

28<sup>a</sup>

# Semana de Enfermagem

10 e 11 de  
Maio de  
2017

Hospital de  
Clínicas de  
Porto Alegre

Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
Escola de Enfermagem da UFRGS

*Enfermagem e suas dimensões:*

*A gestão do cuidado e  
o impacto na saúde*

# Anais



Fundação Médica  
do Rio Grande do Sul



**GRUPO DE ENFERMAGEM DO  
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS**

*Enfermagem e suas dimensões:  
A gestão do cuidado e o impacto na saúde*

**10 e 11 de maio de 2017**

**Local**

Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
Anfiteatro Carlos César de Albuquerque  
Porto Alegre – RS

## HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

### Presidente

Professora Nadine Oliveira Clausell

### Vice-Presidente Médico

Professor Milton Berger

### Vice-Presidente Administrativo

Jorge Bajerski

### Coordenadora do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Professora Patrícia Ashton Prolla

### Coordenadora do Grupo de Enfermagem

Professora Ninon Girardon da Rosa

### Coordenador do Grupo de Ensino

Professor José Geraldo Lopes Ramos

## UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

### Reitor

Professor Rui Vicente Oppermann

## ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS

### Diretora

Professora Gisela Maria Schebella Souto de Moura

### Projeto gráfico, ilustração e diagramação

Gleci Beatriz Luz Toledo

## DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

S471e Semana de Enfermagem (28. : 2017 : Porto Alegre, RS)

Enfermagem e suas dimensões: a gestão do cuidado e o impacto na saúde; [anais] [recurso eletrônico] / 28. Semana de Enfermagem ; promoção e realização Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; coordenador: Marcio Wagner Camatta. – Porto Alegre : HCPA, UFRGS, Escola de Enfermagem, 2017.

Ebook

Evento realizado 10 e 11 de maio de 2017.

ISBN: 978-85-9489-066-5

1. Enfermagem - Eventos. I. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Grupo de Enfermagem. II. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. III. Camatta, Marcio Wagner. IV Título.

NLM: WY3

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

ouvir, tecendo novas considerações à medida que o outro se pronuncia. Considerando a avaliação dentro de uma perspectiva dialógica, propositiva e emancipatória, o ser humano é compreendido como um ser social, capaz de exercer a sua criticidade e construir a sua própria história. Ressalta-se que o ser humano é um ser condicionado e não determinado e que, portanto, existe a possibilidade de transformar a realidade que está posta, a partir do desenvolvimento de uma consciência crítica. Se durante as avaliações de desempenho avaliadores e avaliados se permitirem essa mudança em sua compreensão do mundo, o movimento de transformação se dará no sentido de desenvolver proposições condizentes com a sua prática e, assim, construir soluções e novas perspectivas. Descritores: Avaliação de desempenho profissional. Gestão em saúde. Administração hospitalar. Pesquisa em administração de enfermagem.

Referências:

- BERGAMINI, C. W; BERALDO, D. G. R. Avaliação de desempenho humano na empresa. São Paulo: Atlas, 2010.
- DALL’AGNOL, C. M. Avaliação de desempenho na enfermagem e o ser acrítico. 1999. 186 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- DALL’AGNOL, C. M.; CIAMPONE, M. H. T. Avaliação de desempenho: diálogos e representações de um grupo de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 55, n. 4, p. 363-369, 2002.
- FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2011a.
- \_\_\_\_\_. Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 17. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011b.
- GONÇALVES, V. L. M.; LEITE, M. M. J. Instrumento para mensuração de atitudes frente ao processo de avaliação de desempenho. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 58, n. 5, p. 563-567, 2005.
- KIM, T.; HOLZER, M. Public employees and performance appraisal: a study of antecedents to employees’ perception of the process. Review of Public Personnel Administration, Thousand Oaks, v. 36, no. 1, p. 31-56, 2016.
- KUVAAS, B. Performance appraisal satisfaction and employee outcomes: mediating and moderating roles of work motivation. International Journal of Human Resource Management, Oxford, v. 17, no. 3, p. 504-522, 2011.
- SANYAL, M. K.; BISWAS, S. B. Employee motivation from performance appraisal implications: test of a theory in the software industry in west Bengal (India). Procedia Economics and Finance, Amsterdam, v. 11, no. 1, p. 182-196, 2014.
- VASSET, F.; MARNBURG, E.; FURUNES, T. Dyadic relationships and exchanges in performance appraisals. Vard I Norden, Thousand Oaks, v. 32, no. 1, p. 4-9, 2012.

## **CUIDADO PALIATIVO NO ADULTO: UMA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL**

Fernanda Niemeyer, Caren de Oliveira Riboldi

Nas últimas décadas tem-se observado o envelhecimento progressivo da população, bem como o aumento da prevalência e incidência de doenças oncológicas e crônicas. Apesar do avanço tecnológico das terapias curativas, “a morte continua sendo uma certeza, ameaçando o ideal de cura e preservação da vida, para o qual nós, profissionais da saúde, somos treinados”<sup>(1:23)</sup>. Devido a isso, muitos pacientes com doenças que ameaçam a vida, e que se encontram sem possibilidade terapêutica de cura, recebem assistência inadequada com abordagens invasivas, as quais constituem terapias fúteis. Diante deste panorama, os Cuidados Paliativos surgem com o intuito de promover qualidade de vida a pacientes que enfrentam a terminalidade, propiciando uma

morte digna e sem sofrimento. Não se trata de opor-se à medicina tecnológica, mas questionar a ‘tecnolatria’ e refletir sobre as condutas diante da mortalidade humana, buscando equilíbrio entre conhecimento científico e humanismo, a fim de resgatar a dignidade da vida e a possibilidade de se morrer em paz<sup>(1)</sup>. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o Cuidado Paliativo como abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, os quais enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual<sup>(2)</sup>. Tal abordagem não se baseia em protocolos, mas em princípios que, segundo a OMS regem a atuação da equipe multiprofissional e são: promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural da vida; não acelerar ou adiar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte; oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e enfrentar o luto; promover abordagem multiprofissional para focar as necessidades do paciente e de seus familiares; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; iniciar o cuidado paliativo o mais precocemente possível. O conceito de cuidado paliativo teve origem no movimento *hospice* e essa expressão foi aplicada pela primeira vez em 1842, designando um local dedicado ao cuidado de pessoas que estavam morrendo. No início do século XX surgem as primeiras organizações dedicadas a cuidar de pessoas com doença em fase terminal. Somente na década de 1960 inicia-se o movimento *hospice* moderno, tendo a enfermeira Cicely Saunders como pioneira, em Londres. Já, na década de 1970, cunhou-se a expressão “Cuidados Paliativos” como sinônimo de *hospice* e, atualmente, o termo significa, não necessariamente, um lugar físico, mas uma filosofia dos Cuidados Paliativos. No Brasil, a prática é relativamente recente. O início deu-se na década de 1980 e, a partir do ano 2000 teve um crescimento significativo, com a criação e consolidação de serviços e associações<sup>(3)</sup>. Diante desse breve histórico, considerando o contexto atual, podemos nos questionar: como “a gente faz” o cuidado paliativo no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)? O hospital conta com o Serviço de Dor e Medicina Paliativa, o qual atende pacientes com patologias dolorosas crônicas e presta cuidados paliativos aos pacientes neoplásicos. Esses atendimentos se dão em nível ambulatorial, domiciliar e sob forma de internação hospitalar, contando com uma equipe multiprofissional e integrada aos demais serviços, a qual compõe o Programa de Cuidados Paliativos (PPL). Esse grupo de trabalho foi criado em 2012 com o objetivo de “estruturar equipe multiprofissional para participar como consultora no planejamento e implementação de práticas assistenciais ofertadas a pacientes com doenças sem possibilidades de cura que estejam em final de vida”<sup>(4:1)</sup>. Por sua vez, o Núcleo de Cuidados Paliativos (NCP) foi criado em 2007, vinculado ao Serviço de Enfermagem Cirúrgica do HCPA e, desde 2015, também ao PPL. O setor dispõe de sete leitos (dois quartos duplos e três quartos individuais) que possuem infraestrutura com ar-condicionado, sofá, frigobar, televisão e banheiro. Para que os pacientes possam internar na unidade, a equipe médica assistente deve solicitar consultoria ao PPL, que atua em co-manejo integrado à equipe médica assistente responsável pelo paciente, participando das discussões para definir um plano de cuidado, com a adoção das melhores práticas visando a qualidade terapêutica. Após solicitação de consultoria, o paciente é avaliado e, posteriormente, incluído na lista para internação no NCP, se corresponder aos critérios: o paciente (e/ou responsável) deve concordar que estará sob cuidados paliativos; estar lúcido, preferencialmente, e ter cuidador que esteja disponível para acompanhá-lo integralmente. Na vigência de leito, a enfermeira do NCP realiza a primeira abordagem com o responsável pelo paciente, orientando rotinas da unidade e explicando a filosofia do cuidado. Semanalmente há pelo menos dois encontros multiprofissionais onde são discutidos os planos de cuidado aos pacientes internados no setor e compartilhados novos casos pela equipe do PPL. Além disso, uma vez por semana é

realizado o “momento de escuta”, encontro realizado com familiares e/ou cuidadores de pacientes internados no NCP, com a participação de enfermeira, psicóloga e assistente social, possibilitando suporte emocional e troca de experiências. É indispensável oferecer apoio aos familiares neste momento, para que se possa permitir a elaboração da perda do ente querido. Da mesma forma, eles devem compreender a importância de acompanhar o paciente em tempo integral para que o mesmo não se sinta abandonado. Diante de uma eventual alta hospitalar toda a equipe é responsável por capacitar os familiares e/ou cuidadores para que o paciente possa ser cuidado no domicílio. Em caso de piora do estado geral e/ou dificuldade de manejo, o paciente deverá procurar o setor de Emergência do HCPA, sendo o NCP comunicado sobre a sua chegada. Reforça-se que a atuação em Cuidados Paliativos é essencialmente multiprofissional e “é imprescindível ter conhecimento na área e respeito à competência de cada profissional”<sup>(5:434)</sup>. Quanto à Enfermagem, em especial, enfermeiros e técnicos de enfermagem necessitam de preparo técnico-científico, que inclui avaliar sintomas e, conseqüentemente, conhecer medicações sintomáticas; identificar situações de distanásia; compreender e aplicar princípios de bioética; desenvolver relação de ajuda e escuta ativa junto aos pacientes e familiares; realizar comunicação efetiva e ser capaz de trabalhar em equipe. Diante dessas necessidades, questiona-se: como a Enfermagem pode atuar visando a qualidade de vida do paciente sob cuidados paliativos? Os princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional, definidos pela OMS e descritos anteriormente, podem conduzir os profissionais de enfermagem no planejamento e implementação dos cuidados direcionados aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. Algumas ações realizadas pela Enfermagem podem minimizar o sofrimento desses pacientes e suas famílias: avaliar e registrar a dor e outros sintomas; educar sobre o mecanismo de ação das drogas, modo de utilizá-las e possíveis efeitos colaterais; identificar necessidades sociais, psicológicas e espirituais, que podem intensificar a dor física; reconhecer a distanásia, ou seja, práticas fúteis que não oferecerão benefícios e poderão ocasionar sofrimento e nenhuma expectativa de melhora ou alívio de sintomas; discutir e partilhar dificuldades e inseguranças entre os membros da equipe; respeitar a autonomia do paciente, percebendo se este deseja ou não ser informado sobre a doença e seu prognóstico; permitir que o paciente fale sobre sua própria morte, seu sofrimento, seus medos e angústias; estimular que o paciente realize o autocuidado naquilo que for possível; capacitar para cuidados no domicílio; proporcionar ambiente acolhedor; permitir que os familiares levem para o hospital pertences que possam contribuir para o bem-estar; possibilitar a presença de visitantes independente do número de pessoas, horário e idade, quando for administrativamente possível, possibilitando um meio para que ocorra a despedida; reconhecer a estrutura familiar, suas relações e o suporte emocional que permeia essas conexões<sup>(5)</sup>. Na perspectiva da humanização e da integralidade, o modelo assistencial em cuidados paliativos aplicado no NCP representa uma perspectiva diferenciada de atendimento às necessidades dos pacientes que apresentam doença fora de possibilidades terapêuticas de cura e que necessitam estar hospitalizados<sup>(6)</sup>. Para alcançar esse objetivo é fundamental “atentar para o fato de que a nossa morte faz parte da nossa vida [...] e que, portanto, não há por que ficar ‘improvisando’ o processo de morrer. Há sempre tempo para aprimorar as nossas vidas, enquanto vivermos”<sup>(7:50)</sup>. Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Equipe Multiprofissional, Enfermagem.

Referências Bibliográficas:

1 Matsumoto DY. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HA, org. Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP); 2012. p.23-30.

2 World Health Organization. Definition of palliative care [Internet]. World Health Organization; [atualizado em 2002; citado em 2017 Abr 23]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

- 3 Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Vamos falar de Cuidados Paliativos; cartilha. Brasil: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 2015.
- 4 Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Ordem de Serviço nº 003/2012 - VPM. Dispõe sobre a criação do Programa de Cuidados Paliativos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Portal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: 2012. Disponível em: [https://intranet.hcpa.edu.br/downloads/secgeral/o.\\_s.\\_n\\_003-2012\\_-\\_vpm.pdf](https://intranet.hcpa.edu.br/downloads/secgeral/o._s._n_003-2012_-_vpm.pdf).
- 5 Rodrigues IG, Zago MMF. O papel do enfermeiro nos cuidados paliativos. In: Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALM. Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia. São Paulo: Manole; 2006. p. 434-49.
- 6 Kruse MHL, Vieira RW, Ambrosini L, Niemeyer F, Silva FP. Cuidados Paliativos: uma experiência. Rev HCPA. 2007;27(2):49-52.
- 7 Chiba T. Relação dos Cuidados Paliativos com as Diferentes Profissões da Área da Saúde e Especialidades. In: Cremesp. Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008. p. 46-54.

## **O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO RECONHECIMENTO PRECOCE DO PACIENTE SÉPTICO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Maicon Daniel Chassot

Introdução: Sepsé é definida como uma síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS – Systemic Inflammatory Response Syndrome) desencadeada por uma infecção suspeita ou confirmada, que pode evoluir para sepsé grave, quando associada à disfunção orgânica ou ao choque séptico.<sup>1,2</sup> Atualmente a sepsé é considerada um problema de saúde pública e as estimativas apontam a ocorrência de aproximadamente 600 mil novos casos a cada ano no Brasil. O reconhecimento e a identificação precoce para início de tratamento favorecem os desfechos e mostram redução significativa da taxa de mortalidade, reduzindo em até 50% o desenvolvimento de choque séptico.<sup>3</sup> Devido à elevada letalidade, a sepsé grave e o choque séptico são uma das principais condições geradoras de custos nos setores públicos e privados relacionados às internações e ao tratamento, bem como às complicações e disfunções orgânicas. Isso ocorre em razão da necessidade de terapias para substituição das disfunções orgânicas, medicamentos de elevado custo e exigência de seguimento minucioso do paciente por parte da equipe de saúde.<sup>4</sup> Diante da magnitude desta doença, foi criado o Protocolo de Sepsé, utilizando escore qSOFA, que é uma ferramenta utilizada para avaliar pacientes com infecção com maior risco de desfechos adversos, onde os critérios utilizados são: Pressão Arterial Sistólica (PAS) menor que 100 mmHg, Frequência Respiratória (FR) maior que 22 movimentos respiratórios por minuto (MRM) e alteração do nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow menor que 15 pontos). Cada variável conta um ponto no escore (0 a 3 pontos). O q-SOFA maior ou igual a 2 pontos, indica maior risco de mortalidade ou permanência prolongada em unidade de tratamento intensivo (UTI).<sup>5</sup> Objetivo: Relatar a atuação do enfermeiro no reconhecimento precoce do paciente séptico na classificação de risco (CR) de um Hospital Universitário de Porto Alegre, aplicando o escore qSOFA e posteriormente classificando o paciente utilizando o sistema de CR de Manchester. Métodos: Trata-se Relato de experiência da atuação do Enfermeiro utilizando ferramentas de melhoria da qualidade a fim de testar novo fluxo de atendimento ao paciente séptico e verificar desfechos. Os princípios éticos serão respeitados de acordo com a resolução nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, por se tratar de uma pesquisa com seres humanos. O presente estudo preservou o anonimato dos participantes e também não causou quaisquer danos ou riscos aos mesmos. Resultados: Inicialmente os tempos de chegada do paciente no Serviço, até a dispensação do antibiótico e início do tratamento tinham uma média de 11h08min, após implantação do novo fluxo os tempos reduziram para uma mediana de 01h21min. A constituição