiza e gere a capacidade de ocupação do SO e adota todas as medidas de gestão para o correto funcionamento do sector), um enfermeiro é responsável pelas transferências (acompanha, em caso de necessidade, pessoas para outros serviços intra e extra-hospitalares ou na realização de exames. Além deste tipo de atividade, este enfermeiro é também responsável pela prestação de cuidados de enfermagem às pessoas que ficam em macas), e os restantes três enfermeiros são responsáveis pela prestação de cuidados de enfermagem às pessoas distribuídas entre as camas 1 e 16.

O SO é um setor cujo propósito é acolher, estabilizar, tratar e preparar a pessoa em situação de doença para o seu destino (alta, internamento, procedimento cirúrgico ou outros). Não deve ser, por regra, um local onde a pessoa permaneça internada mais do que 24 horas.

Durante o internamento em SO, é fornecida dieta às pessoas internadas, habitualmente ligeira, de acordo com a sua necessidade/preferência, e em caso de não existir nenhuma contraindicação (por situação médica ou por pausa alimentar necessária para a realização de exames complementares de diagnóstico).

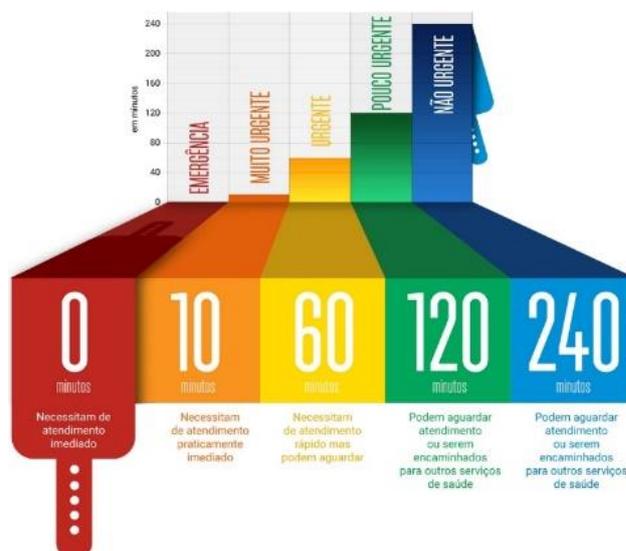
Após avaliação médica, os principais destinos das pessoas internadas em SO são:

- ✚ Internamento em serviço hospitalar no Centro Hospitalar;
- ✚ Transferência para outra unidade hospitalar externa ao Centro hospitalar;
- ✚ Transferência para bloco operatório;
- ✚ Alta para exterior (domicílio ou instituição privada).

Desde fevereiro de 2003, foi adotado no SU, nos postos de triagem, o protocolo de Triagem de Manchester, protocolo este que se classifica, segundo o Grupo Português de Triagem como “um método de triagem fornece ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas” (Grupo Português de Triagem).

Existem 52 fluxogramas baseados nas queixas da pessoa que está a ser triada e que contemplam a maioria das situações apresentadas nos serviços de urgência. A triagem de Manchester abrange a atribuição de 5 prioridades: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. Os tempos alvo previstos para o atendimento encontram-se evidenciados na figura seguinte:

**Figura 3** – Triagem de Manchester, cores e tempos de espera



Fonte: <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>

### 3. ATIVIDADE *MAJOR* DESENVOLVIDA NO ESTÁGIO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL: PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Integrado na Unidade Curricular Estágio Final, do 5º curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica, foi desenvolvido um projeto de intervenção profissional seguindo a metodologia de projeto (Apêndice II).

O tema definido foi “A Pessoa em Situação Crítica com Hemorragia Digestiva Alta: Abordagem Inicial no Serviço de Urgência” tendo sido elaborado em contexto de estágio no Serviço de Urgência Central de um Centro Hospitalar da Grande Lisboa.

O termo **pro-jec-to |ét|** deriva do latim (*projectus, -us*, ação de se estender) e é definido como “aquilo que alguém planeia ou pretende fazer, esboço de trabalho que se pretende realizar” (in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2021).

A Metodologia de Projeto tem como finalidade primordial a resolução de problemas identificados que proporciona uma mudança na atuação. Leite e Ribeiro dos Santos (2001) afirmaram que: “a Metodologia do Trabalho de Projecto centra-se na resolução de problemas, assume uma dinâmica entre a teoria e a prática (...). Integra conhecimentos adquiridos e desencadeia a aquisição de novos saberes e experiências” (p. 1).

O projeto de intervenção profissional [PIP] teve como meta identificar as necessidades da equipa de enfermagem sobre o tema selecionado, tendo em vista o aperfeiçoamento dos cuidados prestados e os resultados obtidos da pessoa em situação crítica.

Com este projeto pretendeu-se contribuir para a prática segura e eficaz dos cuidados de enfermagem diários à pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta, tendo sempre em linha de conta que a atuação do enfermeiro é pilar fulcral na obtenção dos melhores cuidados a prestar.

O projeto de intervenção foi formulado de acordo com as fases de metodologia de projeto (elaboração e diagnóstico da situação; planificação das atividades, meios e estratégias; execução das atividades planeadas; avaliação; divulgação dos resultados obtidos).

### 3.1. Diagnóstico da Situação

Na Metodologia de Projeto o diagnóstico da situação corresponde à primeira etapa, em que se pretende caracterizar a realidade onde se pretende efetuar a mudança, tendo em conta as necessidades assinaladas (Ruivo et al, 2010). Sendo um processo “dinâmico, no qual a caracterização da situação é contínua, permanente e com atualizações constantes” (Ruivo et al, 2010, p.10), torna-se de extrema importância que seja executado de forma célere possibilitando a efetivação de soluções adequadas e exequíveis (Ruivo et al, 2010).

Esta primeira etapa pode ser correlacionada com a etapa 1 do MMPBE de June Larrabee em que se pretende avaliar a necessidade de mudança na prática, devendo-se incluir nesta avaliação as pessoas em situação de doença, a família e profissionais de saúde, colhendo dados internos e externos que confirmam a necessidade de mudança da prática, identificando a problemática onde se pretende intervir (Larrabee, 2011).

Neste entendimento, procedemos nos primeiros turnos do estágio a uma entrevista exploratória ao Enfermeiro Gestor do SUC de modo a identificar a necessidade formativa da equipa, que conforme explanam Ruivo et al (2010) “é um meio bastante utilizado para recolha de informação, opiniões ou de necessidades” (p.14).

Por conseguinte e durante o estágio, após consultar os Enfermeiros Orientadores, bem como a observação das práticas desempenhadas pela equipa de enfermagem e das normas e protocolos existentes, que de acordo com Ruivo et al (2010) “à utilização dos métodos está implícita a observação do contexto e das pessoas, todos os intervenientes e atividades, sendo o ponto de partida para a sua correta e fiável utilização” (p.13), surgiu a identificação da abordagem inicial à pessoa com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência, como o tema a abordar, sendo que se justificou ainda mais a sua escolha após a elaboração da análise *SWOT*, que se encontra esquematizada na figura 4.

Figura 4 – Análise SWOT

	FATORES POSITIVOS	FATORES NEGATIVOS
AMBIENTE INTERNO	<p><b>S Strengths (Forças)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Interesse da chefia / orientador</li> <li>✓ Bom ambiente e espírito de equipa entre enfermeiros</li> <li>✓ Presença de peritos na equipa de enfermagem</li> <li>✓ Baixo custo</li> </ul>	<p><b>W Weaknesses (Fraquezas)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Desatualização acerca da temática</li> <li>✓ Inexistência de uma instrução de trabalho adequada</li> <li>✓ Existência de enfermeiros com poucos anos de experiência no serviço</li> </ul>
AMBIENTE EXTERNO	<p><b>O Oportunities (Oportunidades)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Uniformizar os cuidados prestados em situação emergente</li> <li>✓ Melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica</li> <li>✓ Crescimento pessoal e profissional da equipa de enfermagem</li> <li>✓ Existência de <i>guidelines</i> / evidência sobre a temática</li> </ul>	<p><b>T Threats (Ameaças)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Resistência da equipa à mudança de comportamentos / rotinas</li> <li>✓ Necessidade de aprovação externa da instrução de trabalho</li> </ul>

Fonte: Elaborada pela própria

A análise *SWOT* pode ser considerada um instrumento de planeamento estratégico utilizada para avaliar diferentes cenários e “baseia-se num exercício de ordenamento através de um quadro, subdividido em quadrantes, sendo este constituídos pelas fraquezas, ameaças, forças e oportunidades” (Ruivo et al, 2010, p. 14).

De acordo com o citado anteriormente, verificámos que a equipa de enfermagem possuía vários elementos com poucos anos de experiência profissional carecendo de adquirir conhecimentos acerca da problemática identificada, acordámos em realizar sessões de formação relativas à temática (Apêndice III).

### 3.2. Definição dos Objetivos

A definição de objetivos assume-se como a segunda etapa da metodologia de projeto (Ruivo et al, 2010), sendo esta etapa de extrema importância pois os resultados que se pretendem alcançar são propostos pelos objetivos delineados.

Neste entendimento foram definidos os seguintes objetivos:

#### Objetivo Geral:

- ✚ Sistematizar as intervenções de enfermagem, contribuindo para o aperfeiçoamento dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta admitida no serviço de urgência.

#### Objetivos Específicos:

- ✚ Adquirir e/ou aprofundar conhecimentos acerca da problemática;
- ✚ Elaborar um folheto informativo para a equipa de enfermagem do serviço de urgência, acerca da abordagem ABCDE à pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta;
- ✚ Elaborar um poster relativo ao tema a pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta: abordagem inicial no serviço de urgência;
- ✚ Elaborar uma proposta de norma de procedimentos de enfermagem à pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta admitida no serviço de urgência;
- ✚ Elaborar um instrumento de auditoria interna para avaliação da proposta de norma;
- ✚ Atualizar os conhecimentos da equipa de enfermagem acerca dos cuidados e intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta admitida no serviço de urgência;
- ✚ Divulgar à equipa de enfermagem do serviço de urgência os projetos supracitados.

### 3.3. Planeamento e Execução das Atividades

Para se alcançar o êxito nas mudanças da problemática identificada, surge a fase de planeamento das atividades consideradas essenciais para alcançar os objetivos propostos.

A fase de planeamento corresponde à terceira fase da metodologia de projeto e visa descrever com pormenor as atividades e estratégias consideradas fulcrais para a concretização dos objetivos

propostos anteriormente, os recursos considerados fundamentais bem como todas as reservas e limitações que possam impedir cumprir os objetivos propostos (Ruivo et al, 2010). É pois de extrema importância efetuar uma calendarização adequada e eficiente (Ruivo et al, 2010).

Para estruturar e organizar o estágio final no SUC, foi elaborado um PE nas primeiras semanas, de modo a desenvolver as competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica a Pessoa em situação Crítica, bem como as competências de mestre (Apêndice I). Posteriormente procedeu-se à elaboração do PIP (Apêndice II), com toda a calendarização, o cronograma de atividades e as etapas de metodologia de projeto que foi aceite para orientação (Apêndice XI), e posteriormente aprovado pelo Concelho Científico da Universidade de Évora (Apêndice XII).

A etapa de execução corresponde à quarta etapa da metodologia de projeto e de acordo com Ruivo et al (2010) “materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado” (p. 23). Esta fase assume importância fulcral para todos os envolvidos na elaboração do projeto “dado que possibilita a realização das suas vontades e necessidades através das acções planeadas” (Ruivo et al, 2010, p.23).

Estas duas fases aparecem descritas no mesmo capítulo pela sua ligação e pelas semelhanças às etapas dois, três e quatro do MMPBE de June Larrabee em que se pretende localizar a melhor evidência, analisar criticamente essa evidência e iniciar um desenho de mudança da prática (Larrabee, 2011)

De acordo com o referenciado, iremos expor as atividades, estratégias e recursos que foram considerados relevantes para o atingimento dos objetivos específicos propostos anteriormente.

### ❖ **Objetivo: Adquirir e aprofundar conhecimentos acerca da problemática**

#### Atividades e estratégias planeadas:

- 📌 Consulta de *guidelines* e protocolos existentes referenciados pelas entidades nacionais e internacionais especialistas no tema, bem como de bases de dados científicas relativas ao tema abordagem inicial da pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência;
- 📌 Realização de uma revisão de scoping sobre o tema citado anteriormente.

#### Recursos humanos:

- 📌 Enfermeiro gestor, enfermeiros orientadores e docente orientadora.

### Recursos materiais e tecnológicos:

- ✚ Computador, livros, artigos científicos e bibliografia consultada nas bases de dados científicas.

Com o propósito de adquirir e/ou aprofundar conhecimentos sobre a temática, realizou-se uma revisão de *scoping* relativa ao tema: “A pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta: abordagem inicial no serviço de urgência” (Apêndice VII).

A finalidade desta *scoping review* foi mapear e investigar os diferentes tipos de abordagem inicial à pessoa admitida no serviço de urgência com hemorragia digestiva alta, propostas pelos vários autores nos artigos analisados.

Na realização de uma *scoping review* não se torna categórico utilizar apenas estudos primários, mas que os artigos selecionados respondam à pergunta de revisão PCC sendo que o caráter abrangente deste tipo de revisões permite reunir evidência de fontes distintas e diversas (Peters et al, 2017).

Seguindo a metodologia de *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2020), inicialmente foi definido como objetivo: identificar uma abordagem eficaz no atendimento à pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta, no serviço de urgência.

Posteriormente procedeu-se à formulação da questão de investigação utilizando o método PCC: P (População) – Pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta; C (Conceito) – Abordagem inicial; C (Contexto) – Serviço de Urgência.

### **Questão de Investigação PCC:**

<b>Tabela 2 - Tabela descritiva da questão PCC</b>		
<b>Acrónimo</b>	<b>Definição</b>	<b>Descrição</b>
P	População	Pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta
C	Conceito	Abordagem inicial
C	Contexto	Serviço de Urgência

Fonte: elaborada pela própria

Desta forma a questão de revisão é “Qual a abordagem inicial no atendimento à pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência?”.

Os critérios de inclusão considerados para a seleção dos artigos pesquisados foram: todos aqueles que referenciavam a abordagem mais eficaz e eficiente à pessoa com hemorragia digestiva alta admitida em serviços de urgência; estudos disponíveis em texto completo com idioma em português, inglês ou espanhol; estudos publicados até à presente data.

Quanto aos critérios de exclusão, não foram considerados os artigos cuja temática e problemática não se incluíssem no objetivo da revisão.

A pesquisa eletrônica foi efetuada nas bases de dados *EBSCOHost (Medline with full text e CINAHL Plus with full text)*, *B-On* e *Google Académico*, considerando-se artigos científicos em texto integral, analisados pelos pares, bem como *guidelines* e protocolos recomendados pelas sociedades nacionais e internacionais especialistas na temática.

A seleção dos descritores utilizados teve por base a validação nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH) (2017). Foram utilizados os termos “*gastrointestinal hemorrhage*”, “*GRADE approach*”, “*Resuscitation*”, “*Emergency service, hospital*”, “*Early medical intervention*”, “*Nurses*”, “*Guidelines or protocols or practice guideline or clinical practice guideline or recommendation*”

Procedeu-se às combinações dos descritores com os operadores booleanos “*OR*” e “*AND*”, que se encontra esquematizada na tabela 3.

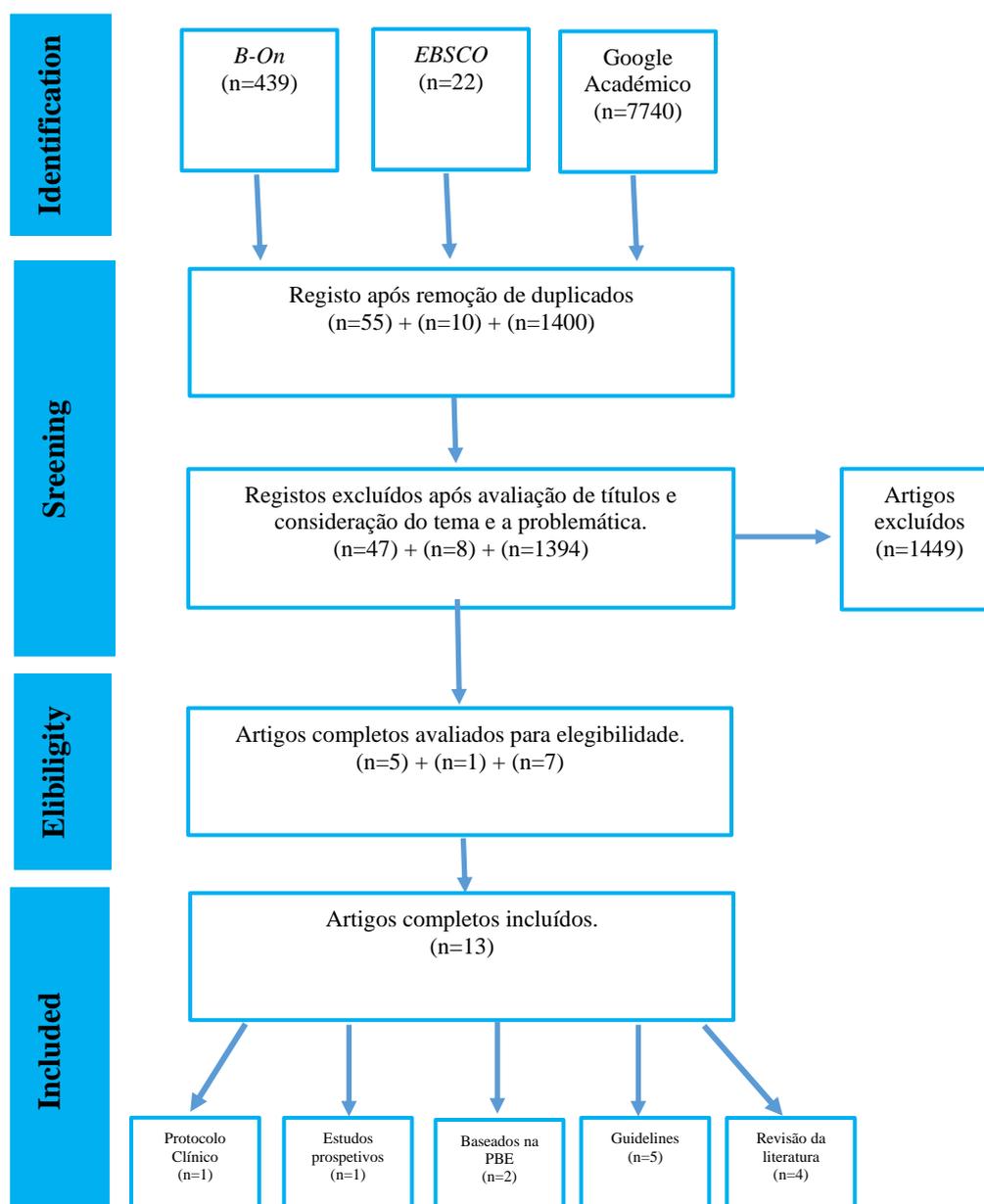
**Tabela 3** - Combinação dos descritores com operadores booleanos nas diferentes Bases de Dados.

Base de Dados	Combinação dos descritores com os operadores booleanos
<i>EBSCOHost</i>	<i>Gastrointestinal hemorrhage “and” emergency service, hospital (S8)</i>
<i>B-On</i>	<i>GRADE approach “or” Resuscitation “or” Early medical intervention “or” Nurses “or” Guidelines or protocols or practice guideline or clinical practice guideline or recommendation (S9)</i> <i>S8 “and” S9</i>
Google Académico	<i>Guidelines da abordagem inicial à pessoa com hemorragia digestiva</i>

Fonte: Elaborada pela própria

Após a conclusão da pesquisa nas bases de dados indicadas foi aplicada a normativa PRISMA 2009 que resultou na elaboração do Fluxograma apresentado de seguida.

Figura 5 – Fluxograma de seleção de artigos



Fonte: The PRISMA Statement. PLoS Med [Internet]. 2009

Para a compreensão da temática em estudo foi realizada uma pesquisa de artigos onde se evidencia de forma clara a pertinência do tema escolhido. Os artigos incluídos nesta *scoping review* referem a HDA como uma doença potencialmente fatal.

A HDA continua a ser um evento muito comum nos serviços de urgência responsável por taxas de mortalidade consideráveis e com sequelas nas pessoas em que ocorreu esta situação.

Apesar da evolução tecnológica e científica a evidência mostra que os estilos de vida das populações são responsáveis pelo surgimento destas situações, de entre outros salientamos o uso de AINES e anticoagulantes orais.

A avaliação precoce do risco torna-se o procedimento fulcral no atendimento à pessoa com HDA no serviço de urgência, sendo que os instrumentos de avaliação do risco são aliados fundamentais que auxiliam na identificação das necessidades de intervenção adequadas a cada situação.

Os fatores que assumem maior destaque para que a estratégia diagnóstica e terapêutica seja bem sucedida passam pela estabilização hemodinâmica precoce e adequada, bem como pela colheita de uma história clínica assertiva e dirigida à situação, sendo que a identificação e tratamento apropriados das comorbidades é referenciado como um passo essencial na consecução dessa estabilização. Torna-se evidente que o uso de *guidelines* e recomendações é crucial na abordagem da pessoa com HDA.

A abordagem inicial à pessoa com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência torna-se mais eficaz e eficiente se seguir a mnemónica ABCDE pois ordena e sistematiza as intervenções, orienta para a identificação de prioridades, melhora os cuidados prestados e consequentemente os resultados obtidos são os mais adequados para responder às necessidades que a pessoa apresenta, assim como os profissionais envolvidos nesta área de cuidados também prestam um cuidado centrado tendo também uma maior satisfação e melhor qualidade de cuidados.

- ❖ **Objetivo: Elaborar um folheto informativo para a equipa de enfermagem do serviço de urgência, acerca da abordagem ABCDE à pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta.**
- ❖ **Objetivo: Elaborar um poster relativo ao tema a pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta: abordagem inicial no serviço de urgência.**

### Atividades e estratégias planeadas:

- 📌 Reunião com os enfermeiros orientadores, o enfermeiro gestor e a docente orientadora;

- ✚ Consulta de *guidelines* e protocolos existentes referenciados pelas entidades nacionais e internacionais especialistas no tema, bem como de bases de dados científicas relativas ao tema abordagem inicial da pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência;
- ✚ Elaboração de uma proposta de um folheto informativo e de uma proposta de poster para a equipa de enfermagem relativo ao tema;
- ✚ Realização de uma revisão de *scoping* sobre o tema citado anteriormente;
- ✚ Apresentação e discussão das propostas aos enfermeiros orientadores, enfermeiro gestor e docente orientadora;
- ✚ Revisão das propostas após sugestões e indicações dos enfermeiros orientadores, enfermeiro gestor e docente orientadora;
- ✚ Elaboração das propostas finais (Apêndice IV e Apêndice V);
- ✚ Apresentação à equipa de enfermagem do SUC, depois de finalizadas.

Recursos humanos:

- ✚ Enfermeiro gestor, enfermeiros orientadores e docente orientadora.

Recursos materiais e tecnológicos:

- ✚ Computador, livros, artigos científicos e bibliografia consultada nas bases de dados científicas.

- ❖ **Objetivo: Elaborar uma proposta de norma de procedimentos de enfermagem à pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta admitida no serviço de urgência.**
- ❖ **Objetivo: Elaborar um instrumento de auditoria interna para avaliação da proposta de norma.**

Atividades e estratégias planeadas:

- ✚ Reunião com os enfermeiros orientadores, o enfermeiro gestor e a docente orientadora;
- ✚ Consulta de *guidelines* e protocolos existentes referenciados pelas entidades nacionais e internacionais especialistas no tema, bem como de bases de dados científicas relativas ao tema abordagem inicial da pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência;
- ✚ Elaboração de uma proposta de norma hospitalar relativa ao tema;
- ✚ Elaboração de uma proposta de *check list* para verificação da norma hospitalar;
- ✚ Realização de uma revisão de *scoping* sobre o tema citado anteriormente;

- ✚ Apresentação e discussão das propostas aos enfermeiros orientadores, enfermeiro gestor e docente orientadora;
- ✚ Revisão das propostas após sugestões e indicações dos enfermeiros orientadores, enfermeiro gestor e docente orientadora;
- ✚ Elaboração das propostas finais (Apêndice VI e Figura 6);
- ✚ Apresentação à equipa de enfermagem do SUC, depois de finalizadas.

Recursos humanos:

- ✚ Enfermeiro gestor, enfermeiros orientadores e docente orientadora.

Recursos materiais e tecnológicos:

- ✚ Computador, livros, artigos científicos e bibliografia consultada nas bases de dados científicas.

- ❖ **Objetivo: Atualizar e/ou aprofundar os conhecimentos da equipa de enfermagem acerca dos cuidados e intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta admitida no serviço de urgência.**
- ❖ **Objetivo: Divulgar à equipa de enfermagem do serviço de urgência os projetos supracitados.**

Atividades e estratégias planeadas:

- ✚ Consulta de *guidelines* e bases de dados científicas relativas ao tema;
- ✚ Realização de uma revisão de *scoping* sobre o tema citado anteriormente;
- ✚ Planeamento de sessão de formação sobre a abordagem inicial à pessoa com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência;
- ✚ Elaboração do plano da sessão de formação (Apêndice VIII);
- ✚ Elaboração da sessão de formação à equipa de enfermagem do SUC (Apêndice III);
- ✚ Agendamento da apresentação da sessão de formação com o Enfermeiro Gestor, os enfermeiros orientadores e a docente orientadora;
- ✚ Divulgação da calendarização da sessão de formação (Apêndice IX);
- ✚ Realização das sessões de formação à equipa de enfermagem do SUC;
- ✚ Aplicação dos questionários de avaliação da sessão de formação (Apêndice X).

Recursos humanos:

- ✚ Enfermeiro gestor, enfermeiros orientadores, equipa de enfermagem do SUC e docente orientadora.

Recursos materiais e tecnológicos:

📊 Computador, *Datashow*, questionários, livros, artigos científicos e bibliografia consultada nas bases de dados científicas.

### 3.4. Avaliação e Resultados

A expressão “**a·va·li·a·ção** (*avaliar + -ção*)” é um nome feminino e pode ter como significados “acto de avaliar, valor determinado por peritos, apreciação” (in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2021). É um processo permanente e contínuo.

Esta fase da metodologia de processo, vai possibilitar a análise da situação, dos objetivos delineados e das atividades propostas e realizadas para os atingir, assim como dos resultados obtidos (Ruivo et al, 2010). Esta é a quinta etapa desta metodologia e pode-se assemelhar à quinta etapa proposta por Larrabee no seu MMPBE em que se implementa e avalia a mudança na prática, avaliando os processos e os resultados da mudança, bem como se desenvolvem conclusões e recomendações (Larrabee, 2011).

Neste seguimento iremos efetuar uma avaliação dos objetivos delineados anteriormente através de indicadores de avaliação, com um diagnóstico simultâneo da eficácia das atividades e estratégias implementadas.

❖ **Objetivo: Adquirir e aprofundar conhecimentos acerca da problemática.**

Indicador de avaliação:

📊 Consulta de *guidelines* e protocolos existentes referenciados pelas entidades nacionais e internacionais especialistas no tema, bem como de bases de dados científicas relativas ao tema abordagem inicial da pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência, e a realização de uma revisão de *scoping* sobre o tema citado anteriormente.

Para a concretização deste objetivo foi de extrema importância a consulta das *guidelines* nacionais e internacionais, existentes acerca do tema, na medida em que nos guiaram na sistematização e revisão de conceitos de modo a consolidarmos o nosso conhecimento tendo em conta a evidência científica.

Mostrou-se também um pilar fulcral a elaboração da revisão de *scoping* que foi elaborada após consulta de bases científicas. A revisão de *scoping*, também apontada como revisão de mapeamento, tem como objetivo fundamental esquematizar os conceitos fundamentais que sustentam uma determinada área de conhecimento, bem como disseminar os dados resultantes de uma investigação e propiciar uma visão generalizada da evidência existente acerca da temática pretendida (Peters et al, 2017). É um método em que se elabora uma súmula do conhecimento, resumindo e sistematizando as evidências, bem como orientar para as prioridades da investigação (Peters et al, 2017).

Desta revisão de *scoping* resultou a elaboração de um artigo científico (Apêndice VII) e um poster científico (Apêndice XIII), que foi posteriormente apresentado sob a forma de comunicação livre no 1º Congresso de Enfermagem de Urgência e Emergência do CHUC, e editado no livro de resumos do congresso.

Consideramos que este objetivo foi conseguido pois consolidámos e conhecimentos acerca da problemática identificada inicialmente.

- ❖ **Objetivo: Elaborar um folheto informativo para a equipa de enfermagem do serviço de urgência, acerca da abordagem ABCDE à pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta.**
- ❖ **Objetivo: Elaborar um poster relativo ao tema a pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta: abordagem inicial no serviço de urgência.**

### Indicadores de avaliação:

- 📌 Realização de um folheto informativo para a equipa de enfermagem do SUC acerca da abordagem ABCDE à pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta;
- 📌 Desenvolvimento de um poster relativo ao tema da abordagem inicial da pessoa com HDA admitida no serviço de urgência.

Após uma aprofundada pesquisa sobre a melhor e mais atual evidência científica acerca do tema, assim como reuniões com os enfermeiros orientadores e docente orientadora, o folheto informativo foi sendo elaborado. A escolha deste método recaiu no fato de ser um método de consulta acessível e rápida. Foi apresentada uma proposta final (Apêndice IV), considerada uma mais-valia na medida em que fomenta uma intervenção de enfermagem organizada e sistematizada, e em que os enfermeiros atuem de forma igual.

A proposta final foi apresentada a toda a equipa do SUC no decorrer das ações de formação efetuadas, que mostrou interesse no formato acessível e de rápida consulta, referindo a importância deste instrumento na prática diária.

No seguimento da pesquisa efetuada, já referida nos pontos anteriores, surgiu a elaboração de um poster de consulta rápida (Apêndice V) de modo a consolidar as intervenções de enfermagem na abordagem inicial da pessoa com HDA. Inicialmente era pretendida a sua afixação em locais estratégicos do SUC (sala de reanimação, SO e ST1), mas devido à situação atual de pandemia não é autorizado pela comissão de infeção do centro hospitalar, pelo que foi facultado para consulta pela equipa de enfermagem.

Pensamos que o objetivo foi alcançado pelas críticas muito positivas por parte de toda a equipa, bem como pelo fato de manifestarem interesse em organizar os documentos numa pasta eletrónica para consulta pela equipa.

- ❖ **Objetivo: Elaborar uma proposta de norma de procedimentos de enfermagem à pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta admitida no serviço de urgência.**
- ❖ **Objetivo: Elaborar um instrumento de auditoria interna para avaliação da proposta de norma.**

### Indicadores de avaliação:

- 🚩 Realização de uma proposta de norma acerca da abordagem inicial da pessoa com HDA no SUC;
- 🚩 Realização de uma *check list* das intervenções de enfermagem na abordagem à pessoa com HDA admitida no SUC.

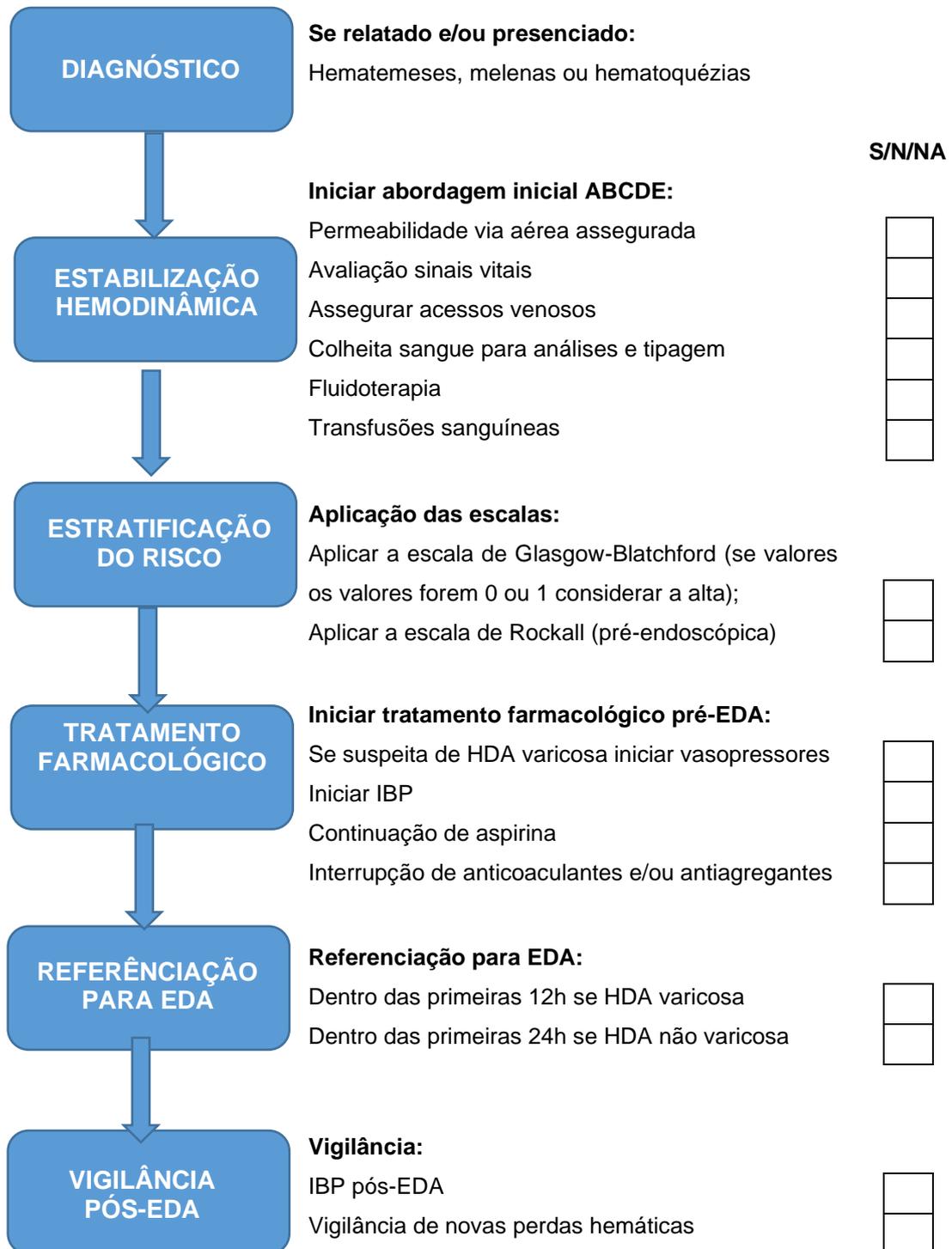
No decorrer do estágio e durante as primeiras semanas, fizemos uma consulta de normas e protocolos existentes no SUC. Verificámos a inexistência de uma norma relativa ao tema identificado inicialmente, procedeu-se à elaboração de uma proposta de norma para a equipa de enfermagem.

Uma norma pode ser descrita como um conjunto de orientações que determinam as boas práticas a seguir numa determinada situação, tendo por base a pesquisa de evidência científica. Neste entendimento e após consulta de bases de dados e *guidelines*, bem como conferência com os enfermeiros orientadores e professora docente, procedeu-se à conceção de uma norma para atuação na abordagem inicial à pessoa com HDA admitida no SUC.

Após remodelações e revisões foi entregue a referida norma (Apêndice VI) à equipa de enfermagem, que se mostrou muito recetiva e interessada.

Para se poder validar a norma e verificar se a equipa age conforme as recomendações e de forma uniforme, foi elaborado um instrumento de validação (figura 6) da norma proposta.

Figura 6 – Check list das intervenções



Fonte: elaborada pela própria

É de extrema importância e garante a segurança dos cuidados prestados quando se efetua uma *check list* dos procedimentos a seguir, pois é um auxiliar que nos guia a seguir os procedimentos de forma correta de modo a que haja uma sistematização dos cuidados a prestar.

Este instrumento bem como a sua implementação ficou sob a responsabilidade do enfermeiro orientador, decorrendo já fora do período de estágio.

Ambas as propostas finais foram apresentadas à equipa do SUC que demonstrou muita receptividade na sua aplicação diária.

Recebemos bastantes elogios pelo que dizemos que este objetivo foi obtido.

- ❖ **Objetivo: Atualizar e/ou aprofundar os conhecimentos da equipa de enfermagem acerca dos cuidados e intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta admitida no serviço de urgência.**
- ❖ **Objetivo: Divulgar à equipa de enfermagem do serviço de urgência os projetos supracitados.**

### Indicadores de avaliação:

- 🚦 Apresentação de sessões de formação à equipa de enfermagem do SUC acerca da abordagem inicial da pessoa com HDA admitida no SUC;
- 🚦 Apresentação dos projetos elaborados no contexto do estágio final à equipa de enfermagem do SUC.

As sessões de formação efetuadas (Apêndice III) tiveram como objetivos a atualização e/ou aprofundamento dos conhecimentos da equipa de enfermagem do SUC em relação à temática escolhida, sempre com base na melhor evidência científica, assim como a divulgação dos projetos efetuados ao longo do estágio. Foi elaborado um plano de sessão (Apêndice VIII) de modo a operacionalizar as mesmas.

A divulgação das sessões foi formalizada através da afixação em locais estratégicos (sala de reuniões, sala de refeições e SO) do cartaz (Apêndice IX).

As cinco sessões de formação efetuadas tiveram a participação de 88 elementos da equipa de enfermagem correspondendo a 69.29% do total de enfermeiros (127) do serviço à data da sua realização (foi uma época de vários isolamentos profiláticos dada a situação de pandemia vivenciada).

Após a realização das respetivas sessões de formação foi entregue a cada elemento presente um questionário de satisfação (Apêndice X) para preenchimento. Os resultados obtidos encontram-se esquematizados na tabela 4 e no gráfico 1.

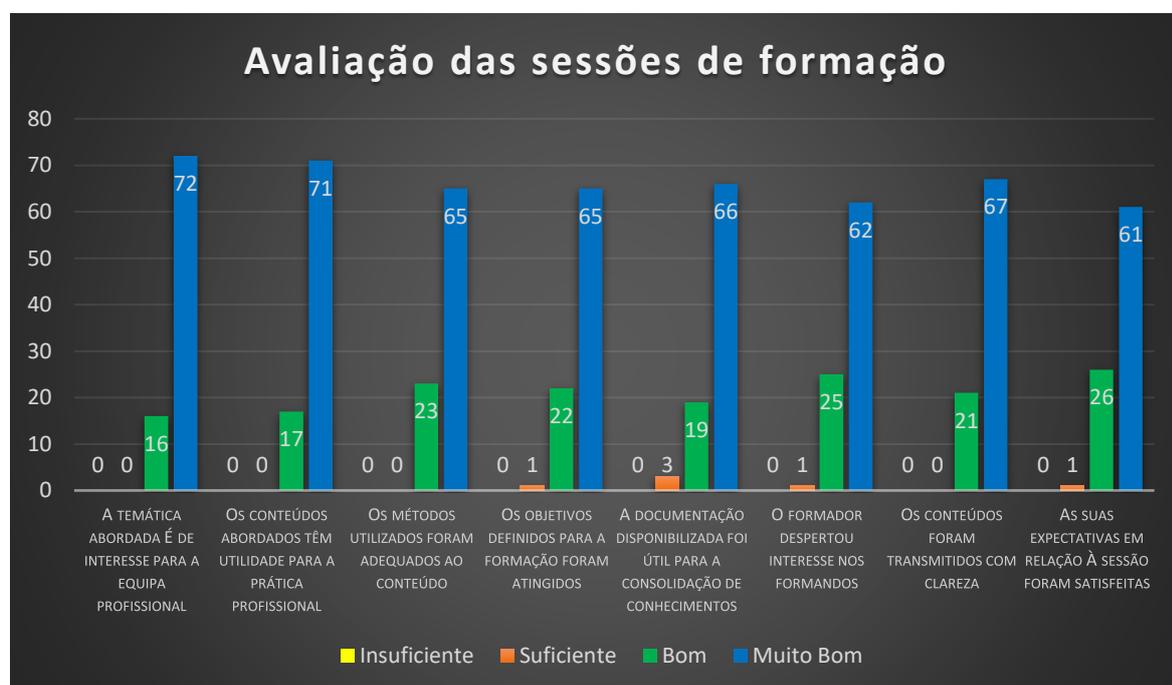
A divulgação de todos os projetos realizados ocorreu na apresentação das sessões de formação, mencionada anteriormente.

**Tabela 4 – Resultados obtidos no questionário de satisfação das sessões de formação**

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
A temática abordada é de interesse para a equipa profissional	0	0	16	72
Os conteúdos abordados têm utilidade para a prática profissional	0	0	17	71
Os métodos utilizados foram adequados ao conteúdo	0	0	23	65
Os objetivos definidos para a formação foram atingidos	0	1	22	65
A documentação disponibilizada foi útil para a consolidação de conhecimentos	0	3	19	66
O formador despertou interesse nos formandos	0	1	25	62
Os conteúdos foram transmitidos com clareza	0	0	21	67
As suas expectativas em relação à sessão foram satisfeitas	0	1	26	61
Total (enfermeiros que assistiram às 5 sessões de formação)	88			

Fonte: Elaborado pela própria

**Gráfico 1 – Avaliação das sessões de formação**



Fonte: Elaborado pela própria

Podemos afirmar, e tendo em linha de conta os resultados demonstrados anteriormente, que este objetivo foi cumprido e esta afirmação sai mais reforçada pelas mensagens deixadas pela equipa:

- 👉 -“ Bom trabalho
- 👉 - Agradecimento pela disponibilidade da partilha
- 👉 - Conteúdos bem reunidos. Boa sistematização
- 👉 - Criar pasta drive no Google com as apresentações das especialidades
- 👉 - Parabéns
- 👉 - Achei um tema muito pertinente para o serviço
- 👉 - Temática importante para a prática diária do SUC, com relevância na sua abordagem
- 👉 - Uma temática muito importante para a nossa prestação de cuidados e foi transmitida com muita clareza. Parabéns.”

#### 4. ANÁLISE E REFLEXÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Pode-se afirmar que a competência é uma construção que resulta da combinação pertinente entre diversos recursos. Traduz-se em termos de atividades ou da prática profissional e corresponde aos modos de agir de cada pessoa.

As competências implicam um saber mobilizar, integrar e transferir conhecimentos que se deverão articular com o saber-fazer. Zabala e Arnau (2007) entendem que a competência é

(...) a capacidade ou habilidade (a existência nas estruturas cognitivas do sujeito de condições e recursos para atuar) de efectuar tarefas ou fazer frente a situações diversas (assumir um papel determinado; uma tarefa específica; realizar acções;...) de forma eficaz (capacidade efectiva; conseguir resultados e exercê-los excelentemente) (p. 43).

Na Unidade Curricular Relatório Final ambiciona-se a obtenção e incremento das competências necessárias à prática da excelência dos cuidados, como as competências comuns do Enfermeiro Especialista, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica, bem como as competências que conferem o grau de Mestre.

De acordo com o exposto no Decreto-Lei nº65/2018 do Diário da República, 1ª série-Nº 157-16 de agosto de 2018, no Capítulo III, Artigo 15º (p. 4162), o grau de mestre é atribuído a todos os que demonstrem

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
  - i) Sustentando -se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
  - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo

reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Na medida em que as competências de Mestre em Enfermagem se encontram relacionadas com as competências comuns e as específicas de EEEMC-PSC, nestes últimos capítulos iremos desenvolver uma análise crítico-reflexiva de todo o percurso formativo, abordando-as concomitantemente.

Todas estas competências possuem um descritivo, unidades de competência e carecem de atividades a desenvolver para que sejam apreendidas de modo a dotarem o enfermeiro de capacidades e características próprias que o levam a primar por cuidados excelentes ao alvo dos seus cuidados, que serão relatadas nos capítulos seguintes.

#### **4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre em Enfermagem**

De acordo com o explanado no Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4744, “os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde”.

Logo, o “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4744).

Neste sentido, é atribuído um título de Enfermeiro especialista ao profissional que adquire competências da sua área de especialidade concomitantemente com as competências comuns.

As competências comuns são

(...) as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Artigo 3.º, SECÇÃO II, Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4744).

De acordo com o explanado no Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, as competências comuns encontram-se organizadas em quatro domínios

- “a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A);
- b) Melhoria contínua da qualidade (B);
- c) Gestão dos cuidados (C);
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)” (Artigo 4.º, Capítulo II, Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4745).

De acordo com o plano de estudos da Universidade de Évora para obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem os estudantes devem desenvolver objetivos de aprendizagem. Este grau é atribuído a quem

- 1 - Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
- 2 - Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- 3 - Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
- 4 - Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- 5 - Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;

6 - Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;

7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade. (NCE/14/01772 - Apresentação do pedido corrigido - Novo ciclo de estudos, p. 26 de 230).

### **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

#### A- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

- ❖ A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- ❖ A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

### **Competências de Mestre em Enfermagem**

- ❖ 3 – Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
- ❖ 7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na sua área de especialidade.

No decorrer do Estágio Final e no âmbito da progressiva aquisição das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (Regulamento nº 429/2018, Diário da República, II Série, Nº 135 de 2018-07-16) toda a nossa conduta na prestação de cuidados baseou-se na mais recente evidência científica, assim como nos regulamentos que regem a profissão de enfermagem, de modo a prestar cuidados de excelência à pessoa / família em situação de doença.

De acordo com os estatutos da Ordem dos Enfermeiros estipulados no Regulamento Estatutos da Profissão de Enfermagem, disposto no Decreto-Lei nº 161/96, Capítulo II, artigo 4º

(...) enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-

os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Decreto-Lei nº 161/96, Diário da República, I Série, Nº 205 de 04-09-1996, p. 2960).

Para promover cuidados de qualidade e excelência, fundamentada pelos pressupostos teóricos, a enfermagem acrescenta valor e conhecimento científico na sua prática diária.

Fica claro então, que todo o conhecimento apreendido e utilizado pelos enfermeiros na sua prática diária, advém de toda uma investigação científica aliada à experiência acumulada, onde são usadas a reflexão, imaginação, intuição e pensamento heurístico na procura de cuidados de excelência (Nunes, 2017).

Deodato (2008) considera que uma prática reflexiva encontra-se associada a uma aprendizagem construtivista e, neste sentido, como futuros enfermeiros especialistas devemos ambicionar ser profissionais que, para a sua tomada de decisão, devem ter sentido crítico com base na melhor evidência científica e fundamentação teórica, de modo a fundamentar a práxis diária.

No SUC deste centro hospitalar, há diariamente todo um conjunto de situações complexas e inesperadas que determinam que o enfermeiro possua um corpo de conhecimentos consolidados e concretos que lhe permitam efetuar intervenções imediatas e seguras, de modo a apoiar a tomada de decisão com base na experiência e baseada na evidência científica. Neste entendimento foi fulcral a pesquisa diária da evidência científica mais recente com recurso a pesquisa nas bases de dados, a realização dos cursos de Suporte Básico de Vida com Desfibrilhador Automático Externo [SBV com DAE] (Anexo I), de Suporte Avançado de Vida [SAV] (Anexo II) e do *International Trauma Life Support* [ITLS] (Anexo III).

Todos os momentos de reflexão, experiência, investigação científica e pensamento crítico, visam o alcançar de uma prestação de cuidados de excelência com tudo o que implica, desde o tomar de decisões acertadas, como o realizar intervenções de qualidade sempre tendo em linha de conta a realidade do outro, se e onde o outro quer ser ajudado e onde é necessária a sua intervenção.

Mostrou-se também de extrema importância rever os conteúdos apreendidos durante a Unidade Curricular de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, bem como à consulta do Regulamento do Exercício Profissional em Enfermagem [REPE], ao Código Deontológico que rege a profissão de Enfermagem e a todos os protocolos e normas de atuação existentes no SUC.

Para a tomada de decisão em contexto de cuidados os enfermeiros dispõem de intervenções autónomas, pelo que existe um Código Deontológico que engloba princípios e valores da sua prática profissional. Deste modo, a ética e a deontologia em enfermagem surgem como guias orientadores da ação que nos permitem tomar decisões em consciência e em responsabilidade, sendo esta algo inerente ao papel assumido perante a sociedade decorrente de um compromisso profissional de

cuidado humano (Nunes, 2008). Com esta responsabilidade inerente a uma tomada de decisão torna-se pertinente que existam reflexões sobre as decisões e situações que vivenciamos diariamente.

Desta forma, importa destacar o artigo 8.º, n.º 1, do REPE - “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (Decreto-Lei n.º 161/96, Diário da República, I Série, Nº 205 de 04-09-1996, p. 2961) - fixa a primeira norma deontológica da profissão de Enfermagem, tendo como critério de afilamento da atividade dos enfermeiros a expressão conduta responsável e ética, entendida enquanto proteção dos direitos e interesses da pessoa.

O centro de atenção e de estudo da Enfermagem é a pessoa. Toda a relação de cuidado advém de uma relação sujeito que cuida – sujeito cuidado. Nesta linha de entendimento, cuidar exige uma elevada consideração pela pessoa, associado a princípios e valores não paternalistas relacionados com a responsabilidade, autonomia e liberdade da pessoa e do enfermeiro. Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa resultam da relação estabelecida, inserida num contexto familiar e comunitário, o que exige ao enfermeiro a necessidade de adaptar os saberes e habilidades perante as circunstâncias e a vontade de cada pessoa, em função dela própria.

Pelo que

(...) a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Por isso afirmamos que os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que a pessoa vive e persegue (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 10).

O enfermeiro mantém o compromisso de manter a dignidade e singularidade da pessoa de quem cuida, mostrando sempre respeito, preocupação e atenção ao seu todo, mantendo sempre um pensamento crítico e capacidade de decisão no sentido da ação do cuidar ir ao encontro das necessidades encontradas.

Entende-se que ética em enfermagem, pode ser compreendida como o conjunto de princípios e valores que fundamentam a capacidade de ajuizar do enfermeiro em confronto com uma situação concreta num determinado contexto do seu quotidiano de exercício profissional, e que impulsionam, por sua vez, a tomada de decisão e, em sequência, o agir profissional; o que se correlaciona com o pressuposto da ética enquanto competência do enfermeiro, essencial na tomada de decisão, através da análise dos problemas e dilemas éticos que o seu quotidiano profissional lhe oferece.

Serrão (1998) refere a ética como uma categoria do pensamento humano, como a lógica que possibilita que os seres humanos tomem decisões, após ponderação de valores.

Os enfermeiros são constantemente confrontados com a tomada de decisão ética, na medida em que, segundo Martins (2004), vivenciam situações que podem originar entre os profissionais de saúde um sentimento de dúvida, de não saber agir, de dificuldades na avaliação de qual o melhor interesse, ou seja, o bem para esta pessoa.

Nesta linha de pensamento, importa citar a alínea e) do artigo 102º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros [EOE] que refere que é dever do enfermeiro “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida” (Lei nº 156/2015, Diário da República, I Série, Nº 181 de 16-09-2015 p. 8079).

Neste entendimento, os princípios éticos que fundamentaram o nosso agir profissional, foram: o princípio da beneficência, o princípio da não maleficência, o princípio da autonomia, o princípio da justiça, o princípio da dignidade (OE, 2015c). O princípio da não maleficência remete para a não realização de ações que possam provocar o mal à pessoa, tal como refere Martins (2004): “os princípios da beneficência e não maleficência traduzem, respectivamente, a obrigação de fazer o bem e actuar para prevenir o mal ou reduzi-lo quando está presente” (p. 231). Os princípios da beneficência e da não-maleficência interligam-se com o exposto no ponto 1 do artigo 99.º do EOE que refere que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação com a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Lei nº 156/2015, Diário da República, I Série, Nº 181 de 16-09-2015, p.8077).

Nesta sequência não foram descurados os pressupostos dos valores universais a ter em conta na relação profissional, e reconhecidos na Deontologia Profissional, através do artigo 99.º “a) a igualdade; b) a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; c) a verdade e a justiça; d) o altruísmo e a solidariedade; e) a competência e o aperfeiçoamento profissional” (OE, 2015b, p.80)

A deontologia profissional e o código deontológico do enfermeiro [CDE] estão consignados no EOE. Neste caminho, o recorte normativo do CDE estreia com o expresso no artigo 99.º do EOE - Princípios Gerais: “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Lei nº 156/2015, Diário da República, I Série, Nº 181 de 16-09-2015, p. 8078).

Entendemos que se alicerça, nos direitos fundamentais e legalmente protegidos das pessoas ao seu cuidado e igualmente nos direitos legalmente protegidos do enfermeiro, enquanto garantia de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem. Remetemos assim para o livro *Código*

*Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*, que faz referência ao artigo 78º do Código Deontológico, atual artigo 99º do EOE, ao defender que

(...) representa o "artigo ético" do articulado deontológico - e isto porque expressa princípios gerais, à luz dos quais se identificam os valores, se enunciam os princípios orientadores e se desdobram os deveres. (...) Na perspectiva ética, a relação entre quem cuida e quem recebe cuidados pauta-se por princípios e valores - a dignidade humana é o verdadeiro pilar do qual decorrem os outros princípios e que tem de estar presente, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções (Nunes et al, 2005, p. 61-62).

Sendo a dignidade e liberdade da pessoa humana o pilar fundamental do qual decorrem os demais princípios e deveres deontológicos do exercício profissional do enfermeiro, é imperativo que esteja presente de forma inequivocamente em todas as decisões e ações do enfermeiro. Assim, o enfermeiro orienta a atividade profissional em linha com três princípios éticos fundamentais:

“a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade;  
b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados;  
c) A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais”  
(Nunes, 2008, p. 9).

Nesta perspetiva podemos concluir que desenvolvemos as competências inerentes a este domínio de cuidados à pessoa em situação crítica na medida em que prestámos cuidados de enfermagem com base nos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão, demonstrámos uma tomada de decisão ética na avaliação das necessidades da pessoa cuidada em colaboração com a equipa multidisciplinar apoiando sempre a tomada de decisão com base na experiência e baseada na evidência científica. Foi sempre nossa intenção incluir e conceber em conjunto com a pessoa/família cuidada, estratégias de resolução dos problemas, sempre que se mostrou oportuno e possível, promovendo a defesa dos direitos humanos tendo por base a deontologia profissional. Embora por vezes estruturalmente complicado no que à privacidade diz respeito, nomeadamente nas salas de reanimação, prestámos cuidados de enfermagem seguros, primando sempre pelo respeito, privacidade e dignidade da pessoa em situação de doença.

### Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

#### B- Domínio da melhoria contínua da qualidade

- ❖ B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- ❖ B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria clínica;
- ❖ B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.

### Competências de Mestre em Enfermagem

- ❖ 2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- ❖ 5 – Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.
- ❖ 6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
- ❖ 7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na sua área de especialidade.

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros [CIE], a segurança é essencial à qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem, sendo que o seu desenvolvimento envolve um conjunto alargado de medidas (Ordem dos Enfermeiros, 2006). O enfermeiro procura as necessidades concretas de cada pessoa e faz cumprir as normas de qualidade dos cuidados prestados, garantindo ainda condições de trabalho, para desempenho da profissão com dignidade e autonomia (Lei nº 156/2015, Diário da República, I Série, Nº 181 de 16-09-2015, art. 109º).

Os enfermeiros têm por isso o dever de excelência nos cuidados, assegurar cuidados em segurança, promover um ambiente seguro; controlar os riscos que ameaçam a capacidade profissional e assim garantir a máxima qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Neste seguimento assinala-se a importância que tiveram as Unidades Curriculares Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde e Gestão em Saúde e Governação Clínica assistidas anteriormente, na aprendizagem e consolidação de conceitos importantes para a temática. Foi também relevante a consulta dos protocolos e normas existentes no SUC, bem como na consulta do site institucional do Centro Hospitalar das boas práticas a executar.

O CIE (2006), bem como outras instituições internacionais relevantes na área de saúde, referem ser prioritária a segurança das pessoas nas intervenções dos cuidados de saúde, sendo solicitado um esforço conjunto entre a tecnologia e as interações humanas por forma a reduzir significativamente a ocorrência de eventos adversos (Ordem dos Enfermeiros, 2006). Entende-se por evento adverso um incidente que pode, ou não, resultar em danos para o doente, não relacionado com a sua condição de saúde, causada por profissionais de saúde no decorrer da prestação de cuidados (Direção Geral da Saúde, 2011).

Atualmente a saúde é cada vez mais entendida numa perspetiva abrangente devido aos contributos da comunidade científica que permitiu estabelecer a ponte entre o saber académico e a prática clínica/política. Esta transposição permite o desenvolvimento de sistemas de saúde que incluam estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença integrando uma visão holística com informação sobre os determinantes da saúde. Assim, é possível a criação e organização de sistemas de saúde que comportam uma prestação dos cuidados adequados à população específica de onde estão inseridos, bem como aos fatores que, num determinado contexto, influenciam a manifestação de doença (Fried et al, 2010).

Em Portugal, a Constituição da República Portuguesa estabelece, no seu artigo 64.º que “todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover” (Decreto de aprovação da Constituição - Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10, última alteração pela Lei Constitucional n.º 1/2005 - Diário da República n.º 155/2005, Série I-A de 2005-08-12, em vigor a partir de 2005-08-17, p. 4652). Desta forma, o direito ao cuidado é reconhecido na alínea a) do ponto nº 3 do artigo 64.º, tendo o Estado sido incumbido de

(...) garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação (...) garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde (...) orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos (Decreto de aprovação da Constituição - Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10, última alteração pela Lei Constitucional n.º 1/2005 - Diário da República n.º 155/2005, Série I-A de 2005-08-12, em vigor a partir de 2005-08-17, p. 4652).

De forma a consolidar a aquisição de competências inerentes a este domínio procedeu-se ao desenvolvimento do PIP. Inicialmente realizámos uma entrevista informal ao enfermeiro chefe, enfermeiros orientadores, bem como consulta da docente orientadora acerca das necessidades de

intervenção do serviço, de forma a delinear o projeto a desenvolver, recolhendo posteriormente os dados necessários à sua concretização.

Neste enquadramento a realização do PIP relativo ao tema da abordagem inicial da pessoa em situação crítica com HDA, veio contribuir para a melhoria dos cuidados prestados, bem como uma uniformização dos mesmos com a elaboração de uma proposta de norma de procedimentos (Apêndice VI), um folheto de consulta rápida (Apêndice IV) e um poster (Apêndice V), sendo que estes projetos tiveram por base a elaboração de um artigo de investigação (Apêndice VII) relativo ao tema. Para um fortalecimento de conhecimentos participámos no 8º Curso Anual de Gastrenterologia e Endoscopia Digestiva para Enfermeiros (Anexo IV).

Para a disseminação destes projetos foram realizadas cinco sessões de formação (Apêndice III) de forma a abranger o número máximo de enfermeiros, tendo em linha de conta as restrições relativas à situação de pandemia decorrente do vírus SARS-CoV-2. Ainda decorrente desta situação de restrição, as sessões de formação em serviço estiveram canceladas pelo que só tivemos oportunidade de assistir a uma sessão subordinada ao tema “Recolha de órgãos e manutenção da circulação extra-corporal no SUC”.

Nesta linha de pensamento e de modo a consolidar os conhecimentos que nos permitam prestar cuidados de qualidade participámos no 1º Congresso Internacional “O Cuidado centrado no cliente e nos padrões de qualidade” (Anexo V), comprovando-se ser de uma relevância fulcral no desenvolvimento de competências.

De modo a efetuar intervenções de enfermagem de qualidade mantendo e garantindo a segurança da pessoa e da equipa multidisciplinar implementámos medidas de controlo de infeção como o uso dos equipamentos de proteção individual apropriados, bem como a correta separação dos lixos de modo a evitar riscos ambientais, sendo que foi uma mais valia os conhecimentos anteriormente apreendidos nas aulas da Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica 5. Este tema reveste-se de uma importância ainda mais relevante nos dias que correm, tendo em consideração todos os cuidados inerentes à pessoa com infeção a SARS-CoV-2.

Durante o percurso do estágio final deparámo-nos com muitas situações destas com necessidade de realizar os cuidados de enfermagem com todos os dispositivos necessários à proteção individual, bem como a subsequente correta manipulação e eliminação. Neste seguimento tivemos a oportunidade de participar no Workshop: “Multiplier Event – InovSafeCare: Educating students for innovative infection prevention and control practices in healthcare settings – 218-1-PT01-KA203-047453” (Anexo VI).

Todos os cuidados de enfermagem foram delineados e planeados, recorrendo a registos claros e precisos dos mesmos, recorrendo à mnemónica ABCDE, de modo a haver uma transmissão de cuidados adequada à equipa.

Para uma melhoria dos cuidados, o enfermeiro aplica na sua prática diária o processo de enfermagem, podendo este ser definido como um instrumento que permite a organização dos cuidados a prestar. De acordo com Garcia e Nóbrega (2009) o processo de enfermagem é um “modelo metodológico que nos possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever as necessidades humanas de indivíduos, (...), em face (...) de problemas de saúde, reais ou potenciais, e determinar que aspetos dessas necessidades exigem uma intervenção profissional de enfermagem” (p.189), estando inerentes a este processo os conceitos de ações e intervenções de enfermagem (o que os enfermeiros fazem), de diagnósticos de enfermagem (o julgamento que os enfermeiros fazem sobre as necessidades de determinada pessoa em determinada situação), e de resultados de enfermagem (resultados que se esperam ver alcançados quando se aplica determinada intervenção) (Garcia e Nóbrega, 2009).

De forma a manter o ambiente seguro e evitar o erro, realizámos pesquisa e consolidámos conhecimentos acerca de terapêutica específica utilizada em contexto de urgência e emergência.

De acordo com o explanado anteriormente, consideramos que desenvolvemos e adquirimos as competências intrínsecas a este domínio.

### **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

#### C- Domínio da gestão de cuidados

- ❖ C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- ❖ C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

### **Competências de Mestre em Enfermagem**

- ❖ 1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
- ❖ 7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Devido ao rápido crescimento tecnológico e desenvolvimento do conhecimento científico, a prática de enfermagem sofreu múltiplas transformações, quer na exigência dos cuidados, quer na prestação de cuidados de excelência. Neste ambiente em constante transformação é imputada aos enfermeiros a capacidade de desenvolvimento de habilidades no pensamento crítico, que lhes permitam a tomada de decisões assertivas e eficazes.

A tomada de decisão clínica em enfermagem é influenciada pelas condições da pessoa/família, pelas relações interpessoais com os colegas, pela disponibilidade de recursos, pelo conhecimento e pela experiência na prática diária nos cuidados à pessoa em situação de doença.

Peixoto & Peixoto (2017) afirmam que

(...) o conceito de pensamento crítico em enfermagem se caracteriza como um processo complexo e multidimensional que engloba a habilidade intelectual que o indivíduo possui para procurar, identificar e desafiar premissas do raciocínio que considera relevantes para a tomada de decisão; a capacidade para conjugar a experiência, o conhecimento e o raciocínio na identificação e exploração de quadros alternativos de referência, tendo em conta o contexto e uma componente atitudinal, que incorpora os domínios afetivos, capaz de influenciar o pensamento lógico, situacional e intencional (p. 136).

O EEEMC prima pela resposta eficaz à pessoa/família ao mobilizar conhecimentos e habilidades na conceção, implementação e monitorização do plano de cuidados, numa parceria de cuidar que promove a segurança e a qualidade dos cuidados (Regulamento nº 429/2018, Diário da República, II Série, Nº 135 de 2018-07-16). Usufri do pensamento crítico embutido na sua prática clínica, dos referenciais teóricos das teorias de enfermagem bem como da competência de planeamento de cuidados de enfermagem.

No decorrer do estágio no SUC, houve a oportunidade de desenvolvermos competências no domínio da gestão, uma vez que acompanhámos a enfermeira orientadora, que frequentemente substitui a enfermeira coordenadora, sendo que devido à sua formação em doente crítico, habilidade e experiência, é reconhecida como perita e dotada de capacidade para assumir essas funções. Estas competências desenvolvidas, saíram reforçadas com o apreendido na Unidade Curricular de Gestão em Saúde e Governação Clínica.

Tivemos a oportunidade de participar nas tarefas que competem a esta área de gestão em enfermagem, como a requisição e reposição de consumíveis para todos os setores do SUC.

Diariamente também era nossa função, especialmente nos setores de reanimação e ST1, a requisição e reposição de todo o material e consumíveis necessários ao bom funcionamento das práticas diárias.

Tendo em linha de conta que os enfermeiros orientadores eram considerados pela equipa multidisciplinar como peritos na área com postura facilitadora de ambiente favorável à prática de cuidados de excelência, foi motivo facilitador para uma integração na equipa bem como o esclarecimento de dúvidas que iam surgindo na prática diária, sempre com recurso à melhor evidência científica pois e para melhorar o cuidado à pessoa em situação crítica devemos procurar os benefícios da pesquisa adotando para isso uma postura eficaz, tendo sempre em consideração uma base científica suportada em evidência que nos proporcione a mudança pretendida (Larrabee, 2011). “Há bons indícios de que a mudança bem-sucedida para a prática baseada em evidências pode melhorar os resultados” das pessoas/famílias em situação de doença (Larrabee, 2011, p. 16).

Com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados obtidos tem sido cada vez mais defendida PBE, sempre numa busca constante da excelência, juntamente com a melhor evidência clínica que advém da pesquisa sistemática, a PBE guia a nossa tomada de decisão (Larrabee, 2011).

As entidades de saúde apresentam-se cada vez mais como estruturas heterogêneas, e sempre em transição, sendo necessário profissionais competentes para a sua liderança e das equipas, sendo que o enfermeiro é tido como peça fundamental neste bom funcionamento. Neste seguimento, podemos afirmar que toda a liderança levada a cabo pelo enfermeiro, se torna mais eficaz e eficiente.

Com o desenvolvimento do estágio fomo-nos sentido cada vez mais fazendo parte da equipa, participando nas decisões clínicas acerca dos cuidados de enfermagem a prestar procurando a articulação com outros profissionais de saúde sempre que necessário (assistente social, dietista,...), promovendo o trabalho em equipa e fomentando um ambiente positivo e motivador da excelência dos cuidados, sabendo gerir conflitos, sendo que foi facilitador para tal a prévia participação no Curso de Formação profissional “Gestão de Conflitos” (Anexo VII).

A elaboração e incremento do PIP veio promover a melhoria da gestão dos cuidados à pessoa em situação crítica com HDA, desenvolvendo as nossas competências nesta área, uma vez que houve a necessidade de gerir os recursos necessários e disponíveis á sua realização, bem como para o cumprimento do cronograma.

De acordo com o supracitado podemos afirmar que desenvolvemos as competências relacionadas com a gestão de cuidados.

### Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

#### D- Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

- ❖ D1 – Desenvolve o autoconhecimento e assertividade;
- ❖ D2 – Baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica.

### Competências de Mestre em Enfermagem

- ❖ 2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- ❖ 4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- ❖ 6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
- ❖ 7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na sua área de especialidade.

A admissão no Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica, foi o culminar de um objetivo antigo, mostrando-se ser um desafio a diversos níveis, mas também um momento muito gratificante. A experiência anterior de cuidar a pessoa em situação crítica remete-se a dez anos de experiência profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (há cerca de doze anos), sendo que atualmente o contato com a pessoa em situação crítica se deve ao fato de cada vez mais existirem situações urgentes e emergentes no serviço em que trabalhamos atualmente (Unidade de Técnicas de Gastroenterologia).

Deste modo, e ao sentir uma lacuna nesta área de intervenção na pessoa em situação crítica (cuidados de enfermagem no serviço de urgência), recorreremos ao estudo intensivo e exaustivo de toda a evidência científica que nos pudesse auxiliar na prática diária. Sendo assim, recorreremos a toda a bibliografia mais recente, *guidelines*, protocolos de atuação, bem como às temáticas abordadas nas Unidades Curriculares lecionadas ao longo do Mestrado, tendo sempre em mente a PBE. Realizámos pesquisas diárias acerca de temáticas que surgiram na prática clínica, de modo a rentabilizar as oportunidades de aprendizagem.

Neste encadeamento podemos afirmar que a experiência anterior assim como os novos conhecimentos desenvolvidos e/ou consolidados pela pesquisa, contribuíram para alicerçar a *práxis* diária.

O SUC pauta-se pela existência de inúmeras situações geradoras de stress em que as competências comunicacionais com a pessoa/família em situação crítica devem ser desenvolvidas, facilitando deste modo um ambiente favorável à prestação de cuidados. O enfermeiro, tal como a pessoa de quem cuida, é uma pessoa de afetos, que vive a experiência humana de sentir na sua prática. As emoções e sentimentos que o enfermeiro vivencia no processo de cuidar, orientam o relacionamento entre a pessoa cuidada e a pessoa que cuida.

Para Phaneuf (2005)

(...) a comunicação com a pessoa cuidada situa-se frequentemente nos contextos mais penosos de sofrimento físico, de temor de um diagnóstico sério, de solidão, de insegurança, de cólera, de medo do futuro ou da morte, de desgosto e de luto, de sentimento de abandono, de desvalorização pessoal e de depressão. Também, face a estas situações dolorosas, muitas vezes até ao inaceitável, a enfermeira experimenta também ela sentimentos intensos de tristeza, de frustração, de impotência, ou mesmo de culpabilidade (p.184).

Nesse sentido, Phaneuf (2005) salienta que o importante é reconhecer estes sentimentos e aceitá-los aprendendo a geri-los de maneira construtiva e a não os ocultar, sendo que todos estes sentimentos constituem uma forma de ir ao encontro da pessoa para compreender o que ela sente.

McEwen & Wills (2014) reiteram que os enfermeiros são os profissionais que desenvolvem um contato próximo à pessoa/família, encontrando-se a sua prática intimamente relacionada com os processos de transição dos mesmos, através do estabelecimento da relação terapêutica. Neste sentido cabe aos enfermeiros atuarem de forma holística de maneira a desenvolverem e/ou aprofundarem conhecimentos, estratégias e competências, para os nortearem a planear ações que favoreçam os resultados positivos desejados, que conduzam ao empoderamento da pessoa/família, sendo que, e como afirma Watson (2002) “a função da enfermagem na ciência, assim como na sociedade, é cuidar da totalidade da personalidade humana” (p. 54).

Deste modo e reconhecendo as competências e habilidades pessoais e profissionais soubemos atuar de forma eficaz e eficiente em situações de pressão, gerindo sentimentos e emoções promovendo respostas eficientes às situações vividas, ressaltando a importância do consolidado na unidade Curricular Relação de Ajuda.

No decorrer do estágio fomos sendo confrontados, de forma gradual, com uma atribuição de um número crescente de doentes, de modo a conseguirmos de forma cada vez mais autónoma a prestação segura e global de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica. Ao longo da prática diária foram analisadas as situações reais efetuando momentos de *debriefing* com o enfermeiro orientador.

A elaboração do PIP permitiu-nos a aquisição de competências relativas ao processo de investigação e à PBE, na medida em que concretizámos as diversas etapas que o constituem e realizámos os instrumentos que visam a melhoria da prestação dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com HDA. Estas competências foram consolidadas com o apreendido na Unidade Curricular Investigação em Enfermagem, na medida em que mostrou ser ferramenta essencial na elaboração da revisão da literatura, com todas as suas etapas, bem como na elaboração de um artigo científico (Apêndice XIV) que posteriormente foi apresentado no Congresso Internacional “Literacia em Saúde e Autocuidados” (Anexo VIII) e posteriormente publicado numa revista institucional de um hospital da grande Lisboa. Foi também fundamental para a aquisição destas competências, o apreendido na Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica 3 que culminou na elaboração de um poster científico (Anexo IX) sendo posteriormente apresentado no “*International Congress on 21<sup>st</sup> Century Literacies*” (Anexo IX).

Na aquisição e desenvolvimento destas competências de investigação e de disseminação resultou a elaboração do artigo científico (Apêndice VII), do poster (Apêndice V), do folheto (Apêndice IV), da proposta de norma de atuação (Apêndice VI), bem como do poster científico apresentado em congresso (Apêndice XIII).

A disseminação destes instrumentos elaborados fez-se através de cinco sessões de formação (Apêndice III), apresentadas à equipa de enfermagem do SUC.

De acordo com o supracitado consideramos desenvolvidas com êxito as competências relacionadas com o desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

### **4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica e Competências de Mestre em Enfermagem**

A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem como objeto de interesse a pessoa em situação crítica. “Entende-se que a 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” (Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, Anexo II, p. 19362).

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica classificam-se como “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” (Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, Anexo II, p. 19362), sendo que

(...) exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, Anexo II, p. 19362).

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica são definidas como o “conjunto de competências clínicas especializadas e concretizadas consoante o alvo e contexto de intervenção, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica” (Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, Artigo 3º, p. 19359).

#### **Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC**

- ❖ 1 – Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

#### **Competências de Mestre em Enfermagem**

- ❖ 1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
- ❖ 7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

A pessoa em situação crítica carece de cuidados específicos, contínuos e especializados, sendo necessário aos enfermeiros o desenvolvimento de competências nesta específica área de atuação, sendo que o conhecimento com base na melhor evidência científica é um pilar fulcral que vai propiciar

a tomada de decisões pertinentes e adequadas a cada situação. Todo o processo de planejamento e organização dos cuidados de excelência a prestar à pessoa/família em situação crítica é fundamentado pela aquisição desse conhecimento.

As intervenções de enfermagem à pessoa/família em situação crítica devem ser realizadas no sentido de proporcionar o máximo de conforto tendo sempre em linha de conta as suas necessidades, intervenções essas que devem promover a melhor qualidade de vida e preservação da dignidade da pessoa doente.

Para melhorar o cuidado à pessoa em situação crítica devemos procurar os benefícios da pesquisa adotando para isso uma postura eficaz, tendo sempre em consideração uma base científica suportada em evidência que nos proporcione a mudança pretendida (Larrabee, 2011).

Cabe ao enfermeiro saber procurar a melhor evidência, sintetizá-la, avaliá-la e aplicá-la na sua prática diária, de modo a prestar cuidados de excelência, tendo sempre em conta a unicidade da pessoa/família.

No decorrer do Estágio Final, fomos desenvolvendo a capacidade de resposta perante as situações críticas e inesperadas que acontecem em contexto de urgência, efetuando uma vigilância constante e atenta à pessoa nestas circunstâncias, sendo que os cuidados a prestar nestas situações requerem uma tomada de decisão rápida e fundamentada, tendo em linha de conta a instabilidade da pessoa e a possibilidade de deterioração do estado global com falência multiorgânica subsequente. Todo o conhecimento teórico aprendido e/ou desenvolvido no decorrer das Unidades Curriculares, foi peça fundamental na aquisição destas capacidades e competências que sustentam os cuidados de excelência à pessoa em situação crítica.

Neste contexto é fundamental a elaboração de planos de cuidados adequados e individualizados de modo a que a tomada de decisão seja, como afirmam Bittencourt & Crossetti (2013) “pautada na avaliação criteriosa de sinais e sintomas apresentados pelo paciente, na compreensão da sua relação entre si e da sua relevância para o cuidado” (p. 346).

De acordo com o antedito, podemos considerar a posição dos enfermeiros de extrema importância, pois como afirma Pereira (2010)

(...) atendendo à posição que os enfermeiros ocupam no seio da equipa, bem como ao facto da natureza dos cuidados de enfermagem comportar, frequentemente, uma maior proximidade e intimidade com a pessoa doente, este papel de avaliação de sintomas acaba por ser da responsabilidade destes profissionais (...) pelo que é imprescindível para tal que o enfermeiro tenha conhecimentos específicos sobre os sintomas, de forma a saber identificá-

los, planejar e implementar intervenções mais adequadas e avaliar os resultados dessas intervenções (...) (p. 39).

Iniciar este Estágio Final no SUC deste Centro Hospitalar, foi um desafio considerável, na medida em que apenas tínhamos experiência com a pessoa em situação crítica em cuidados intensivos e não em contexto de serviço de urgência, pelo que o começo foi mais cauteloso, mas progressivamente com mais confiança e desenvoltura sempre com vontade de adquirir novas competências e conhecimentos de modo a prestar cuidados diferenciados e de qualidade.

Apesar da experiência anterior ser uma mais valia muito importante para a realização do estágio, foi necessária a leitura de normas, protocolos e bibliografia acerca de novos equipamentos como o caso do “Lucas”, até então desconhecido na nossa prática diária, sendo que a exemplificação e explicação por parte dos enfermeiros orientadores foi primordial para adquirir conhecimentos nesta área tão específica. Todo este processo foi promovedor da desconstrução dos receios iniciais, possibilitando o alcance dos objetivos propostos.

Toda a abordagem da pessoa em situação crítica foi fundamentada pela metodologia ABCDE. A abordagem ABCDE (*A – Airway; B – Breathing; C – Circulation; D – Disability; E – Exposure*) é uma ferramenta primordial pois permite ordenar e sistematizar as intervenções, bem como determinar as prioridades nos cuidados a prestar e conseqüentemente os resultados obtidos são os mais adequados para responder às necessidades que a pessoa apresenta. Ao seguir um plano estruturado assegura-se um nível de cuidados ótimo.

O SU deste Centro Hospitalar é classificado como SUP, concomitantemente como Centro de Trauma [CT] visto que realiza o atendimento e tratamento da pessoa vítima de trauma grave, tendo adotado também, como parte das recomendações da DGS, formas de atendimento rápido e diferenciado dando resposta a situações específicas, como a Via Verde AVC, a Via Verde Trauma, a Via Verde Coronária e a Via Verde Sépsis, pelo que as realidades vividas ao longo do estágio foram inúmeras.

Relativamente à aquisição de competências técnicas foi um estágio muito desafiante e enriquecedor na medida em que tivemos a oportunidade de efetuar todos os procedimentos inerentes às situações vivenciadas em cada setor do SUC, como a abordagem inicial da pessoa em situação crítica que necessita de cuidados específicos (monitorização, colocação de acessos venosos periféricos e centrais, colheita de sangue para gasimetrias com a respetiva interpretação e relação com a condição da pessoa, entubações e extubações endotraqueais, monitorização invasiva com colocação de linha arterial, manobras de reanimação avançadas com recurso a farmacologia e apoio

de dispositivos como o “Lucas”, ventilação mecânica invasiva e não invasiva, realização de tratamentos a feridas complexas decorrentes de traumas variados).

Dando enfoque aos cuidados de enfermagem de excelência com base na humanização dos cuidados, e de modo a adquirir e desenvolver competências na área, participámos na série de workshops “Temas de Humanização em Enfermagem - I – Esperança no Cuidado Humano” (Anexo X).

De referir uma situação que nos deixou muito apreensivos dada a sua complexidade e inexperiência total na área que foi a receção de crianças vítimas de politrauma em contexto de acidentes de viação. Foi avassalador ver todo o frenesim que se gera de modo a superar com êxito a circunstância. No final, e graças ao *debriefing* com os enfermeiros orientadores, ficámos mais confiantes com a boa prestação de cuidados.

É importante também mencionar que e dada a atual pandemia que vivemos, também tivemos a oportunidade de desenvolver capacidades na prestação de cuidados a doentes com infeção a SARS-CoV-2.

Uma das muitas funções dos enfermeiros orientadores foi organizar e planear o transporte inter-hospitalar de pessoas que assim o necessitavam (como por exemplo para um hospital com capacidade de efetuar descompressão em câmara hiperbárica em um jovem em contexto de acidente de mergulho), pelo que tivemos a oportunidade de colaborar com todos os procedimentos (o material a acompanhar a pessoa, os protocolos e burocracias a preencher, providenciar acompanhamento diferenciado).

Neste entendimento, foi crucial toda a experiência prévia, a consulta de toda a bibliografia, normas e protocolos, o apoio dos enfermeiros orientadores, os conteúdos lecionados nas Unidades Curriculares, assim como a participação com aproveitamento dos cursos teórico-práticos inseridos na Unidade Curricular enfermagem Médico-Cirúrgica 4 (Anexo I, Anexo II e Anexo III).

No decurso do Estágio Final tivemos a oportunidade de administrar protocolos terapêuticos complexos nomeadamente da Via Verde AVC, Via Verde Coronária e Via Verde Trauma. Estas situações são consideradas emergentes que requerem atuação imediata de modo a garantir a boa prestação de cuidados.

Colaborámos em diversas situações em que se acionaram as respetivas vias verdes, nomeadamente todo o processo de receber a pessoa, monitorizar todos os sinais vitais, contatar os profissionais responsáveis pelo posterior procedimento, contatar a imagiologia, colocar acessos e colher sangue para posterior avaliação laboratorial, efetuar a terapêutica prescrita, realizar registos adequados, bem como o acompanhamento ao local da realização de exames e/ou tratamentos adequados à situação, dentro do *timing* previsto para a boa resolução da situação, tendo sempre em linha de conta a qualidade e segurança da pessoa em situação de doença.

Tendo em linha de conta o supracitado, concluímos que a implementação e desenvolvimento do PIP, com a elaboração de proposta de norma de atuação (Apêndice VI) foi muito pertinente para contribuir para a execução de protocolos terapêuticos.

A dor é também uma questão de interesse por parte do EEEMC-PSC, devendo assumir um papel ativo na gestão da dor uma vez que lhe é atribuída como competência específica da “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (Diário da República, II série, N.º 135, 16 de julho de 2018, p.19363).

Relativamente ao diagnóstico de “Dor” esta é definida pela CIPE como uma

(...) percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite (CIPE, 2018, p. 46).

Neste sentido cabe ao EEEMC, no domínio das suas competências, gerir “os processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação de situações decorrentes de doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos” (Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, p. 19361).

Em 2003, a dor foi definida como sendo o 5º sinal vital pela DGS. Atendendo a que a dor acompanha de forma transversal a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde, a DGS refere que é um dever dos profissionais de saúde o controlo eficaz da dor, um direito dos doentes e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde (2003). Desta forma foi determinada como norma de boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas.

No que se refere à avaliação e vigilância da dor, o papel do enfermeiro especialista centra-se numa abordagem holística do doente, devendo identificar “evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar; demonstra conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (Diário da República, II série, N.º 135, 16 de julho de 2018, p. 19361).

Dentro da equipa, a vigilância da dor e, por consequência, o seu controlo depende e é resultado do nível de proficiência dos cuidados de enfermagem neste domínio. A avaliação da dor deverá ser feita em todos os turnos e sempre que se justifique, nomeadamente durante os procedimentos

dolorosos (Costa, 2020). Durante o estágio esta avaliação foi sempre efetuada de acordo com as necessidades da pessoa.

As intervenções de enfermagem para o controlo e gestão da dor, envolvem a implementação de intervenções interdependentes (medidas farmacológicas) e autónomas (medidas não farmacológicas). Para tal, o EEEMC-PSC tem sempre em linha de pensamento as competências que lhe são atribuídas neste domínio

(...)garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor; demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor; demonstra conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgesia. No caso das prescrições farmacológicas, em que a responsabilidade pela prescrição é do médico, cabe ao enfermeiro a responsabilidade de assegurar a sua execução e monitorizar os seus efeitos (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p.15).

De modo a cumprir os objetivos propostos inicialmente, bem como a concretização do PIP, concentramos a nossa atuação essencialmente nas pessoas admitidas em contexto de urgência por HDA.

Relativamente ao Diagnóstico de “Risco de Hemorragia” no sistema gastrointestinal superior a CIPE (2018, p. 70) define a hemorragia como “Perda sanguínea: perda de uma grande quantidade de sangue num curto período de tempo, externa ou internamente, associada a sangramento arterial, venoso ou capilar”.

Neste entendimento podemos desenvolver as seguintes intervenções de enfermagem: vigiar perdas hemorrágicas (quantidade, local das perdas), monitorizar sinais vitais, vigiar sinais e sintomas de perdas sanguíneas não visíveis (hipotensão, taquicárdia, sudorese, sinais de choque hemorrágico/hipovolémico), assegurar uma via adequada, como o catéter venoso central, para administração de derivados sanguíneos (se necessário).

Atendendo ao anteriormente explanado, a atuação do enfermeiro especialista deverá ser diferenciada, pois são-lhe atribuídas competências que visam prestar “cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (Diário da República, II série, N.º 135, 16 de julho de 2018, p. 19363). De acordo com o supracitado as intervenções de enfermagem implementadas terão por objetivo diminuir o risco de hemorragia gastrointestinal.

Outra das intervenções priorizadas é a identificação precoce dos sinais de choque hipovolémico (hipotensão, pulso filiforme e rápido, taquipneia, sudorese ou agitação). Esta identificação é feita,

para além da monitorização constante, com recurso à observação da avaliação direta da perfusão cutânea através da visualização da pele do doente uma vez que alterações da coloração tais como a palidez, cianose ou pele fria, são indicativas de má perfusão periférica (Alves & Sampaio, 2020).

Por fim, devemos ter em atenção a vigilância das perdas hemorrágicas com recurso à observação e teste para a presença de sangue no vómito, fezes e drenagem nasogástrica.

De modo a que esta intervenção seja adequada foram desenvolvidos os projetos no PIP que se apresentaram à equipa de enfermagem do SUC, como o folheto (Apêndice IV), o poster (Apêndice V) e a proposta de norma de procedimentos (Apêndice VI).

Outro fator muito importante na realização deste estágio foi a relação com a família da pessoa em situação crítica. O surgimento de uma doença vai implicar uma série de alterações inesperadas modificando a forma dessa família viver o seu dia-a-dia. A pessoa é vista como um sistema que está em constante adaptação, utilizando para isso processos interiores, estratégias de coping inatos ou adquiridos (Peixoto & Santos, 2009).

De modo a intervir neste diagnóstico no sentido de atingir os resultados esperados podemos: avaliar o coping familiar, estabelecer a confiança, ensinar a família acerca do processo de doença, envolver a família no processo de tomada de decisão, avaliar e promover o apoio social (família, amigos, associações) e apoiar o processo de luto da família.

Segundo Neeb (2000, p. 103) o coping é explicado como “o modo como cada indivíduo se adapta psicologicamente, física e comportamentalmente a um fator de stresse. Isto é, a capacidade que cada um desenvolve para lidar conscientemente com os problemas e com o stresse”.

A alteração do bem-estar num dos membros da família vai ser refletido não só nesse elemento, mas também na restante família, desencadeando por vezes a situações de stresse (Ptacek et al, 1994), sendo que o momento pós alta é considerado pelos familiares como sendo um dos mais difíceis de ultrapassar (Peixoto & Santos, 2009). A família depara-se então com a necessidade de desenvolver estratégias de coping eficazes, de forma a diminuir as repercussões tendendo a atingir um novo equilíbrio (Peixoto & Santos, 2009).

Família para a WHO (2002), é clarificada como o contexto de promoção da saúde e redução da doença, onde desde que nascem, os indivíduos desenvolvem crenças e comportamentos de saúde. Sendo assim podemos comentar que a família tem um papel muito importante e ativo na prestação de cuidados e na tomada de decisão, como recetora de cuidados, a família solicita informação e acompanhamento por parte dos profissionais de saúde, de forma a garantir as melhores condições para lidar com a situação de doença.

A OE (2002, p.21) salvaguarda que “a família tem de ser o centro de enfoque dos cuidados de saúde”, pelo que o papel do enfermeiro não pode cingir-se à mera execução de cuidados à pessoa,

tem de assumir outras dimensões, como agente clínico dos membros da família onde dará formação específica a quem na sua ausência, ficar responsável pela continuação dos cuidados e a ser referência e suporte qualificado de cada família na resposta às suas necessidades de saúde.

O enfermeiro deve desenvolver competências na família, para que esta se sinta segura, pelo que a deve não só munir de informação, mas também treinar as habilidades adequadas à situação e identificar necessidades de orientação para outros profissionais.

Primámos sempre pela inclusão, possível dadas as circunstância, da família nos cuidados à pessoa em situação crítica, nomeadamente na “despedida” em casos de falecimento do familiar, situação que ocorreu na sala de reanimação e em que foi dado espaço à família para se despedir do seu familiar com toda a privacidade e dignidade que assim é exigido.

De acordo com tudo a antedito, consideramos que foi com toda a certeza uma das competências mais fortalecidas no decorrer do estágio, com a consecução de conhecimentos primordiais à prestação de cuidados de excelência na nossa práxis diária.

#### **Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC**

- ❖ 2 – Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.

#### **Competências de Mestre em Enfermagem**

- ❖ 7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Com a evolução tecnológica e consequentes alterações instituídas no planeta, as situações de exceção e catástrofe têm sido fenómenos recorrentes na vida diária de todos nós.

De modo a haver um organismo capaz de mitigar os riscos e consequências destes fenómenos foi criada a Proteção Civil que é a

(...) actividade desenvolvida pelo Estado, Regiões Autónomas e autarquias locais, pelos cidadãos e por todas as entidades públicas e privadas com a finalidade de prevenir riscos colectivos inerentes a situações de acidente grave ou catástrofe, de atenuar os seus efeitos e proteger e socorrer as pessoas e bens em perigo quando aquelas situações ocorram (Artigo 1.º da Lei de Bases da Protecção Civil, Lei n.º 27/2006 - Diário da República n.º 126/2006, Série I de 2006-07-03 Aprova a Lei de Bases da Protecção Civil, p.1, alterada pela Lei n.º 80/2015 de

3 de agosto, Segunda alteração à Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil, Diário da República, 1.ª série — N.º 149 — 3 de agosto de 2015 p.5311).

De acordo com a Lei de bases da Proteção Civil catástrofe é definida como: “o acidente grave ou a série de acidentes graves susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afectando intensamente as condições de vida e o tecido sócio-económico em áreas ou na totalidade do território nacional” (Artigo 3.º da Lei de Bases da Protecção Civil, Lei n.º 27/2006 - Diário da República n.º 126/2006, Série I de 2006-07-03 Aprova a Lei de Bases da Protecção Civil, p.1, alterada pela Lei n.º 80/2015 de 3 de agosto, Segunda alteração à Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, que aprova a Lei de Bases da Protecção Civil, Diário da República, 1.ª série — N.º 149 — 3 de agosto de 2015 p.5311).

De acordo com o *International Council of Nurses* [ICN] (2019) os enfermeiros são o grupo profissional que quando ocorrem catástrofes “desempenham papéis vitais servindo como socorristas, agentes de triagem e prestadores de cuidados, coordenadores de cuidados e serviços, provedores de informação ou educação e conselheiros” (p.3). No entanto é também referido que esses papéis são mais eficazes e bem sucedidos quando “os enfermeiros têm as competências ou habilidades em desastres para responder rápida e eficazmente” (ICN, 2019,p.3)

Em 2010 a DGS enunciou uma recomendação para que todas as instituições de saúde elaborassem o seu plano de emergência, de modo a estarem preparadas para atuar eficazmente em caso de catástrofe com a seguinte fundamentação

(...) Num contexto de permanente possibilidade de ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes ou importantes proporções, é fundamental que as diversas Instituições do Sistema Nacional de Saúde realizem, periodicamente, uma análise da sua situação, tendo em consideração a envolvente interna e externa, em constante mutação, planeando, de forma sistemática e integrada, uma resposta de emergência a dar em qualquer um dos cenários acima referidos, ou a outro, que, pela sua natureza ou extensão, implique, momentânea ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes – situação doravante designada como crise (Orientação nº007/2010 de 6 de Outubro).

Tendo em conta o supracitado, recorreu-se à consulta do Plano de Emergência Externo do centro hospitalar (que tem incluído o do SUC) em que o seu objetivo primordial é: “garantir, por parte do hospital, uma eficaz atuação e utilização dos seus recursos, em caso de afluxo maciço de vítimas ao Serviço de Urgência, diminuindo a sua morbilidade e mortalidade” (Plano de Emergência Externo do centro hospitalar que se consultou no site institucional, Junho 2016).

Em adição ao referido também efetuámos uma revisão dos conteúdos lecionados na Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica 3, nomeadamente os conceitos referentes ao tema de catástrofe.

Como já foi referido, uma pandemia também é considerada uma situação de catástrofe. Desde o início do conhecimento e disseminação do vírus SARS-CoV-2 que Portugal registou, até à data da realização deste relatório, um total de 3 280 000 casos e um total de 21 111 óbitos (JHU CSSE COVID-19 Data).

Na atual situação em que nos encontramos, tivemos que nos adaptar a este contexto. Foram muitas as readaptações, quer a nível estrutural, quer a nível de recursos humanos e materiais. No decurso do estágio foram múltiplas as experiências neste contexto, como a prestação de cuidados no ADR de modo a perfeccionarmos a organização e planeamento deste tipo de cuidados.

Fazendo uma análise reflexiva de todas as atividades realizadas assim como da aquisição e/ou desenvolvimento de conhecimentos com a leitura dos documentos necessários, consideramos que adquirimos as competências analisadas.

### **Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC**

- ❖ 3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

### **Competências de Mestre em Enfermagem**

- ❖ 7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

No atual contexto nacional e internacional, em que se assiste a uma modernização dos cuidados de saúde com recurso cada vez maior a procedimentos e técnicas invasivas e complexas, a OE estabelece como competência específica do EEEMC-PSC (Regulamento nº 429/2018, Diário da República, II Série, nº135 de 2018-07-16), a capacidade que este tem em “maximizar a intervenção na

prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Diário da República, II Série, nº135 de 2018-07-16, p. 19364).

A WHO define infeção nosocomial como

(...) Infeção que ocorre em um paciente durante o processo de atendimento em um hospital ou outro estabelecimento de saúde que não estava presente ou em incubação no momento da admissão. Isso inclui infeções adquiridas no hospital, mas que aparecem após a alta, e também infeções ocupacionais entre os funcionários da unidade (WHO, 2002, p.64).

Estas infeções levam a gastos exagerados em saúde, aumento dos dias de internamento bem como potenciais disfunções nas pessoas, como refere a WHO: “as infeções causam 16 milhões de dias extras de internação e 37.000 mortes atribuíveis (e contribuem para mais 110.000). Custos associados: aproximadamente € 7 bilhões anuais” (WHO, 2011, p. 21).

Num estudo de prevalência realizado pelo *European Center for Disease Prevention and Control* foi identificada “uma taxa global de infeções hospitalares, a nível europeu de 6,1%, sendo em Portugal esse valor de 10,6%” (Direção Geral de Saúde, 2012, p.18).

Neste sentido, o EEEMC-PSC “concebe plano de prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” com recurso ao estabelecimento de “estratégias pró-ativas a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção” e diagnosticando “as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção” (Regulamento nº 429/2018, Diário da República, II Série, nº135 de 2018-07-16, p.19).

Relativamente ao diagnóstico “risco de infeção”, infeção é “um processo patológico: invasão do corpo por microorganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.71).

Priorizado o diagnóstico cabe à equipa de enfermagem estabelecer um conjunto de intervenções que façam diminuir a possibilidade da sua ocorrência, pois é de extrema importância que a taxa de prevalência seja diminuída.

Estas intervenções têm como objetivo romper cada elo da cadeia de transmissão, e de acordo com Pina, Ferreira & Uva (2014) as ações passam por “identificar, controlar e eliminar reservatórios; impedir a transmissão entre pacientes; bloquear passagem de colonização à infeção; proteger ou modificar o risco do hospedeiro” (p.146).

As intervenções de enfermagem passam pela prevenção destas infeções, nomeadamente a infeção cruzada com o recurso aos equipamentos de proteção individual corretos e adequados a cada situação, bem com a lavagem e desinfeção correta das mãos em todas as ocasiões.

Ao desenvolver as intervenções corretas à prevenção destas infeções, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica deve ter em linha de conta as competências que lhe são imputadas como: “demonstra conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que lhe permitam ser referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica/falência orgânica, na prevenção e controlo da infeção e na resistência a antimicrobianos”, e “monitoriza, regista e avalia medidas de prevenção e controlo implementadas” (Regulamento nº 429/2018, Diário da República, II Série, nº135 de 2018-07-16, p.19364), de modo a que todas as suas intervenções o guiem para cuidados de excelência.

No decurso do estágio foram cumpridas todas as medidas consideradas promotoras de boas práticas na prevenção das infeções nosocomiais respeitando todos os protocolos e normas instituídas, como a lavagem e desinfeção correta das mãos, o uso de equipamento de proteção individual adequado. Também importante para a aquisição de conhecimentos foi a frequência das aulas de Enfermagem Médico-Cirúrgica 5.

Em virtude das contingências da pandemia a SARS-CoV-2 foram realizadas zaragatoas de despiste do vírus a todos os doentes admitidos no SUC, sempre com as proteções individuais colocadas. Tentou-se ao máximo, nem sempre possível devido à grande afluência de pessoas em situação de doença ao SUC e sem vagas disponíveis nos serviços, manter o distanciamento necessário e recomendado entre as pessoas.

Sempre que efetuamos cuidados à pessoa submetida a ventilação mecânica (invasiva e não invasiva), priorizamos os cuidados à mucosa oral para evitar o risco de infeção do trato respiratório inerente a este tipo de cuidados, no entanto, e neste sentido, segundo as normas da DGS (2015) para prevenir a infeção associada à ventilação mecânica foram implementadas as seguintes intervenções de enfermagem: prevenir a aspiração, prevenir a colonização dos sistemas aéreo e digestivo, prevenir contaminação do equipamento.

Neste seguimento consideramos o PIP de extrema importância, pois ao seguirmos a proposta de abordagem inicial à pessoa em situação crítica com HDA, consagrada na norma realizada (Apêndice VI), evitámos o risco de aspiração de conteúdo gástrico para as vias aéreas prevenido a pneumonia de aspiração, episódio frequente de infeção nosocomial.

Todos os conhecimentos adquiridos ao longo da nossa experiência profissional, bem como dos adquiridos na consulta de documentos importantes, contribuíram para o sucesso no desenvolvimento das competências relativas à prevenção e controlo das infeções.

## CONCLUSÃO

A realização deste documento emergiu de forma a corroborar a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica, bem como das competências que conferem o Grau de Mestre, no encadeamento da Unidade Curricular Estágio Final.

Este possuiu a pretensão de ser uma análise descritiva e crítico-reflexiva do percurso empreendido, sendo que esta análise foi fundamentada à luz da mais recente evidência científica, bem como a recurso a documentos oficiais e bibliografia consultada.

O Estágio final evidenciou-se de extrema importância na medida em que possibilitou a mobilização dos conhecimentos teóricos apreendidos anteriormente para a realização dos cuidados de excelência, sendo que a formação contínua e a busca da melhor evidência científica se revestem de extrema importância para a qualidade dos cuidados.

O planeamento adequado e eficaz dos cuidados é pilar fulcral da prática de excelência dos enfermeiros, que recorrendo à identificação precoce dos diagnósticos de enfermagem, reais ou potenciais, estabelecem intervenções dirigidas ao alvo dos seus cuidados, nomeadamente à pessoa em situação crítica que carece de atenção constante e cuidados diferenciados.

Neste entendimento pode-se afirmar que toda a aquisição de conhecimentos, capacidades, competências, foram peça fundamental no crescimento enquanto profissional de enfermagem e também enquanto pessoa.

Todo este percurso que se iniciou com o ingresso neste curso de Mestrado, incrementou o empoderamento na medida em que proporcionou o desenvolvimento de todo o *savoir-faire* na área de competências no atendimento da pessoa em situação crítica, como na prestação direta dos cuidados considerados essenciais à pessoa/família em situação crítica; na tomada de decisão rápida e eficaz na gestão de situações complexas; na prestação de cuidados de qualidade e efetuados com segurança, tendo sempre em consideração o pensamento crítico; na gestão e promoção do trabalho de equipa, impulsionadores de boas práticas.

De forma a comprovar a idoneidade do local de estágio escolhido, foi efetuada uma descrição detalhada do mesmo, bem como da instituição hospitalar onde está inserido, com recurso à descrição da estrutura organizacional, da gestão dos cuidados de saúde, dos recursos humanos e materiais. De acordo com o explanado foi considerado um local capacitado para a elaboração e incremento do PIP, assim como para o desenvolvimento e aquisição de competências.

A conceção e promoção do PIP foram efetuadas de acordo com todas as etapas da Metodologia de Projeto, o que inicialmente permitiu a determinação da necessidade de formação da equipa de

enfermagem relativamente ao tema a pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta: abordagem inicial no serviço de urgência. De modo a concretizar os objetivos propostos para o desenvolvimento do PIP, foram delineadas atividades e estratégias de modo a atingir as metas. As estratégias passaram pela realização de uma proposta de norma para procedimentos de enfermagem de qualidade às pessoas acometidas desta situação, pela criação de um folheto e um poster com a abordagem inicial da pessoa com hemorragia digestiva alta, bem como a realização de sessões de formação à equipa de enfermagem para disseminação de conhecimentos, conceitos e dos instrumentos realizados no desenrolar do estágio final.

De forma à concretização de todas as atividades propostas, foi feita pesquisa bibliográfica nas bases de dados à luz da melhor evidência científica, assim como a consulta de *guidelines* e protocolos nacionais e internacionais das entidades especialistas na área, o que culminou com a elaboração de uma revisão de *scoping* dedicada á temática.

De maneira a fundamentar todo o processo de aquisição e desenvolvimento de competências e do PIP, foi utilizado o referencial teórico do MMPBE de Larrabee (2011), uma vez que este modelo proposto pretende mudar o paradigma da prática tradicional que se baseia na experiência, na opinião e no raciocínio fisiopatológico, para uma Prática Baseada na Evidência (PBE) através do desenvolvimento da investigação e do acesso aos seus resultados, incorporando um pensamento crítico, justificando as nossas ações em pesquisas científicas, na investigação e nos resultados obtidos. Destaca-se ainda a afinidade com a Metodologia de Projeto o que permitiu a elaboração estruturada deste relatório.

De acordo com o antedito consideramos que todo este percurso académico se concretizou de forma positiva, na medida em que nos proporcionou a aquisição e desenvolvimento de competências e habilidades, que contribuíram para o nosso crescimento profissional e pessoal. Este empoderamento e *know-how*, aliado aos referenciais teóricos e aos documentos que regem a profissão de Enfermagem, são pilar fulcral para prática diária de excelência.

Tendo em conta o supracitado, consideramos ter alcançado os objetivos propostos, assim como adquirimos as competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – a Pessoa em Situação Crítica, assim como as que conferem o Grau de Mestre.

Terminar um relatório desta natureza foi o culminar de uma caminhada que nos proporcionou o atingir de conhecimentos e aptidões para o desenvolvimento de um percurso profissional excelente e digno de orgulho, centrado na prestação de cuidados de enfermagem exímios à pessoa/família em situação crítica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS, Administração Central do Sistema de Saúde, IP – Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências, RT 11/2015.
- Ahmed, A., & Stanley, A. J. (2012). Acute upper gastrointestinal bleeding in the elderly: aetiology, diagnosis and treatment. *Drugs & aging*, 29(12), 933–940. <https://doi.org/10.1007/s40266-012-0020-5>
- Al Dhahab, H., McNabb-Baltar, J., Al-Taweel, T., & Barkun, A. (2013). State-of-the-art management of acute bleeding peptic ulcer disease. *Saudi journal of gastroenterology : official journal of the Saudi Gastroenterology Association*, 19(5), 195–204. <https://doi.org/10.4103/1319-3767.118116>
- Alves, F. & Sampaio, C. (2020). Monitorização em unidade de cuidados intensivos. In Pinho, J. A. *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 69-80). Lidel – Edições Técnicas, Lda. Lisboa.
- American Psychological Association [APA] (2020). *Publication manual of the American psychological association: The official guide to APA style* (7th ed.). APA. Washington, DC, United States of America: American Psychological Association.
- Aromataris, E., Munn, Z. (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- "avaliação", in *Dicionário Priberam da Língua Portuguesa* [em linha], 2008-2021, <https://dicionario.priberam.org/avalia%C3%A7%C3%A3o> [consultado em 27-02-2022].
- Biblioteca Virtual em Saúde. *Descritores em Ciências da Saúde: DeCS/MeSH* [Internet]. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS; 2017 [acesso em 2022 janeiro]. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>.
- Bittencourt, G., & Crossetti, M. (2013). Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 47 (2), 341-347. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000200010>
- Buss, P. M., & Pellegrini-Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
- Castanheira, S. B., Mota, G. de A., Rosa, G. V., Kemp, R., & Santos, J. S. dos (2012). Protocolo clínico e de regulação para hemorragia digestiva alta. In *Protocolos clínicos e de regulação: acesso à rede de saúde*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Chapman, W., Siau, K., Thomas, F., Ernest, S., Begum, S., Iqbal, T., & Bhala, N. (2019). Acute upper gastrointestinal bleeding: a guide for nurses. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 28(1), 53–59. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.1.53>

- CIPE® - Português (2018). Versão online. [Icnp-Portuguese\\_translation.pdf](#) Disponível em:  
[https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp Portuguese translation.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp%20Portuguese%20translation.pdf)
- Conselho de Enfermagem (2001). *DIVULGAR: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2006). *Dotações Seguras Salvam Vidas: Instrumentos de Informação e Acção*. Genebra: Conselho Internacional de Enfermeiros.
- Costa, N. (2020). Avaliação da Dor: terapias não farmacológicas para alívio da dor. In Pinho, J. A. *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 93-105). Lidel – Edições Técnicas, Lda. Lisboa.
- Decreto-Lei nº65/2018 do Diário da República, 1ª série-Nº 157-16 de agosto de 2018, no Capítulo III, Artigo 15º p.4147 – 4182. Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. ELI: <https://data.dre.pt/application/file/a/116068580>
- Decreto-Lei nº 86/1976. Procede à aprovação da Constituição da República Portuguesa. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (Nº 86 de 10-04-1976), 738-775. ELI: [https://dre.pt/web/guest/pesquisa-avancada/-/asearch/502635/details/normal?serie=I&search=Pesquisar&ano=1976&perPage=100&type=s=DR&advancedPublicSearch=WAR\\_drefrontofficeportlet\\_dreId=78796](https://dre.pt/web/guest/pesquisa-avancada/-/asearch/502635/details/normal?serie=I&search=Pesquisar&ano=1976&perPage=100&type=s=DR&advancedPublicSearch=WAR_drefrontofficeportlet_dreId=78796)
- Decreto-Lei nº161/96. Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (Nº 205 de 04-09-1996), 2959-2962. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>
- Deodato, S. (2008). *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade*. Coimbra: Edições Almedina.
- Despacho Normativo Nº 11/2002, Artigo 1º do Diário da República – I Série – B – Nº55 – 6 de março de 2002, p.1865 – 1866. Cria o serviço de urgência hospitalar. ELI: <https://dre.pt/application/file/119222>
- Despacho nº 10319/2014, do Diário da República, 2ª Série – Nº153 – 11 de agosto de 2014, Artigo 1º, p. 20673 – 20678. Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação. Revoga os Despachos Nº 18459/2006, de 30 de julho, 24681/2006, de 25 de outubro e 727/2007, de 18 de dezembro de 2006. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/55606657>

- Dinesen, L., & Benson, M. (2012). Managing acute upper gastrointestinal bleeding in the acute assessment unit. *Clinical medicine (London, England)*, 12(6), 589–593. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.12-6-589>
- Direção Geral da Saúde (DGS). 2003. Circular Normativa nº 9, de 14/6/2003, Assunto: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. 2003. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares/normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2010). *Orientação n.º 007/2010 de 6 de outubro: Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2011). *Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do doente*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral da Saúde (DGS). Circular Normativa nº 021/2015, de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017 Assunto: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Disponível em: <http://www.aenfermagemasleis.pt/2017/05/30/atualizacao-de-norma-dgs-feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>
- Esteves, L.S.F., Cunha, I.C.K.O., Bohomol, E., Negri, E.C. (2018) Supervised internship in undergraduate education in nursing: integrative review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Suppl 4):1740-50. [Thematic issue: Education and teaching in Nursing] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2017-0340>
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. 2nd ed. Philadelphia: F. A. Davis; 2005
- Fried, L. P., Bentley, M. E., Buekens, P., Burke, D. S., Frenk, J. J., Klag M. J., et al. (2010). Global health is public health. *Lancet*, 375, 535-537. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60203-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60203-6)
- Garcia, T., & Nóbrega, M. (2009). Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009 mar; 13(1): 188-193.
- Gralnek Ian, M. et al (2021). Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021. *Endoscopy* 2021; 53: 300-332. DOI <https://doi.org/10.1055/a-1369-5274> Published online: 10.02.2021 | *Endoscopy* 2021; 53.
- Grupo Português de Triagem acedido em 10/10/2021 <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>

- Guerra, I. C. (2006). Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção: O planeamento em Ciências Sociais (2nd ed.). Principia.
- Halland, M., Young, M., Fitzgerald, M. N., Inder, K., Duggan, J. M., Duggan, A. (2010). Characteristics and outcomes of upper gastrointestinal hemorrhage in a tertiary referral hospital. *Digestive diseases and sciences*, 55(12), 3430–3435. <https://doi.org/10.1007/s10620-010-1223-4>
- Institute for Healthcare Improvement. SBAR tool: situation – background – assessment – recommendation. 2018. Disponível em: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx>.
- International Council of Nurses [ICN] (2019). Core competencies in disaster nursing: version 2.0. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses. Consultado a 3/3/2022 e disponível em: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN\\_Disaster-Comp-Report\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf)
- Joanna Briggs Institute. JBI Levels of Evidence [Internet]. Adelaide: Faculty of Health and Medical Sciences, The University of Adelaide; 2013 [acesso em janeiro 22]. Disponível em: [https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence\\_2014\\_0.pdf](https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf).
- JHU CSSE COVID-19 Data. Consultado a 3/3/2022 às 12h44 disponível em: <https://www.google.com/search?q=n%C3%BAmero+de+mortes+covid+portugal&oq=n%C3%BAmero+de+mortes&aqs=chrome.2.69i57j0i457i512j0i402j0i512l7.12784i0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- Laine, L., Barkun, A. N., Saltzman, J. R., Martel, M., & Leontiadis, G. I. (2021). ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. *The American journal of gastroenterology*, 116(5), 899–917. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001245>
- Laine, L., & Jensen, D. M. (2012). Management of patients with ulcer bleeding. *The American journal of gastroenterology*, 107(3), 345–361. <https://doi.org/10.1038/ajg.2011.480>
- Larrabee, J. (2011). Prática Baseada em Evidências em Enfermagem. Série Nurse to Nurse. Edit. McGraw Hill. ISBN: 9788563308917.
- Lei n.º 27/2006 - Lei de Bases da Protecção Civil. ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. Diário da República n.º 126/2006, Série I de 2006-07-03 Aprova a Lei de Bases da Protecção Civil
- Lei n.º 56/79. Serviço Nacional de Saúde. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (N.º 214 de 15-09-1979), 2357-2363. EII: <https://dre.pt/home/-/dre/369864/details/maximized>
- Lei n.º 80/2015 de 3 de agosto Segunda alteração à Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, que aprova a Lei de Bases da Protecção Civil Diário da República, 1.ª série — N.º 149 — 3 de agosto de 2015 p. 5311
- Lei n.º 156/2015. Procede à alteração e republicação ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Assembleia da República. *Diário da República*, I

- Série (Nº 181 de 16-09-2015), 8059-8105. ELI:  
<https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Leite, E., Santos, M. (2001). Nos Trilhos da Área de Projecto: Metodologia do Trabalho de Projecto. Acedido em 13 de Fevereiro de 2022 em:  
[http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/pol/trilhos\\_01.pdf](http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/pol/trilhos_01.pdf)
- Lopes, M., Mendes, F., Oliveira, S. & Ferreira, P. (Coords.) (2015). *Relatório da Primavera: Acesso aos cuidados de saúde, Um direito em risco?*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Disponível em: <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/RelatorioPrimavera2015.pdf>
- Macedo, A.P. (2004). Os estágios dos estudantes de enfermagem enquanto actividade formativa em contexto hospitalar. Universidade do Minho, Braga, 12 a 15 de março 2004.
- Martins, A., Silva, A., Andrade, F., Garcia, H., Brito, A., Maneschy, R. (2019). Hemorragia digestiva alta diagnóstico e tratamento: uma revisão de literatura. *Pará Research Medical Journal*. 3. 10.4322/prmj.2019.007.
- Martins, L. (2004). Beneficência e Não Maleficência. In M. Neves & S. Pacheco (Coords.), *Para uma Ética da Enfermagem: Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- McEwen, M., Wills, E. M. (2014). *Theoretical basis for nursing*. Fourth edition. Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1-4511-9031-1
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. (5th ed.). Pennsylvania: Wolters Kluwer/Lippincott Williams Wilkins.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* [Internet]. 2009 Jul 21 [acesso em janeiro 2022];6(7):e1000097. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*, (1ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Nunes, L. (2008). Fundamentos éticos da deontologia profissional. *Revista Ordem dos Enfermeiros*. *Ordem dos Enfermeiros*, 31, p- 35-47.
- Nunes, L. (2017). *Para uma epistemologia de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros, (2002). *A cada família o seu Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Tomada de posição sobre segurança do cliente*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor: Guia orientador de boa prática. Cadernos OE, Série I, nº 1. Disponível em:  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadern\\_soe-dor.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadern_soe-dor.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros, (2008). Dia Internacional da Família – Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos. [Em linha] Lisboa: OE, 2008. [Consult. 27 Março 2021]. Disponível em:  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/dia-internacional-da-fam%C3%ADlia-enfermeiros-e-fam%C3%ADlias-em\\_parceria-na-constru%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-para-todos/](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/dia-internacional-da-fam%C3%ADlia-enfermeiros-e-fam%C3%ADlias-em_parceria-na-constru%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-para-todos/)
- Ordem dos Enfermeiros, (2010). Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista. Lisboa. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento no 124/2011 de 18 de Fevereiro: Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa Crítica., Pub. L. No. 124/2011 (2011). Portugal: Diário da República 2a série nº 35. Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento124\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento124_2011_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015b). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015c). Livro: *Deontologia profissional de enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2016). CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018a). Regulamento no 429/2018 - 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, 2.ª série, n.º 135 (16 de julho), 19359- 19370.
- Palmer, K. (2012). Pitfalls in the management of acute upper gastrointestinal bleeding. *Clinical Risk*, 18 (1), 9 – 12. <https://doi.org/10.1258/cr.2012.012A01>
- Pedroto, I., Magro, F., Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARS Norte) (2010). Urgência Regional de Gastrenterologia (URGE). Gestão clínica da hemorragia digestiva alta, Normas orientadoras clínicas. Março 2010.

- Peixoto, M., & Santos, C. (2009). Estratégias de coping na família que presta cuidados. *Cadernos de Saúde*, 2. 10.34632/cadernosdesaude.2009.2795.
- Peixoto, T., & Peixoto, N. (2017). Pensamento crítico dos estudantes de enfermagem em ensino clínico: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem de Referência*, 13 (4), 125-138. Disponível em <https://doi.org/10.12707/RIV16029>
- Pereira, S. M. (2010). *Cuidados Paliativos – Confrontar a morte*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Peters, J., Godfrey, C., Mclnerney, P., Baldini Soares, C., Khalil, H. & Parker, D. Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute; 2017. Disponível em: <https://reviewersmanual.ioannabriggs.org/>
- Peters, M., Godfrey, C. Mclnerney, P., Baldini Soares, C., Khalil, H., & Parker, D. (2017). Scoping reviews. In *Joanna Briggs Institute reviewer's manual*. Retrieved from <https://wiki.ioannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures. Lusociência. 633 Páginas ISBN 972-8383-84-3.
- Pina, E., Ferreira, E., Uva, M. (2014). Infecções associadas aos cuidados de saúde. DOI: 10.7476 / 9788575415955.009 Consultado a 26/03/2021 em [https://www.researchgate.net/publication/303550615\\_Infecoes\\_associads\\_aos\\_cuidados\\_d\\_e\\_saude](https://www.researchgate.net/publication/303550615_Infecoes_associads_aos_cuidados_d_e_saude)
- "projeto", in *Dicionário Priberam da Língua Portuguesa* [em linha], 2008-2021, <https://dicionario.priberam.org/projeto> [consultado em 13-02-2022].
- Ptacek, J., Ptacek, J.J., & Dodge, K.L. (1994). Coping with breast cancer from the perspective of husbands and wives. *J Psychosoc Oncol*; 12(3):47-72.
- Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4744 – 4750. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/119189160>
- Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, Anexo II, p. 19359 - 19370. 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. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/115698537>
- Ruivo, M., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-38. [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)

- Santiago, M., Pedro, A., Sapeta, A., Franco, H., Bico, I., Ruivo, M., Costa, M., Marques, M., Pereira, M. (2021). Planeamento da Unidade Curricular Estágio Final. Évora. Universidade de Évora.
- Senterfitt, J. W., Long, A., Shih, M., & Teutsch, S. M. (2013). How Social and Economic Factors Affect Health. *Social Determinants of Health*, 1, 1-23. Disponível em: [http://publichealth.lacounty.gov/epi/docs/sociald\\_final\\_web.pdf](http://publichealth.lacounty.gov/epi/docs/sociald_final_web.pdf)
- Serrão, D. (1998). O direito à liberdade ética. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 8, 347-351.
- Siau, K., Hearnshaw, S., Stanley, A.J., et al. (2020). British Society of Gastroenterology (BSG)-led multisociety consensus care bundle for the early clinical management of acute upper gastrointestinal bleeding *Frontline Gastroenterology* 2020;**11**:311-323.
- Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) (2010). Recomendações para o tratamento de doentes com hemorragia digestiva alta de causa não varicosa. *Jornal Português de Gastreenterologia*. Volume 17, Setembro/Outubro 2010
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Tomey, A. M., Alligood, M. R. (2004). Teorias e Teorias de Médio Alcance. In *Teóricas de Enfermagem e sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Universidade de Évora. NCE/14/01772 - Apresentação do pedido corrigido - Novo ciclo de estudos, p. 26 de 230. 2015. [http://www.qi.uevora.pt/Documentos/Institucionais/\(id\)/3126/\(basenode\)/893](http://www.qi.uevora.pt/Documentos/Institucionais/(id)/3126/(basenode)/893)
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar – Uma Teoria de Enfermagem*. Loures. 1ª Edição. Lusociência. ISBN 972-8383-33-9.
- Watson, J. (2002). Intentionality and caring-healing consciousness: a practice of transpersonal nursing. *Holist Nurs Pract*, 16(4), 12-19.
- World Health Organization (1948). *Officials Records of the World Health Organization nº2*. Atas da International health conference held in New York from 19 June to 22 July 1946. Geneve: World Health Organization.
- World Health Organization (1986). *Young people's health - a challenge for society: report of a WHO Study Group on Young People and "Health for All by the Year 2000*. Geneve: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO), (2002). *Prevention of hospital-acquired infections:a practical guide*. Geneva, World Health Organization,2002:64.

- World Health Organization (WHO) (2006) – Quality of care : a process for making strategic choices in health systems. [Em linha]. Geneva : World Health Organization, 2006. [Consult. 19 Fev. 2022]. Disponível em [http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare\\_B.Def.pdf](http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf).
- World Health Organization (WHO), (2011). Report on the burden of endemic health care- associated infection worldwide. A systematic review of the literature. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. Introduction (2016). In: *World Health Organization. Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016–2020* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [acesso em 2022 Fev 10]; [3 p.]. Disponível em: [https://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/global-strategy-midwifery-2016-2030/en/](https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/global-strategy-midwifery-2016-2030/en/)
- World Health Organization (2020). Social determinants of health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [acesso em 2022 Fev 16]; Disponível em: [https://www.who.int/social\\_determinants/sdh\\_definition/en/](https://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/)
- Zabala, A., & Arnau, L. (2007). 11 ideas clave. Como aprender y enseñar competencias. Barcelona: GRAÓ.

## **ANEXOS**

**ANEXO I – SBV com DAE - Suporte básico de Vida com Desfibrilhador Automático Externo**

# Ana Sofia Mendes Sofia Antunes

05/02/1977

Obteve a qualificação de ERC  
**Basic Life Support (BLS)  
Operacional**

No Évora, Portugal

Maria Do Céu Mendes Pinto MARQUES  
instructor líder



Data do último curso: 30/04/2021

O titular deste certificado é responsável pela atualização por blica dos seus conhecimentos, competências e recertificação.  
Para verificar a validade deste certificado, acesse <https://coasy.erc.edu/en/verify-certificates> e digite E-RC-510-453588

## **ANEXO II – SAV - Suporte Avançado de Vida**

# CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Portaria nº 474/2010 de 8 de julho

  
ocean  
medical

Certifico-se que **Ana Sofia Mendes Antunes**, nascida em 05/02/1977, com o Número de Identificação Civil 109986065, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

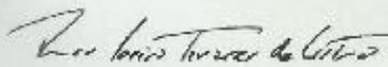
## // SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

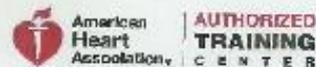
da American Heart Association, que decorreu de 29/05/2021 a 30/05/2021, com a duração de 16 horas,

Porto Salvo, 30 de maio de 2021

O responsável pela Ocean Medical,



Marco Castro



Certificado nº 21163-6/2021

Validade: 6 (seis) anos / 6 (seis) anos

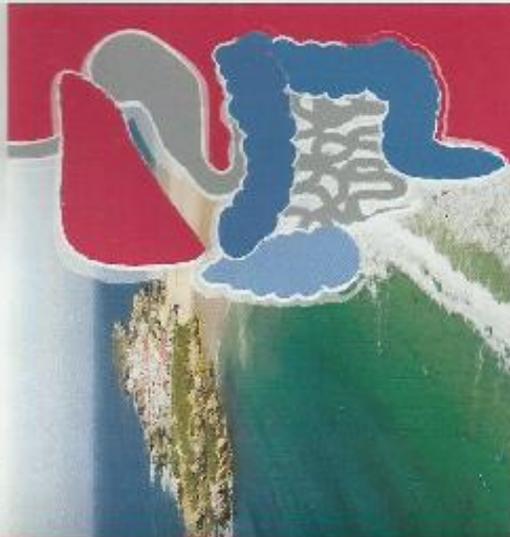
**ANEXO III – ITLS - *International Trauma Life Support***



**ANEXO IV – 8º Curso Anual de Gastreenterologia e Endoscopia Digestiva para  
Enfermeiros**



**8º CURSO ANUAL DE  
Gastroenterologia  
e Endoscopia Digestiva  
para Enfermeiros**



# CERTIFICADO

Certificamos que,

**ANA SOFIA MENDES ANTUNES**

esteve presente no **8º Curso Anual de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva para Enfermeiros**, que decorreu no dia 11 de novembro de 2021, em formato on-line.

11 de novembro de 2021

Dra. Luisa Glória  
Presidente do ANGEH

Enfa. Lídia Jerónimo  
Comissária Organizadora

**ANEXO V - 1º Congresso Internacional “O Cuidado centrado no cliente e nos padrões de qualidade”**

# 1º CONGRESSO INTERNACIONAL

"O CUIDADO CENTRADO NO CLIENTE E NOS PADRÕES DE QUALIDADE"

7  
OUTUBRO  
2021

## CERTIFICADO

Certifica-se que ANA SOFIA MENDES ANDRUES participou no 1º Congresso Internacional "O Cuidado centrado no cliente e nos padrões de qualidade", realizado na modalidade webinar no dia 07 de outubro de 2021, com a duração de 8h.

A coordenadora do GaFDP

Carla Nascimento  
Professora Doutora Carla Nascimento



**ANEXO VI - Multiplier Event (Workshop)– InovSafeCare: Educating students for innovative infection prevention and control practices in healthcare settings – 218-1-PT01-KA203-047453**

# InovSafeCare

Educating students for innovative infection prevention and control practices in healthcare settings

## CERTIFICATE

This is to certify that **Ana Sofia Mendes Antunes**, of Portuguese nationality, has attended the **Multiplier Event (Workshop) - InovSafeCare: Educating students for innovative infection prevention and control practices in healthcare settings - 2018-1-PT01-KA203-047453**, hosted online by the Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde, on 18<sup>th</sup> October 2021.

Instituto Politécnico de Santarém, 18<sup>th</sup> October 2021

Organizing Committee



Maria do Rosário Pinto



IP Santarém's President  
João Moutão



**POLITÉCNICO  
DE SANTARÉM**

**ANEXO VII – Curso de formação profissional “Gestão de Conflitos”**



## CENTRO DE FORMAÇÃO

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE, EPE

Acreditado pela ACSS processo de renovação n.º 015/19-10-2000 e despacho ministerial de 26-01-2001  
Entidade equiparada e certificada pela DIGERT, de acordo com o artigo 4º da Portaria n.º 851/2010 de 6-09-2010  
Entidade Certificada pela APCER cumprindo os requisitos da Norma 4512/2012

### CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que, **Ana Sofia Mendes Antunes**, natural de Lisboa, nascida a 05-02-1977, nacionalidade portuguesa, do sexo feminino, com o N.º de Identificação Civil 1.0986065 - 9ZX9, válido até 25-10-2028, frequentou de 15-01-2020 a 04-03-2020, com a duração total de 9 horas, o Curso de Formação Profissional

#### *Gestão de Conflitos*

Lisboa, 25 de março de 2020

O Responsável pela Entidade Formadora

Alexandra Costa  
Diretora do Centro de Formação do CHULN

Certificado N.º 018/20

CENTRO DE FORMAÇÃO

Av. Professor Epitácio Monteiro  
1848-035 LISBOA  
Tel: 217 805 138 – Fax: 217 805 803

www.chin.pt



Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000

Nrd.055/004/CF-CHULN

www.chin.pt

**ANEXO VIII – Apresentação do Artigo Científico “Covid 19 e saúde mental –  
emoções vivenciadas pelos enfermeiros”**

**CONGRESSO INTERNACIONAL  
LITERACIA EM SAÚDE E AUTOUIDADOS  
EVIDÊNCIAS QUE PROJETAM A PRÁTICA CLÍNICA**

**CONGRESSO INTERNACIONAL  
ALFABETIZACIÓN EN SALUD Y AUTOUIDADO  
EVIDENCIAS QUE DISEÑAM LA PRÁCTICA CLÍNICA**

**28, 29 de abril 2021**  
Online

Organização:  
**INFAD, Instituto Politécnico de Bragança, Escola  
Superior de Saúde**



**D. Florencio Vicente Castro y Dña. Ana María Nunes  
Portugués Galvão, presidentes del Comité  
Organizador del "Congreso Internacional  
Alfabetización en Salud y Autocuidado. Evidencias que  
diseñan la práctica clínica"** celebrado en el Instituto  
Politécnico de Bragança de forma online los días 28 y  
29 de abril de 2021

Certifican que D/Dª

**ANA SOFÍA MENDES ANTUNES**

Ha participado en el mencionado Congreso  
Internacional

**PRESENTANDO UNA COMUNICACIÓN CON  
EL TÍTULO: "Covid-19 e saúde mental – emoções  
vivenciadas pelos enfermeiros"**

Fdo: Florencio Vicente Castro  
Presidente Asociador INFAD



Fdo: Ana Galvão  
Instituto Politécnico de Bragança

**ANEXO IX – Apresentação do poster científico no “International Congress on 21<sup>st</sup> Century Literacies”**



**ANEXO X – Série de workshops “Temas de humanização em enfermagem – I –  
Esperança no cuidado humano”**

# Série de Workshops "Temas de Humanização em Enfermagem" I - Esperança no Cuidado Humano

Certifica-se que

**Ana Sofia Mendes Antunes**

esteve presente na Série de Workshops "Temas de humanização em Enfermagem", I – *Esperança no Cuidado Humano*, um evento organizado pela Rede Portuguesa da Ciência de Enfermagem para o Cuidado Humano, em modalidade online, no dia 19 de novembro de 2021, com a duração de 3 horas.

Apoio Institucional



Watson Caring  
Science Institute  
Belo Horizonte



ESEL  
Escola Superior de  
Enfermagem de Lisboa

**Prof.ª Doutora Paula Diogo**

Coordenadora da Rede Portuguesa da Ciência de Enfermagem para o Cuidado Humano  
Representante do Watson Caring Science Institute Latino-Iberoamérica em Portugal



## APÊNDICES

## **APÊNDICE I – Projeto de Estágio**

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



# UNIVERSIDADE DE ÉVORA - ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

5.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO  
2020/2021

Unidade Curricular: **Estágio Final – Estágio em Enfermagem à pessoa em  
situação crítica**

## PROJETO DE ESTÁGIO

**Serviço de Urgência Central**

**Discente:**

Ana Sofia Mendes Antunes n.º 47662

**Évora**

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



# UNIVERSIDADE DE ÉVORA - ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

5.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO  
2020/2021

Unidade Curricular: **Estágio Final – Estágio em Enfermagem à pessoa  
em situação crítica**

### PROJETO DE ESTÁGIO

**Serviço de Urgência Central**



**Docente:**

Professora Maria Antónia Costa

**Enfermeiro Orientador:**



**Discente:**

Ana Sofia Mendes Antunes nº 47662

Évora

Setembro 2021

## **LISTA DE SIGLAS**

CT – Centro de Trauma



EPE – Entidade Pública Empresarial



SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUC – Serviço de Urgência Central

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

UC – Unidade Curricular

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO	6
1 – CARACTERIZAÇÃO DO [REDACTED]	7
1.1 – Caracterização do SUC do [REDACTED]	10
2 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	19
2.1 – Competências comuns do Enfermeiro Especialista	19
2.2 – Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica	23
2.3 – Competências conferentes de Grau de Mestre	26
2.4 – Cronograma de atividades do Estágio Final	28
CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Planeamento das atividades a desenvolver com vista à aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista baseado no Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019

Tabela 2 - Planeamento das atividades a desenvolver com vista à aquisição das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica, baseado no Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – População residente na área de influência do 

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – 

Figura 2 – Organograma 

Figura 3 – 

Figura 4 – Estrutura Organizacional do SUC (2018)

Figura 5 – Estrutura Organizacional do SUC (2021)

Figura 6 - Triagem de Manchester, cores e tempos de espera

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho, projeto de estágio, surge no âmbito da Unidade Curricular (UC), Estágio Final, inserida no plano de estudos do terceiro semestre do 5º curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica, ano letivo 2021/2022.

Segundo o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, um projeto é um “esboço de trabalho que se pretende realizar”, ou seja, é um documento que serve de guião orientador das atividades a desenvolver para atingir determinados objetivos, permite um raciocínio crítico e reflexivo de toda a jornada a percorrer. “Um projeto é a expressão de um desejo e de uma vontade, mas também a expressão de uma necessidade de uma situação a que se pretende responder” (Guerra, 2006, p.126).

É um documento que não é estanque nem definitivo, podendo sofrer alterações necessárias à medida que as atividades forem desenvolvidas.

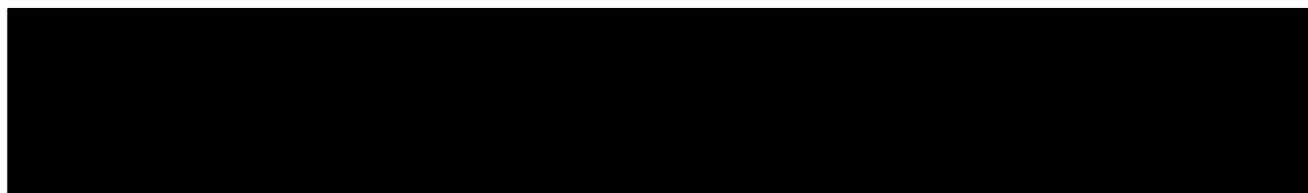
Todo este projeto tem por base a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como as necessárias para a obtenção do grau de Mestre, gerando pensamento crítico da práxis diária, fundamentando as atuações de modo a prestar cuidados de excelência.

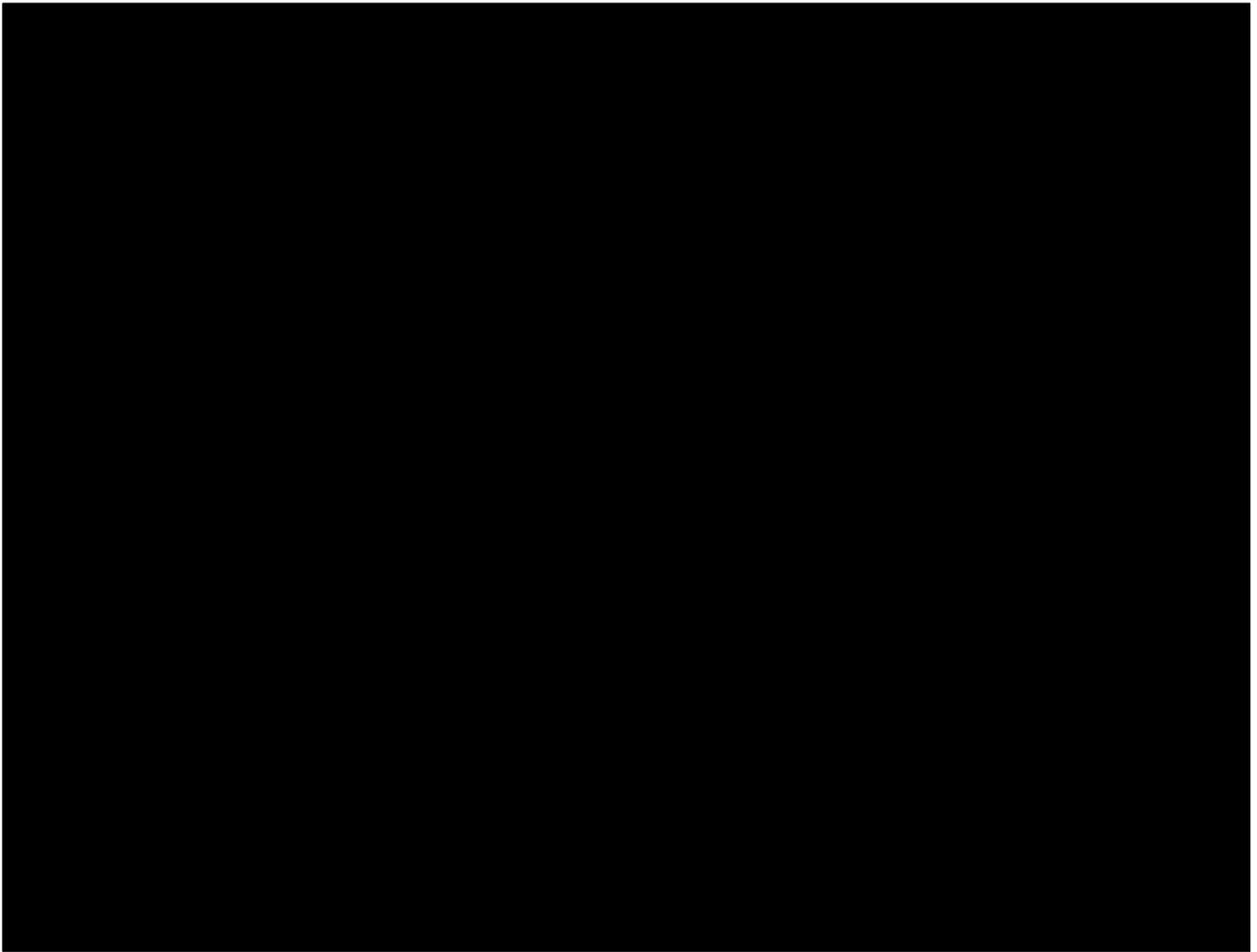
O Estágio Final decorre entre 13 de setembro de 2021 e 31 de janeiro de 2022 e é desenvolvido na sua totalidade no Serviço de Urgência do [REDACTED]. Será orientado pela Professora Maria Antónia Costa e supervisionado pela Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica [REDACTED].

Este projeto tem como objetivo geral esboçar uma proposta de incremento de competências a adquirir e/ou desenvolver no Estágio Final e como objetivos específicos estabelecer objetivos de aprendizagem e estruturar atividades a concretizar para os conquistar.

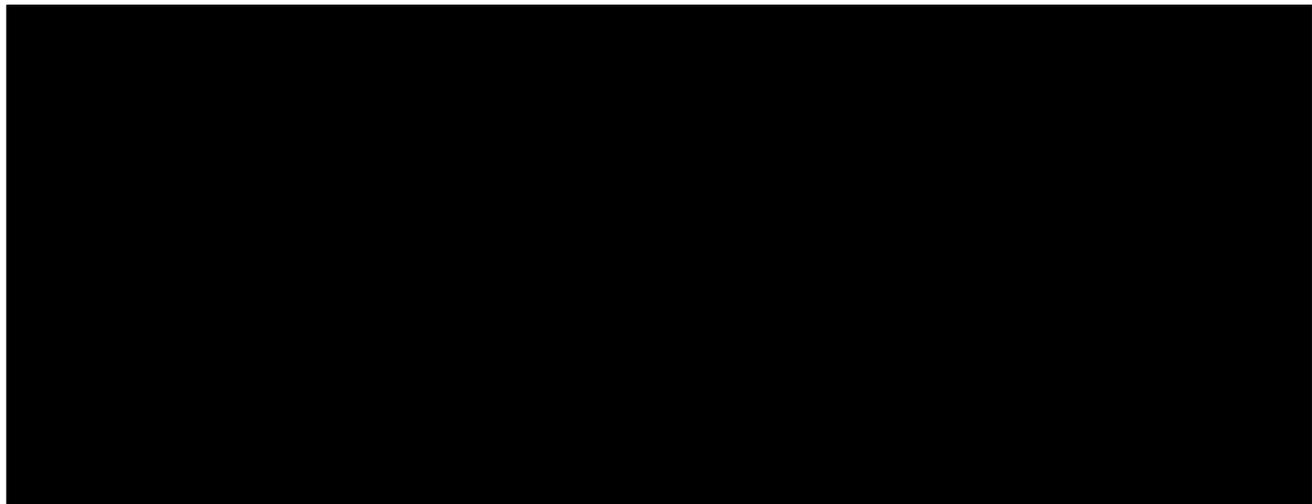
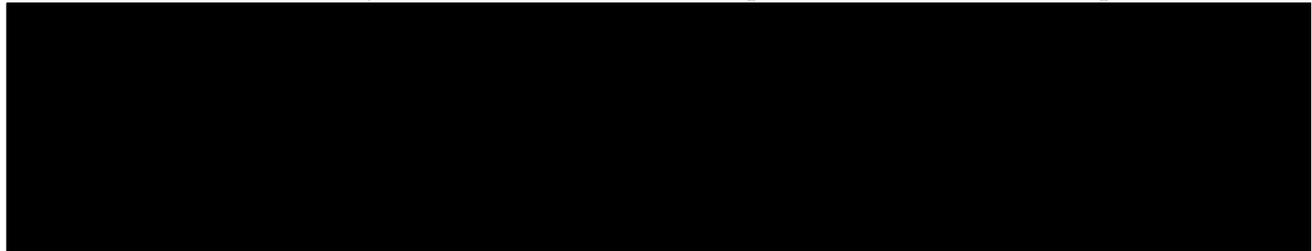
Para uma melhor compreensão do mesmo, foi estruturado do seguinte modo: introdução, caracterização do CHULN, EPE – HSM, caracterização do SUC do CHULN, EPE – HSM, desenvolvimento de competências, competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica, competências conferentes de Grau de Mestre, cronograma de atividades do Estágio Final, conclusão e referências bibliográficas. A sua elaboração encontra-se de acordo com as normas de referenciação bibliográfica da “American Psychological Association” (APA), 6ª edição.

### 1 - CARACTERIZAÇÃO DO [REDACTED]





Esta instituição encontra-se localizada na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, sendo que a sua área de influência direta abrange cerca de 218.696 habitantes, que se encontram distribuídos pelo concelho de





De acordo com o seu site institucional, [REDACTED] enquanto estabelecimento hospitalar público, geral, central e altamente diferenciado em tecnologias e saberes, presta cuidados de saúde ao cidadão dentro da sua capacidade e no âmbito da sua responsabilidade” ([REDACTED] – Site institucional – Missão e valores).

No mesmo site pode-se ainda verificar que:

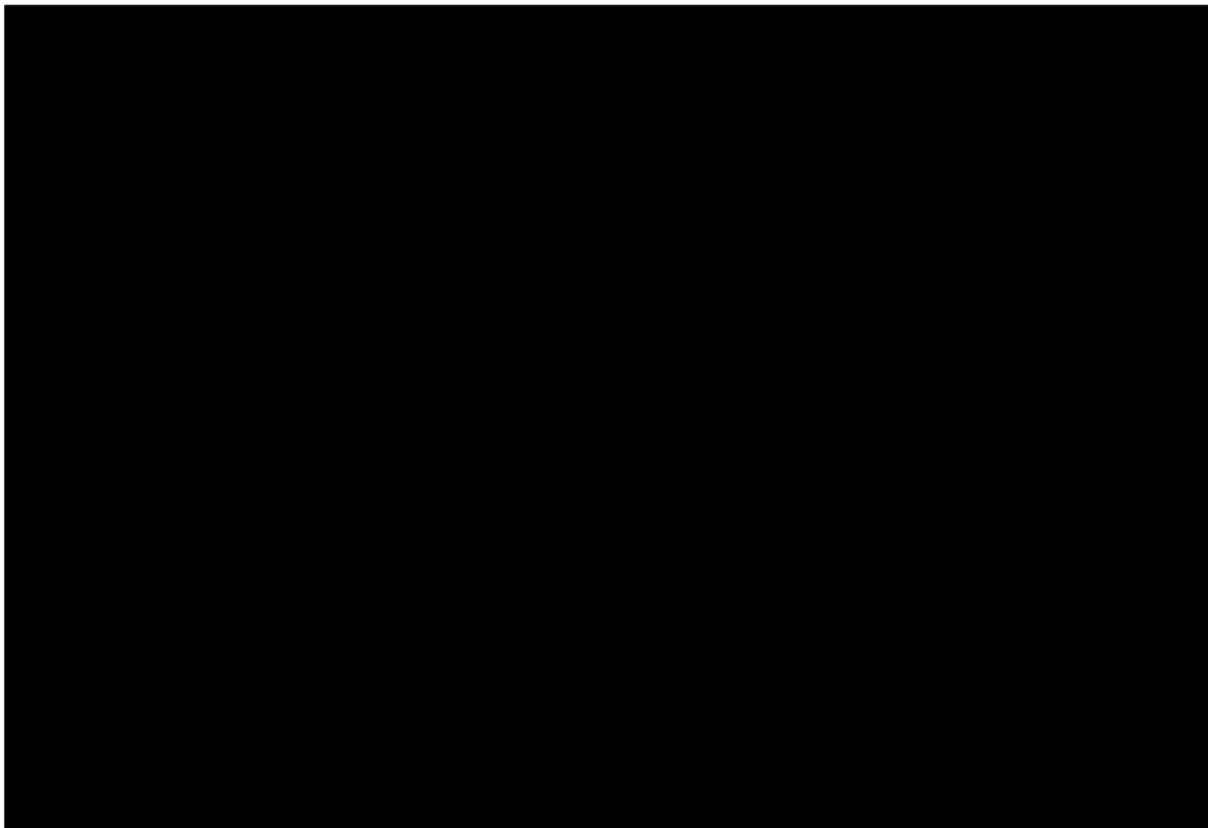
No cumprimento da sua missão, [REDACTED] e os seus profissionais partilham os seguintes valores e princípios:

- a) Serviço público com primado no doente;
- b) Respeito pela dignidade humana, pela diversidade cultural e religiosa e pelos direitos dos doentes;
- c) Equidade do acesso a cuidados de saúde;
- d) Rigor, integridade e responsabilidade;
- e) Elevados padrões de humanização, de competência técnica e científica dos serviços prestados;
- f) Cultura institucional e espírito de equipa;
- g) Ambição e empenho na melhoria contínua da qualidade;
- h) Valorização, motivação e envolvimento dos profissionais;
- i) Desempenho e sustentabilidade;
- j) Responsabilidade social e ambiental;
- k) Respeito pelos princípios éticos e deontológicos na actividade assistencial, formação pré e pós graduada e investigação.

É ainda de salientar que “a visão do [REDACTED] privilegia a qualidade e segurança dos actos clínicos que pratica, a inovação dos seus processos gestionários, a excelência e competitividade nos serviços prestados, a sustentabilidade e criação de valor da sua actividade” ([REDACTED] – Site institucional – Missão e valores).

No que respeita aos cuidados de saúde prestados o [REDACTED] oferece uma vasta panóplia de serviços especializados e diversificados que abrangem a área de ambulatório (consulta externa, hospitais de dia, cirurgia de ambulatório e meios complementares de diagnóstico e terapêutica), internamentos em diversas especialidades e urgência (Plano de actividades e Orçamento 2021, p.6).

Figura 2 – Organograma [REDACTED]

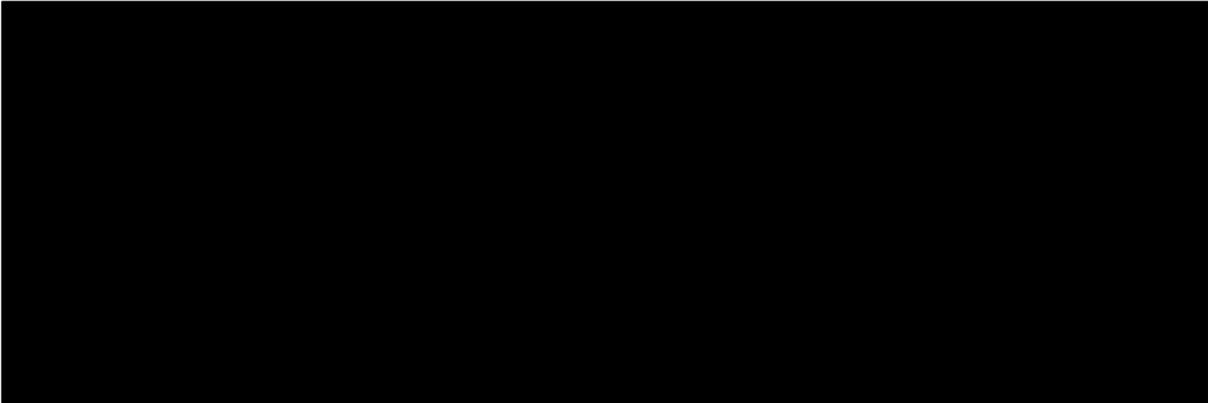


### 1.1 - Caracterização do SUC do [REDACTED]

O Serviço de Urgência Central (SUC) do [REDACTED] situa-se no piso 1 à direita da recepção central, e, num episódio de urgência, pode ser considerado como o primeiro acesso aos cuidados de saúde na instituição.

Segundo Camacho (1997) o Serviço de Urgência (SU) pode ser encarado como um local que estabelece a ligação entre o mundo exterior e o restante sistema hospitalar, sendo frequentemente considerado como a face do hospital e conseqüentemente dos cuidados de saúde, sendo que “tem por objetivo a recepção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar” (ACSS, RT 11/2015, p. 1).

Figura 3 – Foto SUC



De acordo com o explanado no Artigo 1º do Diário da República – I Série – B – Nº55 – 6 de Março de 2002 os serviços de urgência (SU) são classificados como “serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objectivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas”, sendo que no mesmo artigo se pode ler que “consideram-se situações de urgência e emergência médicas aquelas cuja gravidade, de acordo com critérios clínicos adequados, exijam uma intervenção médica imediata” (p. 1865).

Para potencializar e organizar o atendimento destas situações de urgência e emergência, foi criado em Portugal o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) em que a sua estrutura é determinada “ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU)” e tem como funções estabelecer “padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação”(Despacho nº 10319/2014, do Diário da República, 2ª Série – Nº153 – 11 de agosto de 2014, Artigo 1º, p. 20673).

Desta forma a rede de SU engloba três nomenclaturas consoante o nível crescente de recursos e a capacidade de resposta às várias valências. Esta classificação divide-se em:

- ✚ Serviço de Urgência Básico (SUB) que se considera “o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, de maior proximidade das populações, e constituem um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência” (Despacho nº 10319/2014, do Diário da República, 2ª Série – Nº153 – 11 de agosto de 2014, Artigo 1º, p. 20673).
- ✚ Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) que é classificado como o “segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados” (Despacho nº 10319/2014, do Diário da República, 2ª Série – Nº153 – 11 de agosto de 2014, Artigo 1º, p. 20673).
- ✚ Serviço de Urgência Polivalente (SUP) que se define como “O SUP é o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área” definindo-se para Portugal Continental “uma rede com cerca de 10 a 13 SUP, segundo um rácio de um SUP por cada 750.000 — 1.000.000 habitantes”. Ainda a salientar que “o SUP tem uma VMER em gestão integrada, em que a

equipa, para além de assegurar a atividade pré-hospitalar, participa na prestação de cuidados ao doente crítico no Serviço de Urgência da Unidade de Saúde” e que “devem existir SUP dedicados ao doente politraumatizado, designados por Centro de Trauma (CT)” (Despacho nº 10319/2014, do Diário da República, 2ª Série – Nº153 – 11 de agosto de 2014, Artigo 1º, p. 20674).

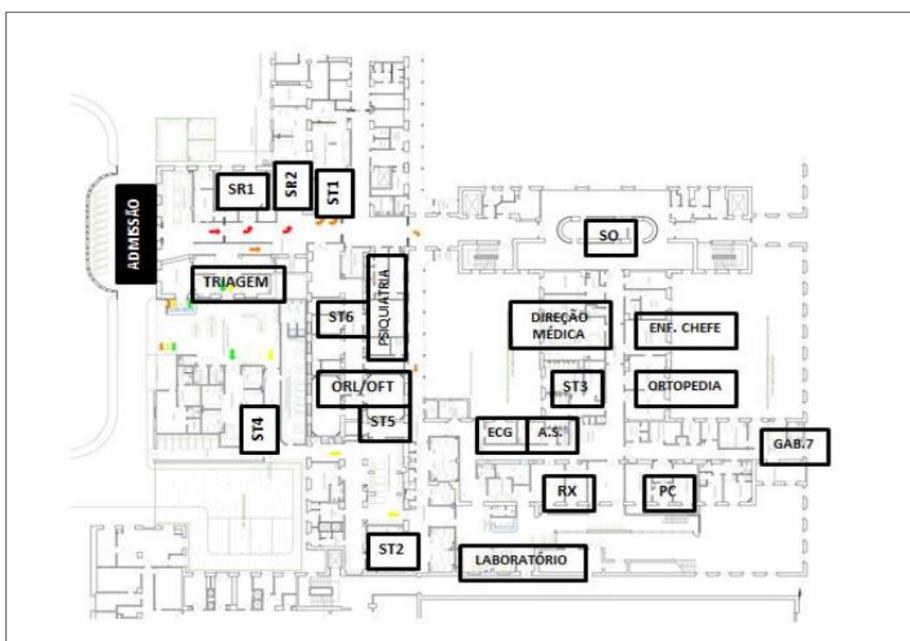
Sendo assim o SU do [REDACTED] é classificado como SUP, concomitantemente como Centro de Trauma (CT) visto que realiza o atendimento e tratamento da pessoa vítima de trauma grave. Este SU adotou também, como parte das recomendações de DGS, formas de atendimento rápido e diferenciado dando resposta a situações específicas, como a Via Verde AVC, a Via Verde Trauma, a Via Verde Coronária e a Via Verde Sepsis.

Atualmente a equipa de enfermagem do SUC é constituída por 127 enfermeiros que desempenham funções nos vários setores existentes. Encontram-se distribuídos por cinco equipas que funcionam em *roulement* e uma equipa de apoio nas manhãs, sendo coordenados pelo Enfermeiro Gestor e Enfermeira Coordenadora. Esta equipa de enfermagem é dotada de profissionais altamente especializados que dão resposta às situações urgentes e emergentes com que são confrontadas na sua praxis diária, pois adquiriram competências específicas nas constantes especializações, pós-graduações e mestrados nas diversas áreas que foram efetuando, o que lhes garante uma excelência de cuidados à pessoa em situação crítica.

Ao SUC podem recorrer todas as pessoas que necessitem de cuidados emergentes e inadiáveis, especializados, que sejam da área de influência do [REDACTED] a nível nacional e até dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP).

Ao longo dos diversos anos e de forma a colmatar as exigências da população, acompanhando a evolução tecnológica, o SUC tem sofrido diversas alterações na sua estrutura e organização física.

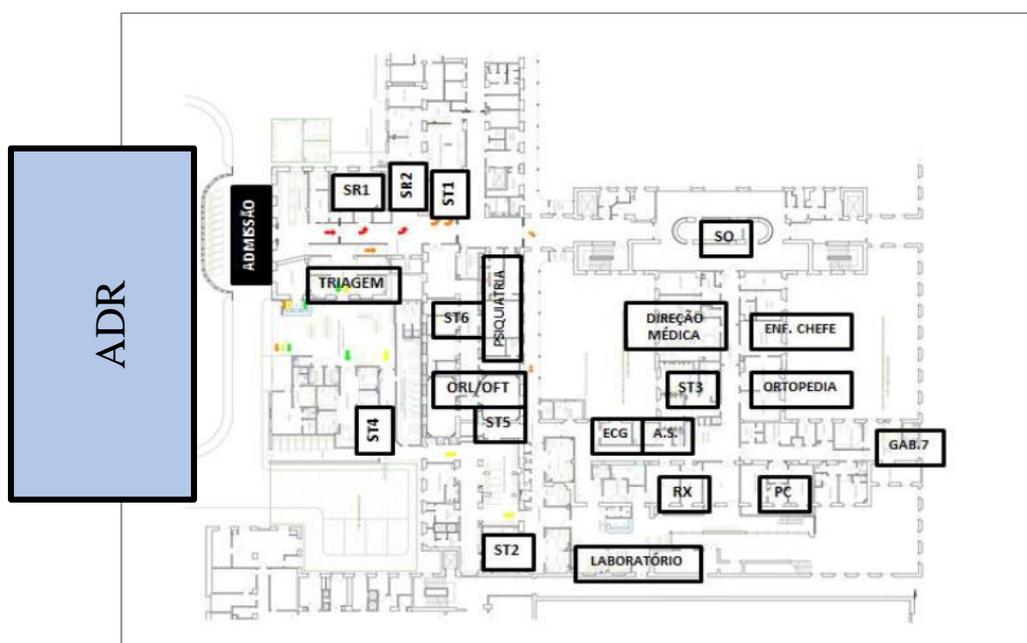
Figura 4 – Estrutura Organizacional do SUC (2018)



Fonte: Adaptado do plano de emergência externa do SUC (junho 2016)

Recentemente, no contexto da pandemia provocada pelo SARS-CoV-2, foi criada uma estrutura denominada ADR reservada ao atendimento, triagem e tratamento de doentes com suspeita ou diagnóstico de infecção por SARS-CoV-2, que mobilizou uma parte importante de recursos humanos e materiais.

Figura 5 – Estrutura organizacional do SUC (2021)



Fonte: Adaptado do plano de emergência externa do SUC (junho 2016)

O SUC encontra-se dividido em duas grandes áreas: o ambulatório e o internamento.

A área de ambulatório diz respeito a todos os circuitos do SUC, desde a sua admissão, observação médica, salas de tratamentos e exames complementares de diagnóstico. Esta área encontra-se estruturada da seguinte forma:

- ✚ **ADR:** no âmbito da pandemia provocada pela infecção a SARS-CoV-2 e no respetivo plano de contingência do CHULN, foi criada uma estrutura amovível no exterior do SUC, denominada ADR. Esta estrutura encontra-se direcionada para o atendimento, triagem, diagnóstico e tratamento de pessoas com suspeita ou confirmação de infecção por SARS-CoV-2. É composto por dois espaços distintos:
  - ✚ **Triagem do ADR:** espaço com 6 boxes onde são admitidas, triadas e observadas pela equipa médica e de enfermagem as pessoas que recorrem a este espaço. Após

a colheita de dados pessoais, informação sobre a história da doença atual e avaliação de sinais vitais, a equipa médica e de enfermagem decide sobre o destino da pessoa em situação de doença, que será a alta para o exterior em caso de ausência de necessidade de internamento ou vigilância; o desvio para o sector do SUC externo ao ADR em caso de necessidade de prossecução de observação médica, se sem presunção de infeção por SARS-CoV-2 ou após realização de teste de antigénio (com resultado negativo), ou o desvio para a área de internamento do ADR em caso de necessidade de observação médica, perante a presença de sintomas respiratórios (dispneia, tosse, febre) impossíveis de excluir infeção por SARS-CoV-2.

Na triagem do ADR são colhidos exsudados nasofaríngeos com recurso a testes de antigénio e a testes de RT-PCR.

- ✚ **Internamento do ADR:** espaço composto por 8 quartos individuais e 17 boxes, com possibilidade de monitorização de sinais vitais.

1. **Triagem:** constituída por três postos de triagem onde se realiza a *Triagem de Manchester* (implementada desde 2003) e após a mesma, é realizado o desvio da pessoa para o respetivo setor onde será avaliado.
- **Reanimação:** composta por duas salas (SR1 e SR2) com capacidade para três pessoas. Dispõe de três unidades (que incluem capacidade para ventilação mecânica invasiva), dotadas de todo o material necessário para abordar situações emergentes e urgentes.
  - ✚ **Sector de Medicina-Laranjas:** constituído por uma sala de tratamentos (ST1), três gabinetes médicos e uma sala de espera, para onde são desviadas as pessoas triadas de Laranja para observação pela equipa de Medicina.
  - ✚ **Sector de Medicina-Amarelos:** constituído por uma sala de tratamentos (ST2), seis gabinetes médicos e uma sala de espera, para onde são desviadas as pessoas triadas de Amarelo para observação pela equipa de Medicina.
  - ✚ **Sector de Medicina-Verdes/Azuis:** atualmente desativado no contexto do plano de contingência para a infeção SARS-CoV-2. É constituído por uma sala de tratamentos (ST4), cinco gabinetes médicos e uma sala de espera, para onde eram desviadas as pessoas triadas de Verde ou Azul para observação pela equipa de Medicina.
  - ✚ **Sector de Cirurgia:** constituído por uma sala de tratamentos, um gabinete médico de Cirurgia Geral e dois gabinetes médicos de Ortopedia, duas salas de pequena cirurgia e uma sala de espera, para onde são desviadas as pessoas triadas de qualquer cor para observação pela equipa de Cirurgia Geral, Ortopedia ou outra especialidade cirúrgica.
  - ✚ **Sala de tratamentos de aerossóis (ST3):** atualmente desativada no contexto do plano de contingência para a infeção SARS-CoV-2. Previamente, era o sector destinado a receber pessoas com dispneia (com SpO<sub>2</sub> ≤ 94% avaliada na triagem) ou com patologia alérgica que pode comprometer a via aérea,

estando em observação pela equipa de Medicina. Atualmente é utilizada como sala de espólio e para a colheita de exsudados nasofaríngeos para a pesquisa de SARS-CoV-2.

- ✚ **Uma sala de espera para a realização de exames (análises, RX e ECG):** circuito comum a todas as pessoas inscritas no SUC.
- ✚ **Urgência de Psiquiatria:** sector constituído por uma sala de tratamentos (ST5), dois gabinetes médicos e uma sala de observação.
- ✚ **Urgência de Oftalmologia/Otorrinolaringologia:** atualmente desativada no contexto do plano de contingência para a infeção SARS-CoV-2. Sector constituído por uma sala de tratamentos (ST6), dois gabinetes médicos (um para cada especialidade) e uma sala de espera. Atualmente a observação de pessoas com patologia urgente do foro da Oftalmologia e Otorrinolaringologia é realizada nos respetivos serviços, externos ao SUC.
- ✚ **Sala de isolamento:** atualmente desativada no contexto do plano de contingência para a infeção SARS-CoV-2. Sala localizada na sala de espera do Sector de Medicina-Amarelos para onde eram desviadas as pessoas com patologia - diagnosticada ou suspeita - com alto risco de contaminação (por exemplo, tuberculose pulmonar).
- ✚ **Balcões administrativos:** onde são realizados procedimentos administrativos (admissão, saída, pagamento de taxas moderadoras, emissão declarações, entre outros).

O percurso habitual de cada pessoa no SUC *nesta área* é:

- ✚ Triagem;
- ✚ Espera para observação médica;
- ✚ Observação médica;
- ✚ Realização de exames;
- ✚ Prestação de cuidados de enfermagem;
- ✚ Espera pelos resultados dos exames complementares de diagnósticos realizados;
- ✚ Reavaliação médica e conseqüente destino: alta, reavaliação posterior, avaliação por outra especialidade médica, internamento, entre outras;
- ✚ Em todas as fases de permanência da pessoa em situação de doença no SUC o enfermeiro assume um papel de vigilância, monitorização, supervisão e comunicação, bem como dos acompanhantes alocados ao respetivo sector onde se encontra destacado.

Após avaliação médica, os principais destinos das pessoas avaliadas em ambulatório são:

- ✚ Internamento em serviço hospitalar no [REDACTED];
- ✚ Internamento na área de internamento do SUC – Serviço de Observação (SO);
- ✚ Transferência para outra unidade hospitalar externa ao [REDACTED];
- ✚ Alta para exterior.

A área de internamento é constituída pelo SO, com capacidade fixa para dezasseis pessoas em cama e capacidade expansível para pessoas em maca, onde poderão estar pessoas internados de todas as especialidades.

As especialidades mais frequentes com pessoas internadas são: Medicina e Cirurgia Geral. Além destas especialidades, existem habitualmente internamentos ao cuidado da Ortopedia, Cirurgia Plástica, Neurocirurgia, Neurologia, Cirurgia Vascular, Cirurgia Cardiorácica, Cardiologia e menos frequentemente, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Nefrologia, Estomatologia e Dermatologia. Estas especialidades, ao contrário da Medicina e da Cirurgia Geral, não se encontram fisicamente e em permanência no SO. Para a sua avaliação, é necessário o contacto entre as equipas médicas responsáveis.

No SO existem dois balcões ocupados em permanência (24 horas/dia) por médicos de duas especialidades: a Medicina e a Cirurgia Geral.

À equipa de Medicina cabe a prestação de cuidados médicos às pessoas internadas com patologia do foro médico - por exemplo, com disritmias, falência orgânica (cardíaca, respiratória, renal, entre outras), alterações hidroelectrolíticas e metabólicas bem como outras patologias médicas.

À equipa de Cirurgia Geral cabe a prestação e gestão de cuidados médicos às pessoas internadas com patologia do foro cirúrgico e traumático (por exemplo, com apendicite, colecistite, oclusão intestinal, politraumatizados, entre outros). Cabe também à equipa de Cirurgia Geral realizar a articulação com outras especialidades (normalmente cirúrgicas) de acordo com as necessidades (por exemplo, num politraumatizado com um traumatismo crânio-encefálico, a Cirurgia Geral solicita o apoio e observação da Neurocirurgia; com traumatismo facial, a Cirurgia Geral solicita o apoio e observação da Cirurgia Plástica).

Qualquer especialidade médica articula-se com outra especialidade médica, de acordo com as necessidades pessoas internadas ao seu cuidado.

A admissão de internamentos em SO implica uma vigilância rigorosa do ponto de vista neurológico e hemodinâmico. Em cada unidade existe: um monitor de sinais vitais que realiza a leitura de ECG, determinação da frequência cardíaca, tensão arterial (invasiva e não invasiva), SpO2 e outros parâmetros relevantes; seringas infusoras e bombas infusoras, de acordo com a necessidade; material de aspiração; adjuvantes básicos da via aérea e material de punção de acessos venosos periféricos.

No balcão central do SO, devidamente acondicionado, encontra-se praticamente todo o material necessário para a prestação de cuidados neste sector. Neste local existem também dois equipamentos dispensadores de medicação (*Pyxis*).

Habitualmente, antes da admissão pessoas em SO, são realizados exames complementares de diagnóstico, contudo estes podem ocorrer só após a sua admissão neste setor.

Relativamente à equipa de enfermagem no SO, esta é constituída por cinco enfermeiros em cada turno que prestam cuidados a todas as pessoas internadas neste sector. Um enfermeiro é o coordenador de SO (distribui e coordena os outros elementos da equipa, organiza e gere a capacidade ocupacional do SO e adota todas as medidas de gestão para o correto funcionamento do sector), um enfermeiro é responsável pelas transferências (acompanha, em caso de necessidade, pessoas para outros serviços intra e extra-hospitalares ou na realização de exames. Além deste tipo de atividade, este enfermeiro é também responsável pela prestação de cuidados de

enfermagem às pessoas que ficam em macas), e os restantes três enfermeiros são responsáveis pela prestação de cuidados de enfermagem às pessoas distribuídas entre as camas 1 e 16.

O SO é um setor cujo propósito é acolher, estabilizar, tratar e preparar a pessoa em situação de doença para o seu destino (alta, internamento, procedimento cirúrgico ou outros). Não deve ser, por regra, um local onde a pessoa permaneça internada mais do que 24 horas.

Durante o internamento em SO, é fornecida dieta às pessoas internadas, habitualmente ligeira, de acordo com a sua necessidade/preferência, e em caso de não existir nenhuma contra-indicação (por situação médica ou por pausa alimentar necessária para a realização de exames complementares de diagnóstico).

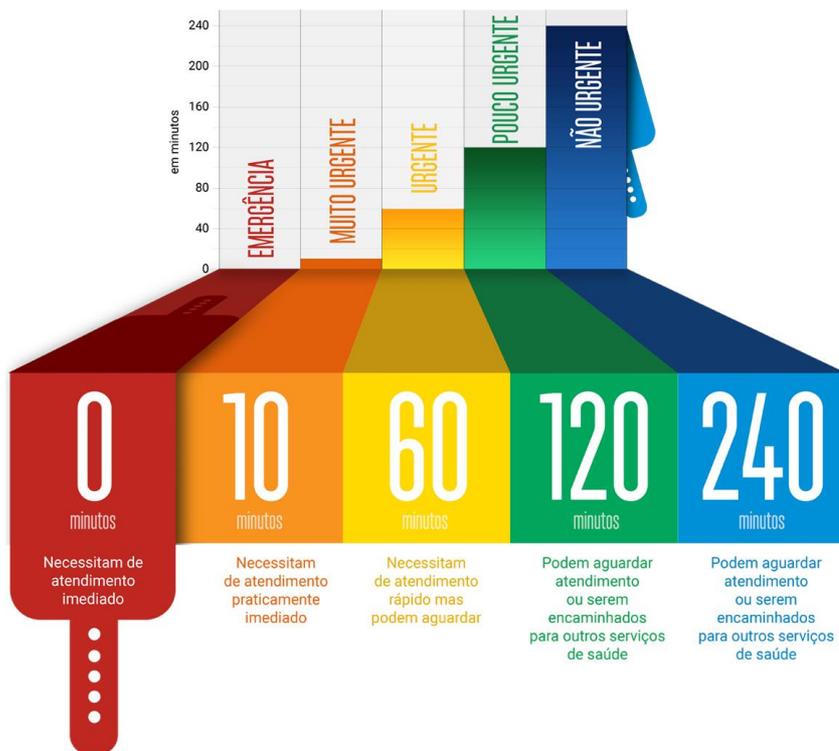
Após avaliação médica, os principais destinos das pessoas internadas em SO são:

- ✚ Internamento em serviço hospitalar no [REDACTED];
- ✚ Transferência para outra unidade hospitalar externa ao [REDACTED];
- ✚ Transferência para bloco operatório;
- ✚ Alta para exterior (domicílio ou instituição privada).

Desde fevereiro de 2003, foi adotado no SU do [REDACTED], nos postos de triagem, o protocolo de Triagem de Manchester, protocolo este que se classifica, segundo o Grupo Português de Triagem como “um método de triagem fornece ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas” (Grupo Português de Triagem, par.1).

Existem 52 fluxogramas baseados nas queixas da pessoa que está a ser triada e que contemplam a maioria das situações apresentadas nos serviços de urgência. A triagem de Manchester abrange a atribuição de 5 prioridades: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. Os tempos alvo previstos para o atendimento encontram-se evidenciados na figura seguinte:

Figura 6 – Triagem de Manchester, cores e tempos de espera



Fonte: <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>

## 2 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Pode-se afirmar que a competência é uma construção que resulta da combinação pertinente entre diversos recursos. Traduz-se em termos de atividades ou da prática profissional e corresponde aos modos de agir de cada pessoa.

As competências implicam um saber mobilizar, integrar e transferir conhecimentos que se deverão articular com o saber-fazer. Zabala e Arnau (2007) entendem que a competência é:

“a capacidade ou habilidade (a existência nas estruturas cognitivas do sujeito de condições e recursos para atuar) de efectuar tarefas ou fazer frente a situações diversas (assumir um papel determinado; uma tarefa específica; realizar acções;...) de forma eficaz (capacidade efectiva; conseguir resultados e exercê-los excelentemente) ” (p. 43).

Assim, ser competente segundo LE BOTERF (1994) é:

“Saber aplicar quando necessário, as capacidades ou conhecimentos que foram adquiridos através da formação;  
Saber organizar, seleccionar e integrar o que pode ser útil para executar uma actividade profissional;

Saber transferir, adaptar as capacidades e conhecimentos sem limitarmos à execução de uma tarefa única e repetitiva. Ser competente é saber fazer evoluir a situação de trabalho na qual se opera” (p.41).

Na Unidade Curricular Estágio Final ambiciona-se a obtenção e incremento das competências necessárias à prática da excelência dos cuidados, como as competências comuns do Enfermeiro Especialista, as competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como as competências que conferem o grau de Mestre.

Todas estas competências possuem um descritivo, unidades de competência e carecem de atividades a desenvolver para que sejam apreendidas de modo a dotarem o enfermeiro de capacidades e características próprias que o levam a primar por cuidados excelentes ao alvo dos seus cuidados, que serão relatadas nos capítulos seguintes.

## 2.1 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com o explanado no Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4744, “os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde”.

Logo, o “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4744).

Neste sentido, é atribuído um título de Enfermeiro especialista ao profissional que adquire competências da sua área de especialidade concomitantemente com as competências comuns.

As competências comuns são:

as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Artigo 3.º, SECÇÃO II, Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4744).

Os objetivos bem como as atividades a desenvolver para os atingir foram esquematizados na tabela 1.

Tabela 1 - Planeamento das Atividades a Desenvolver com Vista à Aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista baseado no Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019

Competência	Unidades de Competência	Atividades a desenvolver
<p><b>A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.</b></p> <p><i>Descritivo</i></p>	<p>A1.1 — Demonstra tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.</p> <p>A1.2 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.</p>	<p>- Prestar cuidados de enfermagem com base nos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão;</p> <p>- Demonstrar uma tomada de decisão ética na avaliação das necessidades da pessoa cuidada em colaboração com a equipa onde estiver inserida;</p>

<p><i>Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.</i></p> <p>(Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019,p. 4746).</p>	<p>A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.</p> <p>(Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019,p. 4746).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoiar a tomada de decisão com base na experiência e baseada na evidência científica;</li> <li>- Conceber em conjunto com a pessoa cuidada, estratégias de resolução dos problemas;</li> <li>- Efetuar uma análise reflexiva das tomadas de decisão;</li> <li>- Avaliar os resultados das tomadas de decisão</li> </ul>
<p><b>A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</b></p> <p><b>Descritivo</b></p> <p><i>Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.</i></p> <p>(Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019,p. 4746).</p>	<p>A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos.</p> <p>A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.</p> <p>(Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019,p. 4746).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a defesa dos direitos humanos tendo por base a deontologia profissional;</li> <li>- Respeitar o acesso da pessoa em situação de doença ao acesso à informação clínica;</li> <li>- Prestar cuidados de enfermagem seguros, primando sempre pelo respeito, privacidade e dignidade da pessoa em situação de doença;</li> <li>- Respeitar as preferências da pessoa cuidada, adaptando os cuidados prestados às suas reais necessidades;</li> </ul>
<p><b>B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</b></p> <p><b>Descritivo</b></p> <p><i>Colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.</i></p> <p>(Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019,p. 4747).</p>	<p>B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.</p> <p>B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade.</p> <p>(Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019,p. 4747).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar entrevista informal ao enfermeiro chefe / orientadora acerca das necessidades de intervenção do serviço, de forma a delinear o projeto a desenvolver;</li> <li>- Recolher os dados necessários para a realização do projeto de intervenção, no serviço de urgência;</li> <li>- Garantir a qualidade dos cuidados prestados mobilizando os conhecimentos e experiência adequados;</li> <li>- Participação nas formações de serviço realizadas.</li> </ul>
<p><b>B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.</b></p> <p><b>Descritivo</b></p> <p><i>Reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das</i></p>	<p>B2.1 — Avalia a qualidade das práticas clínicas.</p> <p>B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua.</p> <p>B2.3 — Lidera programas de melhoria contínua.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar o planeamento dos cuidados de enfermagem, recorrendo a registos claros e precisos dos cuidados prestados;</li> <li>- Identificar as áreas de prestação de cuidados a melhorar de modo a apurar estratégias, baseadas na</li> </ul>

<p><i>práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.</i></p> <p>(Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019,p. 4747).</p>	<p>(Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019,p. 4747).</p>	<p>evidência científica, que fomentem a qualidade;</p> <p>Elaborar um instrumento de trabalho e um folheto informativo, relativo à temática escolhida</p>
<p><b>B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.</b></p> <p><b>Descritivo</b></p> <p><i>Considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.</i></p> <p>(Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019,p. 4747).</p>	<p>B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.</p> <p>B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.</p> <p>(Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019,p. 4747 - 4748).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestar cuidados de enfermagem tendo em conta a segurança da pessoa em situação de doença, bem como de toda a equipa multidisciplinar;</li> <li>- Implementar medidas de controlo de infeção como o uso dos EPIs apropriados;</li> <li>- Preparar e administrar terapêutica de forma segura prevenindo a ocorrência do erro;</li> <li>- Evitar riscos ambientais fomentando a correta separação dos lixos.</li> </ul>
<p><b>C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.</b></p> <p><b>Descritivo</b></p> <p><i>Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.</i></p> <p>(Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019,p. 4748).</p>	<p>C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.</p> <p>C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.</p> <p>(Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019,p. 4748).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreender o processo de gestão dos recursos humanos do SUC;</li> <li>- Colaborar nas tomadas de decisão da equipa multidisciplinar;</li> <li>- Decidir e orientar as tarefas a delegar, avaliando a sua execução;</li> <li>- Saber referenciar a pessoa em situação de doença para profissionais mais habilitados à situação.</li> </ul>
<p><b>C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados.</b></p> <p><b>Descritivo</b></p> <p><i>Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.</i></p> <p>(Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019,p. 4748).</p>	<p>C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.</p> <p>C2.2 — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.</p> <p>(Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019,p. 4748 - 4749).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementar a organização do trabalho de equipa;</li> <li>- Promover o trabalho em equipa fomentando um ambiente positivo e motivador da excelência dos cuidados.</li> </ul>

<p><b>D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</b></p> <p><b>Descritivo</b>  <i>Demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.</i>  (Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019,p. 4749).</p>	<p>D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.</p> <p>D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.  (Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019,p. 4749).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconhecer as minhas competências e habilidades pessoais e profissionais;</li> <li>- Promover respostas eficientes às situações gerindo sentimentos e emoções pessoais;</li> <li>- Saber atuar de forma eficaz e eficiente em situações de pressão;</li> <li>- Utilizar técnicas válidas de gestão de conflitos.</li> </ul>
<p><b>D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.</b></p> <p><b>Descritivo</b>  <i>Alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.</i>  (Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019,p. 4749).</p>	<p>D2.1 — Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.</p> <p>D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica.</p> <p>D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.  (Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019,p. 4749 - 4750).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisar situações reais efetuando momentos de <i>debriefing</i> com o enfermeiro orientador;</li> <li>- Realizar pesquisas diárias acerca de temáticas que surgem na prática clínica, de modo a rentabilizar as oportunidades de aprendizagem;</li> <li>- Efetuar tomadas de decisão baseadas na evidência científica fomentando a excelência dos cuidados;</li> <li>- Empreender formações em contexto de trabalho..</li> </ul>

## 2.2 - Competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica

A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem como objeto de interesse a pessoa em situação crítica. “Entende-se que a 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” (Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, Anexo II, p. 19362).

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica classificam-se como “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” (Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, Anexo II, p. 19362), sendo que:

exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, Anexo II, p. 19362).

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica são definidas como o “conjunto de competências clínicas especializadas e concretizadas consoante o alvo e contexto de intervenção, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica” (Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, Artigo 3º, p. 19359).

As atividades a desenvolver para a aquisição destas competências foram definidas na tabela 2.

Tabela 2 - Planeamento das Atividades a Desenvolver com Vista à Aquisição das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica, baseado no Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018

Competência	Unidades de Competência	Atividades a desenvolver
<p><b>1 — Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.</b></p> <p><b>Descritivo</b>  <i>Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.</i></p> <p>(Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, p. 19363).</p>	<p>1.1 — Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.</p> <p>1.2 — Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos.</p> <p>1.3 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas.</p> <p>1.4 — Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.</p> <p>1.5 — Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.</p>	<p>- Apreender a dinâmica do SUC em todos os seus sectores, compreendendo o papel do enfermeiro em todos eles;</p> <p>- Incrementar e fortalecer conhecimentos na avaliação e tratamento da pessoa/família em situação crítica seguindo a metodologia ABCDE, atuando precocemente perante alterações e/ou complicações;</p> <p>- Desenvolver e consolidar conhecimentos acerca da realização da triagem de doentes, recorrendo à triagem de Manchester;</p> <p>- Entender o processo de admissão de doentes nas salas de reanimação, bem como o papel do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica;</p> <p>- Incrementar e fortalecer conhecimentos relativamente aos</p>

	<p>1.6 — Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica. (Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018,p. 19363).</p>	<p>cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com necessidade de ventilação mecânica invasiva e não invasiva;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver e consolidar conhecimentos acerca dos cuidados de enfermagem a prestar à pessoa vítima de trauma;</li> <li>- Desenvolver e consolidar conhecimentos acerca dos protocolos de atuação existentes (Via verde AVC, trauma, coronária e sépsis);</li> <li>- Gerir uma comunicação terapêutica eficaz com a pessoa em situação crítica e sua família/cuidador;</li> <li>- Desenvolver o folheto “A pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta – Abordagem do enfermeiro do serviço de urgência”;</li> <li>- Apresentar o folheto a toda a equipa em ações de formação em serviço.</li> </ul>
<p><b>2 — Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.</b></p> <p><b>Descritivo</b>  <i>Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime.</i></p> <p>(Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018,p. 19363 - 19364).</p>	<p>2.1 — Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe.</p> <p>2.2 — Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe.</p> <p>2.3 — Planeia resposta à situação de catástrofe.</p> <p>2.4 — Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe.</p> <p>2.5 — Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.</p> <p>(Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018,p. 19363 - 19364).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer o plano de emergência interna do [REDACTED]</li> <li>- Entender o modo de atuação da equipa do SUC em caso de catástrofe ou emergência multi-vítima;</li> <li>- Conhecer os protocolos de triagem em catástrofe.</li> </ul>
<p><b>3 — Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação</b></p>	<p>3.1 — Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incrementar uma prática diária de enfermagem segura através da aplicação das precauções básicas</li> </ul>

<p><b>crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.</b></p> <p><b>Descritivo</b></p> <p><i>Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos.</i></p> <p>(Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018,p.19364).</p>	<p>contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.</p> <p>3.2 — Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.</p> <p>(Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018,p.19364).</p>	<p>do controlo de infeção para cada doente;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fazer o uso correto dos EPIs recomendados para cada procedimento;</li> <li>- Aplicar as medidas de isolamento preconizadas sempre que ocorra identificação de microrganismos patogénicos, nomeadamente o vírus SARS-Cov2;</li> <li>- Compreender o papel da enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica no GCL – PPCIRA;</li> <li>- Conhecer normas da DGS e do Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos acerca da prevenção e controlo da infeção hospitalar .</li> </ul>
---	--	--

### 2.3 - Competências conferentes de Grau de Mestre

De acordo com o exposto no Decreto-Lei nº65/2018 do Diário da República, 1ª série-Nº 157-16 de agosto de 2018, no Capítulo III, Artigo 15º (p. 4162), o grau de mestre é atribuído a todos os que demonstrem:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
  - i) Sustentando -se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
  - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

De modo a obter este grau de Mestre, admite-se a consecução das atividades explanadas anteriormente, com o atingimento das competências inerentes a essas atividades, bem como o desenvolvimento e apresentação de um projeto de intervenção profissional subordinado ao tema “A pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta: Abordagem do enfermeiro do serviço de Urgência”, e um artigo científico relacionado.

Subsequentemente irá ser desenvolvido um relatório final, onde se dará a conhecer todo o percurso académico efetuado, enfatizando o estágio final com as competências adquiridas, que será sujeito a provas públicas para aprovação.

## 2.4 – Cronograma de Atividades do Estágio Final

	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
Apresentação no SUC do [REDACTED]	X				
Integração no SUC do [REDACTED]	X	X	X		
Entrevista com Enfermeiro Chefe / Enfermeiro orientador	X				
Conhecimento dos protocolos existentes no SUC do [REDACTED]	X	X			
Realização de pesquisa bibliográfica	X	X	X	X	X
Elaboração do folheto informativo		X	X	X	
Elaboração do artigo científico			X	X	X
Apresentação dos trabalhos elaborados					X
Aquisição de competências comuns e específicas	X	X	X	X	X
Avaliação					X

## **CONCLUSÃO**

Formular este projeto de estágio mostrou ser uma maneira facilitadora de arquitetar e planejar todas as atividades necessárias à aquisição das competências primordiais de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica.

Esquematizar todas as atividades no cronograma também se mostrou bastante facilitador na organização de todo o trabalho a desenvolver.

Mais uma vez se enfatiza que não é um produto acabado e estanque, mas sim que poderá sofrer modificações consoante os momentos de aprendizagem na práxis diária.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSS, Administração Central do Sistema de Saúde, IP – Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências, RT 11/2015.

Camacho, M. (1997) – Stresse e burnout em urgência: o stress nos profissionais de Enfermagem Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Funchal. In Servir. Lisboa: Associação católica de enfermeiros e profissionais de saúde. ISSN 0871- 2370- vol. 45, nº4 (Julho/Agosto 1997), p. 181-193

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE – Site institucional – Missão e valores, acessido em 10/08/2021 <https://www.chln.min-saude.pt/index.php/o-chln/missao-e-valores>

Decreto-Lei nº65/2018 do Diário da República, 1ª série-Nº 157-16 de agosto de 2018, no Capítulo III, Artigo 15º p.4147 – 4182. Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. ELI: <https://data.dre.pt/application/file/a/116068580>

Despacho Normativo Nº 11/2002, Artigo 1º do Diário da República – I Série – B – Nº55 – 6 de março de 2002, p.1865 – 1866. Cria o serviço de urgência hospitalar. ELI: <https://dre.pt/application/file/119222>

Despacho nº 10319/2014, do Diário da República, 2ª Série – Nº153 – 11 de agosto de 2014, Artigo 1º, p. 20673 – 20678. Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação. Revoga os Despachos Nº 18459/2006, de 30 de julho, 24681/2006, de 25 de outubro e 727/2007, de 18 de dezembro de 2006. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/55606657>

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2021, <https://dicionario.priberam.org/projeto> [consultado em 10-10-2021].

Grupo Português de Triagem acessido em 10/10/2021 <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>

Guerra, I. C. (2006). Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção: O planeamento em Ciências Sociais (2nd ed.). Principia.

Instituto Nacional de Estatística, Censos 2011, acessido em 11/09/2021 [https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos\\_quadros](https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_quadros)

LE BORTEF, G. (1994) – De la compétence. Essai sur un attracteur étrange, Paris, Les Editions d'organisation

Organograma do CHULN acedido em 10/08/2021 <http://www.chln.min-saude.pt/index.php/o-chln/informacao-institucional>

Plano de atividades e Orçamento 2021, CHULN, EPE, acedido em 10/08/2021 [https://www.chln.min-saude.pt/media/k2/attachments/plano\\_atividade/Plano%20de%20Atividades%202021.pdf](https://www.chln.min-saude.pt/media/k2/attachments/plano_atividade/Plano%20de%20Atividades%202021.pdf)

Plano de emergência externa, acedido em 26/10/2021 [http://intranet/media/k2/attachments/oficial\\_seguranca/PEE\\_Vs\\_edicao\\_2017.pdf](http://intranet/media/k2/attachments/oficial_seguranca/PEE_Vs_edicao_2017.pdf)

Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4744 – 4750.  
Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/119189160>

Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, Anexo II, p. 19359 - 19370. 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. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/115698537>

Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados de Saúde 2020, CHULN, E.P.E. acedido em 10/08/2021  
:[https://www.chln.min-saude.pt/media/k2/attachments/administracao/Relatorio%20Anual%20sobre%20o%20Acesso%20a%20Cuidados%20de%20Saude\\_2020.pdf](https://www.chln.min-saude.pt/media/k2/attachments/administracao/Relatorio%20Anual%20sobre%20o%20Acesso%20a%20Cuidados%20de%20Saude_2020.pdf)

Zabala, A., & Arnau, L. (2007). 11 ideas clave. Como aprender y enseñar competencias. Barcelona: GRAÓ.

**APÊNDICE II – Proposta de PIP entregue à comissão de ética da Universidade de  
Évora**

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



### UNIVERSIDADE DE ÉVORA - ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

5.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO  
2020/2021

Unidade Curricular: **Estágio Final – Estágio em Enfermagem à pessoa em  
situação crítica**

### PROPOSTA DE PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

**Serviço de Urgência Central**



**Discente:**

Ana Sofia Mendes Antunes n.º 47662

**Évora**

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



# UNIVERSIDADE DE ÉVORA - ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

5.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO  
2020/2021

Unidade Curricular: **Estágio Final – Estágio em Enfermagem à pessoa  
em situação crítica**

**PROPOSTA DE PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL**

**Serviço de Urgência Central**

**Docente:**

Professora Maria Antónia Costa

**Enfermeiro Orientador:**

**Discente:**

Ana Sofia Mendes Antunes nº 47662

Évora

novembro 2021

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



### Projeto de Intervenção Profissional em contexto de Estágio

Nome do Investigador: Ana Sofia Mendes Antunes

Curso: Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Entidade: Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus

Tema: Abordagem inicial da pessoa com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência

Orientação: Professora Maria Antónia Costa

Local de estágio: Serviço de Urgência Central do [REDACTED]

Diagnóstico da situação: Reunião, com recurso a apresentação do tema e entrevista exploratória, com o Enfermeiro Gestor do Serviço de Urgência Central e com os Enfermeiros orientadores, de forma a viabilizar a escolha da temática a abordar

#### RESUMO

No âmbito da progressiva aquisição das competências do grau de mestre (Decreto-Lei nº65/2018 do Diário da República, 1ª série-Nº 157-16 de agosto de 2018, no Capítulo III, Artigo 15, p. 4162), incorporado na Unidade Curricular Estágio Final, do 5º curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica, será desenvolvido um projeto de intervenção seguindo a metodologia de projeto.

O tema definido foi “Abordagem inicial da pessoa com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência” e será elaborado em contexto de estágio no Serviço de Urgência Central do [REDACTED]

O projeto tem como meta identificar as necessidades da equipa de enfermagem sobre o tema selecionado, tendo em vista o aperfeiçoamento dos cuidados prestados e os outcomes da pessoa em situação crítica.

Com este projeto pretende-se contribuir para a prática segura e eficaz dos cuidados de enfermagem diários à pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta, tendo sempre em linha de conta que a atuação do enfermeiro é pilar fulcral na obtenção dos melhores cuidados a prestar.

#### INTRODUÇÃO

Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica exigem “observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente complicações, de assegurar uma

intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.” (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2011b, p.7).

Toda a busca de conhecimento e evidência científica é ferramenta essencial e determinante que vai dotar o enfermeiro de habilidades intelectuais, possibilitando o planejamento e organização de cuidados de excelência. A pessoa em situação crítica carece de cuidados específicos, contínuos e especializados, sendo necessário aos enfermeiros o desenvolvimento de competências nesta específica área de atuação.

O planejamento adequado e eficaz dos cuidados é pilar fulcral da prática de excelência dos enfermeiros, que recorrendo à identificação precoce dos diagnósticos de enfermagem, reais ou potenciais, estabelecem intervenções dirigidas ao alvo dos seus cuidados, nomeadamente à pessoa em situação crítica que carece de atenção constante e cuidados diferenciados.

A hemorragia digestiva alta é uma condição que se encontra com muita frequência nas urgências hospitalares sendo que “ constitui a causa mais frequente de urgência/emergência Gastroenterológica” (URGE, 2009, p.5). De acordo com a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência, Gastrenterologia e Hepatologia (2017) “a hemorragia gastrointestinal superior é responsável por aproximadamente 80% de toda a hemorragia digestiva e é a situação de emergência que mais frequentemente ocupa os gastrenterologistas em toda a Europa” (p.26) e a “sua incidência tem aumentado acentuadamente com a idade, sendo superior nas regiões com um consumo excessivo de álcool, de maiores níveis de privação social, maior consumo de anti-inflamatórios e maior prevalência de *Helicobacter pylori*”.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED 2010) “a hemorragia digestiva alta não é por si só uma doença mas sim uma manifestação clínica de uma doença que pode ser grave e potencialmente fatal” (par.1) sendo que “a história clínica e o exame objetivo permitem efetuar uma avaliação inicial do tipo de hemorragia, localização mais provável e gravidade clínica” (par.2). Neste seguimento têm sido desenvolvidas várias guidelines e recomendações para definir padrões de qualidade e melhorar os outcomes das pessoas com este tipo de patologia.

Os profissionais do serviço de urgência necessitam efetuar uma abordagem sistematizada e ordenada, determinando as prioridades das suas intervenções, que será facilitada com a utilização da abordagem inicial ABCDE.

Por conseguinte e durante o estágio, após consultar o Enfermeiro Gestor e os Enfermeiros Orientadores, surgiu a identificação da abordagem à pessoa com hemorragia digestiva alta, como o tema a abordar, sendo que se justificou ainda mais a sua escolha após a elaboração da análise SWOT (Apêndice).

O projeto de intervenção irá ser formulado de acordo com as fases de metodologia de projeto (elaboração e diagnóstico da situação; planificação das atividades, meios e estratégias; execução das atividades planeadas; avaliação; divulgação dos resultados obtidos).

Foram traçados os seguintes objetivos para o projeto de intervenção:

## **Objetivo Geral**

- Sistematizar as intervenções de enfermagem, contribuindo para o aperfeiçoamento dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta admitida no serviço de urgência.

### Objetivos Específicos

- Elaborar um folheto informativo para a equipa de enfermagem do serviço de urgência, acerca da abordagem ABCDE à pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta;
- Elaborar um poster científico relativo ao tema a pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta: abordagem do enfermeiro do serviço de urgência;
- Elaborar uma proposta de norma de procedimentos de enfermagem à pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta admitida no serviço de urgência;
- Realizar uma sessão de formação em serviço de forma a dar conhecimento à equipa de enfermagem do serviço de urgência dos projetos supracitados.

### CRONOGRAMA

	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MA R	ABR
Apresentação no SUC de um Hospital da Grande Lisboa	X							
Integração no SUC	X	X	X					
Entrevista com Enfermeiro Gestor / Enfermeiro orientador	X							
Elaboração do projeto de estágio		X						
Identificação da necessidade/diagnóstico da situação	X	X						
Validação com a professora orientadora da necessidade identificada		X						
Conhecimento dos protocolos existentes no SUC do HSM	X	X	X					
Definição dos objetivos geral e específicos		X	X					
Análise SWOT		X						
Realização de pesquisa bibliográfica	X	X	X	X	X			
Elaboração e entrega da proposta de projeto de intervenção profissional		X	X					
Elaboração do folheto informativo, poster científico e proposta de norma de atuação		X	X	X				
Realização do artigo científico			X	X	X			
Reformulação dos documentos elaborados, se necessário				X				
Apresentação dos trabalhos elaborados a toda a equipa					X			
Avaliação dos objetivos definidos					X			
Redação e entrega do Relatório de Mestrado						X	X	X

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Decreto-Lei nº65/2018 do Diário da República, 1ª série-Nº 157-16 de agosto de 2018, no Capítulo III, Artigo 15º p.4147 – 4182. Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. ELI: <https://data.dre.pt/application/file/a/116068580>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento no 124/2011 de 18 de Fevereiro: Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa Crítica., Pub. L. No. 124/2011 (2011). Portugal: Diário da República 2a série nº 35. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento124\\_2011\\_CompeticiasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento124_2011_CompeticiasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf)
- Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) (2010). Disponível em: (<https://www.sped.pt/index.php/publico/doencas-gastroenterologicas-mais-comuns/hemorragia-digestiva>)
- Urgência Regional de Gastroenterologia (URGE) , ARSN, (2009). Gestão clínica da hemorragia digestiva alta. Normas orientadoras clínicas. Outubro 2009. 23p.

## **APÊNDICE – Análise SWOT**

## ANÁLISE SWOT

	FATORES POSITIVOS	FATORES NEGATIVOS
AMBIENTE INTERNO	<p><b>S Strengths (Forças)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Interesse da chefia / orientador</li> <li>✓ Bom ambiente e espírito de equipa entre enfermeiros</li> <li>✓ Presença de peritos na equipa de enfermagem</li> <li>✓ Baixo custo</li> </ul>	<p><b>W Weaknesses (Fraquezas)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Desatualização acerca da temática</li> <li>✓ Inexistência de uma instrução de trabalho adequada</li> <li>✓ Existência de enfermeiros com poucos anos de experiência no serviço</li> </ul>
AMBIENTE EXTERNO	<p><b>O Oportunities (Oportunidades)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Uniformizar os cuidados prestados em situação emergente</li> <li>✓ Melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica</li> <li>✓ Crescimento pessoal e profissional da equipa de enfermagem</li> <li>✓ Existência de guidelines / evidência sobre a temática</li> </ul>	<p><b>T Threats (Ameaças)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Resistência da equipa à mudança de comportamentos / rotinas</li> <li>✓ Necessidade de aprovação externa da instrução de trabalho</li> </ul>

**APÊNDICE III** – Sessão de Formação Apresentada à Equipa de Enfermagem do SUC  
com o tema: “A Pessoa em Situação Crítica com Hemorragia Digestiva Alta:  
Abordagem Inicial no Serviço de Urgência”

UNIVERSIDADE DE ÉVORA - ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS  
5.º CURSO DE Mestrado em Enfermagem em Associação 2020/2022

Serviço de Urgência Central

**A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA  
ABORDAGEM INICIAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Enfermeiro Orientador:



Docente:

Professora Maria Antónia Costa

Discente:

Ana Sofia Mendes Antunes nº 47662

**A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA  
ABORDAGEM INICIAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

SUMÁRIO:

- Objetivos
- A incidência da Hemorragia Digestiva Alta
- A Hemorragia Digestiva Alta
- Abordagem inicial
- Considerações finais
- Propostas
  - ✓ Folheto
  - ✓ Poster
  - ✓ Norma

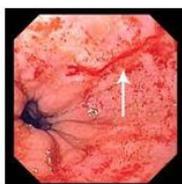




## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA ABORDAGEM INICIAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

### AS CAUSAS MAIS COMUNS DA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SÃO:

- ❖ Doença ulcerosa péptica (20%-50%);
- ❖ Varizes esofágicas/gástricas (5%-20%);
- ❖ Laceração de Mallory-Weiss (8%-15%);
- ❖ Erosões esofágicas/gastroduodenais (8%-15%);
- ❖ Esofagite (5%-15%);
- ❖ Malformação vascular (5%);
- ❖ Tumor do trato digestivo superior (2%-4%);
- ❖ Fístula aortoentérica;
- ❖ Causa não identificável (2%-7%);
- ❖ Mais do que uma causa (16%-20%).



Campos, Sant'Anna e Cardoso (2018, p.1)

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA ABORDAGEM INICIAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

### SINTOMAS SUGESTIVOS DA ORIGEM DA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

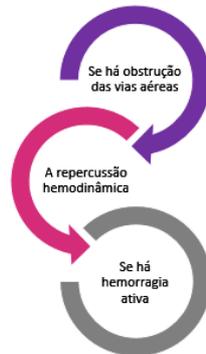
Etiologia	Sintomas
Úlcera péptica	Dor epigástrica que piora ao comer e deitar, perda de peso, náuseas e vômitos
Úlcera esofágica	Odinofagia, refluxo <u>gastroesofágico</u> , disfagia
Síndrome de Mallory-Weiss	Vômitos ou tosse anteriores à <u>hematemese</u> .
Varizes esofágicas/gástricas	Icterícia, astenia, <u>hepatomegália</u> , anorexia, distensão abdominal
Malignidade	Disfagia, saciedade precoce, perda de peso involuntária, caquexia

Adaptado de Greenberger NJ, Blumberg RS, Burakoff R. 2009

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA ABORDAGEM INICIAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

### TRIAGEM

Em situação de HDA avalia-se em primeiro lugar:

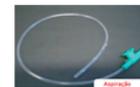


## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA ABORDAGEM INICIAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

### ABORDAGEM INICIAL ABCDE



# Assegurar a permeabilidade da via aérea (garantindo o acesso rápido a material para aspiração da via aérea);



# Proceder a EOT se hemorragia de alto débito ou Glasgow <8;



# Posicionamento em semi-fowler ou decúbito lateral esquerdo;



# Colocação de SNG em drenagem (deteta presença de sangue, determina gravidade da hemorragia, previne a aspiração de conteúdo gástrico; **ATENÇÃO:** ausência de sangue não exclui hemorragia)

**A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA  
ABORDAGEM INICIAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

**ABORDAGEM INICIAL ABCDE**

**B**  
**Breathing**

# Potencializar a oxigenação recorrendo a cânula binasal (a máscara pode aumentar risco de aspiração pulmonar);

# Ponderar a EOT se for necessário um maior aporte de oxigénio;

# Manter posição de semi-fowler.



**A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA  
ABORDAGEM INICIAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

**ABORDAGEM INICIAL ABCDE**

**C**  
**Circulation**

# Assegurar 2 acessos venosos de grande calibre;

# Colheita de sangue para análises e tipagem;

# Avaliação e monitorização contínuas de: TA, FC, ECG, SpO2, estado de consciência, diurese ( $\geq 0,5\text{ml/Kg/h}$ ), cor e temperatura da pele, quantidade e características das perdas hemáticas;

# Garantir perfusão de órgãos vitais a um nível ótimo:

# Fluidoterapia (cristaloides) para manter TAS  $\geq 90\text{mmHg}$ ;

# Hemoderivados se Hg  $\leq 7\text{g/l}$  (manter Hg 7-9 g/l)

# Plasma e/ou plaquetas se coagulopatia ou trombocitopenia;

# Endoscopia digestiva alta deve ser realizada:

# Em 12h se hemorragia ativa/maciça, hematemeses ou conteúdo hemático na SNG;

# Em 24h se estabilidade hemodinâmica;

# Administrar terapêutica de acordo com prescrição e etiologia da HDA (HDA varicosa: octreótido, somatostatina, terlipressina; HDA não varicosa: pantoprazol).



**A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA  
ABORDAGEM INICIAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

**ABORDAGEM INICIAL ABCDE**



# Avaliar alterações do estado de consciência:

- # Hipoperfusão e hipoxia cerebral;
- # Encefalopatia hepática (alterações neurológicas – a presença de sangue no tracto gastrointestinal pode levar ao aumento da amónia e do nitrogénio, que passam a barreira hematoencefálica e dão origem a alterações neurológicas).



**A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA  
ABORDAGEM INICIAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

**ABORDAGEM INICIAL ABCDE**



# Manutenção da temperatura corporal (prevenção da hipotermia);



# Evitar aspiração / lavagem gástrica (se necessária usar água à temperatura ambiente);



# Detetar sinais de:

- # Instabilidade hemodinâmica (temperatura e cor da pele);
- # Etiologia da HDA (icterícia, circulação colateral, ascite, aranhas vasculares, edemas).



**A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA  
ABORDAGEM INICIAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

**ABORDAGEM INICIAL ABCDE**

A mnemónica **ABCDE**:



**A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA  
ABORDAGEM INICIAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

**Após a abordagem inicial a pessoa com HDA é referenciada para realização de EDA**



**QUAIS OS PROCEDIMENTOS?**

Se necessário contactar equipa de enfermagem da UTG → **90509**

Manter todos os devidos que se colocaram na abordagem inicial:

- Acessos venosos com soros em curso
- Hemoderivados
- Aporte de oxigénio
- Medicação endovenosa
- Monitorização hemodinâmica

Efetuar o transporte até à UTG:

Em maca se durante a semana e até às 20h

Na cama se depois das 20h ou ao fim-de-semana

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA ABORDAGEM INICIAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

### PROPOSTAS



## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA ABORDAGEM INICIAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) (2012). Guideline – The role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper GI bleeding. *Gastrointestinal Endoscopy*, volume 75, nº6: 2012.
- Gralnek Ian M. et al (2015). Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2015; 47: a1-a46.
- Gralnek Ian M. et al (2021). Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021. *Endoscopy* 2021; 53: 300-332.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS) (2012). Acute upper gastrointestinal bleeding: management. Nice clinical guideline 141. June 2012. 24 p.
- Pedroto L, Magro F., Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARS Norte) (2010). Urgência Regional de Gastroenterologia (URGE). Gestão clínica da hemorragia digestiva alta, Normas orientadoras clínicas. Março 2010.
- Siau K., Hearnshaw S., Stanley AJ., et al (2020). British Society of Gastroenterology (BSG) – led multisociety consensus care bundle for the early clinical management of acute upper gastrointestinal bleeding. *Frontline Gastroenterology*. 2020; 11:311-323.
- Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) (2010). Recomendações para o tratamento de doentes com hemorragia digestiva alta de causa não varicosa. *Jornal Português de Gastroenterologia*. Volume 17, Setembro/Outubro 2010.
- Tripathi D., et al (2015). UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients. *Gut* 2015; 0:1-25. Doi: 10.1136/gutnl-2015-309262.
- World Gastroenterology Organisation Global Guidelines (WGO) (2014). Esophageal varices. January 2014.

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA ABORDAGEM INICIAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

OBRIGADA PELA ATENÇÃO PRESTADA



**APÊNDICE IV – Folheto informativo da abordagem inicial da pessoa com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência para a equipa de Enfermagem**

**D**

**Disability**

- # Avaliar alterações do estado de consciência;
- # Hipoperfusão e hipoxia cerebral;
- # Encefalopatia hepática (alterações neurológicas).

**E**

**Exposure**

- # Manutenção da temperatura corporal (prevenção da hipotermia);
- # Evitar aspiração / lavagem gástrica (se necessária usar água à temperatura ambiente);
- # Detetar sinais de:
  - # Instabilidade hemodinâmica (temperatura e cor da pele);
  - # Etiologia da HDA (icterícia, circulação colateral, ascite, aranhas vasculares, edemas).

**Referências Bibliográficas:**

American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) (2012). Guideline – The role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper GI bleeding. *Gastrointestinal Endoscopy*, volume 75, nº6, 2012.

Galetzke M, et al (2015). Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage. *European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). Guideline. Endoscopy* 2015; 47: a1-e48.

Galetzke M, et al (2021). Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (EMUGG): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021. *Endoscopy* 2021; 53: 300-302.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2012). Acute upper gastrointestinal bleeding: management. *Nice clinical guideline* 141. June 2012. 24 p.

Pedroto I, Magro F. Administração Regional de Saúde do Norte, L.P. ARS Norte (2010). *Ligação Regional de Gastroenterologia (LRGE). Gestão clínica da hemorragia digestiva alta. Normas orientadoras clínicas*. Março 2010.

Sau K, Hamshaw S, Stanley AJ, et al (2020). British Society of Gastroenterology (BSG) – led multicenter consensus care bundle for the early clinical management of acute upper gastrointestinal bleeding. *Frontiers Gastroenterology*. 2020; 11:211-223.

Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) (2019). *Recomendações para o tratamento de doentes com hemorragia digestiva alta de causa não variceal*. *Jornal Português de Gastroenterologia*. Volume 17, Setembro/Outubro 2019.

Thipatti D, et al (2015). UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients. *Gut* 2015; 0-1-25. Doi: 10.1136/gut-2015-306032.

World Gastroenterology Organisation Global Guidelines (WGO) (2014). *Esophageal varices*. January 2014.



UNIVERSIDADE DE ÉVORA -  
ESCOLA SUPERIOR DE  
ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE  
DEUS

5.º CURSO DE MESTRADO EM  
ENFERMAGEM EM  
ASSOCIAÇÃO 2020/2021

Serviço de Urgência Central



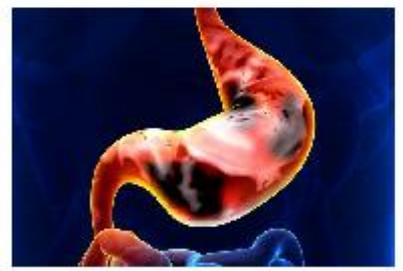
Docente:  
Professora Maria Antónia Costa



Discente:  
Ana Sofia Mendes Antunes nº 47662

Outubro  
2021

**A PESSOA EM SITUAÇÃO  
CRÍTICA COM HEMORRAGIA  
DIGESTIVA ALTA  
ABORDAGEM INICIAL NO  
SERVIÇO DE URGÊNCIA**



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



A hemorragia digestiva alta não é por si só uma doença mas sim uma manifestação clínica de uma doença que pode ser grave e potencialmente fatal.

Perdas de sangue em pequena quantidade podem não condicionar sintomas e manifestar-se apenas por alterações em análises de sangue (anemia por carência de ferro) ou de fezes (sangue oculto nas fezes).

A história clínica e o exame objetivo permitem efetuar uma avaliação inicial do tipo de hemorragia, localização mais provável e gravidade clínica.

<https://www.sped.pt/index.php/publico/doencas-gastroenterologicas-mais-comuns/hemorragia-digestiva>

## ABORDAGEM INICIAL ABCDE

A mnemônica ABCDE:

- # Ordena e sistematiza as intervenções;
- # Determina as prioridades;
- # Melhora os cuidados prestados e os resultados.

A

**Airway**

- # Assegurar a permeabilidade da via aérea (garantindo o acesso rápido a material para aspiração da via aérea);
- # Proceder a EOT se hemorragia de alto débito ou Glasgow <8;
- # Posicionamento em semi-fowler ou decúbito lateral esquerdo;
- # Colocação de SNG em drenagem.

B

**Breathing**

- # Potencializar a oxigenação recorrendo a cânula binasal;
- # Ponderar a EOT se for necessário um maior aporte de oxigênio;
- # Manter posição de semi-fowler.

C

**Circulation**

- # Assegurar 2 acessos venosos de grande calibre;
- # Colheita de sangue para análises e tipagem;
- # Avaliação e monitorização contínuas de: TA, FC, ECG, SpO2, estado de consciência, diurese ( $\geq 0,5\text{ml/Kg/h}$ ), cor e temperatura da pele, quantidade e características das perdas hemáticas;
- # Garantir perfusão de órgãos vitais a um nível ótimo:
  - # Fluidoterapia (cristaloides) para manter TAS  $\geq 90\text{mmHg}$ ;
  - # Hemoderivados se Hg  $\leq 7\text{g/l}$  (manter Hg 7-9 g/l)
  - # Plasma e/ou plaquetas se coagulopatia ou trombocitopenia;
- # Endoscopia digestiva alta deve ser realizada:
  - # Em 12h se hemorragia ativa/maciça, hematemese ou conteúdo hemático na SNG;
  - # Em 24h se estabilidade hemodinâmica;
- # Administrar terapêutica de acordo com prescrição e etiologia da HDA (HDA varicosa: octreótido, somatostatina, terlipressina; HDA

**APÊNDICE V – Poster “A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM  
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: ABORDAGEM INICIAL NO SERVIÇO  
DE URGÊNCIA”**



**APÊNDICE VI – Proposta de Norma Hospitalar da Abordagem Inicial da  
Pessoa com Hemorragia Digestiva Alta no Serviço de Urgência**

		
<b>NORMA</b>	<b>Abordagem inicial da pessoa com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência</b>	<b>DATA: Janeiro 2022</b>

### **1. OBJETIVOS:**

- Sistematizar as intervenções prestadas à pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta
- Determinar as prioridades na abordagem inicial à pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta
- Aperfeiçoar os cuidados prestados à pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta

### **2. ÂMBITO:**

- Aplica-se ao Serviço de Urgência Central do CHULN

### **3. INTRODUÇÃO:**

A hemorragia digestiva alta (HDA) é uma situação que ocorre frequentemente nos serviços de urgência. É uma condição que leva a uma incidência anual de 40-150 casos por 100000 pessoas (Gralnek Ian M. et al 2015 47: a1-a46), levando frequentemente ao internamento e com comorbilidades e mortalidades elevadas (idem). Deve-se sobretudo à existência de uma população muito envelhecida com recurso frequente a antiagregantes, anticoagulantes e toma frequente de anti-inflamatórios não esteroides (AINES) (idem), ideia também reforçada pela Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência, Gastroenterologia e Hepatologia (2017) que enfatiza que “a hemorragia gastrointestinal superior é responsável por aproximadamente 80% de toda a hemorragia digestiva e é a situação de emergência que mais frequentemente ocupa os gastroenterologistas em toda a Europa” (p.26) e a “sua incidência tem aumentado acentuadamente com a idade, sendo superior nas regiões

<b>NORMA</b>	<b>Abordagem inicial da pessoa com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência</b>	<b>DATA: Janeiro 2022</b>

com um consumo excessivo de álcool, de maiores níveis de privação social, maior consumo de anti-inflamatórios e maior prevalência de *Helicobacter pylori*".

A HDA pode ser definida como o sangramento do aparelho digestivo acima do ligamento de Treitz (Sheehy, 2001, p.581), sendo que se pode apresentar na forma de hematemeses (vômito de sangue com aspecto de "borra de café"), melenas (fezes de cor escura e cheiro fétido), hematoquécia (fezes com sangue vivo/semidigerido), oculta (apenas se confirma com pesquisa de sangue oculto nas fezes) ou sintomas de anemia sem hemorragia visível (como hipotensão, taquicardia, dor no peito, astenia, palidez, tonturas).

De acordo com Campos, Sant'Anna e Cardoso (2018, p.1) as causas mais comuns de HDA são:

11. Doença ulcerosa péptica (20%-50%);
12. Varizes esofágicas/gástricas (5%-20%);
13. Laceração de Mallory-Weiss (8%-15%);
14. Erosões esofágicas/gastroduodenais (8%-15%);
15. Esofagite (5%-15%);
16. Malformação vascular (5%);
17. Tumor do trato digestivo superior (2%-4%);
18. Fístula aortoentérica;
19. Causa não identificável (2%-7%);
20. Mais do que uma causa (16%-20%).

Os sintomas que podem indicar a origem da HDA são:

Tabela 1 – Sintomas sugestivos da origem da HDA

Etiologia	Sintomas
Úlcera péptica	Dor epigástrica que piora ao comer e deitar, perda de peso, náuseas e vômitos
Úlcera esofágica	Odinofagia, refluxo gastroesofágico, disfagia
Síndrome de Mallory-Weiss	Vômitos ou tosse anteriores à hematemesa
Varizes esofágicas/gástricas	Icterícia, astenia, hepatomegalia, anorexia, distensão abdominal
Malignidade	Disfagia, saciedade precoce, perda de peso involuntária, caquexia

Fonte: Adaptado de Greenberger NJ, Blumberg RS, Burakoff R. 2009.

		
<b>NORMA</b>	<b>Abordagem inicial da pessoa com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência</b>	<b>DATA: Janeiro 2022</b>

Segundo a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED 2010) “a hemorragia digestiva alta não é por si só uma doença mas sim uma manifestação clínica de uma doença que pode ser grave e potencialmente fatal” (par.1) sendo que “a história clínica e o exame objetivo permitem efetuar uma avaliação inicial do tipo de hemorragia, localização mais provável e gravidade clínica” (par.2). A precoce avaliação clínica e estabilização hemodinâmica eficaz e eficiente são fundamentais no prognóstico dos doentes com hemorragia digestiva alta, sendo esta avaliação de extrema importância para determinar o nível de cuidados e a oportunidade de realização da endoscopia.

<b>NORMA</b>	<b>Abordagem inicial da pessoa com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência</b>	<b>DATA: Janeiro 2022</b>

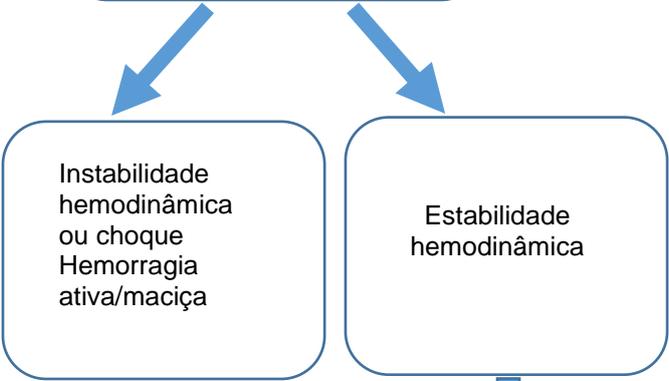
**HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**

Ressuscitação/Estabilização Hemodinâmica  
Tem fatores de risco para recidiva hemorrágica e mortalidade?  
Estratificação de risco: Alto vs Baixo



**HDA não hipertensiva**  
(Score de Rockall  $\geq$  3 ou doente internado)  
**HDA hipertensiva** (doença hepática ou suspeita clinicamente)

Score de Rockall 0,1 e 2



Instabilidade hemodinâmica ou choque Hemorragia ativa/maciça

↓

Endoscopia nas primeiras 12h

Estabilidade hemodinâmica

↓

Endoscopia <24h

Possível alta com investigação precoce em ambulatório ou programar endoscopia em internamento. Sem necessidade de referência urgente para endoscopia.

Fonte: Adaptado de URGE 2010; Campos, S., Sant'Anna, M., Cardoso R. 2018

		
<b>NORMA</b>	<b>Abordagem inicial da pessoa com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência</b>	<b>DATA: Janeiro 2022</b>

O Score de Rockall utiliza a combinação de elementos clínicos e endoscópicos e prevê o risco de recidiva hemorrágica e a mortalidade.

Tabela 1 – Score de Rockall

FATOR DE RISCO NA ADMISSÃO	SCORE	
<b>IDADE (ANOS)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ &lt; 60</li> <li>➤ 60 – 79</li> <li>➤ ≥ 80</li> </ul>	0	SCORE PRÉ-ENDOSCÓPICO
	1	
	2	
<b>CHOQUE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Frequência Cardíaca &gt;100bpm</li> <li>➤ Tensão arterial sistólica &lt; 100mmHg</li> </ul>	1	
	2	
<b>COMORBILIDADES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Doença cardíaca isquêmica, insuficiência cardíaca congestiva, outras comorbilidades <i>major</i></li> <li>➤ Doença renal crônica, doença hepática crônica, neoplasia metastática</li> </ul>	2	
	3	
<b>DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sem lesões / Laceração de Mallory-Weiss</li> <li>➤ Úlcera péptica, erosões, esofagite</li> <li>➤ Neoplasia do trato digestivo alto</li> </ul>	0	SCORE ENDOSCÓPICO
	1	
	2	
<b>ESTIGMAS ENDOSCÓPICOS DE HEMORRAGIA RECENTE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Úlcera de base limpa, mancha pigmentada plana</li> <li>➤ Sangue no trato gastrointestinal alto, hemorragia ativa, vaso visível, coágulo</li> </ul>	0	
	2	

Fonte: Adaptado de TA Rockall (1996) *Gut*

Tabela 2 – Estratificação do risco

SCORE	RISCO	RESSANGRAMENTO	MORTALIDADE
0	BAIXO RISCO	4,9%	0%
1		3,4%	0%
2		5,3%	0,2%
3	RISCO MODERADO	11,2%	2,9%
4		14,1%	5,3%
5		24,1%	10,8%
6		32,9%	17,3%
7		43,8%	27%
≥ 8	ALTO RISCO	41,8%	41,1%

Fonte: Adaptado de TA Rockall (1996) *Gut*

<b>NORMA</b>	<b>Abordagem inicial da pessoa com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência</b>	<b>DATA: Janeiro 2022</b>

O Score de Glasgow-Blatchford é um score de avaliação pré-endoscópica que utiliza elementos clínicos e laboratoriais, fazendo a estratificação de risco de necessidade de intervenção endoscópica.

Tabela 3 – Score de Glasgow-Blatchford

<b>FATOR DE RISCO NA ADMISSÃO</b>	<b>SCORE</b>
<b>UREIA (mmol/l)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ≥ 6 &lt; 8</li> <li>➤ ≥ 8 &lt; 10,0</li> <li>➤ ≥ 10 &lt; 25</li> <li>➤ ≥ 25</li> </ul>	 2 3 4 6
<b>HEMOGLOBINA (g/dl) NO HOMEM</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ≥ 12 &lt; 13</li> <li>➤ ≥ 10 &lt; 12</li> <li>➤ &lt; 10</li> </ul>	 1 3 6
<b>HEMOGLOBINA (g/dl) NA MULHER</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ≥ 10 &lt; 12</li> <li>➤ &lt; 10</li> </ul>	 1 6
<b>TENSÃO ARTERIAL SISTÓLICA (mmHg)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 100-109</li> <li>➤ 90-99</li> <li>➤ &lt;90</li> </ul>	 1 2 3
<b>OUTROS MARCADORES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Frequência cardíaca ≥ 100 bpm</li> <li>➤ Apresentação com melenas</li> <li>➤ Apresentação com síncope</li> <li>➤ Doença hepática</li> <li>➤ Doença cardíaca</li> </ul>	 1 1 2 2 2

Fonte: Adaptado de Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. (2000)

Score 0 ou 1 – Baixo Risco

Score > 1 – Alto Risco

Score ≥ 6 – Risco de necessidade de intervenção endoscópica superior a 50%

<b>NORMA</b>	<b>Abordagem inicial da pessoa com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência</b>	<b>DATA: Janeiro 2022</b>

Neste seguimento têm sido desenvolvidas várias guidelines e recomendações para definir padrões de qualidade e melhorar os outcomes das pessoas com este tipo de patologia.

Os profissionais do serviço de urgência necessitam efetuar uma abordagem sistematizada e ordenada, determinando as prioridades das suas intervenções, que será facilitada com a utilização da abordagem inicial ABCDE como é enfatizado pelo The Resuscitation Council UK (2015) que recomenda esta abordagem quando existe a situação de hemorragia digestiva alta ou a sua suspeita (Chapman et al, 2019, p.53), pois e como referem Carneiro e Maia (2021, p.173) “os sinais e sintomas das hemorragias digestivas são variáveis, sendo essencial uma correta e sistematizada abordagem do utente”.

## ABORDAGEM ABCDE

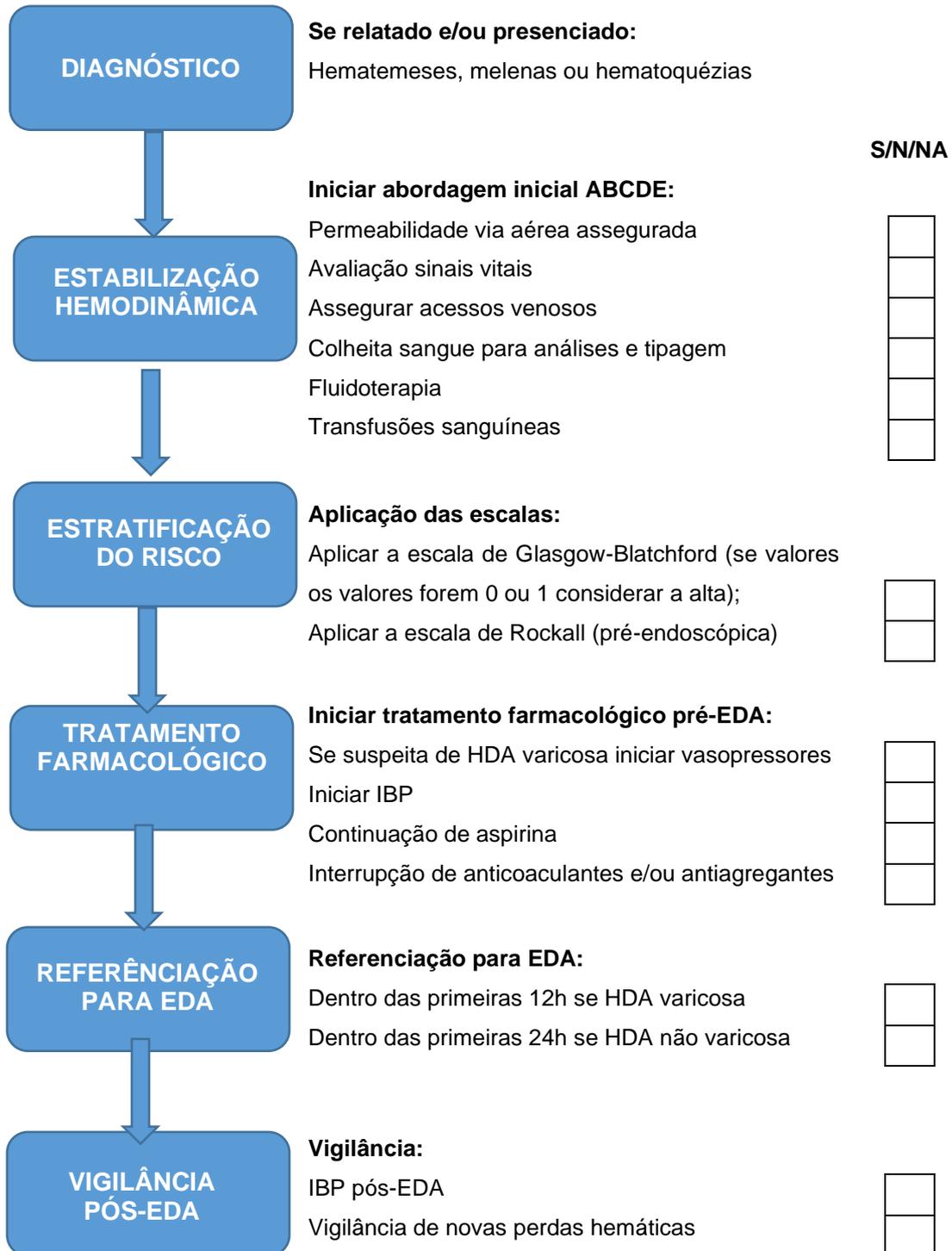
INTERVENÇÃO	JUSTIFICAÇÃO
<p><b>A – Airway:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Assegurar a permeabilidade da via aérea (garantindo o acesso rápido a material para aspiração da via aérea);</li> <li>✓ Proceder a EOT se hemorragia de alto débito ou Glasgow &lt;8;</li> <li>✓ Posicionamento em semi-fowler ou decúbito lateral esquerdo;</li> <li>✓ Colocação de SNG em drenagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prevenir a aspiração de sangue para a via aérea.</li> <li>✓ Proteger a via aérea.</li> <li>✓ Protege da aspiração de conteúdo para a via aérea e facilita o esvaziamento gástrico.</li> <li>✓ Deteta presença de sangue, determina gravidade da hemorragia, previne a aspiração de conteúdo gástrico;</li> </ul>

	<b>ATENÇÃO:</b> ausência de sangue não exclui hemorragia.
<p><b>B – Breathing:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Potencializar a oxigenação recorrendo a cânula binasal;</li> <li>✓ Ponderar a EOT em doentes com deterioração do estado de consciência se for necessário um maior aporte de oxigénio;</li> <li>✓ Manter posição de semi-fowler.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Máscara facial pode aumentar risco de aspiração pulmonar.</li> <li>✓ Prevenir a paragem respiratória.</li> <li>✓ Protege da aspiração de conteúdo para as vias aéreas.</li> </ul>
<p><b>C – Circulation:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Assegurar 2 acessos venosos de grande calibre (em doente com instabilidade hemodinâmica preparar a colocação de cateter venoso central), pois a correção da hipovolémia é o objetivo prioritário da reanimação inicial aconselhando-se a administração tanto de colóides como de soro fisiológico, sendo que 1-2 litros de solução fisiológica é geralmente suficiente para corrigir as perdas mas em caso de hemorragia maciça pode ser necessário associar unidade de concentrado eritrocitário 0 neg;</li> <li>✓ Colheita de sangue para análises e tipagem;</li> <li>✓ Avaliação e monitorização contínuas de: TA, FC, ECG, SpO2, estado de consciência, diurese (<math>\geq 0,5\text{ml/Kg/h}</math>), cor e temperatura da pele, quantidade e características das perdas hemáticas;</li> <li>✓ Garantir perfusão de órgãos vitais a um nível ótimo; em casos de hemorragia não tratar apenas a causa, mas sim a pessoa no seu todo (os órgãos vitais, a infeção) prevenindo a falência multiorgânica. <b>Fluidoterapia</b> (cristaloides) para manter TAS <math>\geq 90\text{mmHg}</math>; <b>Hemoderivados</b> se Hg <math>\leq 7\text{g/l}</math> (manter Hg 7-9mg/dl); <b>Plasma e/ou plaquetas</b> se coagulopatia ou trombocitopenia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prevenir a hipovolémia.</li> <li>✓ Valores laboratoriais auxiliam na parametrização do nível de cuidados a prestar.</li> <li>✓ Promover uma adequada estabilização hemodinâmica e estabelecer prioridades na prestação de cuidados.</li> <li>✓ .Para prevenir a falência multiorgânica.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Endoscopia digestiva alta deve ser realizada nos <i>timings</i> previstos; em <b>12h</b> se hemorragia ativa/maciça; em <b>24h</b> se estabilidade hemodinâmica.</li> <li>✓ Administrar terapêutica de acordo com prescrição e etiologia da HDA. A terapêutica médica deve ser iniciada o mais precocemente possível e sempre antes da realização do exame endoscópico <b>HDA varicosa</b>: octreótido, somatostatina, terlipressina; <b>HDA não varicosa</b>: pantoprazol.</li> </ul> <p>NOTA: Todos os doentes com cirrose hepática e hemorragia digestiva apresentam um risco elevado de infeção (fator condicionante de recidiva hemorrágica e da mortalidade), sendo mandatária a profilaxia antibiótica durante 7 dias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Para possibilitar um diagnóstico eficaz e permitir uma terapêutica endoscópica adequada a cada caso.</li> <li>✓ Para potencializar a eficácia do tratamento endoscópico e prevenir infeções.</li> </ul>
<p><b>D – Disability:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Avaliar alterações do estado de consciência (Hipoperfusão e hipoxia cerebral; encefalopatia hepática). A presença de sangue no trato gastrointestinal pode levar ao aumento da amónia e do nitrogénio, que passam a barreira hematoencefálica e dão origem a alterações neurológicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Detetar e prevenir alterações do estado de consciência.</li> </ul>
<p><b>E – Exposure:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Manutenção da temperatura corporal;</li> <li>✓ Evitar aspiração / lavagem gástrica; se necessária usar água à temperatura ambiente.</li> <li>✓ Detetar sinais de instabilidade hemodinâmica (temperatura e cor da pele) e etiologia da HDA (Icterícia, circulação colateral, ascite, aranhas vasculares, edemas).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prevenir a hipotermia.</li> <li>✓ Prevenir as lesões gástricas causadas pela aspiração.</li> <li>✓ Prevenir complicações e perceber o tipo de hemorragia digestiva.</li> </ul>

<b>NORMA</b>	<b>Abordagem inicial da pessoa com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência</b>	<b>DATA: Janeiro 2022</b>

**4. Check List:**



<b>NORMA</b>	<b>Abordagem inicial da pessoa com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência</b>	<b>DATA: Janeiro 2022</b>

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) (2012). Guideline – The role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper GI bleeding. *Gastrointestinal Endoscopy*, volume 75, nº6: 2012.

[Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. Uma pontuação de risco para prever a necessidade de tratamento para hemorragia digestiva alta: Lancet. 14 de outubro de 2000; 356 \(9238\): 1318-21](#)

Campos S., Sant’Anna M., Cardoso R. (2018). Manual de Urgências em Gastreterologia. Capítulo 1 – Hemorragia Digestiva Alta. Manual Lidel. p 1-9.

Gralnek Ian M. et al (2015). Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2015; 47: a1-a46.

Gralnek Ian M. et al (2021). Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021. *Endoscopy* 2021; 53: 300-332.

Greenberger NJ, Blumberg RS, Burakoff R. *Current Diagnosis & treatment: Gastroenterology, Hepatology & Endoscopy*. New York: Lange Medical; 2009

National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS) (2012). Acute upper gastrointestinal bleeding: management. Nice clinical guideline 141. June 2012. 24 p.

Pedroto I., Magro F., Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARS Norte) (2010). Urgência Regional de Gastreterologia (URGE). Gestão clínica da hemorragia digestiva alta, Normas orientadoras clínicas. Março 2010.

<b>NORMA</b>	<b>Abordagem inicial da pessoa com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência</b>	<b>DATA: Janeiro 2022</b>

Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. Gut. 1996 Mar;38(3):316-21.

Sheehy S. (2001). Enfermagem de Urgência. Da teoria à prática. Lusociência. 2001, 877p.

Siau K., Hearnshaw S., Stanley AJ., et al (2020). British Society of Gastroenterology (BSG) – led multisociety consensus care bundle for the early clinical management of acute upper gastrointestinal bleeding. Frontline Gastroenterology. 2020; 11:311-323.

Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) (2010). Recomendações para o tratamento de doentes com hemorragia digestiva alta de causa não varicosa. Jornal Português de Gastreenterologia. Volume 17, Setembro/Outubro 2010.

Tripathi D., et al (2015). UK guidelines on the management of varicel haemorrhage in cirrhotic patients. Gut 2015; 0:1-25. Doi: 10.1136/gutintl-2015-309262.

World Gastroenterology Organisation Global Guidelines (WGO) (2014). Esophageal varices. January 2014.

**APÊNDICE VII** – Artigo científico “A pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta: abordagem inicial no serviço de urgência. Uma revisão de *scoping*”

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



# UNIVERSIDADE DE ÉVORA - ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

5.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO  
2020/2022

Unidade Curricular: **Estágio Final – Estágio em Enfermagem à pessoa  
em situação crítica**

**Docente:**

Professora Maria Antónia Costa

**A pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta: abordagem  
inicial no serviço de urgência. Uma revisão de scoping**

**The person in critical condition with upper gastrointestinal bleeding:  
initial approach in the emergency department. A scoping review**

**La persona en estado crítico con hemorragia digestiva alta: abordaje  
inicial en el servicio de urgencias. Una revisión del alcance**

**Discente:**

Ana Sofia Antunes nº 47662

**janeiro 2022**

## **Autores**

**Ana Sofia Mendes Antunes**, Licenciada em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Beja – [m47662@alunos.uevora.pt](mailto:m47662@alunos.uevora.pt)

**Maria Antónia Costa**, Departamento de Enfermagem, Instituto Politécnico de Beja – [antonia.costa@ipbeja.pt](mailto:antonia.costa@ipbeja.pt)

## Resumo

**Introdução:** A hemorragia digestiva alta (HDA) é uma situação que origina o recorrer aos serviços de urgência, que pode resultar em internamento e com comorbilidades e mortalidades elevadas.

**Objetivo:** Identificar a abordagem mais eficaz no atendimento à pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta, no serviço de urgência.

**Metodologia:** Recurso a uma revisão de scoping utilizando a metodologia de *Joanna Briggs Institute*, recorrendo à estratégia de questão relativa à população, conceito e contexto (PCC). A pesquisa foi efetuada com consulta nas bases de EBSCOHost, B-On e Google Académico, considerando-se artigos científicos em texto integral, no período temporal de 2000 a 2022, escritos em inglês e português, analisados pelos pares, bem como guidelines e protocolos recomendados pelas sociedades nacionais e internacionais especialistas no tema.

**Resultados:** Da análise dos artigos foi possível identificar a HDA como uma emergência médica gastroenterológica ameaçadora da vida, associada a altas taxas de hospitalização, morbidade e mortalidade, sendo que a sua causa mais frequente é a úlcera péptica. É de extrema importância o seu reconhecimento precoce para uma atuação eficaz. Na abordagem inicial os profissionais devem fazer uso de escalas de avaliação do prognóstico, da necessidade de intervenção endoscópica, da possibilidade de recidiva hemorrágica, bem como da taxa de mortalidade, pois estes “indicadores” vão norteá-los nas suas decisões interventivas. É fulcral a definição de prioridades e a sistematização das intervenções, sendo instrumento facilitador a utilização de guidelines bem como da mnemónica ABCDE, promovendo a ressuscitação precoce, as terapêuticas endoscópica e endovenosa apropriadas, e a prevenção/tratamento das comorbilidades.

**Conclusão:** A abordagem inicial à pessoa com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência torna-se mais eficaz e eficiente se seguir a mnemónica ABCDE pois determina as prioridades aperfeiçoando os cuidados prestados e os *outcomes* das pessoas nesta situação. É também de extrema importância os profissionais utilizarem *scores* de estratificação de risco nesta abordagem sendo uma orientação preciosa para ordenar e sistematizar as intervenções.

**Palavras-chave:** Hemorragia digestiva alta, abordagem inicial, serviço de urgência, estratificação do risco, enfermeiros, equipa de saúde.

## **Abstract**

**Introduction:** Upper gastrointestinal bleeding (UGIB) is a situation that leads to the use of emergency services, which can result in hospitalization and with high comorbidity and mortality.

**Objective:** To identify the most effective approach to care for a person in critical condition with upper gastrointestinal bleeding.

**Methodology:** Recourse to a scope review using the Joanna Briggs Institute methodology, using the Population, Concept and Context Question Strategy (PCC). The research was carried out with consultation in the databases of EBSCOHost, B-On and Academic Google, considering scientific articles in full text, from 2000 to 2022, written in English and Portuguese, analyzed by peers, as well as guidelines and protocols recommended by national and international specialists in the subject.

**Results:** From the analysis of the articles, it was possible to identify UGIB as a life-threatening gastroenterological medical emergency, associated with high rates of hospitalization, morbidity and mortality, its most frequent cause being peptic ulcer. Its early recognition is extremely important for an effective performance. In the initial approach, professionals should use scales to assess the prognosis, the need for endoscopic intervention, the possibility of hemorrhagic recurrence, as well as the mortality rate, as these “indicators” will guide them in their intervention decisions. The definition of priorities and the systematization of interventions are crucial, and the use of guidelines as well as the ABCDE mnemonic is a facilitator tool, promoting early resuscitation, appropriate endoscopic and intravenous therapies, and the prevention/treatment of comorbidities.

**Conclusion:** The initial approach to the person with upper gastrointestinal bleeding in the emergency department becomes more effective and efficient if it follows the ABCDE mnemonic as it determines priorities by improving the care provided and the outcomes of people in this situation. It is also extremely important for professionals to use risk stratification scores in this approach, which is a valuable guideline for ordering and systematizing interventions.

**Keywords:** Upper digestive hemorrhage, initial approach, emergency department, risk stratification, nurses, health team.

**APÊNDICE VIII** – Plano da sessão de formação sobre “A pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta: abordagem inicial no serviço de urgência”

		<b>PLANO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO</b> <b>SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL</b>	
<b>TEMA: A pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta: abordagem inicial no serviço de urgência</b>			
<b>FORMADOR</b>	Ana Sofia Mendes Antunes (EEMMCPSC – Estágio Final)		
<b>DESTINATÁRIOS</b>	Equipa de Enfermagem do SUC, [REDACTED]		
<b>LOCAL</b>	Sala de reuniões do SUC, [REDACTED]		
<b>DATA:</b>	17 a 21 Janeiro 2022	<b>HORA:</b>	15h00
		<b>DURAÇÃO:</b>	15 minutos
<b>OBJETIVOS:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Partilhar conhecimentos acerca da Hemorragia Digestiva Alta, assim como as intervenções de enfermagem que são inerentes no cuidado à pessoa em situação crítica;</li> <li>➤ Demonstrar a importância da abordagem ABCDE, definindo uma abordagem inicial eficaz e sistematizada à pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta.</li> </ul>			
<b>CONTEÚDOS:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ A Hemorragia Digestiva Alta em números;</li> <li>➤ A Hemorragia Digestiva Alta;</li> <li>➤ Abordagem inicial ABCDE;</li> <li>➤ Apresentação das Propostas realizadas: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Folheto</li> <li>✓ Poster</li> <li>✓ Norma</li> </ul> </li> </ul>			
<b>METODOLOGIA:</b>			
Sessão teórica com metodologia expositiva e participativa			
<b>RECURSOS:</b>			
Computador, “datashow”			
<b>AVALIAÇÃO DA SESSÃO:</b>			
Aplicação de questionário de avaliação			

## **APÊNDICE IX – Divulgação da Sessão de Formação**

## FORMAÇÃO EM SERVIÇO

**TEMA:** A pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta: abordagem inicial no serviço de urgência

**FORMADOR:** Ana Sofia Mendes Antunes (EEMMCPSC – Estágio Final)

**DESTINATÁRIOS:** Equipa de Enfermagem do SUC, [REDACTED]

**LOCAL:** Sala de reuniões do SUC, [REDACTED]

**DATA:** 17 a 21 Janeiro 2022

**HORA:** 15h00

**DURAÇÃO:** 15 minutos



**APÊNDICE X – Questionário de avaliação da sessão de formação entregue  
à equipa de Enfermagem do SUC**

## Questionário de avaliação da sessão de formação

Exmos elementos da equipa de enfermagem do SUC, XXXXXXXXXX

Peço a vossa colaboração para o preenchimento deste breve questionário que visa servir de instrumento de avaliação da sessão de formação apresentada.

Agradecendo desde já a vossa presença e disponibilidade

Atenciosamente

Ana Sofia Mendes Antunes (EEMCPSC)

Apreciação Global	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
A temática abordada é de interesse para a equipa profissional				
Os conteúdos abordados têm utilidade para a prática profissional				
Os métodos utilizados foram adequados ao conteúdo				
Os objetivos definidos para a formação foram atingidos				
A documentação disponibilizada foi útil para a consolidação de conhecimentos				
O formador despertou interesse nos formandos				
Os conteúdos foram transmitidos com clareza				
As suas expectativas em relação à sessão foram satisfeitas				

Tem alguma sugestão e/ou crítica a acrescentar?

---

---

---

---

---

---

Muito obrigada!  
Ana Sofia Mendes Antunes (EEMCPSC)

## **APÊNDICE XI – Aceitação de orientação**

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



### DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Para os devidos efeitos, declaro aceitar a orientação do trabalho proposto no Projeto de Estágio da estudante, Ana Sofia Mendes Antunes, nº m47667, do curso de **Mestrado em Enfermagem (em Associação)**.

Trata-se de um trabalho que se enquadra no âmbito da Área de Especialização em **Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica**, com o título "A pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta: Abordagem inicial no serviço de urgência".

Por se afigurar um trabalho credível, adequado e pertinente e porque reconheço na mestrandade adequada capacidade de trabalho, sentido crítico e dedicação, assumo com interesse científico a sua orientação.

Beja, 11 de novembro de 2021

A Orientadora

(Maria Antónia Rosa Correia da Costa)

**APÊNDICE XII – Aprovação relatório pela Universidade de Évora**

**[#918273] Deliberação de aprovação de Relatório de Estágio**

[Imprimir](#)

**Serviços Acadêmicos**

14/12/2021 12:33

Caro(a) Aluno(a),

Vimos por este meio informar que foi aprovado em 03/12/2021 pelo Conselho Científico da UO o Relatório de Estágio com o título "A pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta: abordagem inicial no serviço de urgência". Poderá no SIIUE consultar outros dados relativos ao projeto aprovado, sendo que qualquer alteração aos dados constante no projeto aprovado, será sujeito a proposta de alteração nos prazos estipulados no RAuÉ.

**APÊNDICE XIII – Poster científico do artigo científico**

# A PESSOA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: ABORDAGEM INICIAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Ana Sofia Arrunee<sup>1</sup>, Maria Antónia Costa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, Especialidade em Emergência Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica

<sup>2</sup>Professora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

## 1 - Introdução

A hemorragia digestiva alta (HDA) é uma situação que ocorre frequentemente nos serviços de urgência que pode resultar em internamento a com comorbilidades e mortalidades elevadas.

De acordo com a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Reconstrução, Gastroenterologia e Hepatologia (2010) a hemorragia gastrointestinal superior é responsável por aproximadamente 0,3% de toda a hemorragia digestiva e é a situação de emergência que mais frequentemente ocorre de gastroenterologia em toda a Europa<sup>(1)</sup> e a sua incidência tem aumentado exponencialmente com a idade, sendo superior nas regiões com um consumo excessivo de álcool, de maiores níveis de privação social, maior consumo de anti-inflamatórios e a maior prevalência de Helicobacter pylori<sup>(2)</sup>.

Casos de Hemorragia Digestiva Alta



Fonte: Hemorragia Gastrointestinal Superior, Livro de Actas do Congresso de Gastroenterologia e Hepatologia, 2010

Revisão de Casos de Hemorragia Digestiva Alta, Wong W, Timpull K, Jha A, Roggion, D, 2014

## 2 - Objetivo

Identificar a abordagem mais eficaz no atendimento à pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência.

## 3 - Metodologia

Recorreu a uma revisão de estado utilizando a metodologia de Joanna Briggs Institute, recorrendo à estratégia de pesquisa relativa à população, conceito e contexto (PCC). A pesquisa foi efetuada com consulta nas bases de dados EBSCOHost, H-OA e Scopus e Arndtmeta, considerando artigos científicos em texto integral, analisados pelos pares, bem como guidelines e protocolos recomendados pelas sociedades nacionais e internacionais especializadas na temática.

## 4 - Resultados

Da análise dos artigos foi possível identificar a HDA como uma emergência médica que requer intervenção imediata de vida, associada a altas taxas de mortalidade e morbidade e morbilidade, sendo que a sua causa mais frequente é a úlcera péptica. É de extrema importância o seu reconhecimento precoce para uma atuação eficaz. Na abordagem inicial os profissionais devem fazer uso de escalas de avaliação de prognóstico, da necessidade de intervenção endoscópica, da possibilidade de reativa hemorrágica, bem como de ferramentas de morbilidade, pois são fundamentais nas suas decisões intervenções. É fundamental a sistematização das intervenções e definição de prioridades, sendo instrumento facilitador a utilização de guidelines bem como da memóricas ABCDE, promovendo a resuscitação precoce, as terapêuticas endoscópicas e endovascular terapêuticas, e o tratamento das comorbilidades.

2. Score de Glasgow de nível 4, a pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta e a pessoa com nível 5, tendo a abordagem de acordo com a necessidade de intervenção endoscópica.

### ABORDAGEM INICIAL ABCDE

• Ordenar e implementar as intervenções;  
• Definir as prioridades;  
• Medir os resultados obtidos e os resultados.

<b>A</b> - <b>Atenção</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a possibilidade de vida (seja "paciente" e avaliar risco e nível de risco para a pessoa)</li> <li>• Realizar a RCP caso necessário de acordo com o protocolo</li> <li>• Realizar o monitoramento de acordo com o protocolo</li> <li>• Colocar o SMO em função (de acordo com o protocolo de emergência, prevenir a hemorragia e controlar a perda de sangue, evitar a utilização de aspirina ou está antiagregante)</li> </ul>
<b>B</b> - <b>Resposta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o sistema vascular de acordo com o protocolo</li> <li>• Avaliar a resposta para a pessoa e a pessoa</li> <li>• Avaliar a resposta de acordo com o protocolo (TA, FC, RR, SpO2, nível de consciência, diátese (hematúria) e nível de desidratação) e características da pessoa (paciente)</li> <li>• Monitorar a resposta de acordo com o protocolo</li> <li>• Fazer a triagem de acordo com o protocolo (ABCD) e a pessoa</li> <li>• Fazer a triagem de acordo com o protocolo (TA, FC, RR, SpO2, nível de consciência, diátese (hematúria) e nível de desidratação)</li> <li>• Fazer a triagem de acordo com o protocolo (TA, FC, RR, SpO2, nível de consciência, diátese (hematúria) e nível de desidratação)</li> <li>• Fazer a triagem de acordo com o protocolo (TA, FC, RR, SpO2, nível de consciência, diátese (hematúria) e nível de desidratação)</li> </ul>
<b>C</b> - <b>Controlo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a resposta de acordo com o protocolo</li> <li>• Avaliar a RCP e a resposta de acordo com o protocolo</li> <li>• Monitorar a resposta de acordo com o protocolo</li> </ul>
<b>D</b> - <b>Diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a resposta de acordo com o protocolo</li> <li>• Avaliar a resposta de acordo com o protocolo</li> <li>• Avaliar a resposta de acordo com o protocolo</li> </ul>
<b>E</b> - <b>Exatidão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a resposta de acordo com o protocolo</li> <li>• Avaliar a resposta de acordo com o protocolo</li> <li>• Avaliar a resposta de acordo com o protocolo</li> </ul>

Fonte: Livro de Actas do Congresso de Gastroenterologia e Hepatologia, 2010

## 5 - Conclusão

A abordagem inicial à pessoa com hemorragia digestiva alta no serviço de urgência torna-se mais eficaz e eficiente se seguir a memóricas ABCDE pois determina as prioridades a serem tomadas e os resultados das pessoas nesta situação. É também de extrema importância os profissionais utilizarem fontes de reafirmação de vida neste abordagem sendo uma ajuda preciosa para ordenar e sistematizar as intervenções.

**Referências Bibliográficas**  
 1. Associação de Especialidades Hospitalares e de Reconstrução, Gastroenterologia e Hepatologia (2010) Hemorragia gastrointestinal superior. Livro de Actas do Congresso de Gastroenterologia e Hepatologia, 2010.  
 2. Wong W, Timpull K, Jha A, Roggion, D (2014) Revisão de Casos de Hemorragia Digestiva Alta. Livro de Actas do Congresso de Gastroenterologia e Hepatologia, 2014.  
 3. Associação de Especialidades Hospitalares e de Reconstrução, Gastroenterologia e Hepatologia (2010) Hemorragia gastrointestinal superior. Livro de Actas do Congresso de Gastroenterologia e Hepatologia, 2010.  
 4. Associação de Especialidades Hospitalares e de Reconstrução, Gastroenterologia e Hepatologia (2010) Hemorragia gastrointestinal superior. Livro de Actas do Congresso de Gastroenterologia e Hepatologia, 2010.  
 5. Associação de Especialidades Hospitalares e de Reconstrução, Gastroenterologia e Hepatologia (2010) Hemorragia gastrointestinal superior. Livro de Actas do Congresso de Gastroenterologia e Hepatologia, 2010.  
 6. Associação de Especialidades Hospitalares e de Reconstrução, Gastroenterologia e Hepatologia (2010) Hemorragia gastrointestinal superior. Livro de Actas do Congresso de Gastroenterologia e Hepatologia, 2010.  
 7. Associação de Especialidades Hospitalares e de Reconstrução, Gastroenterologia e Hepatologia (2010) Hemorragia gastrointestinal superior. Livro de Actas do Congresso de Gastroenterologia e Hepatologia, 2010.  
 8. Associação de Especialidades Hospitalares e de Reconstrução, Gastroenterologia e Hepatologia (2010) Hemorragia gastrointestinal superior. Livro de Actas do Congresso de Gastroenterologia e Hepatologia, 2010.  
 9. Associação de Especialidades Hospitalares e de Reconstrução, Gastroenterologia e Hepatologia (2010) Hemorragia gastrointestinal superior. Livro de Actas do Congresso de Gastroenterologia e Hepatologia, 2010.  
 10. Associação de Especialidades Hospitalares e de Reconstrução, Gastroenterologia e Hepatologia (2010) Hemorragia gastrointestinal superior. Livro de Actas do Congresso de Gastroenterologia e Hepatologia, 2010.

**APÊNDICE XIV – Artigo Científico “Covid-19 e saúde mental – emoções vivenciadas pelos enfermeiros”**

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA  
ESCOLA SUPERIOR  
DE SAÚDE



ES  
ES  
Escola  
Superior  
Saúde  
IPPortalegre



IPS  
Instituto  
Politécnico de Setúbal  
Escola Superior de  
Saúde

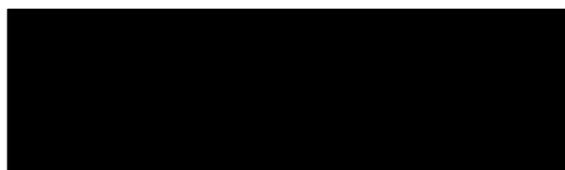


Instituto Politécnico de Castelo Branco  
Escola Superior de Saúde  
Dr. Lopes Dias

Unidade Curricular Investigação em Enfermagem

Revisão Sistemática da Literatura

**Docentes:**



**COVID-19 e Saúde Mental - Emoções vivenciadas pelos enfermeiros.**

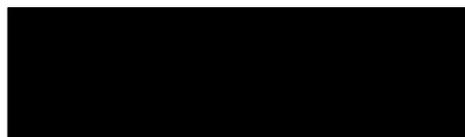
**COVID-19 and Mental Health - Emotions experienced by nurses.**

**COVID-19 y Salud Mental: Emociones que experimentan las enfermeras.**

**Discentes:**

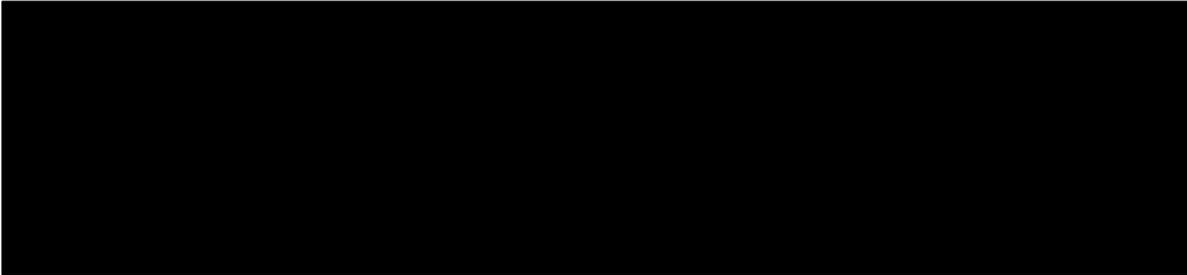


Ana Sofia Antunes nº 47662

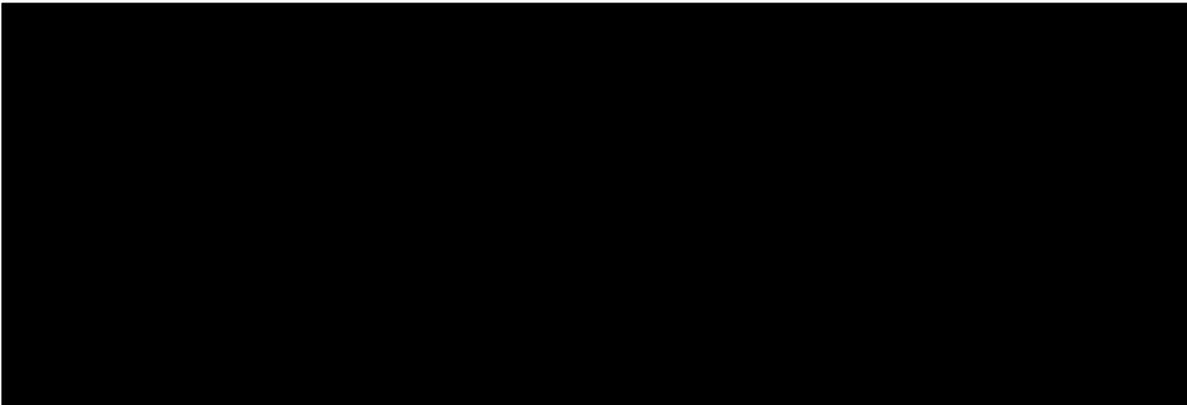


**novembro 2020**

## **Autores**



*Ana Sofia Antunes, Licenciada em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Beja – [m47662@alunos.uevora.pt](mailto:m47662@alunos.uevora.pt).*



## Resumo

**Introdução:** A COVID-19 continua a propagar-se rapidamente a nível mundial colocando uma grande pressão e novos desafios sob as equipas de enfermagem.

**Objetivo:** Identificar as emoções que influenciam a saúde mental dos enfermeiros no cuidado ao doente com COVID-19.

**Metodologia:** Recurso a uma revisão sistemática da literatura utilizando a metodologia de *Joanna Briggs Institute*. A pesquisa foi efetuada com consulta nas bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, COCHRANE Plus Collection e MEDIC LATINA. Para a seleção dos artigos foram aplicados os critérios de inclusão: artigos que incluíam como participantes enfermeiros na prestação de cuidados a doentes com COVID-19 e que descrevessem alterações na saúde mental dos enfermeiros com referência às emoções vivenciadas pelos mesmos; estudos disponíveis em texto completo com idioma em português, inglês ou espanhol; estudos com data de publicação entre 2019 e 2020.

**Resultados:** Da análise dos artigos foi possível identificar fatores desencadeantes de emoções negativas e positivas bem como estratégias de *coping* adotadas para lidar com as mesmas. Os fatores passaram por sobrecarga de trabalho, escassez de equipamento de proteção individual e recursos humanos. As emoções negativas mais frequentes foram ansiedade, medo e *stress*, em simultâneo foram desenvolvidas emoções positivas como gratidão e carinho. Os enfermeiros acabaram por se reajustar psicologicamente realçando o apoio dos membros da equipa e exercício físico como estratégias de *coping*.

**Conclusão:** A saúde mental dos enfermeiros que cuidam de doentes com COVID-19 foi particularmente afetada. Torna-se urgente que as instituições de saúde implementem estratégias de proteção para estes profissionais.

**Palavras-chave:** Enfermeiro; Recursos humanos de enfermagem no hospital; Saúde mental; Emoções; COVID-19.

## **Abstract**

**Introduction:** COVID-19 continues to spread rapidly worldwide, placing great pressure and posing new challenges for the nursing teams.

**Objective:** To identify the emotions that influence the mental health of nurses in the care of patients with COVID-19.

**Methodology:** Use of a systematic literature review using the methodology of Joanna Briggs Institute. The research was carried out with a consultation in the databases CINAHL Complete, MEDLINE Complete, COCHRANE Plus Collection and MEDIC LATINA. The following inclusion criteria were applied for the selection of articles: studies including nurses as participants in the provision of care to patients with COVID-19 and that described changes in the nurses' mental health with reference to the emotions experienced by them; full text studies available in Portuguese, English or Spanish; studies with publication date between 2019 and 2020.

**Results:** From the analysis of the articles, it was possible to identify factors that trigger negative and positive emotions as well as coping strategies adopted to deal with them. The factors identified included work overload, shortage of personal protective equipment and human resources. The most frequent negative emotions were anxiety, fear and stress, however at the same time positive emotions such as gratitude and affection were also developed. Nurses ended up adjusting themselves psychologically, highlighting the support of team members and physical exercise as coping strategies.

**Conclusion:** The mental health of nurses who care for patients with COVID-19 was particularly affected. It is urgent that health institutions implement protection strategies for these professionals.

**Keywords:** Nurse; Nursing human resources in the hospital; Mental health; Emotions; COVID-19.