

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANA CAROLINA DE OLIVEIRA PEREIRA

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO
DA URGÊNCIA DO SANGRAMENTO VARICOSO.**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANA CAROLINA DE OLIVEIRA PEREIRA

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO
DA URGÊNCIA DO SANGRAMENTO VARICOSO.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em
minhas de Cuidado em Enfermagem - Área Urgência e
Emergência - do Departamento de Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina como requisito
parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Alacoque Lorenzine Erdmann

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DA URGÊNCIA DO SANGRAMENTO VARICOSO** de autoria do aluno **ANA CAROLINA DE OLIVEIRA PEREIRA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Profa. Ms. Alacoque Lorenzine Erdmann
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	06
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	09
MÉTODO.....	12
RESULTADO E ANÁLISE.....	13
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
REFERÊNCIAS.....	17

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DA URGÊNCIA DO SANGRAMENTO VARICOSO.

RESUMO

Resumo: A Hemorragia Digestiva Alta Varicosa (HDAV) é a maior causa de morbidade e mortalidade em cirróticos. Ocorre em 50% a 90% dos pacientes, sendo consequência direta da hipertensão portal. A HDAV é uma emergência e demanda uma imediata assistência, por este fato surgiu a necessidade de realizar um estudo que relacionasse os principais diagnósticos de enfermagem, a fim de proporcionar uma melhor qualidade no atendimento dos pacientes. **Método:** Trata-se de uma revisão literatura, a qual constitui em uma síntese de estudos, incluindo uma busca de maneira abrangente. **Resultado e Análise:** Foram identificados 12 possíveis diagnósticos de enfermagem para o paciente em atendimento de urgência do sangramento varicoso. **Considerações Finais:** Este trabalho de revisão narrativa de literatura trouxe instrumentos para melhorar a percepção dos profissionais de enfermagem inseridos no contexto hospitalar para o atendimento na urgência do sangramento varicoso, identificando –se aspectos relacionados a saúde física e emocional, a fim de oferecer um atendimento de enfermagem que proporcione uma melhor assistência.

DESCRITORES: Assistência de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Sangramento Varicoso.

INTRODUÇÃO

O trabalho ou exercício profissional é determinante do espaço social das profissões, as quais se inserem na multidimensionalidade desse espaço social que é complexo e, por vezes, exigente. Enfatizamos, neste estudo, a enfermagem como uma profissão crucial para a construção de uma assistência qualificada à saúde, cuja metodologia de trabalho deve ser clara, prática e coerente com a realidade local.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é o modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado.²

Na era do conhecimento torna-se importante a busca de novas competências nos modos de organizar o trabalho, nas atitudes profissionais integradas aos sistemas sociais de relações e interações múltiplas, em suas diversas dimensões, abrangências e especificidades.³

Dessa forma, incorporar a SAE é uma forma de tornar a enfermagem mais científica, promovendo um cuidar de enfermagem humanizada, contínuo, mais justo e com qualidade para o paciente/cliente.⁶

Assim, buscamos levantar os principais diagnósticos, visando o desenvolvimento a Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente crítico na urgência de um sangramento varicoso.

Para que se obtenha um cuidado de enfermagem adequado às exigências de um cliente em estado crítico, é preciso uma estrutura organizacional específica, tanto em relação aos cuidados humanos quanto aos recursos físicos e materiais.²

Para o paciente na urgência, dada a sua situação instável, a assistência de enfermagem sistematizada é ainda mais necessária, pois facilitará o domínio apurado da técnica, conciliando-o com um cuidado humanizado e holístico.

Quanto maior o número de necessidades afetadas do cliente, maior é a necessidade de se planejar a assistência, uma vez que a sistematização das ações visa à organização, à eficiência e à validade da assistência prestada.

A idéia de pesquisar sobre a assistência na urgência do sangramento varicoso surgiu com base na observação de tais indivíduos durante a vivência profissional, devido à gravidade da doença e a observação cotidiana dos diversos aspectos que podem influenciar no processo de adoecimento e tratamento do paciente.

Neste contexto, a pergunta que norteou o presente estudo de revisão foi: Como desenvolver uma assistência de enfermagem que englobe os diagnósticos voltados ao atendimento na urgência do sangramento varicoso?

OBJETIVOS:

Geral: Fazer um levantamento dos principais diagnósticos de enfermagem que acometem os pacientes no atendimento da urgência do sangramento varicoso.

Específico: Fazer um levantamento de cada diagnóstico como estratégia para assistência de enfermagem no atendimento da urgência do sangramento varicoso.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Hemorragia Digestiva Alta Varicosa (HDAV) é a maior causa de morbidade e mortalidade em cirróticos. Ocorre em 50% a 90% dos pacientes, sendo consequência direta da hipertensão portal. A cada episódio de sangramento varicoso agudo é risco de recorrência em até um ano do episódio inicial¹⁸.

Há duas fases no curso de um sangramento digestivo varicoso: uma fase aguda e uma fase tardia, em que existe alto risco de sangramento recorrente. A fase aguda inicia-se com o sangramento ativo. Apenas 50% dos pacientes com sangramento varicoso ativo param espontaneamente, índice menor que nos sangramentos agudos de outras etiologias, que param espontaneamente em torno de 90%. Pacientes cirróticos Child C, com varizes de grosso calibre e com sangramento em jato têm menor propensão a parada espontânea. Ainda, pacientes com pressão gradiente venoso hepático maior que 20 mmHg têm risco de recorrência¹⁶.

Após a parada do sangramento ativo, o risco de recorrência ainda continua alta por seis semanas, sendo crítico entre 48 e 72 horas após o episódio inicial. Mais de 50% dos ressangramentos ocorrem até 10 dias após o episódio inicial. Fatores de risco para sangramento precoce incluem a idade > 60 anos, insuficiência renal, varizes de grosso calibre e sangramento inicial severo (definido como Hb < 8g/dl à admissão). A sobrevida nesse período espelha o risco de ressangramentos e está diretamente relacionada evolução do mesmo. Após seis semanas iniciais, o risco de ressangramentos é igual ao de cirróticos que nunca sangraram. A sobrevida em um ano para pacientes que sobrevivem mais de uma semana após o episódio inicial é de aproximadamente 52%.

Nas últimas décadas, foi observada redução importante na mortalidade associada ao primeiro sangramento varicoso de 43% para 14%, que vem sendo atribuída a melhoria na assistência ao cirrótico e na abordagem sistematizada multidisciplinar do paciente com HDAV.^{10,11}

A hemorragia digestiva alta varicosa (HDAV) frequentemente se manifesta por sangramento clinicamente relevante, definido arbitrariamente como sangramento associado à instabilidade hemodinâmica e/ou à necessidade de transfusão de mais de dois concentrados de hemácias e/ou à queda de hemoglobina superior a 2,0 g/dl. A HDAV é uma emergência médica que demanda imediata restauração volêmica para

estabilidade hemodinâmica a fim de melhorar o prognóstico e reduzir a mortalidade¹³ devendo ser idealmente manejada em ambiente de terapia intensiva.

Deve-se atentar para as medidas de suporte de vida na abordagem inicial de todo o paciente com HDAV, incluindo as manobras básicas A (airway), B (breathing), C (circulation) básico, visando abertura de via aérea, avaliação de respiração, da frequência cardíaca (FC) e da pressão arterial (PA). Recomenda-se coleta de exames laboratoriais, incluindo ao menos hemograma completo com plaquetas, tempo de protombina, sódio, potássio, ureia e creatinina. Deve-se proceder com ressuscitação volêmica criteriosa para reversão do choque e correção da hipovolemia de acordo com as estimativas de perda sanguínea baseadas em parâmetros hemodinâmicos¹⁶, sendo considerado sangramento pequeno (inferior a 1.000 ml ou até 20% da volemia), aquele associado à FC e/ou PA sistólica (PAS) normais ou à elevação postural (superior a 20 bpm) da FC ou redução postural (superior a 20 mmHg) na PAS. O sangramento é considerado moderado (1.500 ml ou 20%-40% da volemia), quando está associado a PAS e FC de, respectivamente, 90-100 mmHg e 100 bpm, sendo considerado sangramento maciço (superior a 2.000 ml ou mais de 40% da volemia), e aquele associado à presença de PAS inferior a 90 mmHg e FC superior a 100 bpm. Deve-se, no entanto, levar em consideração que estes parâmetros são empregados para ressuscitação de pacientes sem doença hepática avançada e que os cirróticos em condições basais podem apresentar PAS inferior a 90 mmHg e taquicardia pela presença de disfunção circulatória e circulação hiperdinâmica.

Acesso venoso periférico calibroso é preferível. Acesso venoso central deve ser reservado para casos que não respondem à reposição volêmica inicial, ou quando se deseja a medida da pressão venosa central (PVC). Estudos experimentais sugeriram que reposição volêmica vigorosa pode aumentar sangramento ou induzir recidiva hemorrágica, devendo-se, portanto, recomendar uso cauteloso de expansores de volume, preferencialmente cristaloides (soro fisiológico 0,9% ou solução de Ringer-Lactato) para estabilização hemodinâmica, tendo como alvo PAS em torno de 90-100 mmHg. Não existem evidências para o emprego preferencial de coloides, incluindo albumina, na ressuscitação inicial de pacientes com HDAV¹³.

Deve-se proceder a intubação orotraqueal imediata em pacientes com rebaixamento do grau de consciência por encefalopatia ou choque, devendo-se atentar para o risco de aspiração de conteúdo gástrico ou sangue, particularmente durante procedimentos endoscópicos.

O balão de Sengstaken Blakemore somente deve ser empregado no atendimento inicial ao paciente com HDAV na impossibilidade de controle do choque hipovolêmico devido ao sangramento maciço, a despeito da reposição volêmica adequada. Seu uso se associa a alto risco de complicações, incluindo aspiração de conteúdo gástrico e infecção respiratória, migração do balão, necrose e perfuração esofágica e necrose de asa de nariz. A proteção da via aérea é fortemente recomendada. O balão deve preferencialmente ser empregado por até 24 h como ponte para tratamento definitivo como hemostasia endoscópica ou colocação de TIPS¹⁷.

A monitorização da perfusão sistêmica e da volemia tem peculiaridades no paciente hepatopata crítico. Monitorização da perfusão sistêmica é habitualmente feita com mensuração do lactato sérico, preferivelmente o lactato arterial. Devido à redução na sua depuração hepática, o lactato pode se encontrar elevado na ausência de hipoperfusão periférica.

Deve-se valorizar não seu valor absoluto, mas sua queda durante a ressuscitação inicial. Por outro lado, a saturação venosa central de oxigênio (SVcO₂) vem sendo empregada em terapia intensiva como ferramenta auxiliar na avaliação hemodinâmica e reposição volêmica em situações complexas, sendo considerada ressuscitação adequada quando os valores de SVcO₂ forem superiores a 70%. No entanto, devido à presença de circulação hemodinâmica no hepatopata, níveis de SVcO₂ acima de 70% podem não ser indicativos de ressuscitação volêmica adequada, devendo este parâmetro ser empregado com cautela em pacientes com HDAV.

MÉTODOS

Segundo Gil (2008) pode-se definir pesquisa como o processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. O objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos. De acordo com Soriano (2004) em todas as áreas do conhecimento humano, a pesquisa científica visa a descrever, explicar e prever os fenômenos.

Minayo (2010) define pesquisa como a atividade básica das Ciências na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino. Pesquisar constitui uma atitude e uma prática teórica de constante busca e, por isso, tem a característica do acabado provisório e do inacabado permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados, pensamento e ação.

Quanto à abordagem, trata-se de uma revisão narrativa de literatura, que teve como fonte de dados para elaboração, a análise por meio eletrônico (LILACS, BIREME, PUBMED, SCIELO), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), revistas, livros e artigos, publicados no período de 2000 à 2014.

Foram utilizados no estudo 10 periódicos, que atendiam o requisito de estar na língua portuguesa, e estarem relacionados aos seguintes descritores: diagnóstico de enfermagem, assistência de enfermagem e sangramento varicoso.

Para a análise dos dados realizou-se, primeiramente, a leitura dos títulos e resumos dos artigos selecionados. Após, para que fosse reconhecido o conteúdo de acordo com o modelo assistencial de Horta e o processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), conjuntamente com a Taxonomia II dos Diagnósticos de Enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2010), iniciou-se uma leitura aprofundada, buscando compreender os principais achados dos estudos.

Devido às dificuldades para encontrar artigos que tratassem do tema e contivessem no conteúdo diagnóstico de enfermagem, foi necessário, para complementação, ter um busca em livros, onde contextualizaria os resultados e as análises do estudo, restando para a revisão de literatura, 15 artigos e 7 livros da área de saúde. Os dados foram caracterizados conforme a necessidade funcional do est

RESULTADO E ANÁLISE

O método aplicado à assistência de enfermagem constituiu como um plano sistematizado, que dinamizou as etapas que compõe o processo de enfermagem, com o enfoque em uma de suas etapas que é o diagnóstico de enfermagem.

Existem várias maneiras de se enunciar diagnósticos de enfermagem, utilizando-se de vários sistemas, no entanto, o sistema mais comumente utilizado foi desenvolvido pela Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (North American Nursing Diagnoses Association – NANDA). O sistema NANDA foi adotado pela Associação das Enfermeiras Norte-Americanas como o sistema oficial de diagnósticos para os Estados Unidos, em 1988⁶.

No Brasil, estudo sobre a utilização dos diagnósticos de enfermagem na prática assistencial, no que tange ao sistema de classificação adotado demonstra que as unanimidades dos enfermeiros também apontaram o sistema da NANDA⁶.

A experiência de ensino, onde o diagnóstico do sistema NANDA é utilizado, mostra que o mesmo representa uma forma de raciocínio lógico que possibilita a inter-relação de causas e efeitos das alterações apresentadas pelo paciente. Facilitando, assim, o estabelecimento de metas, a adoção de condutas de enfermagem e a realização da avaliação da assistência prestada

Tais diagnósticos demandam ações que tratam adequadamente paciente na perda ativa de sangue, é necessária intervenção imediata, com um controle rigoroso no sentido de restabelecer e manter as condições vitais.

Como resultado, este estudo identificou 12 possíveis diagnósticos de enfermagem para o atendimento na urgência do sangramento varicosos, respectivas intervenções, descritos abaixo:

1. Deglutição prejudicada relacionada a obstrução mecânica pelo uso da cânula de traqueostomia:

Domínio 2: Nutrição

Classe: Ingestão

Definição: Funcionamento anormal do mecanismo de deglutição associado ao déficit na estrutura ou função oral, faríngea ou esofágica.

2. Risco da função hepática prejudicada:

Domínio 2: Nutrição

Classe: Metabolismo

Definição: Risco de disfunção hepática que pode comprometer a saúde.

3. Volume de líquido deficiente relacionado a falha de mecanismos reguladores:

Domínio 2: Nutrição

Classe 5: Hidratação

Definição: Diminuição do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular. Refere-se à desidratação, perda de água apenas, sem mudança de sódio.

4. Capacidade de transferência prejudicada relacionada a equilíbrio prejudicado e limitações ambientais:

Domínio 4: Atividade / repouso

Classe 2: Atividade / exercício

Definição: Limitação ao movimento independente entre duas superfícies próximas.

5. Risco de perfusão gastrintestinal ineficaz:

Domínio 4: Atividade/repouso

Classe 4: Respostas cardiovasculares/pulmonares

Definição: Risco de redução na circulação gastrintestinal que pode comprometer a saúde.

6. Risco de perfusão tissular cardíaca diminuído:

Domínio 4: Atividade/repouso

Classe 4: Respostas cardiovasculares/pulmonares

Definição: Risco da circulação cardíaca (coronária) que pode comprometer a saúde.

7. Ventilação espontânea prejudicada relacionada a fatores metabólicos:

Domínio 4: Atividade/repouso

Classe 4: Respostas cardiovasculares/pulmonares

Definição: Reservas de energia diminuída, resultando em uma incapacidade do indivíduo de manter respiração adequada para sustentação a vida.

8. Risco de Confusão aguda:

Domínio 5: Percepção /cognição

Classe 4: Cognição

Definição: Risco de distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que ocorrem durante um breve período de tempo.

9. Risco de tensão do papel do cuidador:

Domínio 7: Papéis e relacionamentos

Classe1: Papéis do cuidador

Definição: Risco de vulnerabilidade do cuidador por sentir dificuldade em desempenhar o papel do cuidador na família.

10. Risco de aspiração:

Domínio 11: Segurança/ Proteção

Classe 2: Lesão física

Definição: Risco de entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias traqueobrônquicas.

11. Risco de choque:

Domínio 11: Segurança/ proteção

Classe 2: Lesão física

Definição: Risco de fluxo sanguíneo inadequado aos tecidos do corpo, capaz de levar a disfunção celular, com risco à vida.

12. Risco de sangramento:

Domínio 11: Segurança / proteção

Classe 2: Lesão física

Definição: Risco de redução no volume de sangue capaz de comprometer a saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho de revisão narrativa de literatura trouxe instrumentos para melhorar a percepção dos profissionais de enfermagem inseridos no contexto hospitalar para o atendimento na urgência do sangramento varicoso, identificando –se aspectos relacionados a saúde física e emocional, a fim de oferecer um atendimento de enfermagem que proporcione uma melhor assistência.

Atuar nessa perspectiva, demanda conhecimentos dos fundamentos das condições que o paciente apresenta além do planejamento da assistência.

Uma história clínica completa facilita o estabelecimento dos diagnósticos, os quais, quando realizados de acordo com o sistema de classificação NANDA, contribuem para a determinação dos resultados esperados e estes, por sua vez, com as estratégias de assistência adequada à situação. A avaliação da assistência, que deve ter como base os resultados esperados, contribui para a identificação de outras necessidades que precisam ser sanadas e para que os profissionais possam se certificar de que o problema foi resolvido ou se ainda permanece.

Para atingir uma assistência com qualidade, deve haver ainda, prioritariamente, um preparo da equipe no sentido de conhecer os fatores que interferem no sangramento e suas consequências.

Esta revisão veio despertar para discussão das questões sobre o atendimento na urgência dos pacientes com HDAV, na medida em que dá visibilidade à realidade vivida pelos profissionais de enfermagem que trabalham na área hospitalar. Vale salientar mais uma vez a importância do sistematizado trabalho propicie a humanização de enfermagem para minimizar os agravos à saúde dos pacientes nesta urgência. É importante mobilizar profissionais para que a organização do serviço de modo a oferecer aos pacientes um melhor atendimento.

6 REFERENCIAS

1. CRUZ, C.; RIBEIRO, U. **Metodologia científica: teoria e prática**. 2. ed. Rio de Janeiro: excel Books, 2004.
2. FEIJÃO, A.R.; CARVALHO, M.F.; CARMO, F.T. Avaliação da sistematização da assistência de enfermagem em hospital de doenças infecciosas. **Online Braz J Nurs**; v.5, n.2, p.1-10; 2006.
3. HERMIDA, P.M.V.; ARAÚJO, I.E.M. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. **Rev Bras Enferm**; v. 59, n. 5, p. 675-9; 2006.
4. HICKEY, J.V. **The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing**. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
5. MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**; v.5, n.1, p.7-18; 2000.
6. NANDA, **Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação**. 2009-2011/ Nanda Internacional; tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010. 456 p.
7. POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Administração de medicamentos. In: Porter PA, Perry AG. **Fundamentos de enfermagem**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. p. 721-96.
8. RIVERA, A.J.B.; ROLDÁN, F.L.T.; CASANOVA, L.I.S.; BELTRAN, M.M. Efecto de una intervencion educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. **Salud Pública de México**, v.40, n.6, p.503-9; 1998.
9. SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
10. CARBONELL N, PAUWELS A, SERFATY L, FOURDAN O, LEVY VG, POUPON R. **Improved survival after variceal bleeding in patients with cirrhosis over the past two decades**. Hepatology 2004;40:652- 659.
11. CONN HO, LEBREC D, TERBLANCHE J. **The treatment of oesophageal varices: a debate and a discussion**. J Intern Med 1997; 241:103-8.
12. D'AMICO G, DE FRANCHIS R. **Upper digestive bleeding in cirrhosis. Posttherapeutic outcome and prognostic indicators**. Hepatology 2003;38: 599-612

13. GARCIA-TSAO G, BOSCH J, GROSZMANN RJ. **Portal hypertension and variceal bleeding--unresolved issues. Summary of an American Association for the study of liver diseases and European Association for the study of the liver single-topic conference.** Hepatology 2008;47:1764-72
14. British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee. **Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines.** Gut 2002;51:iv1-6
15. BOSCH J, BERZIGOTTI A, GARCIA-PAGAN JC, ABRALDES JG. **The management of portal hypertension: rational basis, available treatments and future options.** J Hepatol. 2008;48:S68-92.
16. CASTAÑEDA B, MORALES J, LIONETTI R, MOITINHO E, ANDREU V, PÉREZ-DEL-PULGAR S, ET AL **Effects of blood volume restitution following a portal hypertensive-related bleeding in anesthetized cirrhotic rats** Hepatology 2001;33:821-825.
17. DE FRANCHIS R. Evolving Consensus in Portal Hypertension 9. **Report of the Baveno IV Consensus Workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension.** J Hepatol 2005;43:167-176
18. MOITINHO E, ESCORSELL A, BANDI JC, SALMERÓN JM, GARCIA-PAGÁN JC, RODÉS J, ET AL. Prognostic value of early measurements of portal pressure in acute variceal bleeding. Gastroenterology. 1999; 117 (5): 1611 -24.
19. GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
20. MINAYO, M.C de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010
21. SORIANO, R.R. **Manual de pesquisa social:** tradução de Ricardo Rosenbusch. Petrópolis, RJ : Vozes, 2004.