

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE PESQUISA GESTÃO EM SAÚDE E EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM
ENFERMAGEM – GESPEN.

**METODOLOGIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA:
UM ESTUDO DE CASO.**

SABRINA DA COSTA MACHADO

**RIO DE JANEIRO.
DEZEMBRO/ 2008.**



**METODOLOGIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA:
UM ESTUDO DE CASO.**

SABRINA DA COSTA MACHADO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem – GESPEN.

ORIENTADORA:

PROFA. DRA. MARLUCI ANDRADE CONCEIÇÃO STIPP

RIO DE JANEIRO.

DEZEMBRO/ 2008.

SABRINA DA COSTA MACHADO

**METODOLOGIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA: UM ESTUDO DE CASO.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/ Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.
Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem – GESPEN.

Aprovada por:

Presidente

Profa. Dra. Marluci Andrade Conceição Stipp

1ª examinadora

Profa. Dra. Tereza Tonini

2ª examinadora

Profa. Dra. Marléa Chagas Moreira

Suplente

Profa. Dra. Josete Luzia Leite

Suplente

Profa. Dra. Beatriz Guitton Bernaud Oliveira

RIO DE JANEIRO.

DEZEMBRO/ 2008.

FICHA CATALOGRÁFICA:

Machado, Sabrina da Costa.

Metodologia da assistência de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso/ Sabrina da Costa Machado. – Rio de Janeiro: UFRJ/ EEAN, 2008.

xi, 152 f.:il.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marluci Andrade Conceição Stipp.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 2008.

Referências: fls. 137 – 145.

1. Enfermagem. 2. Cirurgia Cardíaca. 3. Metodologia da Assistência de Enfermagem. 4. Gerência de Enfermagem.

I. Stipp, Marluci Andrade Conceição. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 610.73

DEDICATÓRIA:

*À Mamãe Jacira, minha melhor amiga,
exemplo de força, coragem e persistência.
Meu incentivo em todos os momentos da
vida e com quem compartilho as minhas
dúvidas e alegrias.*

AGRADECIMENTOS:

A Deus, por guiar e iluminar os meus caminhos, dando-me forças para superar todos os obstáculos e adversidades.

*À minha orientadora e amiga **Marluci Stipp**, pelos anos de convivência, sempre acreditando em meu potencial. Sem a sua amizade, carinho e apoio, a realização deste estudo não seria possível.*

*À minha querida Mamãe **Jacira**, pelo seu apoio e incentivo incondicionais e por me ensinar que todos os sonhos são possíveis de se transformar em realidade.*

*Ao meu amor **Laerte**, meu presente diário, pela paciência, apoio e incentivo em todos os momentos. Sua companhia tem sido o meu alicerce.*

*Às minhas irmãs **Juliana e Samantha**, pelas risadas, força e alegria.*

À toda a minha família, por ter partilhado desta experiência, torcendo sempre pela minha vitória.

*Às amigas **Maria Gefé e Marcelle Miranda**, nossos caminhos se encontraram nas salas de aula do mestrado e seguirão livres pelas mais belas estradas da vida.*

*Às amigas **Fátima, Roberta Segalot, Inês e ao seu bebê Pedro**, pela força e ajuda inestimáveis na realização deste estudo.*

A todos os meus amigos, pelo incentivo e apoio no decorrer desta caminhada.

Aos Enfermeiros que participaram deste estudo como sujeitos, compartilhando as suas idéias e experiências de vida.

Aos Pacientes que através das demonstrações de força e carinho me estimulam a continuar caminhando e a tentar ser sempre um pouco melhor.

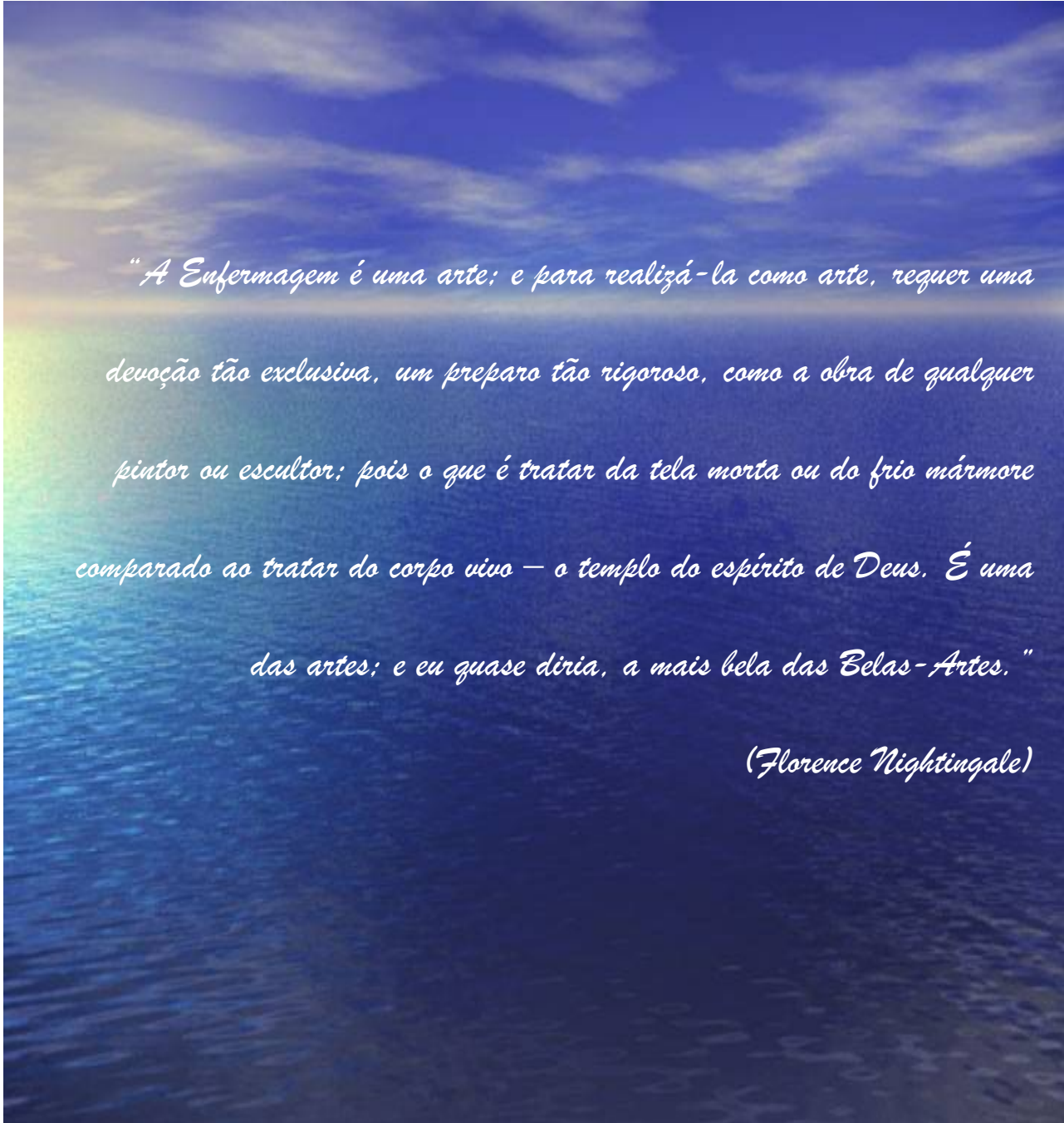
Ao Hospital dos Servidores do Estado e a todos que tornaram este estudo possível.

À Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ, por ser sempre a minha casa e o meu referencial.

Às Equipes da Secretaria Acadêmica e Biblioteca Setorial da Pós-Graduação e Pesquisa da EEAN/UFRJ, pela ajuda, carinho e respeito nos diversos momentos de desenvolvimento deste estudo.

Aos Professores da Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ, que tanto me auxiliaram durante as disciplinas.

*Às Professoras Doutoras **Leila Milman, Tereza Tonini, Josete Luzia, Marléa Chagas e Beatriz Guiton**, por terem participado das bancas examinadoras e contribuído para a realização deste estudo.*



"A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo — o templo do espírito de Deus. É uma das artes; e eu quase diria, a mais bela das Belas-Artes."

(Florence Nightingale)

RESUMO

MACHADO, Sabrina da Costa. **Metodologia da assistência de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso.** Orientadora: Profa. Dra. Marlucci Andrade Conceição Stipp. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem).

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morbi-mortalidade no Brasil, gerando um aumento no número de internações hospitalares e de cirurgias cardíacas. O cuidado de enfermagem prestado no pós-operatório de cirurgia cardíaca é geralmente complexo, dada a instabilidade do quadro clínico do paciente, o que exige uma atuação precisa da equipe de enfermagem. O presente estudo trata sobre a aplicação da metodologia da assistência de enfermagem ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Os objetivos são: descrever as necessidades do paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca, identificadas pela enfermeira; identificar as fragilidades e potencialidades das enfermeiras no planejamento do cuidado de enfermagem ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca; e elaborar subsídios para a construção de uma metodologia de assistência de enfermagem aplicada ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Foi utilizada a abordagem qualitativa, com método de estudo de caso. O cenário da pesquisa foi a Unidade Cardio-Intensiva (UCI) de um Hospital Público Federal da cidade do Rio de Janeiro. Os sujeitos do estudo foram 21 enfermeiros atuantes na Unidade, sendo adotado como critério de inclusão a atuação destes enfermeiros no setor por mais de seis meses. Os dados foram coletados de fevereiro a maio de 2008. As técnicas utilizadas foram a observação participante e entrevistas sob a forma de levantamento formal. Os dados obtidos foram analisados e organizados em três unidades temáticas, denominadas: cuidados de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca; potencialidades e fragilidades no planejamento da assistência de enfermagem; e subsídios para uma metodologia de assistência de enfermagem aplicada ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Os resultados apontaram para a necessidade de adoção de uma metodologia da assistência de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca, embasada por uma teoria que fundamente a prática de enfermagem. As necessidades apresentadas pelo paciente e pela UCI, identificadas pelos enfermeiros, permearam todo o estudo. Através do posicionamento, da tomada de decisão e de uma assistência de enfermagem sistematizada, o enfermeiro torna-se essencial, assumindo um caráter diferencial na promoção do cuidado. A fundamentação das suas ações lhe dará maior autonomia para o desenvolvimento das atividades frente à equipe e na prestação de uma assistência de qualidade ao paciente.

Palavras-chave: Enfermagem. Cirurgia Cardíaca. Metodologia da Assistência de Enfermagem. Gerência de Enfermagem.

ABSTRACT

MACHADO, Sabrina da Costa. **Nursing assistance methodology in postoperative cardiac surgery**. Advisor: Marlucci Andrade Conceição Stipp. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2008. Dissertation (Master`s in Nursing).

Cardiovascular diseases are the main cause of morbimortality in Brazil, increasing the number of hospital internments and cardiac surgeries. The postoperative nursing management of patient with cardiac surgery is usually complex, due to the patient`s clinical instability, which requires concise nursing staff performance. The present study deals with the application of the nursing assistance methodology in the postoperative cardiac surgery. The objectives are to describe the patient`s needs in the postoperative cardiac surgery, identified by the nurse; identify the nurses` fragilities and potentialities in the nursing care planning to postoperative cardiac surgery patients; and support the development of a nursing assistance methodology applied to the postoperative cardiac surgery patient. This research was a qualitative one, and the case-study method was used. The setting was the Cardiac Intensive Care Unit (CICU) of a public federal hospital in the city of Rio de Janeiro. Twenty-one nurses acting in the Unit were the subjects of the study, and the inclusion criterium adopted was those nurses` action in the sector for more than six months. Data were collected from February to May 2008. The participating observation technique was used, as well as interviews under the form of formal survey. The obtained data were analysed and organized in three thematic unities: nursing care in the postoperative cardiac surgery; potentialities and fragilities in the planning of nursing assistance; and contributions to a nursing assistance methodology applied to the postoperative cardiac surgery patient. The results pointed out for the necessity of the adoption of a nursing assistance methodology during the postoperative cardiac surgery, embased with a theory that is based upon the nursing practice. The necessities showed by the patient and by the CICU, identified by the nurses, permeated the study. Through the positioning, decision-making and a systematic nursing assistance, the nurse becomes essential, assumying a distinguishing character in the promotion of care. The fundamentation of the nurse`s actions will give him/her more autonomy in the developing of activities in the face of the staff and in the giving of an assistance of the first waters to the patient.

Keywords: Nursing. Cardiac Surgery. Nursing Assistance Methodology. Nursing Management.

RESUMEN

MACHADO, Sabrina da Costa. **Metodología de la asistencia de enfermería en el postoperatorio de cirugía cardíaca.** Orientador: Profa. Dra. Marlucci Andrade Conceição Stipp. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2008. Disertación (Maestría en Enfermería).

Las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de morbi-mortalidad en Brasil, generando un aumento en el número de internaciones hospitalares y de cirugías cardíacas. El cuidado de enfermería en el postoperatorio de cirugía cardíaca es generalmente complejo, dada la inestabilidad del cuadro clínico del paciente, lo que exige una actuación precisa del equipo de enfermería. El presente estudio trata sobre la aplicación de la metodología de la asistencia de enfermería al paciente en el postoperatorio de cirugía cardíaca. Los objetivos son describir las necesidades del paciente en el postoperatorio de cirugía cardíaca, identificadas por la enfermera; identificar las fragilidades y potencialidades de las enfermeras en la planificación del cuidado de enfermería al paciente en el postoperatorio de cirugía cardíaca; y elaborar subsidios para la construcción de una metodología de asistencia de enfermería aplicada al paciente en el postoperatorio de cirugía cardíaca. Fue utilizado el abordaje cualitativo, con el método de estudio de caso. El presente estudio se ha desarrollado en la Unidad Cardiointensiva (UCI) de un Hospital Público Federal en la ciudad de Rio de Janeiro. Los sujetos del estudio fueron 21 enfermeros actuantes en la Unidad, adoptándose como criterio de inclusión la actuación de estos enfermeros en el sector por más de seis meses. Los datos fueron colectados de febrero a mayo de 2008. Las técnicas utilizadas fueron la observación participante y entrevistas bajo la forma de levantamiento formal. Los datos obtenidos fueron analizados y organizados en tres unidades temáticas, denominadas: cuidados de enfermería en el postoperatorio de cirugía cardíaca; potencialidades y fragilidades en la planificación de la asistencia de enfermería; y subsidios para una metodología de asistencia de enfermería aplicada al paciente en el postoperatorio de cirugía cardíaca. Los resultados apuntaron la necesidad de la adopción de una metodología de la asistencia de enfermería en el postoperatorio de cirugía cardíaca, con base en una teoría que fundamente la práctica de enfermería. Las necesidades presentadas por el paciente y por la UCI, identificadas pelos enfermeros, permearon el estudio. A través del posicionamiento, de la tomada de decisión y de una asistencia de enfermería sistematizada, el enfermero pasa a ser esencial, asumiendo un carácter diferencial en la promoción del cuidado. La fundamentación de sus acciones le dará mayor autonomía para el desenvolvimiento de las actividades frente al equipo y en la prestación de una asistencia de cualidad al paciente.

Palabras clave: Enfermería. Cirugía Cardíaca. Metodología de la Asistencia de Enfermería. Gerencia en Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Planta Física do 3º. Andar/ Pavimento - Prédio Principal do Hospital dos Servidores do Estado, onde está localiza a Unidade Cardio-Intensiva	66
FIGURA 2: Mecanismo de Retroalimentação do Processo de Enfermagem	120

LISTA DE QUADROS

QUADRO I: Caracterização dos enfermeiros de acordo com o tempo de formação, tempo de atuação na Unidade Cardio-Intensiva e tipo de pós-graduação	42
---	-----------

SUMÁRIO

RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
RESUMEN	x
LISTA DE FIGURAS	xi
LISTA DE QUADROS	xii
SUMÁRIO	xiii
CAPÍTULO I: CONSIDERAÇÕES INICIAIS	15
1.1. Problemática do estudo	17
1.2. Relevância do estudo	21
CAPÍTULO II: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
2.1. Metodologia da Assistência de Enfermagem	23
2.2. Considerações sobre cirurgia cardíaca	30
2.3. Cuidado de enfermagem e o pós-operatório de cirurgia cardíaca	33
CAPÍTULO III: ABORDAGEM METODOLÓGICA	38
3.1. Tipo de estudo	38
3.2. Cenário do estudo	40
3.3. Sujeitos do estudo	40
3.4. Aspectos éticos e legais	44
3.5. Produção e análise dos dados	45
CAPÍTULO IV: CONHECENDO O CENÁRIO...	48
4.1. O Bairro Saúde e o Hospital dos Servidores do Estado	48
4.2. O Hospital dos Servidores do Estado e seus 60 anos de história	51
4.3. O Hospital dos Servidores do Estado na atualidade	55
4.4. A Unidade Cardio-Intensiva	57

CAPÍTULO V: CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA	67
5.1. Cuidados diretos de enfermagem ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca	69
5.2. Cuidados indiretos de enfermagem ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca	89
CAPÍTULO VI: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES NO PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	101
6.1. Gerenciamento de conflitos	101
6.2. Educação permanente e treinamento em serviço na Unidade Cardio-Intensiva	110
CAPÍTULO VII: SUBSÍDIOS PARA UMA METODOLOGIA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM APLICADA AO PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA	118
7.1. Gerenciando a assistência de enfermagem... ..	118
7.2. A filosofia institucional e prática de enfermagem	124
7.3. A importância das atividades científicas para a prática de enfermagem .	130
CAPÍTULO VIII: CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
REFERÊNCIAS	137
APÊNDICES	146
ANEXOS	150

CAPÍTULO I

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte no Brasil. Com o aumento da esperança de vida ao nascer no país, de ambos os sexos, para 71,3 anos (sendo 0,8 anos em relação a 2000), aumentaram também os índices de morbimortalidade relacionados às doenças cardiovasculares. De acordo com dados do DATASUS/ Ministério da Saúde, em 2004, o Infarto Agudo do Miocárdio foi a quarta principal causa de óbito, ficando atrás apenas de patologias como a AIDS e as neoplasias malignas de mama e colo do útero, alcançando assim, um percentual de 36,6 para cada 100.000 habitantes (IBGE e DATASUS, 2007).

Segundo o Perioperative Guidelines/ American Heart Association (2007), a faixa etária elevada também está associada à prevalência da doença cardiovascular nos Estados Unidos, afetando as pessoas maiores de 65 anos. Coincidentemente, esta é a mesma faixa etária com o maior número de procedimentos cirúrgicos.

É alta a incidência de internações, em consequência das variadas patologias, sendo também crescente o número de cirurgias cardíacas, fato que gera a necessidade de unidades voltadas para cuidados específicos ao paciente cardiopata, bem como de profissionais treinados e especializados no atendimento desta clientela.

Muitos são os cuidados necessários ao paciente nas fases de pré, trans e pós-operatório de cirurgia cardíaca. Tais cuidados, geralmente complexos, devido à instabilidade do quadro clínico do paciente, exigem da equipe de enfermagem uma atuação precisa, embasada em uma metodologia de assistência que busque a tomada de decisão centrada na identificação das necessidades do paciente.

Assim, neste estudo será abordada a importância e necessidade de uma Metodologia da Assistência de Enfermagem, tendo o Processo de Enfermagem como método de trabalho científico e com vistas à Sistematização da Assistência de Enfermagem. Tal metodologia deverá ser aplicada ao paciente no período de pós-operatório de cirurgia cardíaca, escolhido por ser constantemente vivenciado em meu ambiente profissional.

A assistência de enfermagem em terapia intensiva sempre me despertou um olhar especial. Este é o local do hospital planejado para atender pacientes em graus elevados de instabilidade hemodinâmica, requerendo cuidados de alta complexidade¹.

Durante a minha trajetória acadêmica e profissional, busquei ampliar meus conhecimentos em terapia intensiva. Meu interesse em cuidar do paciente de alta complexidade em uma unidade de terapia intensiva surgiu ainda na graduação, durante os estágios curriculares. Desde então procurei ter uma vivência maior, com a realização de estágios extracurriculares por tempo prolongado em instituições públicas e militares da cidade do Rio de Janeiro.

Sempre me dediquei a conhecer o setor, entender o seu funcionamento, perceber e aprender sobre as atitudes e o trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem, principalmente pelos enfermeiros. Desde o início, pude compreender a necessidade de um cuidado diferenciado, intensivo, a ser praticado por todos os profissionais que desejam atuar em terapia intensiva, bem como perceber a necessidade de um cuidado sistematizado de enfermagem a ser prestado à clientela.

O Processo de Enfermagem por Wanda Horta, discutido nas aulas teóricas do Curso de Graduação em Enfermagem, possibilitou-me observar nos campos de estágio, as necessidades, os diagnósticos de enfermagem e o planejamento da assistência de

¹ **Alta complexidade:** Segundo o IBGE (2001), são alguns serviços selecionados que exigem ambiente de internação com tecnologia avançada e pessoal especializado.

enfermagem prestada à clientela. Também pude perceber a importância e eficiência do Processo quando corretamente aplicado, fato visível durante os estágios curriculares no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/ UFRJ), bem diferente do ocorrido nos estágios extracurriculares realizados em outras instituições. Esse contato com o Processo de Enfermagem foi fundamental para minha formação profissional.

1.1. Problemática do estudo:

Atuando como Enfermeira, fui admitida em concurso público do Ministério da Saúde no Hospital dos Servidores do Estado, um Hospital Público Federal de grande porte da cidade do Rio de Janeiro. Uma instituição ímpar, de cunho histórico, referência no cuidar e nos avanços da medicina brasileira. Ao tomar posse na referida instituição, fui lotada na Unidade Cardio-Intensiva, um setor exclusivo para pacientes que devem ser submetidos a cuidados de alta complexidade.

Através de minha experiência na Unidade Cardio-Intensiva, pude constatar a necessidade de uma metodologia da assistência de enfermagem que permita ao enfermeiro prestar um cuidado de qualidade ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Tal fato gerou inquietação, levando-me a refletir sobre o quanto poderíamos contribuir para o setor em questão, com a busca pela implementação futura da Sistematização da Assistência de Enfermagem. É importante citar que a Unidade conta com bom aporte tecnológico, o que contribui positivamente para a assistência prestada.

Carraro (2001) afirma que a “Metodologia da Assistência de Enfermagem é a instrumentalização necessária para que o enfermeiro planeje científica e sistematizadamente as ações da equipe de enfermagem”. Ao ser implementada, a metodologia da assistência de enfermagem oferece respaldo, segurança e

direcionamento para o desempenho das atividades, contribuindo para a credibilidade, competência e visibilidade da enfermagem e, conseqüentemente, para a autonomia e satisfação profissional.

O paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca, na Unidade Cardio-Intensiva, exige um acompanhamento contínuo da enfermeira e da equipe de enfermagem, bem como de todos os demais profissionais. Caberá à enfermeira planejar a assistência de enfermagem a ser prestada a este paciente. Tal planejamento visa organizar e direcionar o desempenho da equipe de enfermagem, facilitando o trabalho e assegurando uma maior qualidade do cuidado.

Para Carraro (1994),

a metodologia da assistência de enfermagem como um processo dinâmico, aberto e contínuo, visa proporcionar ao paciente as melhores condições para vivenciar de modo mais saudável o processo saúde-doença, que o levou a conviver por um período com a equipe de saúde, e poder voltar para a sua família de origem, socialmente escolhida ou conformada e seguir vivendo a sua vida, também de forma mais saudável.

Neste momento, é importante conceituar enfermagem segundo Horta (1979), como “ciência e arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais”. Para a autora, assistir em enfermagem consiste em fazer pelo outro aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, visando às necessidades humanas básicas do paciente, e buscando um planejamento em que pese à assistência ao ser humano.

Assim, inquietou-me o fato de um Hospital Federal referenciado, de importante trajetória histórica na definição de modelos assistenciais de enfermagem, não possuir

uma assistência sistematizada de enfermagem e embasada em uma metodologia científica, como forma de contribuir para o cuidado de enfermagem.

Segundo Horta (1979) “o cuidado de enfermagem é a ação planejada, deliberada ou automática da enfermeira, resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano”, enquanto a “assistência de enfermagem é a aplicação pelo enfermeiro do processo de enfermagem para prestar o conjunto de cuidados e medidas que visam atender as necessidades básicas do ser humano”.

A Unidade Cardio-Intensiva passou a receber os pós-operatórios imediatos de cirurgia cardíaca em fevereiro de 2005. Desde então, foram realizadas e recebidas no setor, até março de 2008, 233 pós-operatórios de cirurgia cardíaca (sendo 144 homens e 89 mulheres), com uma média de 07 cirurgias ao mês. Do total de pacientes submetidos à cirurgia, 142 possuem menos de 60 anos de idade, podendo-se afirmar que estes se encontram ainda em fase produtiva e economicamente ativa, necessitando retornar em breve para o seu convívio social.

Dentre os vários tipos de cirurgias, as mais comumente realizadas e recebidas no setor são as Revascularizações do Miocárdio e as Trocas/ Plastias de Valva. Por serem intervenções complexas, requerem um pós-operatório bem sucedido, uma vez que as condições de saúde do paciente podem variar de minuto a minuto.

Tais apontamentos justificam a necessidade de uma assistência de enfermagem sistematizada no cuidado pós-operatório de cirurgia cardíaca, que vislumbre a manutenção dos padrões hemodinâmicos do paciente, e atenda às necessidades básicas e aos diagnósticos de enfermagem realizados.

Baseada em conhecimentos teóricos, em minhas inquietações e em minha trajetória profissional, trago como **objeto** deste estudo:

A metodologia da assistência de enfermagem ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca no Hospital dos Servidores do Estado.

E as seguintes **questões norteadoras**:

- Quais as principais necessidades do paciente identificadas pela enfermeira no pós-operatório de cirurgia cardíaca?

- Como é realizado o planejamento da assistência de enfermagem aplicada ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca?

Os **objetivos** deste estudo são:

- Descrever as necessidades do paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca, identificadas pela enfermeira;

- Identificar as fragilidades e potencialidades das enfermeiras no planejamento do cuidado de enfermagem ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca;

- Elaborar subsídios para a construção de uma metodologia de assistência de enfermagem aplicada ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

É importante ressaltar que, a enfermeira é o elo entre a equipe multiprofissional e o paciente, estando presente de forma contínua em toda atividade assistencial, pois além de conhecer a clientela, é participante ativa da equipe, sendo uma força de estímulo a todos e criando meios necessários para o desenvolvimento da assistência de enfermagem.

1.2. Relevância do estudo:

Acredito que este estudo contribuirá para a atuação do enfermeiro na **assistência** a ser prestada no setor em questão, além de permitir uma reflexão acerca do trabalho em equipe e da importância da abordagem deste no cuidado de alta complexidade. Para a instituição, será de grande relevância, uma vez que não há um modelo de cuidado sistematizado. A busca por tal modelo também permitirá um retorno para a clientela que recebe cuidados na Unidade Cardio-Intensiva.

A admissão do paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca na Unidade Cardio-Intensiva é um serviço com 44 meses de existência, e ainda em fase de estruturação. Assim, este estudo assume um caráter de importância, pois pretende contribuir para a assistência enfermagem, podendo também atender a uma necessidade existente e aumentar a qualidade no processo do cuidar.

Para o paciente, a adoção de uma metodologia que possibilite a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) possibilitará uma assistência singular e integral, observando-se todas as suas necessidades e características, além de contribuir para que seja tratado como indivíduo e importante membro integrante da comunidade.

É importante discutir e pesquisar acerca da importância da implementação da SAE, bem como sobre a correta adoção do Processo de Enfermagem. Assim, acredito que este estudo também poderá ser um motivador para o desenvolvimento de novas **pesquisas** sobre o assunto, considerando a diversidade da temática abordada.

Na **esfera acadêmica**, poderá oferecer uma oportunidade de reflexão, acerca da necessidade de cuidado sistematizado, para docentes que transmitem conhecimentos e para os discentes (do Curso de Graduação e Pós-Graduação), contribuindo para a formação do enfermeiro, uma vez que, desde o início de sua carreira profissional, vivencia a atividade de planejamento da assistência de enfermagem.

Este trabalho pretende contribuir para a linha de Gerência em Enfermagem do Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem (GESPEN) do Departamento de Metodologia da Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

CAPÍTULO II

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Metodologia da Assistência de Enfermagem:

As discussões acerca de metodologias que possibilitem uma assistência singular e de qualidade à clientela, sempre permearam o universo da enfermagem. Muito já foi pensado sobre o Processo de Enfermagem, o Planejamento da Assistência, o Processo do Cuidado e a Metodologia do Cuidado. No entanto, para Carraro (2001), é fundamental compreendermos que “todas essas metodologias objetivam a aplicação de um método científico que busque o planejamento e o desenvolvimento das ações de enfermagem”. A terminologia usada dependerá do enfoque teórico que a sustenta.

Marconi e Lakatos (2004) definem método científico como “o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo – conhecimentos válidos e verdadeiros – traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista”. Todo método tem um desenvolvimento histórico e se obriga a cumprir etapas que vão desde o descobrimento do problema e tentativa de solução, à comprovação da solução, correção das hipóteses, teorias e procedimentos empregados para a obtenção da solução correta.

Segundo Leopardi (2006), “o método é o modo de conceber a necessidade e o cuidado, concretizado por meio de procedimentos de forma ordenada e lógica”. Este não deve ser compreendido apenas como um elemento de organização, e sim como uma referência de avaliação da assistência, necessitando de uma base filosófica conceitual condizente com valores e condições éticas.

A partir da atuação de Florence Nightingale e da conseqüente instituição da enfermagem moderna, determinou-se um contraste entre a prática da Enfermagem exercida por pessoas preparadas para tal e a prática anterior. Nightingale, embora de forma empírica e sem consciência desse fato, principalmente no que se refere às visões atuais, atuou embasada num modelo de enfermagem (CARRARO, 2001).

Florence não utiliza as expressões Processo de Enfermagem ou Metodologia da Assistência de Enfermagem, mas valoriza práticas como observação, experiência e registro de dados, fundamentais para o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho. Florence articulava a observação como o princípio básico da Enfermagem, a fim de planejar cuidados eficazes de acordo com as necessidades do paciente (Leopardi, 2006).

As discussões sobre o planejamento da assistência de enfermagem como aplicação do método científico ganharam destaque em 1950. Lydia Hall, em 1955, discutia o processo afirmando que a prática da enfermagem não se dava ao acaso, uma vez que as enfermeiras observavam, prestavam cuidados e finalmente avaliavam a eficácia de suas intervenções. Ida Orlando, em 1961, também utilizou o processo para explicar o cuidado de enfermagem acreditando que este consistia no comportamento do paciente, na reação do enfermeiro e na ação que seria gerada pelo mesmo (HORTA, 1979; CIANCIARULLO et al, 2001).

No Brasil, foi Wanda de Aguiar Horta, quem discutiu e desenvolveu o Processo de Enfermagem, acreditando que a autonomia profissional só seria adquirida no momento em que toda a classe passasse a utilizar a metodologia científica em suas ações, o que só seria alcançado pela aplicação sistemática do processo de enfermagem (HORTA, 1979).

O Processo de Enfermagem discutido por Horta, baseia-se na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Maslow², onde as necessidades de níveis mais baixos devem ser satisfeitas antes das necessidades de níveis mais altos. Estas necessidades foram hierarquizadas em cinco níveis, sendo: necessidades fisiológicas (respiração, fome, sede e outras); necessidades de segurança (segurança do corpo, de emprego, de recursos, entre outras); necessidades sociais ou de amor; necessidades de estima; e necessidades de auto-realização. Contudo, um conceito fundamental é que nunca haverá uma satisfação completa das necessidades, uma vez que o indivíduo precisa de motivação pessoal.

Através do Processo de Enfermagem e da contemplação de suas etapas seria possível identificar as necessidades humanas afetadas. Conforme definição de Horta “o processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos” (op.cit, 1979).

O Processo de Enfermagem é constituído de seis fases, contemplando todos os aspectos da assistência de enfermagem. São eles: histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; plano assistencial; plano de cuidados, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem.

Para maior compreensão destas fases, as mesmas serão definidas e discutidas, à luz de Wanda Horta (1979):

Histórico de enfermagem: É o roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano (significativos para a enfermeira) que tornam possível a identificação de seus problemas. Este deve ser conciso e preciso, sendo muitas vezes

² **Abraham Maslow:** Psicólogo americano que propôs a Teoria das Necessidades Humanas.

realizado a partir de uma entrevista informal, o que promoverá uma maior interação entre o paciente e a enfermeira.

Durante o histórico, serão colhidos os dados referentes ao paciente, como sua identificação, expectativas, necessidades básicas e problemas eventuais, além de ser realizado o exame físico completo.

Com a realização do histórico, será possível à enfermeira identificar os problemas de enfermagem, bem como fechar diagnósticos para a assistência prestada. Porém, esse poderá sofrer interferências devido a fatores como o estado geral do paciente, idade, cultura, escolaridade, bem como o preparo da enfermeira e a filosofia da instituição.

Diagnóstico de enfermagem: Nesta fase, os dados do histórico são analisados e os problemas de enfermagem, identificados. Assim, é possível perceber as necessidades básicas afetadas do paciente e seu grau de dependência.

Plano assistencial: Dá-se da determinação global da assistência de enfermagem a ser implementada frente aos diagnósticos estabelecidos. Assim, o plano assistencial será o produto da análise dos diagnósticos de enfermagem, bem como nas necessidades do paciente. É mutável, sendo acrescido de novos cuidados, sempre que surgir um novo diagnóstico.

Plano de cuidados/ Prescrição de enfermagem: pode ser definido como o roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem na realização dos cuidados adequados às necessidades do paciente.

Na prescrição deverão constar cuidados prioritários e esta deverá ser redigida, utilizando-se os verbos no infinitivo, conforme o nível de necessidade e dependência do paciente.

Evolução de enfermagem: Consiste no relato das mudanças e intercorrências que ocorrem com o ser humano enquanto estiver sob assistência profissional. A evolução será a síntese da prescrição de enfermagem que foi implementada. Todas as mudanças que poderão ocorrer no diagnóstico de enfermagem também deverão ser registradas.

Prognóstico de enfermagem: é a estimativa em atender as necessidades básicas do ser humano, após a implementação do plano assistencial. Deve-se buscar o autocuidado, e a independência do paciente frente à enfermagem no momento da alta.

Para Horta (1979), “aplicar o Processo é dar assistência de enfermagem em qualidade e quantidade que se espera de um profissional universitário”. Para esta finalidade, alguns instrumentos básicos são indispensáveis, podendo-se enumerar: observação, comunicação, aplicação de método científico, aplicação de princípios, destreza manual, planejamento, avaliação, criatividade, trabalho em equipe e utilização de recursos da comunidade.

Horta foi uma pioneira no Brasil e seu trabalho é o grande incentivador a busca da Sistematização da Assistência de Enfermagem, podendo ser aplicado tanto em atenção individual quanto coletiva, em todas as fases da vida e em qualquer domínio de assistência (Leopardi, 2006).

Atualmente, a Sistematização da Assistência de Enfermagem tem sido alvo discussões. É comum o emprego das expressões Processo de Enfermagem, Sistematização da Assistência de Enfermagem e Metodologia da Assistência de Enfermagem como sinônimos, porém, estas são idéias diferentes, sendo importante definir os três conceitos. Tais definições serão baseadas em Leopardi (2006), que afirma serem conceitos e teorias, os fundamentos que dirigem o método sendo, portanto, modos de conceber o processo de execução de um trabalho.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem, regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (*Resolução n. 272/2002, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de saúde brasileiras*) é uma atividade privativa do enfermeiro e consiste na implementação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem, compreendendo todas as suas etapas. Deve ser registrada formalmente em prontuário, contemplando todas as fases do Processo de Enfermagem.

Para Leopardi (2006) a SAE é

a organização do trabalho, segundo as fases de seu fluxo. Implica na definição da natureza do trabalho a ser realizado [...] e definição do Processo de Enfermagem (o trabalho a ser realizado), desde a base teórica-filosófica, o tipo de profissional requerido, técnicas, procedimentos, métodos, objetivos e recursos materiais para a produção de cuidado.

A SAE promoverá a reestruturação do processo de trabalho permitindo uma definição mais clara da identidade profissional da enfermagem.

Cianciarullo et al (2001) afirmam que a SAE é capaz de favorecer a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde, além de estimular o exercício do autocuidado. Tal metodologia permite integrar as ações docente-assistenciais, sendo por isso

considerada uma estratégia de aprendizado para alunos de graduação, pós-graduação e ao próprio corpo de enfermagem da instituição.

A SAE é importante para o crescimento e desenvolvimento da enfermagem no meio técnico-científico. Através da assistência sistematizada, o enfermeiro pode por em prática seus conhecimentos em favor da qualidade do cuidado a ser prestado.

O Processo de Enfermagem é o “trabalho em si, resultante da interação entre agentes de cuidado (profissional e enfermo), com objetivos específicos, na direção do alcance de bem-estar ou uma morte tranquila.” Este exige uma sistematização consciente do trabalho, a partir de uma metodologia adequada à produção do cuidado necessário. Mais explicitamente, o Processo de Enfermagem é o trabalho dos profissionais de enfermagem para a satisfação das necessidades de saúde (LEOPARDI, 2006).

O Método de Assistência de Enfermagem é um “caminho para conduzir o trabalho, implicando em valores, conceitos e finalidades do cuidado, podendo ou não ser baseado em teorias de enfermagem”. Já a Metodologia da Assistência de Enfermagem, “busca validar inferências, decidir o que pode satisfazer as necessidades, planejar o curso da ação e validar o resultado. É um enfoque intelectual disciplinado, um método de resolver problemas, usando conhecimentos de enfermagem” (op. cit., 2006).

A Metodologia da Assistência se configura de forma a atender a realidade onde será aplicada. A teoria e a prática devem estar interligadas para que as ações de enfermagem transcorram de modo congruente. Segundo Carraro (2001) ao se estabelecer o elo teórico-prático, adotando-se os passos do método científico, ocorre a operacionalização da Metodologia da Assistência.

A metodologia direcionará a prática, de forma a facilitá-la. Pode ser simples e objetiva e principalmente deve ser aplicável à realidade vivenciada. Sua aplicação requer algumas reformulações na prática do dia-a-dia, mas certamente, facilitará o desempenho e permitirá maior aproximação com o ser humano (op. cit., 2001).

Barão et al (2005), afirmam que para aprender e desenvolver uma metodologia é necessário o desenvolvimento de uma série de competências das equipes envolvidas, gerando um processo interno, não observável, apenas inferido por meio do desempenho das pessoas.

Para Dalri (2000), o profissional de enfermagem que utiliza a assistência de enfermagem de forma sistematizada, sob o contexto de um referencial teórico de enfermagem, está habilitado a fomentar conhecimentos teóricos e práticos, alicerçando relações de trabalho concretas.

Através do seu posicionamento, da tomada de decisão e do modelo de assistência prestada, a enfermeira se torna essencial, assumindo um caráter diferencial na promoção do cuidado. A fundamentação das suas ações lhe dará maior autonomia para o desenvolvimento das atividades frente à equipe e à clientela.

2.2. Considerações sobre cirurgia cardíaca:

Iniciada nas Santas Casas de Misericórdia no final do séc. XIX, a cirurgia cardíaca brasileira passou por várias fases até alcançar a Fase Científica, quando começou a ser praticada por profissionais de formação superior e ensinada nas faculdades. Em 1954, foi realizado em Campos de Jordão, o primeiro Simpósio de Cirurgia Cardíaca no Brasil, reunindo-se tudo o que havia sido realizado até aquela data.

Foi com o surgimento da Circulação Extracorpórea (CEC)³ que a cirurgia cardíaca encontrou seu advento. Porém, os dois maiores feitos da cirurgia (o transplante cardíaco e a revascularização de marcapasso) em âmbito nacional foram realizados na década de 60. (COSTA, 1988; PRATES, 1999).

Pode-se dizer que após a realização do transplante cardíaco e da revascularização do miocárdio, a cirurgia cardíaca brasileira encontrou seu ponto de maturidade. Desde então, várias foram as grandes realizações buscando-se o aperfeiçoamento de técnicas e de tecnologias.

Realizadas como alternativa de tratamento quando o tratamento clínico não é eficaz, as cirurgias cardíacas podem ser divididas em três tipos: as corretoras (fechamento de canal arterial, de defeito de septo atrial e ventricular), as reconstrutoras (revascularização do miocárdio e plastias valvares) e as substitutivas (trocas valvares e transplantes) (GALDEANO et al, 2003).

Apesar da diversidade de cirurgias existentes, neste estudo foram abordadas apenas a Revascularização do Miocárdio e as Plastias e Trocas de Valvas, por serem as mais comumente recebidas na Unidade Cardio-Intensiva em questão. O paciente submetido à cirurgia cardíaca necessita de uma assistência de enfermagem qualificada e sistematizada em todo o período de pós-operatório, contribuindo para o sucesso do tratamento realizado.

Segundo Oliveira (2003), a cirurgia de Revascularização do Miocárdio - RVM e a angioplastia transluminal percutânea coronária representam importantes estratégias no manuseio da doença coronariana, não devendo ser encaradas como medidas competitivas, mas complementares ao tratamento clínico.

³ **Circulação Extracorpórea (CEC):** Segundo Nishide et al (2003), é uma forma mecânica de fazer circular e oxigenar o sangue do paciente, enquanto a maior parte da volemia é desviada do coração e do pulmão durante a cirurgia cardíaca.

A RVM consiste normalmente da utilização de enxertos da artéria mamária interna, artéria radial e/ ou veia safena, para a união da aorta até um ponto além daquele em que a artéria coronária está obstruída, objetivando permitir a passagem de sangue (NASCIMENTO et al, 2004; NISHIDE et al, 2003).

A doença coronariana estável é uma patologia que requer tratamento médico a fim de reduzir os eventos isquêmicos agudos, que são as maiores causas de mortalidade. Porém, em casos de risco moderado ou elevado que não respondam ao tratamento médico adequadamente ou pacientes que são portadores de disfunção ventricular esquerda expressiva, tem seu prognóstico favorecido com a realização da revascularização do miocárdio (OLIVEIRA, 2003).

Já as trocas e plastias valvares ocorrem quando há uma alteração da função cardíaca produzida por anomalias estruturais ou funcionais de uma ou mais valvas, o que pode gerar alteração do fluxo do coração. Tais anomalias podem ser estenóticas (estenoses), o que provoca uma obstrução do fluxo de sangue no coração e/ ou promover a regurgitação valvular (insuficiências), aumentando o volume de trabalho do coração (NISHIDE et al, 2003).

O tratamento cirúrgico dessas patologias ocorre com a correção cirúrgica, ou seja, substituição ou plastia de uma ou mais valvas cardíacas. Em caso de substituição, há dois tipos de próteses valvares que podem ser utilizadas, como: as mecânicas, de maior durabilidade, para indivíduos jovens; e as biológicas, de durabilidade limitada, para indivíduos idosos.

2.3. Cuidado de enfermagem e o pós-operatório de cirurgia cardíaca:

O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca é de grande importância para um resultado bem sucedido. Devendo ser planejado, adotando-se todos os princípios científicos.

O pós-operatório é o período durante o qual se observa e se assiste a recuperação de pacientes em pós-anestésico e em pós-estresse cirúrgico. Nesse período, toda a equipe multiprofissional envolvida deve ter os mesmos objetivos, como, a manutenção do equilíbrio dos sistemas orgânicos, alívio da dor e desconforto, prevenção de complicações pós-operatórias, plano adequado de alta e orientações (NISHIDE et al, 2003).

O período cirúrgico pode ser dividido em três fases: pré-operatória, transoperatória e pós-operatória. Neste estudo, a fase pós-operatória foi foco principal, dado o objeto proposto. No período pós-operatório, a enfermagem exerce um papel fundamental, proporcionando ao paciente uma recuperação adequada, e conseqüentemente, um breve retorno às atividades da vida diária.

O pós-operatório também pode ser dividido em três períodos: pós-operatório imediato, mediato e tardio. Dependerá da enfermeira, a aplicação de uma assistência que busque a manutenção cuidadosa das funções vitais.

2.3.1. Pós-operatório imediato:

O pós-operatório imediato é o momento mais crítico para o paciente, exigindo maior vigilância por parte dos profissionais de enfermagem, bem como de toda a equipe

envolvida. Esse período começa na primeira hora após a cirurgia, estendendo-se por 24 horas (Silva et al, 2003).

Em cirurgia cardíaca, o pós-operatório imediato é realizado em uma unidade de cuidados intensivos, uma vez que o paciente ainda está se recuperando do período anestésico e encontra-se hemodinamicamente instável. A unidade intensiva possui maior aporte tecnológico, pessoal especializado, capacitado e treinado para atender ao paciente em grau elevado de complexidade.

No pós-operatório imediato o paciente é admitido na unidade intensiva devendo-se desde já, colocar em prática uma assistência de enfermagem sistematizada, pautada em método científico. Realiza-se então a anamnese, objetivando identificar as necessidades do paciente e os diagnósticos de enfermagem, para então traçar o plano de cuidados a ser colocado em prática.

Ainda no ato da admissão, algumas alterações e procedimentos ocorridos no centro-cirúrgico, devem ser verificadas. João e Faria Júnior (2003) citam: diagnóstico da cardiopatia, procedimento realizado, tempo de cirurgia, anestésicos utilizados, tempo de circulação extracorpórea (CEC), tempo de oclusão aórtica, volume recebido de hemoderivados (sangue, plasma, plaquetas, crioprecipitados), volume de diurese transoperatória, intercorrências transoperatórias (hipoxemias, acidose, arritmias, embolias, entre outras), drogas vasoativas utilizadas na cirurgia, dificuldade de intubação, presença de secreções na árvore respiratória, infecções no paciente antes de ir para a cirurgia, outros diagnósticos e/ ou malformações associadas.

Os cuidados de enfermagem devem estar relacionados com a manutenção da homeostasia orgânica, buscando-se equilibrar as necessidades afetadas, limitando-se os danos e promovendo a reinserção do indivíduo em seu convívio social. É válido citar a manutenção e desobstrução das vias aéreas, o controle do equilíbrio hemodinâmico,

controle do balanço hídrico, controle da dor e promoção do conforto, correto posicionamento do paciente no leito, monitorização básica e invasiva, além da observação constante dos drenos torácicos que devem estar em recipientes adequados (SILVA et al, 2003; JOÃO, FARIA JÚNIOR, 2003).

É importante, atentar para as complicações que podem ocorrer nesse período, como os distúrbios hemorrágicos, complicações renais, complicações ventilatórias, infecções, alterações no sistema digestivo, e alterações de débito cardíaco e contratilidade. Segundo Nishide et al (2003) são necessários rápidos reconhecimento e intervenção quando ocorrerem mudanças nas condições do paciente, uma vez que o paciente submetido à cirurgia cardíaca é frequentemente mais instável que os demais pacientes cirúrgicos devido aos efeitos da CEC e da manipulação cardíaca.

2.3.2. Pós-operatório mediato:

O pós-operatório mediato inicia-se após as primeiras 24 horas do procedimento cirúrgico, estendendo-se por mais 24 horas. Silva et al (2003) enfatiza que, os riscos de complicações são menores que nas 24 horas anteriores, sendo necessário manter a monitorização e controle dos parâmetros vitais.

Neste período, deve-se atentar para eventuais distúrbios hemorrágicos, garantir a permeabilidade dos acessos vasculares e a infusão dos *drippings* essenciais. Algumas disfunções ainda podem ocorrer, devendo-se atentar para os padrões hemodinâmicos.

A dor pós-operatória deve receber atenção especial. É comum, depois da cirurgia cardíaca, o paciente apresentar dor no local da incisão cirúrgica, nos membros inferiores e no local de inserção dos drenos, devendo a enfermeira monitorar e executar procedimentos para o alívio da dor.

O primeiro banho após a cirurgia, geralmente ao leito, ocorre nesse período, e deve ser realizado de forma criteriosa. É um momento importante, no qual é possível avaliar o paciente como um todo.

O curativo cirúrgico, de competência do enfermeiro, deverá ocorrer respeitando as normas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Observa-se a ocorrência de infecções, características da lesão, presença de sinais flogísticos e/ ou secreções.

2.3.3. Pós-operatório tardio:

Período de difícil determinação, iniciado após as primeiras 48 horas após a cirurgia e podendo se estender por semanas ou meses. Silva et al (2003) afirmam que este período se relaciona com o desaparecimento dos achados clínicos (mal-estar, dor, instabilidade dos sistemas orgânicos). Para Nishide et al (2003), o pós-operatório tardio é o tempo de cicatrização e prevenção das complicações, podendo durar meses após a cirurgia.

Dentre as complicações pós-operatórias, cita-se a ocorrência de infecções da ferida cirúrgica, a síndrome pós-pericardiotomia (inflamação na pleura e/ ou pericárdio) e o tamponamento cardíaco (associado à administração de medicação anticoagulante ou antiplaquetária aos pacientes com derrame pericárdico) (WOODS et al, 2005).

A assistência de enfermagem sistematizada deverá pautar-se no restabelecimento do paciente e nas orientações de enfermagem, buscando o preparo para a alta da unidade. A deambulação e a realização de ações de autocuidado deverão ser estimuladas.

O pós-operatório tardio é o período ideal para que a enfermeira possa realizar a educação em saúde do paciente, como forma de prevenir os fatores de risco

cardiovasculares e evitar a ocorrência de novas internações ou ressurgimento das patologias. Busca-se o envolvimento da família em programas educacionais, servindo de apoio e estímulo aos esforços do paciente.

Machado e Stipp (2006) afirmam que os distúrbios cardiovasculares dependem da exposição do indivíduo aos diversos fatores de risco, que podem ser mutáveis (relacionados aos hábitos de vida), imutáveis (raça, sexo, idade e hereditariedade) e doenças associadas (hipertensão arterial e diabetes).

Mesmo sabendo da dificuldade em modificar hábitos de vida, pode-se dizer que a orientação ao paciente, é o principal caminho para buscar a manutenção da saúde e evitar internações hospitalares futuras. Segundo Stipp et al (2004), o paciente com quadro clínico de doença coronariana pode apresentar complicações cardiovasculares, evoluindo para óbito, decorrente de infarto agudo do miocárdio, isquemia refratária e ainda, necessidade urgente de revascularização do miocárdio.

Neste período, o paciente também deverá iniciar a reabilitação cardíaca, cujos objetivos são o condicionamento físico, a busca pelo retorno às atividades da vida diária, a educação do paciente e de seus familiares. O programa de reabilitação é iniciado ainda durante a internação hospitalar (porém, normalmente fora das unidades intensivas) e se estende ao período pós-alta, com acompanhamento ambulatorial.

CAPITULO III

ABORDAGEM METODOLÓGICA

Neste capítulo são descritos o tipo do estudo, a caracterização dos sujeitos, os aspectos éticos envolvidos, as estratégias de produção e de análise dos dados, com vistas ao alcance dos objetivos do estudo.

3.1. Tipo de estudo:

A fim de atender ao objeto deste estudo, foi adotada a abordagem qualitativa, utilizando-se o método de estudo de caso, uma vez que este permite uma maior exploração da pesquisa em um cenário específico.

A abordagem qualitativa foi escolhida porque se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Para Minayo (1999), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Já Chizzotti (2000) afirma que a pesquisa qualitativa parte do fundamento de que há relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. Nesse tipo de pesquisa, o objeto não é um dado inerte e neutro. Ele está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações e o sujeito observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado.

Tal metodologia permitiu estudar o planejamento e o gerenciamento de enfermagem dentro do seu contexto, compreendendo a atuação do enfermeiro, vislumbrando-se o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Buscou-se também, compreender o fenômeno como um todo, recheado pelas subjetividades que permeiam o universo do cuidar em enfermagem.

A respeito do estudo de caso, Yin (2005) considera que este

permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real [...], além de permitir investigar um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.

Neste estudo, adotou-se o estudo de caso único, de natureza representativa, “cujo objetivo é capturar as circunstâncias e condições de uma situação lugar-comum ou do dia a dia” (op. cit., 2005).

Tal método foi escolhido a fim de compreender a Unidade Cardio-Intensiva em questão e as suas particularidades, como a permanência de pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca e com os demais coronariopatas clínicos em um mesmo espaço físico. Este fato não é muito comum nas instituições hospitalares, que normalmente separam em espaços físicos diferentes a Unidade Coronariana, destinando-a a pacientes clínicos e a Unidade Cardio-Intensiva, destinando-a aos pacientes cirúrgicos. É justamente esta particularidade do cenário, que garantiu a natureza representativa do estudo.

Goldenberg (2005) afirma que “é através de um mergulho profundo e exaustivo em um objeto delimitado, que o estudo de caso possibilita a penetração na realidade social, não conseguida pela análise estatística”.

3.2. Cenário do estudo:

De acordo com Minayo et al (2003), “o campo de pesquisa deve ser entendido como o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação”.

O cenário deste estudo foi a Unidade Cardio-Intensiva do Hospital dos Servidores do Estado, um Hospital Público Federal, de grande porte, localizado na cidade do Rio de Janeiro.

O Hospital dos Servidores do Estado é uma instituição de referência para o desenvolvimento da enfermagem e da medicina no estado do Rio de Janeiro, além de possuir importante cunho histórico nacional. É também o local onde desenvolvo minha atividade laborativa, o que permitiu uma maior aproximação e compreensão do fenômeno, dos sujeitos e do objeto a ser estudado.

A fim de conhecer melhor o cenário, foi criado um capítulo (Capítulo VI) onde foram discutidos os aspectos mais relevantes.

3.3. Sujeitos do estudo:

Os sujeitos deste estudo foram 21 enfermeiros da referida Unidade Cardio-Intensiva do Hospital dos Servidores do Estado. A equipe de enfermagem é composta por 35 enfermeiros e 37 auxiliares de enfermagem, sendo os enfermeiros escolhidos como sujeitos, uma vez que estes lideram a equipe de enfermagem e são os responsáveis diretos pelo planejamento da assistência.

Para escolha dos sujeitos, foi adotado como critério de inclusão a atuação destes no setor há mais de seis meses, acreditando-se que este tempo permitiria um maior conhecimento das necessidades e problemáticas enfrentadas para a implementação e realização da sistematização da assistência de enfermagem. Participaram apenas os enfermeiros que desejaram, após esclarecimentos sobre o estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre-Esclarecido (Apêndice A).

O convite aos Enfermeiros ocorreu após aprovação do projeto de pesquisa pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Instituição (Hospital dos Servidores do Estado – HSE) e da Universidade de origem (Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ). Tal convite foi realizado verbalmente pela pesquisadora, sendo explicado aos sujeitos, os objetivos do estudo, a importância de sua participação e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após coleta dos dados, os sujeitos participantes foram caracterizados quanto ao tempo de formação, tempo de atuação na Unidade e tipo de pós-graduação, explicitado a seguir.

O anonimato de cada um foi garantido, sendo conferido um codinome a cada participante, de forma que o sujeito não pudesse ser identificado.

QUADRO 01

Caracterização dos enfermeiros de acordo com tempo de formação, tempo de atuação na Unidade Cardio-Intensiva e tipo de pós-graduação:

N. dos sujeitos	Sujeitos	Tempo de formação	Tempo de atuação na UCI	Pós-graduação.
01	Ana	02 anos e 06 meses	01 ano	Latu-sensu
02	André	26 anos	02 anos	Latu-sensu
03	Andréia	04 anos	1 ano e 03 meses	Residência Latu-sensu
04	Carlos	04 anos	08 meses	Latu-sensu
05	Cristina	03 anos e 06 meses	06 meses	Latu-sensu
06	Eduardo	01 ano e 06 meses	01 ano e 06 meses	Latu-sensu (em curso)
07	Elaine	19 anos	02 anos e 06 meses	Latu-sensu
08	Ester	02 anos	02 anos	Latu-sensu Residência
09	Fernanda	03 anos	06 meses	Latu-sensu Residência
10	Gabriela	08 anos	02 anos	Latu-sensu Strictu-sensu (em curso)
11	Juliana	09 anos	06 meses	Latu-sensu
12	Letícia	14 anos	02 anos	Latu-sensu
13	Luana	02 anos	01 ano e 06 meses	Latu-sensu (não concluída)
14	Maria	02 anos e 11 meses	02 anos	Latu-sensu
15	Mariana	06 anos	01 ano e 06 meses	Latu-sensu Residência
16	Milena	05 anos	01 ano	Residência Strictu-sensu
17	Mônica	18 anos	12 anos	Residência
18	Rúbia	06 anos	07 meses	Residência
19	Silvana	10 anos	02 anos e 06 meses	Latu-sensu
20	Sonia	04 anos	01 ano e 06 meses	Latu-sensu
21	Verônica	14 anos	02 anos	Residência Latu-sensu Strictu-sensu (não concluído)

Dos 21 sujeitos entrevistados, 17 (dezesete) pertencem ao sexo feminino e 03 (três) ao sexo masculino. Cabe ressaltar, que ainda nos dias atuais, a enfermagem é vista como profissão eminentemente feminina; Carvalho e Leite (1996) endossam que a partir de Florence Nightingale, a Enfermagem passou a ser entendida como uma vocação específica para mulheres e a idéia de homens na profissão não era aceita. No Brasil, à época do surgimento da Enfermagem, um dos requisitos básicos para freqüentar o Curso no Departamento Nacional de Saúde Pública, era ser do sexo feminino. Com isso, constituiu-se uma identidade feminina da profissão.

Segundo as autoras, acreditava-se que num sistema patriarcal, a socialização do homem dificultaria sua formação disciplinar, pré-requisito necessário para o exercício da enfermagem (op. cit., 1996).

Através dos tempos, a enfermagem passou por diversas mudanças. Hoje, o homem faz parte do seu contexto, contudo, as mulheres ainda são maior número, uma vez que a crença na enfermagem como profissão feminina ainda figura no imaginário da sociedade.

Quanto ao tempo de formação, 10 (dez) sujeitos possuem de 01 a 04 anos de formação; 06 (seis) de 05 a 10 anos; 02 (dois) de 11 a 15 anos; 02 (dois) de 16 a 20 anos e apenas 01 (um) possui 26 anos de formação. Quanto ao tempo de atuação na Unidade Cardio-Intensiva, 20 (vinte) sujeitos possuem de 01 a 03 anos de atuação e apenas 01 (um) atua no setor há 12 anos.

Dentre os 21 sujeitos entrevistados, 19 (dezenove) possuem pós-graduação *latu-sensu* nas áreas de enfermagem cardiológica, enfermagem do trabalho, docência do ensino superior, enfermagem em terapia intensiva, administração em serviços de saúde e enfermagem dermatológica; 08 (oito) concluíram o programa de especialização nos moldes de residência em enfermagem em áreas como enfermagem clínico-cirúrgica,

enfermagem em cirurgia cardíaca, enfermagem em clínica-médica, oncologia e saúde pública.

Quanto à pós-graduação strictu-sensu, apenas 01 (um) concluiu o curso de mestrado, com ênfase em saúde do trabalhador, 01 (um) apresenta curso de mestrado em fase de conclusão, com ênfase no cuidado de enfermagem ao paciente neurocrítico e 01 (um) referiu não ter concluído o programa do curso de mestrado.

Analisando o perfil dos sujeitos do estudo, é possível perceber uma heterogeneidade no grupo, fato que pode ser positivo, quando bem aproveitado. É preciso considerar elementos como gênero, idade, proficiência em línguas e cultura, uma vez que estes influenciam a aprendizagem e o trabalho do grupo (MARQUIS E HUSTON, 2005).

3.4. Aspectos éticos e legais:

Os participantes deste estudo receberam informações sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e sua importância, conforme Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos. O TCLE constou de duas cópias, na qual uma permaneceu com o entrevistado e a outra com o entrevistador, devidamente assinadas e datadas por ambos.

Para realização da pesquisa, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição em questão e da Universidade de origem, sendo aprovado por ambos, conforme consta nos pareceres: 000.296 (CEP/ HSE), com data de 12 de novembro de 2007 e 091/ 07 (CEP/ EEAN/ UFRJ), com data de 31 de outubro de 2007. (ANEXOS A e B). Também foi solicitada permissão à Instituição para citar o seu nome no estudo.

3.5. Produção e análise dos dados:

Os dados foram obtidos através de duas técnicas de coleta: as entrevistas e a observação participante, utilizando-se instrumentos específicos e buscando-se focar diretamente o tópico a ser estudado além de tratar os acontecimentos em tempo real (Apêndices B e C).

O roteiro de entrevista foi constituído de perguntas abertas e fechadas, que permitiram acesso às informações mais significativas para o estudo. O tipo de entrevista adotado foi sob a forma de um levantamento formal, que permite além de dados qualitativos, produzir dados quantitativos como parte das evidências do estudo de caso (YIN, 2005). Assim, foi possível também caracterizar os sujeitos, bem como algumas particularidades da assistência e do cenário em questão.

As entrevistas foram realizadas nos meses de fevereiro a maio de 2008, individualmente, durante os plantões de cada sujeito. Apesar da dificuldade de realização de cada entrevista, devido ao pouco tempo que cada sujeito dispunha durante o plantão, não houve limite de tempo para as respostas. Cada sujeito respondeu no tempo que julgava necessário, tendo cada entrevista duração média de aproximadamente 30 (trinta) a 80 (oitenta) minutos.

Para a realização das entrevistas, foi escolhido um ambiente na própria instituição, silencioso, tranquilo e apropriado, conforme a disponibilidade dos sujeitos.

Antes do início de cada entrevista, os participantes foram esclarecidos acerca do estudo e dos seus objetivos, bem como da manutenção do anonimato de cada um e da possibilidade de interromper a participação no estudo, sem acréscimo de danos ou riscos para os mesmos. Também foi assegurado que o depoimento somente seria utilizado com autorização do mesmo e que em nenhum momento seria exposto.

Para a realização das entrevistas foi utilizado um gravador, no qual as mesmas foram gravadas em fita K-7. Após a realização de cada entrevista, o depoimento foi transcrito pela entrevistadora e apresentado ao entrevistado, para que o texto fosse validado.

A observação participante, ocorrida no período de março a maio de 2008, constituiu-se de observações do dia-a-dia, relatadas em um instrumento, conforme um diário de campo, tendo como base um roteiro aberto, previamente estruturado.

Yin (2005) afirma que a “observação participante é uma modalidade especial da observação onde o observador não é apenas passivo. Em vez disso, ele pode assumir uma variedade de funções dentro do estudo e pode, de fato, participar dos eventos que estão sendo estudados”.

Para Chizzotti (2000), a observação participante é obtida por meio do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, para recolher as ações dos atores em seu contexto natural, a partir de sua perspectiva e seus pontos de vista. Através desse instrumento, é possível experimentar e compreender a dinâmica dos atos e eventos, e recolher as informações a partir da compreensão e sentido que os atores atribuem aos seus fatos.

Antes da coleta de dados, foi realizado um estudo piloto, nos meses de dezembro/ 2007 e janeiro/ 2008. Este auxiliou a aprimorar os planos para a coleta de dados tanto em relação ao conteúdo dos dados quanto aos procedimentos que devem ser seguidos, ajudando a desenvolver um alinhamento relevante das questões.

Os dados obtidos foram categorizados e analisados de forma crítica, à luz do método de estudo de caso, visando atender aos objetivos deste estudo. Yin (2005) informa que a “análise dos dados consiste em examinar, categorizar, classificar em

tabelas, testar ou, do contrário, recombina as evidências quantitativas e qualitativas para tratar as proposições iniciais de um estudo”.

Através das respostas obtidas foram identificadas nos depoimentos dos sujeitos participantes as expressões mais significativas, o que permitiu a elaboração de três unidades temáticas, organizadas sob a forma de capítulos e descritas a seguir:

CAPÍTULO V: Cuidados de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

CAPÍTULO VI: Potencialidades e fragilidades no planejamento da assistência de enfermagem.

CAPÍTULO VII: Subsídios para uma metodologia de assistência de enfermagem aplicada ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

CAPITULO IV

CONHECENDO O CENÁRIO...

Este capítulo destina-se a permitir uma maior compreensão acerca do cenário utilizado para o estudo. Busca-se apresentar a história e filosofia institucional e a organização do serviço na Unidade Cardio-Intensiva.

Ribeiro (1993) destaca que “o hospital, seja ele público ou privado, representa a emergência de interesses submersos da produção industrial na Saúde. O que aparece, todavia, é o seu resultado mais brilhante e socialmente aceito: o cuidado com o enfermo”.

4.1. O Bairro Saúde e o Hospital dos Servidores do Estado:

O Hospital dos Servidores do Estado, inicialmente Hospital do Funcionário Público Federal, concebido arquitetonicamente em 1935, representa um dos momentos mais importantes das inovações assistenciais e tecnológicas que o mundo desenvolvido poderia oferecer para os seus usuários, funcionários públicos da Capital do Brasil. Aliás, importante registrar que aquele seria um hospital concebido a partir de um diferencial fundamental para a história do sistema de saúde e da própria política vigente na década de 30 do século passado, com o domínio do modelo político concebido pelo Presidente Getúlio Vargas e que, posteriormente, viria a ser conhecido como a Era Vargas (BITENCOURT, 2007).

A afirmação acima, escrita pelo arquiteto e vice-presidente da ABDEH⁴, Flávio Bitencourt no livro “*Hospital dos Servidores do Estado – Um Patrimônio de Saúde, Arquitetura e História*”, lançado em 2007, em função da comemoração dos 60 de inauguração da Instituição, retrata claramente a representatividade do Hospital dos

⁴ **ABDEH:** Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar.

Servidores do Estado para a sociedade, à época da sua inauguração. Seu projeto arquitetônico foi escolhido em concurso público, sendo comparado aos hospitais construídos na Europa. Segundo o autor, o hospital era o “preferido do governo”, sendo destinado a “dar assistência direta àqueles que se dedicam aos seus serviços, prestando-o não só nos casos de invalidez e extrema velhice, mas ainda em defesa da saúde e da vida”.

Localizado no Bairro Saúde – 1ª. Região Administrativa da Cidade do Rio de Janeiro, o Hospital dos Servidores do Estado contribuiu para a história da saúde e da arquitetura hospitalar, além de ser considerado patrimônio histórico do Brasil.

O Bairro Saúde é parte da Região da Zona Portuária da cidade, periferia da área central de negócios. Oficialmente, limita-se entre a Praça Mauá e a Avenida Barão de Tefé, abrangendo o Morro da Conceição e do Valongo. Historicamente, esta região foi fundamental para a estruturação da malha urbana, identidade cultural e história popular da cidade. É caracterizado ainda hoje por residências autênticas, caminhos sinuosos, escadinhas, travessas, becos, adros, escadarias e ladeiras, que guardam mais de 400 anos da história carioca (BITENCOURT, 2007).

A denominação Bairro Saúde deve-se ao fato de que, no início da sua ocupação, no século XVI, seria um “lugar de saúde”, já que as doenças geradas pela insalubridade da zona portuária não alcançavam os habitantes que optaram por morar nas encostas dos morros da região, então ocupadas por chácaras. Acreditava-se que optar pela Saúde, era uma boa condição de vida (op. cit., 2007).

Contudo, a realidade do bairro mudou e na virada do século XIX para o século XX faltavam empregos, saneamento básico e moradias. O Rio de Janeiro era habitado por ex-escravos, imigrantes europeus, desertores e excedentes das forças armadas e trabalhadores das fazendas de café do Vale do Paraíba, cuja produção entrou em

decadência antes do fim do Império. A população pobre e desempregada abrigava-se em cortiços, opções de moradia baratas, porém sem estrutura sanitária.

Em nome da reforma sanitária e da intervenção direta do Estado na cidade, o então prefeito Barata Ribeiro, demoliu, em 1893, o mais famoso e populoso de todos os cortiços, o “Cabeça de Porco”, instalado aos pés do Morro da Favela. Contudo, antes da demolição acontecer, foi autorizado aos moradores a retirada de pedaços de madeira dos quartos para que fossem utilizados em futuras construções.

A população o fez, utilizando os pedaços de madeira para erguer barracos no morro vizinho ao cortiço, surgindo assim, a primeira favela do Rio de Janeiro, o Morro da Favela (atualmente conhecido como Morro da Providência e vizinho ao HSE), posteriormente servindo de abrigo para os soldados que retornaram da Guerra dos Canudos.

Com a crise na cidade devido ao desemprego, a falta de saneamento, a febre amarela e a varíola, o governo iniciou, no início do século XX, a modernização do porto, o saneamento da cidade e a reforma urbana. Obras que transformaram por completo a região da Saúde, Gamboa e Praia Formosa, no Centro, além do aterramento no porto, permitindo a construção dos armazéns.

Já as condições de saúde foram combatidas por Oswaldo Cruz, que obrigou a população a ser vacinada contra a varíola, fato que culminou na Revolta da Vacina, uma vez que a população não aceitava a vacina obrigatória e não acreditava nos efeitos benéficos. A Revolta só terminou quando o exército tomou os últimos núcleos, localizados no Morro da Favela.

A reforma urbana, conhecida por “Regeneração” se completou em 1904, marcada pela inauguração da Avenida Central, atual Avenida Rio Branco, marcada por fachadas suntuosas com modernos e elegantes lampiões para iluminação elétrica.

Segundo Bitencourt (2007), Pereira Passos cumpriu o que havia prometido: transformar o Rio em uma “Europa Possível”.

Neste contexto de modernização, com a valorização urbana da área central e demolição dos prédios residenciais, as favelas se proliferaram. A Capital, com estatus moderno e, comparada às cidades européias ganhou fama e passou a ser conhecida por “Cidade Maravilhosa”.

4.2. O Hospital dos Servidores do Estado e seus 60 anos de história:

O advento da saúde no Brasil se deu com o início da Era Vargas, quando foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, destinado a realizar reforma e melhorias das condições sanitárias.

Em 1934, por iniciativa do Ministro do Trabalho Salgado Filho, Getúlio Vargas assinou um decreto estabelecendo-se a idéia de se criar um hospital para servidores públicos, denominado Hospital do Funcionário Público Federal. Em 1938 foi criado o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE), com o objetivo de prestar assistência médica e previdenciária a todos os funcionários públicos, cuja clientela variava desde o mais simples funcionário até os altos cargos dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário federais.

Com a criação do IPASE, o Hospital do Funcionário Público Federal foi incorporado como seu órgão de assistência médico-hospitalar, passando a se chamar Hospital dos Servidores do Estado (HSE) (BITENCOURT, 2007). Gerando uma grande expectativa na população à época da inauguração, o HSE representava uma instituição altamente moderna, nos moldes de um hospital norte-americano e com a preocupação de se constituir um quadro de pessoal altamente qualificado.

O Hospital dos Servidores do Estado foi inaugurado em 28 de outubro 1947, dia do funcionário público e treze anos após o início de sua construção. A dificuldade de liberação das verbas orçamentárias foi a responsável pela demora na conclusão das obras. Contudo, o HSE atendeu às expectativas dos servidores e funcionários, sendo rapidamente considerado um hospital de referência. Por ser um hospital dos funcionários públicos, sua localização⁵ foi escolhida, de forma que ficasse o mais próximo possível do centro administrativo e político federal.

Destinado a atender a todos os servidores públicos federais, o hospital possuía uma clientela bastante diversificada, variando desde serventes ao Presidente da República. Nele, internaram-se cinco Presidentes: José Linhares, Café Filho, Juscelino Kubistcheck, João Goulart e João Baptista Figueiredo (HSE, 2008).

Bitencourt (2007) afirma que a garantia da qualidade no atendimento, a reconhecida competência do quadro médico e o alto padrão técnico-científico foram os principais motivos para transformar o HSE num hospital de referência. Para os profissionais atuantes, trabalhar no HSE era sinônimo de status profissional, com níveis salariais obedecendo a um plano de cargos e salários exclusivos.

Muitos foram os feitos dourados ao longo de sua história, podendo-se citar as inovações na administração, a criação do programa de residência médica e as inovações tecnológicas, clínicas e cirúrgicas. Estas levaram o HSE a ser reconhecido como o mais avançado hospital público da América Latina por autoridades nacionais e estrangeiras, que lhe conferiram a Classe A no Sistema Internacional de Classificação de Hospitais (op. cit., 2007).

Dentre as inovações referentes à área administrativa estão: a criação do número de registro médico em prontuário único; criação da papeleta e pedido de parecer;

⁵ O Hospital dos Servidores do Estado localiza-se à Rua Sacadura Cabral, 178, no bairro Saúde - em terreno de domínio da União; local que décadas antes, foi considerado pela saúde pública um dos principais focos de doenças endêmicas da cidade.

criação dos serviços de informações – modelo atual de ouvidoria, destinado ao relacionamento com o público; centralização dos serviços auxiliares – como radiologia, laboratório de análises clínicas, anestesia, anatomia patológica, serviço social e nutrição e dietética; funcionamento do Centro de Estudos do HSE – com a publicação da Revista Médica do HSE; instituição do estagiário externo e a padronização das roupas de cama e uniformes.

As inovações na área clínico-cirúrgica podem ser exemplificadas pelas inúmeras iniciativas de transplantes – como os de córnea, renal, de medula óssea e o primeiro transplante cardíaco do Rio de Janeiro; instalação do primeiro “rim artificial” da América do Sul, iniciando-se os processos dialíticos; implantação do serviço de epidemiologia hospitalar; e a instituição, em 1990, da Lista Única de candidatos a receptores de rim de cadáver – que posteriormente veio a se tornar lei federal para transplante de órgãos (Lei 8. 489, de 18 de novembro de 1992⁶) (BITENCOURT, 2007; HSE, 2008).

A enfermagem do HSE também era responsável por fazer a diferença contribuindo sobremaneira para o reconhecimento do Hospital:

[...] A enfermagem teve seu tempo áureo no HSE, os pacientes recebiam uma assistência de enfermagem plena, com dedicação e valorização da vida. Enfermagem de cabeceira, participativa das emoções, receios e inseguranças dos pacientes internados que depositavam na enfermeira uma confiança total, porque sentiam o desvelo, a atenção, o carinho que lhes eram dispensados. As enfermeiras procuravam aprimorar seus conhecimentos com cursos extracurriculares, palestras, conferências e apresentação de trabalhos. O ex-IPASE contribuiu muito com cursos variados para o aprimoramento profissional das enfermeiras⁷ (CARVALHO E LEITE, 1996).

⁶ **Lei 8.489, de 18 de novembro:** Dispõe sobre a retirada e o transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos, científicos e humanitários e dá outras providências.

⁷ Depoimento de enfermeira presente na obra “*O Cotidiano da Enfermagem em um Grande Hospital – HSE (1947 – 1980)*”.

Em 1978, com a criação do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) pelo governo militar, o que promoveu a unificação do sistema de aposentadorias e pensões, aumentou-se consideravelmente o número de beneficiários e conseqüentemente o número de atendimentos no HSE, culminando em uma grave crise. O excesso de pacientes prejudicava a formação médica da equipe, o atendimento e a organização do hospital.

Em depoimento, Júlio Diskstein⁸ apud Bitencourt (2007), relata a crise do hospital:

o hospital começou a decair quando ele deixou de ser um hospital dos servidores do Estado, dos servidores federais, para ser um hospital do INAMPS. E isso se deu no final de 70. O hospital passou a atender acima de sua capacidade, por ser um hospital com muitos recursos e conceituado. Isso destruiu toda a organização do Hospital, porque o volume de atendimento dentro do ambulatório e número de internações eram de tal ordem que começou a decadência do hospital.

A criação do SUS (Sistema Único de Saúde), a falta de profissionais de enfermagem e médicos, a redução do programa de bolsas e de verbas, contribuíram para o aumento da crise no Hospital.

Nas décadas de 80 e 90, o HSE passou por mudanças de gestão. Pertencente ao INAMPS, foi subordinado à Secretaria de Saúde de Estado do Rio de Janeiro, o que dificultou os processos administrativos e assistenciais, gerando novamente crises na Instituição. Em 1992, prejudicado pelas dívidas com os fornecedores, o Hospital enfrentou dificuldades para abastecer-se de alimentos, medicamentos e material hospitalar, culminando na sua interdição pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), além do fechamento do ambulatório, da internação e da emergência.

⁸ Depoimento do médico pediatra Júlio Dikstein citado por Bitencourt (2007).

Reintegrado ao Governo Federal em 1994, o Hospital dos Servidores do Estado vem tentando reerguer-se, sendo a partir de 2005, apoiado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de atingir as metas propostas e investir na qualidade do atendimento à saúde no Estado do Rio de Janeiro.

Assim, iniciou-se um quadro de reformas, adequando-se a instituição e re-inaugurando setores como a Recuperação Pós-Anestésica, a Policlínica e o Plantão Geral, buscando-se uma adaptação às novas tecnologias, como forma de remodelar o histórico Hospital dos Servidores do Estado.

4.3. O Hospital dos Servidores do Estado na atualidade:

A Missão “**Promover atenção humanizada a saúde, integrada aos princípios do SUS**” nos leva a refletir sobre a preocupação do Hospital dos Servidores do Estado com uma assistência de qualidade. A Visão de Futuro “**Estar entre os melhores Hospitais do Brasil**”, com os objetivos de: manter atendimento de qualidade no dia-a-dia e, assim, aumentar a confiança em nossos serviços; ampliar nossas atividades de ensino e pesquisa; manter um sistema constante de auto-avaliação; e utilizar bem nossos recursos, indicam os caminhos que o Hospital tem a trilhar (HSE, 2008).

O Hospital dos Servidores do Estado ocupa uma área construída de 107.000 m², com aproximadamente 515 leitos em funcionamento, 22 salas no Centro Cirúrgico, 248 salas de atendimento ambulatorial, 05 salas de cirurgias gerais ambulatoriais e 04 salas de cirurgias oftalmológicas (BITENCOURT, 2007; HSE, 2008).

Sua planta física é composta pelo prédio principal, com 11 andares, onde estão situadas as divisões médica e de enfermagem, as enfermarias, as unidades intensivas e o centro cirúrgico; anexo 1, com 04 andares, composto pelos estacionamentos e serviço de

nutrição e dietética; anexo 2, com 04 andares, composto pelos serviços de banco de sangue, residência médica, anatomia patológica, capela, necrotério e dermatologia; anexo 3, com 04 andares, composto pelos serviços de ambulatório, Centro de Estudos e Comitê de Ética em Pesquisa; e anexo 4, com 07 andares, composto pela fisioterapia, odontologia, nefrologia, serviços administrativos e de oficinas.

Várias são as especialidades oferecidas, como: anatomia patológica, anestesia, cardiologia, centro cirúrgico, centro de tratamento intensivo, cirurgia geral 1 e 2, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica reparadora, cirurgia torácica, cirurgia vascular, clínica médica, comissão de saúde do trabalhador, comissão de suporte nutricional, dermatologia, documentação e estatística, doenças infecciosas e parasitárias, epidemiologia, farmácia, ginecologia, hemoterapia, laboratório central, medicina física e reabilitação, medicina nuclear, microcirurgia reconstrutiva, nefrologia, neurocirurgia, neurologia, núcleo de acolhimento, nutrição e dietética, oftalmologia, odontologia, oncologia clínica, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria, plantão geral, proctologia, psicologia médica, psiquiatria, radiodiagnóstico, radioterapia, serviço social, unidade materno-fetal e urologia.

Atualmente, o corpo clínico é composto por 540 enfermeiros, 920 auxiliares de enfermagem, 900 médicos, além de residentes médicos e residentes de enfermagem. Há um programa de formação profissional que permite que a Instituição possua professores titulares, livres docentes, professores adjuntos, assistentes e auxiliares, além dos especialistas (BITENCOURT, 2007).

O Hospital dos Servidores do Estado atende a uma clientela diversificada, proveniente de vários bairros e municípios do Rio de Janeiro. Por ser de fácil localização, próximo a transportes públicos que permitem acesso aos mais diversos locais do estado, o número de atendimentos no Hospital é sempre alto. Segundo

Bitencourt (2007), apenas 45% dos atendimentos são de moradores da cidade do Rio de Janeiro, enquanto 41% pertencem a baixada fluminense, 7% de outras cidades e 6% de outros estados.

Mesmo com as situações de precariedade, o HSE tem conseguido colocar em prática os seus princípios norteadores com base na humanidade, honestidade, compreensão, ética, confiança, reconhecimento, competência, trabalho em equipe, equidade e educação. Sua trajetória, em meio aos conflitos e crises, nunca deixou de ser marcada pelas vitórias e sucessos.

Diferente do objetivo inicial, em que era destinado apenas para o atendimento aos servidores públicos, o HSE segue hoje o desafio de prestar assistência humanizada a todos os cidadãos provenientes do SUS, além de reafirmar-se como uma referência importante e singular na história da saúde e do Estado.

4.4. A Unidade Cardio-Intensiva:

O Centro de Assistência Cardiológica (CAC) é composto pelo ambulatório, enfermarias feminina e masculina de cardiologia, Unidade Cardio-Intensiva e Hemodinâmica. Porém, apenas a Unidade Cardio-Intensiva foi utilizada como cenário deste estudo.

Localizada no 3º. Andar/ Pavimento do prédio principal, a Unidade Cardio-Intensiva (UCI) é destinada a atender pacientes cardiopatas graves, de origem clínica e cirúrgica, que necessitam de suporte tecnológico e de uma assistência especializada, provenientes do plantão geral, centro cirúrgico, enfermarias e de transferências externas.

Anteriormente, a Unidade Cardio-Intensiva era denominada Unidade Coronariana, recebendo apenas pacientes clínicos e emergências cardíacas, como edema

agudo de pulmão, arritmias ou com necessidade de uso do marcapasso. Porém, a partir de fevereiro de 2005, a UCI passou a receber também os pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, o que gerou mudanças no serviço e nas rotinas da Unidade.

A clientela UCI é bastante variada, com as mais diversas patologias. Dentre as patologias clínicas é possível citar a hipertensão arterial sistêmica grave, o infarto agudo do miocárdio (IAM), os bloqueios átrio-ventriculares, insuficiências coronarianas e cardíacas, arritmias e cardioversões. Há também os pacientes que possuem patologias de outras áreas, como insuficiências renais, acidente vascular cerebral e politrauma, entre outros; entre as abordagens cirúrgicas, destacam-se os pré e pós-operatórios de cirurgia cardíaca, angioplastia e cateterismo cardíaco, instalação e/ ou troca de marcapasso.

A permanência de pacientes clínicos e cirúrgicos em um mesmo espaço físico configura uma particularidade. Seria ideal, que a Unidade Coronariana e a Unidade Cardio-Intensiva pertencessem a espaços físicos distintos.

Atualmente, a forma como se apresenta a UCI, é grande causadora de estresse para os pacientes que presenciam eventuais emergências e para a equipe multiprofissional atuante, uma vez que, o paciente em pré-operatório tem contato visual direto com o paciente em pós-operatório imediato, que pode vir ser mal-sucedido. O paciente coronariopata clínico tem contato com pacientes que realizam hemodiálise, ou que precisam estar sedados, dependentes de prótese ventilatória. Este é um fato gerador de ansiedade entre os pacientes, que muitas vezes encontram-se psicologicamente abalados. Para a equipe, perde-se o caráter especializado, responsável pelo diferencial em uma unidade de cuidados intensivos.

Meltzer (2001) afirma que uma unidade tipo enfermaria aberta, com cortinas ou separações entre as camas não proporciona a tranquilidade e serenidade tão necessárias no programa geral de tratamento. Além disto, é importante que os pacientes não percebam uns aos outros, não sendo afetados por eventuais emergências que ocorram em áreas adjacentes, pois presenciar uma crise dentro da unidade pode ser uma experiência emocional devastadora.

A autora também refere que a localização da Unidade Coronariana próxima ao CTI é vantajosa, permitindo um compartilhamento de serviços que de outra maneira, deveriam ser duplicados. Porém, não é ideal combinar a UCI, a Unidade Coronariana e o CTI geral em um mesmo espaço físico, servido pela mesma equipe. Esta experiência mostra que equipes de enfermagem independentes para estas respectivas unidades são mais eficazes que equipes conjuntas. Além disso, os CTIs são ambientes muito pesados para pacientes com infarto agudo do miocárdio.

A área física da UCI é ampla e conta com uma unidade anexa, chamada Unidade Pós-Angioplastia (UPA), inaugurada em fevereiro de 2008. Ambas as áreas serão fisicamente descritas a seguir:

Unidade Cardio-Intensiva: a unidade é tipo enfermaria aberta, com um posto de enfermagem localizado na extremidade direita, mais alto do que os leitos, permitindo uma visualização parcial de todos os pacientes.

Há 12 boxes, separados por divisórias que na parte inferior são de madeira tipo compensado e a parte superior de vidro, permitindo uma melhor observação dos pacientes. Todos os boxes são equipados com sistema de monitorização cardíaca, interligados a um monitor central, instalado no posto de enfermagem. Os boxes são dispostos de forma circular, porém, nem todos possuem portas ou divisórias que

funcionem como tal, permitindo o isolamento do box. Para esta finalidade, são utilizados biombos. Normalmente, por serem mais próximos ao posto de enfermagem, os boxes 01, 02 e 03 são destinados aos pós-operatórios de cirurgia cardíaca.

Na UCI não há janelas, o que é prejudicial para os pacientes que perdem contato com o fuso horário, com anoitecer e com o amanhecer, afetando diretamente o nível de consciência e orientação de cada um. A iluminação utilizada é artificial, com lâmpadas do tipo fluorescente. O sistema de refrigeração da Unidade é através de ar condicionado central.

Há uma sala destinada ao preparo e acondicionamento das medicações, localizada próxima ao posto de enfermagem, com bancada própria, uma pia e filtro de água, o que facilita o preparo adequado das medicações. Há uma área de expurgo, com divisão para áreas de material contaminado e limpo. Contudo, ainda é realizada a limpeza e o processamento do material no setor, utilizando-se soluções como o glutaraldeído. Há também um banheiro para uso dos pacientes, com um chuveiro, um vaso sanitário e uma pia. No corredor de acesso ao banheiro há um armário para acondicionamento de roupas de cama e pijamas para pacientes e funcionários.

Próximo ao posto de enfermagem, localizam-se armários e carrinhos onde ficam acondicionados materiais de curativos, luvas estéreis e de procedimento, almotolias com soluções antisépticas, entre outros. Nesta área há também um carro para parada cardiorrespiratória com desfibrilador, um aparelho de eletrocardiograma e um aparelho de balão intraórtico. Há um aparelho de gasometria⁹ localizado no posto de enfermagem.

⁹ **Gasometria:** Segundo Meltzer (2001), a determinação da gasometria arterial (e, em menor escala, a gasometria venosa) é usada para se avaliar a oxigenação tissular e o metabolismo, principalmente na presença de insuficiência circulatória.

Unidade Pós-Angioplastia: esta área anexa a UCI foi planejada para o atendimento a pacientes em pré e pós-angioplastia, porém, tal finalidade nem sempre é respeitada e o seu funcionamento se dá conforme as necessidades de serviço.

Em sua área física há um pequeno posto de enfermagem, com uma pia e armário para acondicionamento de medicações de urgência e de rotina dos pacientes, material para curativo, luvas de procedimento e estéreis. O posto é linear aos leitos e dele é possível a visualização imediata de 03 leitos.

Há 05 leitos, que não são separados por divisórias. Quando é necessário, esta separação é realizada por biombos, assim como na UCI. Os leitos ficam dispostos sendo três na parte frontal da unidade e 02 na parte posterior, estes últimos não são diretamente visualizados do posto de enfermagem.

Próximo ao posto há um armário para acondicionamento dos prontuários e demais impressos hospitalares a serem utilizados. Há um banheiro para pacientes, de localização central, com um chuveiro, um vaso sanitário e uma pia. Nesta unidade há janelas, que permitem aos pacientes, acompanhar a passagem do dia e da noite e que podem ser abertas quando necessário. O sistema de refrigeração também se dá por meio de ar-condicionado central.

A equipe de enfermagem que atende às Unidades (UCI e UPA) é a mesma. É importante lembrar que a UPA é parte integrante da UCI, sendo assim, somam-se 17 leitos (sendo 12 leitos destinados à UCI e 05 destinados à UPA), admitindo-se pacientes com as mais diversas patologias, nem sempre sendo possível respeitar as especificidades clínicas da Unidade.

Para Meltzer (2001), a observação visual direta é parte integrante do tratamento intensivo, e é totalmente desvantajoso se confiar somente na vigilância dos monitores como principal meio de avaliação do paciente.

A unidade deve ser composta por uma série de quartos individuais. Uma unidade tipo enfermaria aberta com cortinas e/ou separações entre as camas não proporciona a tranqüilidade e serenidade necessários ao programa de tratamento do paciente coronariopata. Também deve ser possível que as macas possam circular livremente em cada box ou quarto separadamente, sem perturbar os demais pacientes (op. cit., 2001).

Quanto ao posto de enfermagem, Nishide et al (2003) apontam que este deve ser centralizado, com no mínimo um para cada 12 leitos, e situar-se numa área de tamanho suficiente para acomodar todas as funções necessárias, com balcões, terminais de computador e demais utensílios necessários.

As autoras também recomendam que a sala de materiais sujos (expurgo) seja localizada fora da área de circulação da unidade, devendo abrigar a roupa suja a ser encaminhada a lavanderia, dispor de mecanismos para descartar materiais contaminados com substâncias e fluidos corporais.

Em área externa às enfermarias (UCI e UPA), há uma sala para a gerente de enfermagem e uma sala para chefia médica, um banheiro com chuveiro, pia e vaso sanitário, destinado aos funcionários. Uma sala denominada de arsenal, onde são armazenados todos os materiais descartáveis estéreis e não estéreis utilizados na unidade, uma sala onde são armazenados impressos e soluções fisiológicas, um armário para armazenamento de materiais estéreis não descartáveis e de alto custo como cateteres e, o acesso à Recreação, uma unidade pertencente ao setor de Pediatria.

No corredor de acesso à UCI, localiza-se o vestiário de enfermagem, com copa e área para descanso, e o quarto dos médicos plantonistas com banheiro próprio e área para descanso. Nishide et al (2003) e Meltzer (2001) enfatizam a importância de uma área de descanso para todos funcionários da equipe multiprofissional. Este deve ser um local privado, descontraído, com armários independentes para cada funcionário. Deve conter também uma copa, com geladeira e local destinado ao preparo e armazenamento de alimentos.

Próximo à Unidade há uma sala de reuniões, uma sala de exames, uma sala para realização de eletrocardiograma com um consultório médico, onde são atendidos os pacientes coronariopatas provenientes do plantão geral, uma copa para armazenamento e preparo das refeições destinadas aos pacientes e um banheiro para visitantes externos. No hall central do andar, há acesso a unidade de pediatria e as enfermarias feminina e masculina de cardiologia.

A equipe multiprofissional é composta pela equipe de enfermagem, equipe médica, fisioterapeutas, psicólogos e nutricionistas. Há também os secretários responsáveis pelo saldo mensal do setor e organização dos prontuários após alta e/ ou óbito. A secretaria da cirurgia cardíaca se encontra em área externa e próxima a Unidade e conta com uma secretária, responsável pelo agendamento das cirurgias.

A equipe de enfermagem possui 35 enfermeiros e 37 auxiliares de enfermagem, sendo 42 funcionários distribuídos no período diurno e 30 funcionários no período noturno. Todos os funcionários da Unidade são efetivos, admitidos através de concursos públicos.

Quanto aos enfermeiros há uma Gerente de Enfermagem¹⁰ diarista, 03 enfermeiros diaristas (responsáveis pela parte burocrática e pela rotina do setor), sendo 02 manhistas e um tardista, 30 enfermeiros plantonistas assistenciais e um enfermeiro plantonista em escala dia sim/ dia não, apenas nos plantões diurnos e exceto finais de semana, responsável pela cirurgia cardíaca.

Quanto aos auxiliares de enfermagem, há 04 auxiliares responsáveis pela organização do material da Unidade, com escala de serviço organizada e distribuída nos dias úteis, 27 auxiliares plantonistas assistenciais e 06 auxiliares operacionais de serviços diversos (AOSD), dispostos um em cada plantão (noturnos e diurnos). Estes auxiliares são responsáveis pelo preparo e limpeza do material contaminado e do material a ser esterilizado, encaminhamento das prescrições médicas à farmácia e por buscar as medicações necessárias, encaminhamento de material aos laboratórios central e de urgência, encaminhamento dos pareceres solicitados e pela marcação de exames, entre outras funções.

A carga horária de todos os funcionários pertencentes à equipe de enfermagem da UCI é de 30 horas semanais. Os diaristas dividem-se em manhã ou tarde, apenas nos dias úteis, os demais membros da equipe possuem escala de serviço em forma de plantão, com esquema de revezamento de 12 horas trabalhadas por 60 horas de descanso (12/60), sendo então, 06 equipes, 03 para o serviço diurno e 03 para o serviço noturno. Cada equipe de enfermagem diurna conta com 06 enfermeiros plantonistas assistenciais, 04 auxiliares de enfermagem e 01 AOSD. As equipes de enfermagem noturnas são compostas por 04 enfermeiros plantonistas assistenciais, 05 auxiliares de enfermagem e 01 AOSD.

¹⁰ **Gerente de Enfermagem:** Várias são as denominações para o enfermeiro que ocupa a posição de chefia de setor, podendo também ser adotado: Enfermeira Chefe, Enfermeira Supervisora e Enfermeira Líder. Esta denominação varia conforme a Instituição ou conforme a literatura utilizada. Neste estudo, foi adotada a denominação **Gerente de Enfermagem**, por ser esta a utilizada na Instituição que serve de cenário para a pesquisa.

A divisão para o trabalho da equipe de enfermagem se dá através de escala de serviço diária, contemplando-se todos os 17 boxes/ pacientes pertencentes à Unidade. Normalmente, destina-se 01 enfermeiro e 01 auxiliar de enfermagem para a UPA e os demais permanecem na área interna da UCI, normalmente com pacientes hemodinamicamente instáveis, que inspiram cuidados intensivos. Assim, na UCI, permanecem 05 enfermeiros e 03 auxiliares de enfermagem. É importante lembrar que sempre há funcionários de férias e com os mais diversos tipos de licenças e folgas, não sendo possível atuar com o quantitativo completo de profissionais.

A UCI também conta com serviço de higienização hospitalar. Este é um serviço terceirizado pelo HSE/ Ministério da Saúde e que atende a todos os outros setores da instituição. Na UCI, normalmente há 02 funcionários de plantão, com escala de revezamento de 12 horas trabalhadas por 36 horas de descanso, o que corresponde a 40 horas semanais. Estes funcionários são os responsáveis pela limpeza de toda a área da Unidade, o que acarreta sobrecarga de serviço, dada a grande demanda e rotatividade do setor.

Planta Física do 3º. Andar/ Pavimento - Prédio Principal do Hospital dos Servidores do Estado, onde está localizada a Unidade Cardio-Intensiva:

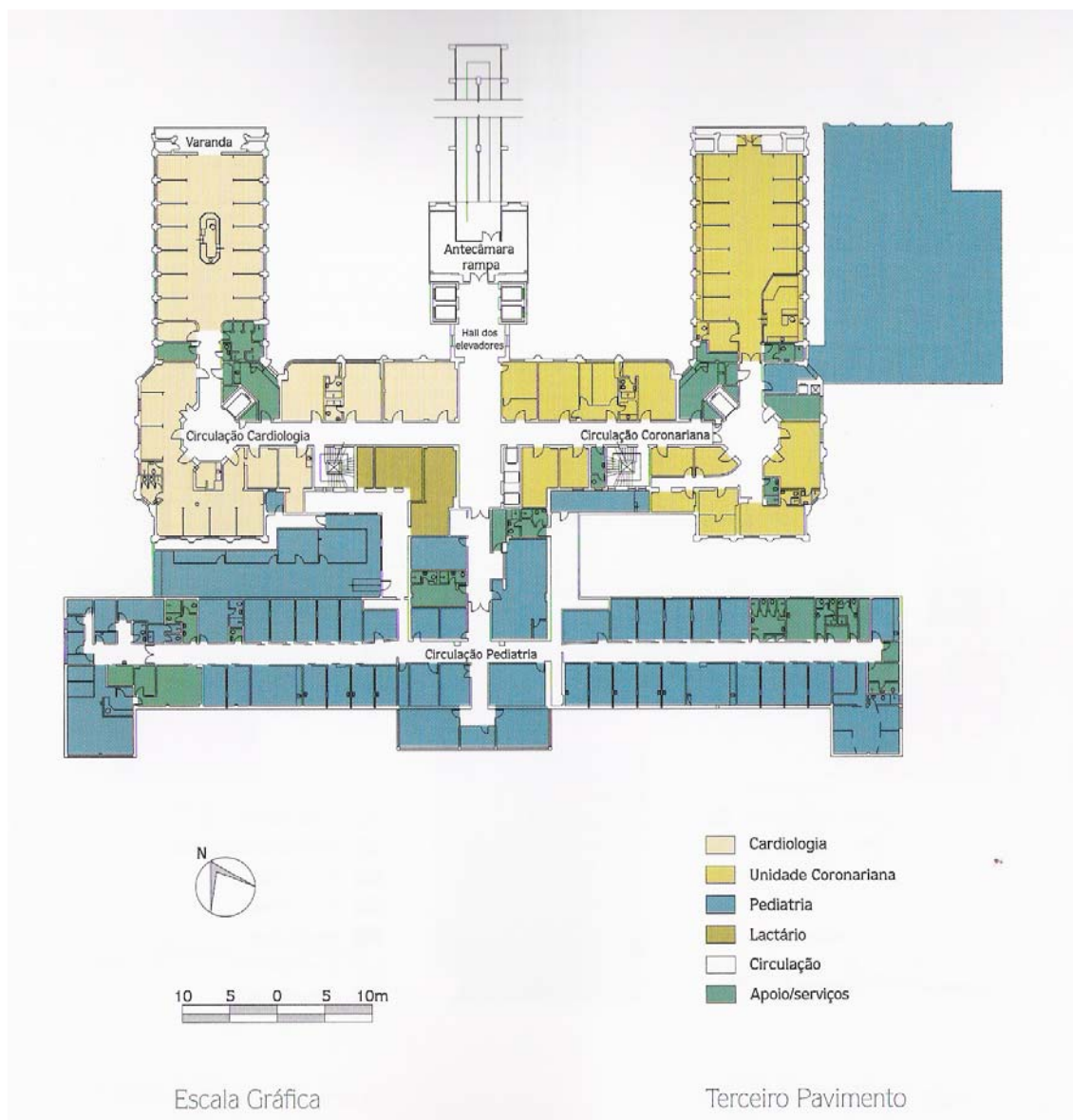


FIGURA 1: Planta física do 3º. Andar - Prédio Principal do Hospital dos Servidores do Estado. A Unidade Cardio-Intensiva está localizada à direita, onde lê-se Unidade Coronariana (BITENCOURT, 2007).

CAPÍTULO V

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA.

Apresentada sob a forma de capítulo, esta unidade temática discute o planejamento da assistência de enfermagem, com base nas necessidades dos pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca identificadas pelos enfermeiros. A fim de permitir uma melhor análise, esta unidade divide-se em duas sub-unidades, intituladas ‘cuidados diretos de enfermagem ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca’ e, ‘cuidados indiretos de enfermagem ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca’.

O período de pós-operatório de cirurgia cardíaca é repleto de particularidades, exigindo da equipe de enfermagem observação contínua a fim de assistir a recuperação dos pacientes em pós-anestésico e em pós-estresse cirúrgico. Toda a equipe multiprofissional envolvida deve ter os mesmos objetivos, como a manutenção do equilíbrio dos sistemas orgânicos, alívio da dor e desconforto, prevenção de complicações pós-operatórias, plano adequado de alta e orientações (NISHIDE et al, 2003).

Várias são as alterações decorrentes do ato cirúrgico onde, na técnica padrão, o coração é parado e a circulação mantida através da Circulação Extracorpórea (CEC). Segundo Woods et al (2005), embora esse procedimento tenha sido utilizado com sucesso por mais de três décadas, há inconvenientes, como os desequilíbrios fisiológicos que acarretam em longa permanência hospitalar.

Dentre os desequilíbrios fisiológicos, destacam-se os cardiovasculares, como sangramento pós-operatório, tamponamento cardíaco, depressão miocárdica, infarto do

miocárdio perioperatório e arritmias; os pulmonares, como a disfunção pulmonar branda; os renais, associados à filtração glomerular e fluxo renal reduzidos, geralmente resultantes da CEC e da anestesia; os gastrointestinais, perceptíveis inicialmente através da distensão abdominal, constipação ou diarreia; e os neuropsicológicos, geralmente uma das complicações mais devastadoras da cirurgia cardíaca, apresentando efeitos de longa duração no paciente e na família, requerendo hospitalização e reabilitação mais longas. O risco mais alto de disfunção neuropsicológica está associado ao longo tempo de CEC, hipotensão perioperatória, doença neurológica pré-operatória ou doença da artéria carótida. (op.cit., 2005)

As infecções da ferida operatória também são comuns, independente do uso de antibióticos profiláticos e técnica asséptica. Tais infecções estão normalmente associadas a fatores de risco, como a intubação prolongada, enxertias, pneumonias, diabetes, cirurgia de emergência, sangramento pós-operatório e reexploração cirúrgica. (op. cit., 2005)

Com vistas à criticidade do paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca, o cuidado prestado pela equipe multiprofissional deverá minimizar todas as complicações citadas, manter o equilíbrio dos sistemas orgânicos, o alívio da dor e do desconforto e a realização adequada de um plano de alta e orientações.

Os enfermeiros são os responsáveis diretos pelo cuidado à ‘beira do leito’ e pela percepção das necessidades apresentadas pelo paciente. Através de uma assistência de qualidade será possível contribuir de forma eficiente para a evolução do paciente no pós-operatório e para uma desospitalização precoce do mesmo.

Para Silva (2005), a enfermeira, a partir do domínio técnico e científico, exerce funções de cuidado, controle e observação, considerando a complexidade da cirurgia que é realizada e a vitalidade imprescindível do sistema orgânico envolvido. Para a

realização de todas as medidas de cuidado, emprega-se o Processo de Enfermagem, que consiste nos fundamentos que embasam a prática de enfermagem.

5.1. Cuidados diretos de enfermagem ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca:

Em seu estudo, Wanda de Aguiar Horta (1968) discutia o processo de sistematização da assistência, utilizando a nomenclatura observação sistematizada. Para a autora, tal técnica seria o processo para identificar os aspectos físicos dos problemas de enfermagem apresentados pelos pacientes, conforme afirmação de Florence Nightingale. Esta articulava a observação como princípio básico da enfermagem, esperando que os enfermeiros se esforçassem para observar direta ou indiretamente as condições ambientais ou idiossacrais dos pacientes, para então planejar cuidados eficazes.

Horta também acreditava que a capacidade de observar é variável de uma pessoa para outra, em que algumas a têm desde a infância e outras podem desenvolvê-la através de um treino gradual.

A mais importante lição prática que pode ser dada aos enfermeiros é ensiná-los a observar – como observar – que sintomas indicam melhoras – quais significam o inverso – quais são de importância – quais não o são – quais são as evidências da falta de cuidados e de que espécie de falta. Tudo isto é o que deve fazer parte, e uma parte essencial, do treinamento de cada enfermeiro. (FLORENCE NIGHTINGALE, 1946, apud HORTA, 1968).

Leite et al (2006) afirmam que a observação acurada permitirá ao enfermeiro agir rapidamente em caso de urgência clínica, em função da instabilidade que uma

cirurgia cardíaca impõe ao cliente, como consequência da Circulação Extracorpórea e da irritabilidade miocárdica por manipulação cardíaca.

Os enfermeiros permanecem durante todo o período de internação ao lado do paciente, o que permite realizar uma observação direta, bem como diagnóstico de enfermagem e plano assistencial a ser implementado. Tal reflexão já era realizada por Horta (1968), que afirmava:

Parece-nos importante assinalar que dentre os membros da equipe hospitalar e de saúde é o enfermeiro quem mais permanece em contato com o paciente; no hospital sua assistência é ininterrupta, tendo, portanto, excelente oportunidade para observação acurada, planejada, do paciente, a fim de poder levantar dados para o diagnóstico de enfermagem [...].

Com base nestes preceitos, foi possível perceber as necessidades apresentadas pelos pacientes no período pós-operatório de cirurgia cardíaca, observadas pelos enfermeiros, sujeitos deste estudo. Através dos depoimentos, foram identificadas preocupações com os parâmetros hemodinâmicos do paciente e com as Necessidades Humanas Básicas, como sono, repouso e conforto, além de analgesia e controle da dor.

“A princípio, quando ele chega, as necessidades do pós imediato mesmo... ventilação mecânica, instalar monitorização... verificar dreno, cateter vesical de demora, toda a parte mesmo do pós-imediato... verificar sinais, ficar atento a dor, pressão, hemodinâmica dele... se tá estável ou não [...] tá acompanhando até o momento que ele vai ser extubado... como estão os parâmetros dele, se ele tá evoluindo bem pra uma extubação no mesmo dia, se os sinais tão começando a estar dentro de uma normalidade, a glicemia, toda aquela questão horária mesmo, da diurese... [...].” (Andréia)

“Você precisa da monitorização hemodinâmica dele, ventilar ele... você precisa verificar drenagens. Enfim... e tudo de uma forma horária, ficar a beira do leito, naquela coisa. Sempre tá pronto também pra atender qualquer intercorrência. Você vai ficar com o paciente

observando a recuperação dele, passar o efeito anestésico, enfim, você tem todo um cuidado com ele, é... no pós-operatório imediato essa coisa seria mais apurada. Ele tem necessidade de você ali a beira do leito. Ele precisa do enfermeiro ali, monitorizando tudo”. (Cristina)

“[...] na hora que ele chega, primeiramente é você estabilizar a chegada. Você monitorizar o paciente, dando prioridade a certos pontos mais importantes, como a pressão arterial, você instalar o paciente no respirador. Baixar os drenos, ver diurese... você tem que ver toda a parte hemodinâmica a princípio... praticamente ao mesmo tempo, mas numa seqüência lógica de prioridades.” (Letícia)

“[...] quando eu recebo o paciente, a primeira coisa que eu vejo são os parâmetros hemodinâmicos... porque, a partir daí, você sabendo se o paciente ta estável ou não, você vai traçando suas condutas e os seus cuidados também [...]” (Mariana)

A partir dos depoimentos de Andréia, Cristina, Letícia e Mariana, a preocupação com a necessidade de manutenção dos parâmetros vitais do paciente torna-se clara. Segundo Nishide et al (2003), a cirurgia altera a homeostase do organismo, o equilíbrio hidroeletrólítico, os sinais vitais e a temperatura corporal. Devido a isso, os cuidados de enfermagem na assistência ao paciente em pós-operatório deverão ser direcionados no sentido de restaurar o equilíbrio homeostático, prevenindo complicações e aumentando a sobrevida.

Nesse momento será possível investigar e determinar o estado de saúde do cliente, através da realização do histórico de enfermagem – primeira fase do Processo de Enfermagem e da observação sistematizada e contínua. (TANNURE E GONÇALVES, 2008).

Ao admitir o paciente em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca na UCI e avaliar os seus parâmetros hemodinâmicos, o enfermeiro deverá iniciar a coleta de informações sobre o seu estado de saúde, buscando identificar as suas necessidades e problemas, devendo ser fidedignas e completas todas as informações coletadas. Tais

dados permitirão ao enfermeiro realizar os diagnósticos de enfermagem, com base nas necessidades principais, causadoras de risco de morte ao paciente.

Os parâmetros hemodinâmicos devem ser compreendidos por monitorização contínua do eletrocardiograma, mensuração da pressão arterial pelo cateter arterial, oximetria de pulso e medida de temperatura corporal, além de medidas da pressão arterial pulmonar e do débito cardíaco. A drenagem pleural e mediastinal, através de drenos conectados a sistema fechado com sucção, também devem ser continuamente observadas, registrando-se a quantidade e tipo de drenagem de cada dreno.

Fazem parte dos cuidados de enfermagem a serem empregados no pós-operatório de cirurgia cardíaca, a avaliação, no momento da chegada quanto à cor da pele e mucosas, expansividade torácica bilateral, avaliação do nível de consciência e/ ou sedação, ausculta pulmonar e cardíaca, além da avaliação de todos os parâmetros vitais já mencionados (WOODS et al, 2004).

Conforme a observação participante foi possível perceber e compreender a atuação da equipe de enfermagem no momento de admissão do paciente, verificando-se que muitos dos cuidados preconizados são realizados. Segue-se uma seqüência de ações, onde o paciente é imediatamente instalado no leito na Unidade e acoplado ao ventilador mecânico. São monitorizados parâmetros vitais como eletrocardiograma, pressão arterial média, pressão venosa central e saturação venosa. Os drenos de mediastino e pleural são acoplados ao sistema de aspiração contínua e ordenhados, observando-se o volume de secreção drenado. O cateter vesical de demora é corretamente posicionado, verificando-se o volume drenado. Verifica-se as soluções a serem infundidas, bem como aminas vasoativas e hidratação venosa. Busca-se posicionar o paciente adequadamente no leito, e aquecê-lo com auxílio de manta

térmica. A cabeceira do leito é mantida em aproximadamente 30 graus, o que facilita a ventilação.

Ao contato com a equipe cirúrgica (anestesistas e cirurgiões cardíacos) que normalmente acompanha a transferência do paciente para a Unidade Cardio-Intensiva, os enfermeiros questionam a respeito do tempo de circulação extra-corpórea e clampeamento de aorta, soluções infundidas, volume drenado, volume de hemotransfusões, tipo de cirurgia realizada e estado da lesão cardíaca.

A ventilação pulmonar também foi uma preocupação dos enfermeiros entrevistados, uma vez que o paciente é totalmente dependente da ventilação mecânica. A necessidade de suporte ventilatório é decorrente da incapacidade, temporária ou não, do sistema respiratório desempenhar suas funções. Esta incapacidade pode ter origem no próprio sistema respiratório, no sistema nervoso central, ou no sistema cardiovascular. A maioria dos pacientes que requer suporte ventilatório usa-o por curtos períodos de tempo, como no pós ou transoperatório, sendo extubados sem grandes dificuldades (GIMENES, 2004).

A dependência da ventilação mecânica é geralmente reservada apenas para os pacientes em período pós-operatório imediato, ou seja, em torno de 24 horas após a cirurgia, devendo-se assim que possível, iniciar o desmame do respirador. Contudo, algumas falhas podem ocorrer nas tentativas de desmame, devido a vários distúrbios funcionais decorrentes da cirurgia.

Para a manutenção do paciente em ventilação mecânica, o respirador deverá estar conectado a via aérea pulmonar, o que se dá, geralmente através de tubos endotraqueais e da traqueostomia. Tais dispositivos exigem atenção especial da equipe de enfermagem, uma vez que podem gerar complicações, como as ulcerações de laringe ou traquéia, evitáveis com o adequado controle da pressão do manguito insuflado (*cuff*).

Outras complicações decorrentes do uso prolongado da ventilação mecânica são as infecções pulmonares, pneumotórax, arritmias cardíacas, retorno venoso lentificado e em consequência, redução do débito cardíaco, entre outros. (op.cit., 2004; WEST, 1996).

“[...] no pós mediato, ele já é um paciente um pouco mais estável. E aí, ele vai necessitar ainda de monitorização de vários parâmetros como PAM¹¹, como a drenagem, como a diurese, mas você, na maioria das vezes, já tem um doente extubado.” (André)

“No mediato, na verdade, a gente tem que tá de olho na hemodinâmica, nesse tipo de coisa... Nesse momento, o paciente já tá mesmo naquela parte de extubação. E... também, eu acho que não muda muito do imediato não... Eu acho também que tem que ter aquele controle hemodinâmico e aquela parte psicológica junto... é... ver o paciente como um todo...” (Maria)

O processo de desmame e extubação do paciente foram encarados pelos enfermeiros, sujeitos do estudo, como divisores na recuperação do pós-operatório de cirurgia cardíaca. Dada à estabilidade do paciente, a evolução para extubação e desinvasão do mesmo no período de pós-operatório, é geralmente rápida. Woods et al (2004) afirmam que tal fato se deve ao uso de técnicas anestésicas e cirúrgicas melhoradas e a uma mudança no cuidado agudo empregado ao paciente.

Busca-se uma extubação precoce, o que certamente diminuirá a permanência do paciente na unidade intensiva, além de diminuir o tempo de internação hospitalar. Para viabilizar este processo, é utilizada uma sedação com agentes de curta duração através de infusão endovenosa. Assim que o paciente se encontrar hemodinamicamente estável, desperto, responsivo, sem complicações neurológicas, normotérmico, com a dor controlada e sangramento mediastinal reduzido, o paciente é extubado.

¹¹ **PAM:** Pressão Arterial Média – aferição de pressão arterial através de técnica invasiva. Neste método, a pressão arterial é medida através de um cateter introduzido na artéria, o qual é conectado a uma coluna líquida. A medida da pressão é obtida através de um transdutor de pressão que faz a leitura. Por este método, observam-se valores numéricos e curvas que correspondem à medida da pressão arterial. (MACHADO, 2003).

Na UCI, o primeiro banho após a cirurgia cardíaca é realizado no período de pós-operatório mediato. Foi possível observar que o enfermeiro participa diretamente de todo o procedimento, sendo auxiliado pelo auxiliar de enfermagem. O banho ocorre no leito, obedecendo-se a técnica padrão. São realizados os primeiros curativos dos acessos venosos profundos e arteriais, das feridas operatórias e dos óstios de drenos. Busca-se posicionar o paciente adequadamente no leito, bem como a avaliação dos parâmetros vitais.

Conforme foi observado na UCI, Silva et al (2003) afirmam que o banho no leito deve ser realizado de forma criteriosa e coerente, evitando-se molhar os curativos e tracionar sondas, drenos, tubos e outras próteses. Como o paciente está acamado, realiza-se o banho no leito, que deverá ser cuidadosamente avaliado, minimizando-se a mobilização e manipulação do paciente. Para a enfermeira, este é o momento ideal para avaliar as condições da pele, primando pela manutenção da integridade cutânea do paciente.

“No pós-tardio, já é um paciente bem mais estável. Onde você não vai ter tantas preocupações quanto no pós- imediato, mas é um paciente ainda que, numa terapia intensiva, vai necessitar de sinais vitais de 4/ 4h, vai necessitar de verificação da diurese, vai precisar ficar monitorizado continuamente... você vai estar atento à aceitação da dieta dele, você vai estar atento aos exames dele pra possíveis parâmetros de infecção. É o momento que você vai desinvadindo esse paciente.” (André)

A fala de André exemplifica a observação dos enfermeiros quanto ao período pós-operatório tardio em que o paciente normalmente apresenta um nível maior de estabilidade, objetivando-se a cicatrização da ferida cirúrgica, a deambulação precoce e o início da reabilitação cardíaca.

Nesse momento, busca-se a retirada dos demais dispositivos invasivos, como cateteres, acessos venosos profundos e da linha arterial média, uma vez que a

monitorização invasiva geralmente não é mais necessária. Contudo, deve-se manter um rigoroso balanço hídrico, com registro de infusões e débitos, além do controle da diurese. O processo de alta da unidade intensiva para a unidade de internação deve ser iniciado, estimulando-se o paciente para o retorno às atividades de autocuidado.

Horta (1979) afirma que

a enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência quando possível, pelo ensino do auto-cuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

A adoção de uma metodologia de assistência de enfermagem permitirá ao paciente um adequado restabelecimento no pós-operatório de cirurgia cardíaca, período no qual o indivíduo é dependente dos cuidados e da equipe de enfermagem.

“[...] a gente sabe que a maioria deles, quando vem bem no pós-operatório, é a parte mesmo psicológica de tá ali, perto dele, quando na verdade, isso... a começar em mim, a gente fica muito preocupada com diurese, com PAM, com eletrólitos, com saturação, com sincronia do respirador e na verdade aquele paciente tá com uma dor... e na verdade, às vezes, é a parte mesmo psicológica de tá superficializando de uma cirurgia extensa... o medo... todo esse conjunto.” (Maria)

“Bom... quando a gente entra no pós-operatório mediato, aí leia-se, o paciente extubado, ainda com drenos, acordado, mas ainda ‘capengando’, né? Alterando muito o nível de... alerta, enfim... e sentindo... e começando a sentir. O que eu quero dizer... começar a sentir... é voltar aos níveis das sensações e de exposição a dor, porque aquele cara foi muito mexido. Eu acho assim... uma preocupação primeira, na minha cabeça é provocar o conforto, é manter o conforto, é deixa-lo confortável.” (Juliana)

Em seus depoimentos, Maria e Juliana exemplificam as necessidades de controle da dor e de conforto, apresentadas pelo paciente. É fato que a dor interfere

diretamente nos padrões de sono, repouso e manutenção do conforto. Para Borges (2006), “na cirurgia cardíaca, a dor pós-operatória é considerada um importante ponto final para se avaliar o prejuízo físico e psicológico dos pacientes”. É comum, depois da cirurgia, o paciente apresentar dor no local da incisão cirúrgica, nos membros inferiores e no local de inserção dos drenos, devendo a enfermeira monitorar e executar procedimentos para o alívio da dor.

A recuperação da capacidade funcional motora é fundamental, pois interfere no bem-estar físico, proporcionando alterações nos demais setores da vida do paciente, uma vez que, com dor, é reduzida a movimentação, a respiração profunda e interrompido o sono, além de provocar maior desgaste físico, acarretando em um aumento no período de hospitalização. O controle da dor e a manutenção do conforto do paciente permitirão diminuir o tempo de internação hospitalar.

“Todas as pessoas que passam pela cirurgia, por mais que estejam clinicamente bem e cheguem em efeito anestésico, posteriormente sempre comentam que o pior momento é o momento que você quer descansar e as pessoas estão passando pra lá e pra cá, acendendo as luzes... é... andando batendo o salto alto... todas as pessoas que passam por essa situação reclamam muito...” (Fernanda)

A fala de Fernanda remete à Teoria Ambientalista de Florence Nightingale, cujo foco principal é a potencialização das forças da natureza, por meio da intervenção sobre o meio ambiente, especialmente o ambiente físico do paciente. Segundo a teoria, o meio ambiente atua sobre o ser humano produzindo doenças, cabendo ao ser humano reunir suas forças para resistir a elas ou recuperar-se delas (LEOPARDI, 2006).

Desta forma, a enfermagem age como sujeito de ação tanto sobre o ambiente quanto sobre o paciente, cabendo a enfermeira buscar influenciar o ambiente físico imediato, preservando as forças vitais do paciente. Para Florence, o indivíduo deve ser

guiado para que possa usar suas forças restauradoras, a manutenção da dor e do sofrimento é, muitas vezes, falta de cuidados de enfermagem.

De acordo com Florence, Silva et al (2003), afirmam que a promoção de um ambiente terapêutico iluminado e silencioso poderá contribuir sobremaneira para o alívio da dor. Devendo-se observar também o posicionamento adequado do paciente no leito e a administração de medicamentos analgésicos e sedativos conforme a prescrição médica objetivando o bem-estar do paciente.

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 1979), também deve ser relembrada, uma vez que “o ser humano, como agente de mudança, é também a causa de equilíbrio e desequilíbrio em seu próprio dinamismo. Assim, as necessidades não atendidas ou atendidas inadequadamente, trazem desconforto, e se este se prolonga, é causa de doença”, fato que também justifica o atendimento a necessidade de repouso e conforto do paciente, queixa bastante comum nos períodos de pós-operatório.

Permitir conforto ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca é expressar através do processo reparador, o afastamento da dor e do sofrimento. O ambiente hostil e impessoal de uma unidade intensiva exerce influencia direta sobre a recuperação do paciente. O acender das luzes, os ruídos constantes dos monitores e demais aparatos tecnológicos utilizados, os odores e a baixa temperatura controlada por condicionadores de ar, geram desconforto e influenciam diretamente na recuperação do paciente.

Segundo a Teoria Ambientalista, “a enfermeira deve estar atenta e qualquer sacrifício é válido para assegurar o silêncio, pois nem um bom arejamento, nem uma boa assistência serão benéficos para o doente, sem o necessário silêncio” (LEOPARDI, 2006).

Além de garantir um adequado ambiente físico, é chegado o momento de dispensar atenção às necessidades emocionais do paciente, de forma a buscar a prevenção e a recuperação imediatas.

“Eu sinto muita falta disso, da atenção ao paciente depois que ele é extubado. O paciente fica muito ansioso, muito inseguro... o que eu observo é que as pessoas não têm muita paciência pra ficar muito tempo com o paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Então, os pacientes necessitam muito do cuidado de uma pessoa ali do lado pra esclarecer as dúvidas.” (Ana)

“Eu vejo essa necessidade dele mesmo... Digamos que ele quer sair dali, ele quer andar, ele quer estar bem... essa necessidade de... eu o vejo muito precisando de alguém próximo a ele, de mais acompanhamento psicológico. Eu vejo que é uma coisa que influencia muito.” (Silvana)

Quando as necessidades fisiológicas tornam-se (parcialmente) atendidas, surgem as necessidades de níveis mais elevados, como as de segurança, de amor e de estima, presentes nas falas de Ana e Silvana. Nos períodos de pós-operatório mediato e tardio, tais necessidades são evidentes, uma vez que o paciente passa a estar ciente de seus medos e anseios e vislumbrando uma recuperação que lhe permita retomar a sua rotina e as suas atividades diárias.

Durante a coleta de dados, foi possível observar que o paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca necessita de atenção e apoio psicológico constantes. Contudo, este é um aspecto falho na assistência de enfermagem realizada na UCI, devido a grande demanda de cuidados e a diversidade de pacientes e patologias existentes.

Carraro (2001) enfatiza que o cuidado com alguém que pode desenvolver um processo de medo ou ansiedade tem a finalidade de impedir que isto ocorra ou, se este já se instalou, aliviá-lo, minimizá-lo e ajudar a pessoa a enfrentá-lo.

A equipe de enfermagem assume um papel diferencial, ofertando apoio psicológico ao paciente, devolvendo-lhe sua auto-estima e confiança, além de reconhecer suas competências. Horta (1979) “enfatiza que todas as necessidades estão intimamente inter-relacionadas, uma vez que fazem parte de um todo, o ser humano. É fundamental que se integre o conceito holístico do homem, ele é um todo indivisível, não a soma de suas partes”.

Ainda no âmbito das necessidades, inúmeros fatores interferem nas suas manifestações e atendimento, podendo-se citar idade, sexo, cultura, fatores sócio-econômicos e ciclo saúde-enfermidade. Contudo, todas as necessidades são universais, comuns a todos os seres humanos, variando apenas a sua manifestação e maneira de satisfazê-la (op. cit., 1979).

A Teoria Ambientalista de Florence Nightingale também remonta ao ambiente psicológico, a fim de garantir o bem-estar emocional do paciente. Acredita-se que um ambiente negativo pode resultar em estresse físico, afetando emocionalmente o paciente. Para que tal problemática seja evitada, deve-se buscar manter a sua mente estimulada, enfatizando a comunicação, dispensando-lhe atenção, evitando interrupções e assuntos desagradáveis (LEOPARDI, 2006).

A necessidade de orientação pela equipe de enfermagem ao paciente submetido à cirurgia cardíaca também esteve presente nas falas de todos os enfermeiros. Durante todo o período de internação hospitalar e perioperatório de cirurgia cardíaca, é importante que o paciente seja orientado quanto ao seu estado de saúde e todos os

procedimentos aos quais será submetido. Tais orientações constituem um direito do paciente, devendo ser respeitado por toda a equipe multiprofissional.

Conforme consta no regulamento do Hospital dos Servidores do Estado (2008) e disponível para consulta via internet, o paciente tem direito, a:

[...]

- Ser tratado com consideração e respeito;

[...]

- Receber informação sobre sua doença, orientação do tratamento e instruções de recuperação, feitas em termos que possa entender;
- Receber o máximo de informações necessárias sobre o tratamento ou procedimento, quando achar necessário, a fim de dar consentimento ou recusar tratamento. Exceto em emergências, esta informação deve incluir descrição do procedimento ou tratamento, os objetivos, os riscos médicos envolvidos, tratamentos alternativos ou não tratamento e os riscos envolvidos em cada uma das opções, o prognóstico e o direito de saber o nome da pessoa encarregada do procedimento ou tratamento;

[...]

- Ser orientado após a alta do hospital;
- Continuar a ser orientado e acompanhado, mesmo nos casos de moléstia crônica ou incurável;

[...]

Entretanto, estes direitos nem sempre são respeitados, conforme exposto pelo depoimento de Fernanda:

“Eu acho assim... que falta de informação é uma necessidade também... de conhecimento... porque muitos pacientes vão para a cirurgia sem saber como vão voltar... e aí, retornam pro setor intubados, cheios de fios, completamente monitorizados... e isso causa mais ansiedade... e ela poderia ser minimizada a partir do momento que você fornece informações pra esse paciente antes dele ir pro centro cirúrgico. Algumas vezes, a gente até vê os anestesistas fazendo isso e própria equipe de enfermagem nunca atenta pra importância desse tipo de cuidado”. (Fernanda)

Além de ser um direito, compreender o procedimento ao qual será submetido minimiza a ansiedade do paciente, possibilitando um pós-operatório tranquilo e um restabelecimento em um menor período de tempo. Tal atividade de orientação é inerente à enfermagem. Através da visita pré-operatória, o enfermeiro poderá conhecer o cliente, perceber suas necessidades, seus medos e anseios, realizando diagnósticos de enfermagem como forma de solucionar, alguns problemas de saúde.

No momento da visita pré-operatória, ou na admissão pré-operatória na Unidade, o enfermeiro deverá realizar o histórico de enfermagem e exame físico completo, questionar sobre o uso de medicações e próteses. Receber e acusar recebimento dos exames pré-operatórios, orientar ao paciente quanto às etapas do pós-operatório de cirurgia cardíaca, incluindo o momento do despertar, no pós-imediato, e da necessidade de prótese ventilatória. Informar ao cliente quanto ao suporte tecnológico necessário e rotineiramente utilizado na Unidade Intensiva, além de orientar quanto a todos os procedimentos de rotina do pré-operatório imediato (LEITE et al, 2006).

A visita de enfermagem pré-operatória constitui uma área de atuação inexplorada pela enfermagem no HSE. Sua realização pode acrescentar benefícios à assistência, sanando algumas necessidades dos pacientes com atividades de orientação, e permitindo elaborar um plano de cuidados assistencial de caráter singular.

O preparo pré-operatório envolve elementos psicológicos e fisiológicos, sendo de grande importância para o sucesso do tratamento. Deve-se explicar ao cliente sobre o procedimento, o material a ser utilizado, o ambiente onde ficará, o posicionamento dos tubos, fios e drenos. Falar sobre a ferida operatória e sobre o procedimento de tricotomia, fatos que interferem na aceitação do procedimento e na alteração da auto-imagem (op. cit., 2006; HUDAK E GALLO, 1997).

“... é uma coisa que até angustia um pouco... e sempre que eu tô com um paciente antes da cirurgia, eu procuro falar pra ele o que vai acontecer, como é que ele vai voltar, que ele vai voltar com dreno, que ele vai voltar com um tubo na boca... porque o cara acorda e ele tá naquela situação ali... deve ser desesperador, porque você acha que vai fazer uma cirurgia e que vai voltar tudo bem, com uma cicatriz e tudo bem... porque a maioria das pessoas não explica isso...” (Rúbia)

“... necessidade de entendimento do que tá acontecendo com ele naquele momento. Eu acho que ele fica muito ansioso com essa falta de informação... se ele tá bem, se ele não tá bem... porque ele tá com dreno, porque ele tá com curativo... o que tá acontecendo com ele ali, ele não tá entendendo.” (Silvana)

As falas das enfermeiras Rúbia e Silvana ilustram a necessidade de orientação e a preocupação quanto ao desconhecimento do paciente acerca do procedimento a ser realizado. Leite et al (2006) afirmam que a imagem corporal dos clientes é mobilizada por procedimentos como tricotomia, punções venosas entre outros procedimentos invasivos. O modo como o paciente reage a esse desequilíbrio tem impacto sobre a sua atuação psicossocial pelo resto de sua vida.

Devido a isso, é necessário enfatizar a importância da preocupação com os sentimentos do paciente em relação a sua vivência na Unidade Cardio-Intensiva, evidenciando o papel do enfermeiro no processo de cuidado.

Por mais que os procedimentos técnicos tenham avançado, a fantasia a respeito do coração (órgão único e centralizador) não se dissipa. Portanto, cada cliente traz suas próprias fantasias para a experiência cirúrgica (op. cit., 2006).

Um outro aspecto bastante relevante é quanto à família deste paciente, que vivencia momentos de verdadeira ansiedade em busca de entendimento acerca do seu estado de saúde. Essa ansiedade pode ser minimizada com a presença do enfermeiro, fornecimento de informações necessárias sobre o paciente e rotinas de funcionamento da Unidade.

A família possui papel fundamental na recuperação do paciente, podendo transmitir-lhe segurança, além de estimular aderência à reabilitação e ao retorno às atividades da vida diária. A orientação e criação de parcerias com a família, podem constituir formas de diminuir o impacto causado pela cirurgia cardíaca.

“Muitas vezes, o paciente vai para uma cirurgia extensa e eu assim, que trabalho a noite, eu preparo muito paciente pra cirurgia. Então... eu comecei a reparar isso... que a gente que manda eles pra cirurgia, a noite não é tranqüila. Gera uma ansiedade absurda. Já imaginou você dormir uma noite... e... saber que daqui a horas você vai ta fazendo uma cirurgia? O paciente não dorme bem... ele fica extremamente ansioso. Essa parte tem que ser um pouco mais trabalhada, detalhar como vai ser essa cirurgia. Acho que as vezes, na verdade, pela parte do médico a orientação pode ser muito técnica. Então, eu acho que se a gente se aprimorar um pouco mais nessa parte de orientação pré-operatória, vai ser válido, porque depois que eu vim pra noite, eu vi como eles ficam ansiosos, como eles ficam mal na noite que antecede a cirurgia”. (Maria)

Com a fala de Maria é possível perceber que equipe de enfermagem também é afetada pela ansiedade e falta de orientação do paciente, uma vez que a base da enfermagem é o cuidado, e o mesmo deve ser prestado de forma humanizada.

O que caracteriza o cliente de cirurgia cardíaca é o aspecto emocional, e os momentos de desequilíbrio são constantes, exigindo do enfermeiro sensibilidade e segurança para auxiliar o paciente a superar suas dificuldades (HUDAK E GALLO, 1997).

Em toda a sua totalidade, o enfermeiro é o responsável direto pelo cuidado prestado ao paciente. Cuidado que podemos entender como Processo de Cuidar – expressão utilizada por Waldow (1998) significando a forma como se dá o cuidado. Tal processo é interativo e ocorre entre o cuidador e o ser cuidado, devendo ser definido como o desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos com base em conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico, realizadas para e com o paciente.

O paciente submetido à cirurgia cardíaca está vivenciando uma experiência única, repleta de dúvidas, medos e questionamentos, necessitando de intervenção total da equipe de enfermagem. Quando em sua fala, Maria afirma: “...essa parte tem que ser um pouco mais trabalhada, detalhar como vai ser essa cirurgia...”, ela também nos deixa claro que há um campo de trabalho aberto para a enfermagem, e o quanto é importante que o enfermeiro se aproprie das ações educativas e orientações para o paciente como forma de cuidado.

O paciente que tem ciência total de sua patologia e dos caminhos que precisa percorrer, comporta-se de forma segura e tranqüila, colaborando com o tratamento prescrito e até mesmo com a alta precoce da instituição hospitalar.

“... e aí, outra coisa que faz parte também das necessidades, é o paciente já ir voltando à vida normal dele. Ele começar a ir deambulando... é... começar a fazer as coisas sozinho, porque eu, assim... as vezes, quando eu identifico no paciente, eu vejo que ele já tem condições, eu vou estimulando... de ele já até se alimentar mesmo, porque eles sentem medo. De voltar mesmo a ter uma vida normal, o que ele tinha antes da cirurgia...” (Mariana)

“... é você dar mais independência pra esse cara... sempre orientando em relação ao que ficou... aos remédios que ficaram e... e continuar aquela monitorização... (...) ele tá sem suporte de oxigênio, ele senta na cadeira, ele está comendo... e aí, o que essas atividades estão lhe causando? O quão independente ele está pra realizar aquela atividade e o que aquilo ali modifica no seu parâmetro ou não modifica?” (Juliana)

Passado o período mediato, marcado pela retirada dos drenos e início de uma maior mobilização no leito, é chegado o momento de estimular o paciente a realizar as atividades de autocuidado. Esta será uma forma de (re) inserí-lo à rotina, satisfazendo as necessidades humanas básicas, e os prováveis déficits de auto-estima e auto-imagem, tornando-o mais independente da equipe de enfermagem.

A adoção de uma metodologia da assistência de enfermagem, baseada no processo de enfermagem, contribuirá para a assistência singular deste paciente, pautada nas orientações necessárias. Estabelecer os diagnósticos de enfermagem, o plano de cuidados e a prescrição de enfermagem, possibilitará coordenar a equipe nos cuidados adequados e no atendimento das necessidades do paciente.

Na elaboração do plano de cuidados, deverão ser observadas todas as necessidades do paciente, os graus de dependência de cada uma, as necessidades de supervisão e encaminhamento para cada cuidado. A prescrição de enfermagem poderá variar conforme a metodologia empregada, mas deverá respeitar os cuidados prioritários, devendo ser redigida no infinitivo e traduzindo a ação correspondente ao grau de dependência apresentado pelo paciente para a atividade proposta (HORTA, 1979).

As afirmações: “[...] começar a ir deambulando... é... começar a fazer as coisas sozinho” – Juliana e “[...] é você dar mais independência pra esse cara... sempre orientando em relação ao que ficou [...]” – Mariana, ratificam a necessidade de autonomia do paciente e início da Reabilitação Cardíaca.

A Reabilitação Cardíaca é constituída de três fases: *Fase I* - período intra-hospitalar, com duração média de quatorze (14) dias para pacientes não complicados e submetidos a procedimento cirúrgico; *Fase II* – período de convalescença, iniciado imediatamente após a alta hospitalar, geralmente com cerca de doze (12) semanas de duração e realizado em ambiente hospitalar; *Fase III* – com duração de quatro (04) a seis (06) meses, diferenciando-se da Fase II por uma necessidade menor de supervisão da atividade de esforço (STIPP et al, 2006).

No início da Fase I (ocorrida geralmente na Unidade Cardio-Intensiva e sob supervisão da equipe multiprofissional), prima-se por atividades de educação em saúde e aconselhamentos aos pacientes e seus familiares, através de discussões informais com as enfermeiras e médicos da Unidade. São realizados exercícios de leve intensidade, de forma intermitente, como caminhar e sentar em cadeira de forma supervisionada, evitando-se o repouso prolongado no leito (op. cit., 2006).

As demais Fases (II e III) ocorrerão após a alta hospitalar, em tratamento ambulatorial. As orientações realizadas pela equipe de saúde no momento da alta estimularão a aderência do paciente ao tratamento, de forma a controlar os fatores de risco aos quais estará exposto, evitando recidivas.

“No período tardio, existem várias necessidades, mas acredito que a orientação é a mais importante. Acho que é a parte que acaba deixando falhas. O cliente vai de alta, e muitas vezes ele vai cheio de dúvidas que ele mesmo não expõe e a gente acaba deixando também passar despercebido... de como é que vai ser com aquela ferida operatória, que ele ganhou de presente e ele vai levar pra casa... como é que vai ser o dia-a-dia dele, o que ele pode comer... o que ele não pode, que tipo de atividade ele já pode começar a fazer... se ele pode pentear o cabelo, se ele pode subir uma escada... [...] Eu acho que orientação é algo que a gente deveria trabalhar melhor nos pacientes no momento da alta.” (Andréia)

“[...] acho que é muito importante no cuidado dele, você tá orientando o paciente de como que ele vai se manter em casa. Como que vai ser o dia-a-dia dele em casa, no seu ambiente... o cuidado que ele vai ter com a alimentação... quais as medicações que ele vai tomar... os sinais que ele tem que tá identificando de alguma problemática pra que ele possa novamente procurar o hospital... o que pode vir a ser um risco pra ele, pra que ele procure o hospital. Acho que trabalhar a parte de educação do paciente é fundamental em qualquer pós-operatório, principalmente numa cirurgia cardíaca, porque é um momento que ele tem que se disciplinar.” (Ester)

A orientação ao paciente no momento da alta, fará o diferencial para sua recuperação. As falas de Andréia e Ester confirmam ser esta, uma preocupação dos enfermeiros envolvidos com os cuidados no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Nesta fase, também será importante orientar ao paciente quanto aos cuidados com o curativo cirúrgico e retorno as atividades da vida diária.

“[...] nesse momento, o que fica mais em foco é a orientação... o que esse paciente vai ter daqui pra frente... nem tudo, mas algumas coisas, a princípio, vão mudar na vida dele. Ele é um paciente que mexeu no coração, que fez uma cirurgia ‘super’ delicada. Eu acho que é mais orientação mesmo, nessa parte. Orientação médica, orientação de enfermagem, de fisioterapia, de nutricionista... eu acho que tem que ser a equipe multiprofissional orientando nesse momento pra alta”. (Maria)

A fala de Maria nos leva a reflexão quanto à importância do trabalho da equipe multiprofissional. As orientações e cuidados necessários ao paciente vão além da assistência de enfermagem. O paciente deverá ser orientado e posteriormente acompanhado em ambulatório, objetivando-se o controle dos fatores de risco cardiovasculares. Contudo, tal controle é influenciado pelos hábitos de vida da clientela e pelo grau de consciência que este adquire acerca das suas limitações.

Para Stipp et al (2006), a integração da equipe multiprofissional visa reunir esforços para reintegrar o paciente em seu ambiente de trabalho o mais rapidamente possível, oferecer apoio psicológico e elaborar estratégias de intervenção clínica que levem em consideração os recursos econômicos disponíveis.

A adesão ao programa de reabilitação é uma situação complexa, devendo-se adotar o uso criterioso de técnicas de educação em saúde, motivando a clientela para o uso rigoroso da terapia medicamentosa e para a prática da dieta prescrita pelos nutricionistas. É importante estimular a frequência de idas às consultas ambulatoriais e uma mudança consistente nos hábitos de vida, controlando os fatores de risco cardiovasculares (SITPP, 2006).

5.2. Cuidados indiretos de enfermagem ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca:

A organização do cuidado a ser prestado ao paciente é necessária para atingir níveis de qualidade na assistência. Marquis e Huston (2005), afirmam que o líder da unidade determina a melhor maneira de planejar as atividades para que as metas organizacionais sejam alcançadas efetiva e eficientemente, o que envolve o uso sensato dos recursos e a coordenação das atividades com outros departamentos.

Liderança e planejamento são as palavras-chave quando se pensa em organização do cuidado. Dentre as habilidades do líder, destacam-se: avaliar periodicamente a eficácia da estrutura organizacional para oferecer atendimento ao paciente; determinar a existência ou não de recursos e apoio adequados antes da realização de mudanças na organização dos cuidados ao paciente; considerar as pessoas envolvidas na reformulação do trabalho, além de apoiar o corpo funcional durante as

adaptações à mudança; inspirar o grupo de trabalho a ser parte da equipe, incentivar os funcionários, além de assegurar que os modelos de oferecimento de cuidados de enfermagem encontrem o caminho da prática da enfermagem profissional (op. cit., 2005).

No que tange ao planejamento e organização, as atividades precisam ser agrupadas para que recursos pessoais, materiais e de tempo sejam utilizados plenamente. O líder integrado compreende a maneira como a filosofia da enfermagem e os recursos apropriados influenciam o sucesso de um redirecionamento de trabalho (op. cit., 2005).

A Unidade Cardio-Intensiva é um local que abriga pacientes que necessitam de assistência intensiva, ou seja, com pacientes graves e recuperáveis, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada (Resolução COFEN n.189/ 1996). Nesta Unidade, deve-se buscar um planejamento eficiente, capaz de possibilitar uma assistência de enfermagem que permita a recuperação do paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Prever, prover, organizar e controlar os recursos materiais do setor são funções administrativas da enfermeira e que têm relação direta com o planejamento do cuidado. Neste âmbito, a montagem do box de cirurgia cardíaca constitui um diferencial para o recebimento do paciente no pós-operatório. Tal fato foi uma preocupação visível nos depoimentos, exemplificados pela fala de Verônica:

“... eu começo a montar o leito, vejo se tá faltando respirador, vejo o que está pendente em relação ao próprio leito... a oferecer o melhor pro paciente, tipo... vejo se o aspirador tá funcionando pra ligar algum dreno, vejo todo o cuidado básico do paciente. Vejo como estão os materiais, se está faltando alguma coisa pra correr atrás e tudo. Porque assim que o paciente

chegar, vai facilitar muito o meu cuidado. Ter um plano de cuidados, saber o que realmente vai fazer com o paciente... facilita muito.” (Verônica)

A montagem adequada do box para recebimento do pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca é fundamental para uma admissão bem sucedida. Tal tarefa cabe ao enfermeiro e à equipe de enfermagem, que devem realizar um planejamento adequado da assistência, provendo e prevendo os recursos materiais necessários, como equipamentos em perfeitas condições a fim de atender a qualquer intercorrência.

Dentre os materiais necessários, pode-se citar a cama com grades laterais, o monitor multiparamétrico (para monitorização do ECG, das pressões invasivas e/ ou não invasivas, da oximetria de pulso, capnografia, temperatura e respiração), respirador, bombas infusoras para medicações, suportes de soro, painel de gases checado previamente (composto por vácuo, oxigênio, ar comprimido), aspirador a vácuo com coluna de água, aspirador para secreções com frasco coletor, ambú com máscara, entre outros (NISHIDE, 2003).

Deve-se manter no setor, em local de fácil acesso, um carro de parada cardiorrespiratória, devidamente checado, contendo desfibrilador, materiais e drogas, manta térmica e fonte geradora de marca-passo (op. cit., 2003).

Marquis e Houston (2005) definem o planejamento como a “decisão antecipada do que fazer; quem faz, como, quando e onde fazer. O planejamento envolve escolhas - há uma necessidade de escolher a partir de várias alternativas, implicando num processo pró-ativo e voluntário”.

Segundo as autoras (op. cit., 2005), um planejamento adequado garante o melhor uso dos recursos, devendo o administrador, identificar metas a curto e a longo prazo e mudanças que precisam ser feitas para garantir que a unidade continue a alcançar objetivos, com visão, criatividade e liderança.

O líder é o responsável por planejar, garantindo a assistência ao paciente, o que dependerá da qualidade das suas ações. Tomada de decisão, solução de problemas e raciocínio crítico estão dentre as atribuições do líder e tais habilidades podem ser percebidas nas falas dos enfermeiros entrevistados.

“[...] vejo tudo o que tá funcionando, vejo se todos os materiais realmente estão funcionando. E isso pra mim melhora, demanda menos tempo, porque eu já verifiquei tudo. Pro paciente eu ofereço o melhor... não tem problema, assim, do respirador não funcionar e ficar ambulando e isso prejudicar o paciente... eu demando menos pessoas envolvidas com o recebimento imediato, porque se tá tudo bem, eu preciso de menos pessoas ali trabalhando... um técnico ou dois técnicos e uma enfermeira. Não precisa de tanta gente envolvida naquele ato de receber o paciente.” (Verônica)

Em seu depoimento, Verônica demonstra pró-atividade, habilidade inerente ao planejamento da assistência. Para Tannure e Gonçalves (2008), o planejamento possibilita que os profissionais enfermeiros mantenham uma comunicação a partir do estabelecimento de resultados esperados para cada necessidade, analisando e determinando quais problemas ou necessidades do cliente são urgentes e precisam de atendimento imediato e aqueles cujo atendimento poderá ser a médio e longo prazo.

O quantitativo de pessoal necessário para o recebimento de uma cirurgia cardíaca também deve ser alvo de discussão. Conforme Resolução do Conselho Federal de Enfermagem n. 293/2004, que fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais de saúde e assemelhados, deve ser garantida a autonomia ao enfermeiro para estabelecer o quadro quanti-qualitativo de profissionais, necessário para a prestação da Assistência de Enfermagem, considerando-se aspectos referentes à instituição, a equipe de enfermagem e a clientela.

Quanto à instituição, deve-se avaliar a missão, estrutura física e organizacional, tipos de serviços prestados, política de pessoal, de recursos materiais e financeiros, atribuições e competências dos integrantes dos diferentes serviços. Para a equipe de enfermagem, deve-se considerar a dinâmica das unidades nos diferentes turnos, os modelos gerencial e assistencial, os métodos e jornada de trabalho, a formação e padrão de desempenho dos profissionais, Índice de Segurança Técnica (IST) não inferior a 30%, índice da proporção de profissionais de Enfermagem de nível superior e de nível médio e indicadores de avaliação da qualidade da assistência, com vista à adequação quanti-qualitativa do quadro de profissionais de Enfermagem. Quanto à clientela, deve-se observar o sistema de classificação de pacientes (SCP) e realidade socio-cultural e econômica. É importante lembrar a necessidade de um enfermeiro responsável pelas funções administrativas (Resolução COFEN 293/ 2004).

De acordo com Feldmann apud Nishide (2003), jamais alcançaremos um serviço de enfermagem e boa assistência aos pacientes sem o número adequado de pessoal. A quantidade assegura-nos, em parte, boa qualidade de trabalho.

Contudo, é sabido que o número de profissionais em instituições públicas, muitas vezes é escasso, o que dificulta e prejudica a assistência de enfermagem, pois gera sobrecarga de serviço aos profissionais atuantes.

A distância física entre a Unidade Cardio-Intensiva e o Centro-Cirúrgico também foi citada nos depoimentos. Com relação à localização, as Unidades Intensivas devem, quando possível, ocupar uma área geográfica distinta dentro do hospital, com acesso controlado, sem trânsito para outros departamentos, com acesso próximo ao elevador, serviço de emergência, centro-cirúrgico, sala de recuperação pós-anestésica, unidades intermediárias de terapia e serviço de laboratório e radiologia (NISHIDE,

2003; SILVA, 1982). Esta foi uma preocupação visível no discurso dos enfermeiros entrevistados, conforme os relatos a seguir:

“No período pós-operatório imediato, o paciente acabou de chegar, eu acho que a primeira preocupação é o transporte. Passar da maca pro leito... Aqui na Unidade a gente tem esse problema. Que a gente precisa fazer esse transporte desse paciente... então é um paciente que tem vários dispositivos, que tem acesso, dreno, sonda, então é... o camarada acabou de ser aberto, o paciente acabou de ser aberto... eu acho que o cuidado imediato, de cara é esse.”
(Eduardo)

“[...] ele não vem no respirador de transporte e... eu tenho uma opinião em relação a isso... que isso não deveria acontecer, porque não é perto o Centro Cirúrgico daqui. Não é uma sala que você saia, como em muitos outros lugares... não tô dizendo de nenhum lugar específico... é... mas em muitos outros lugares, as cirurgias cardíacas são alocadas muito próximo ao Centro Cirúrgico. Então ele vem num transporte... o Centro Cirúrgico é num andar e aqui é um andar muito abaixo... então ele vem num transporte que não é rápido e ele vem sendo ambulado... claro! Tem uma oferta de oxigênio, mas ele vem sendo ambulado até aqui...” (Juliana)

A Unidade Cardio-Intensiva está localizada no Prédio Principal, compreendido por 12 (doze) andares. Neste espaço físico, encontram-se enfermarias das mais diversas clínicas, unidades de alta complexidade, central de material esterilizado e centro cirúrgico, entre outros. Contudo, fugindo a regra, a UCI encontra-se no 3º andar, enquanto o centro-cirúrgico localiza-se no 11º andar, fato que pode acarretar inúmeras complicações, uma vez que é necessário transportar o paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca para a Unidade Cardio-Intensiva, ou seja, por 08 (oito) andares, através de elevador.

Este transporte, conforme observado e a exemplo dos relatos de Eduardo e Juliana, é muitas vezes inadequado. A cirurgia altera a homeostase do organismo, o equilíbrio hidroeletrolítico, os sinais vitais e a temperatura do corpo, sendo necessário,

no período de pós- imediato, um correto e rápido restabelecimento de tais parâmetros, o que pode ser prejudicado pela demora durante o transporte.

Seria importante repensar a respeito da localização física da Unidade Cardio-Intensiva e de Centro Cirúrgico, como forma de garantir assistência de qualidade ao paciente e evitar possíveis complicações, dadas a instabilidade hemodinâmica e a necessidade de assistência intensiva, apresentadas pelo paciente em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca.

Conforme Nishide et al (2003), cada unidade intensiva deve ser, quando possível, localizada em uma área distinta do hospital, com acesso controlado e sem trânsito de outros departamentos, próxima ao elevador, serviço de emergência, centro cirúrgico, sala de recuperação pós-anestésica, unidades intermediárias de terapia e serviço de laboratório e radiologia.

Durante as entrevistas e a observação, evidenciou-se a necessidade de um planejamento direto das ações de enfermagem. Fato que exige atenção, uma vez que os enfermeiros são os líderes da equipe de enfermagem e os responsáveis pelo planejamento da assistência.

“Infelizmente não tem um planejamento... à medida que as necessidades vão aparecendo, a gente vai sanando... de maneira aleatória. Conforme o paciente vai apresentando o quadro, a gente tenta se organizar e ir sanando essa necessidade, mas na minha opinião, eu não consigo ver ainda, uma sistematização protocolada, que todo mundo faça.” (Andréia)

“Eu não vejo planejamento... eu não vejo planejamento nenhum... eu acho assim, ‘pras’ pessoas como eu que vieram ‘pra cá’ com uma formação completamente diferente da formação hospitalar... é muito complicado... porque eu tive que contar com a ajuda das pessoas... dos enfermeiros... principalmente dos outros enfermeiros...” (Rúbia)

“Olha... o planejamento do cuidado, pelo que eu vejo... assim... a gente não tem... nós, recém chegados na coronária, não temos atuação direta. Existe um enfermeiro específico ali. Mas, pelo que a gente pode perceber, esse planejamento, ele é feito só no momento. Não é feito uma coisa ‘pré’ pra esse paciente. Então, esse cuidado é feito ali, a beira do leito, quando ele chega...” (Cristina)

“... não existe uma sistematização do que vai ser feito, a gente vai fazendo de acordo com o que vai acontecendo durante o dia... não existe um planejamento, nem uma rotina a ser seguida... Vai aquilo que a gente sabe. Aquilo que a gente aprendeu.” (Letícia)

“É pessoa-a-pessoa... cada enfermeiro, dentro daquilo que conhece e valoriza, monta o seu próprio plano. Não existe uma conduta unificada aqui dentro.” (Elaine)

As falas de Andréia, Rúbia, Cristina, Letícia e Elaine exemplificam a percepção dos enfermeiros quanto à necessidade de um planejamento da assistência de enfermagem na Unidade Cardio-Intensiva. Ciampone e Malleiro (2005) definem o “planejamento como um instrumento do processo de trabalho gerencial [...], a arte de fazer escolhas e de elaborar planos para favorecer um processo de mudança”.

Lima et al (2006) concordam com os depoimentos dos enfermeiros entrevistados, afirmando que pacientes internados em unidade intensiva, necessitam de assistência de enfermagem especializada e contínua. Porém, atualmente, esses pacientes recebem cuidados muitas vezes sem planejamento, o que demonstra pouca fundamentação teórica. Na prática clínica tem-se presenciado enfermeiros que não documentam a assistência que prestam de forma sistematizada, o que destaca a necessidade de organização dos cuidados dispensados a estes pacientes, por meio da implantação do Processo de Enfermagem, fundamentado em uma teoria que atenda às necessidades de pacientes internados em unidades de cuidados intensivos.

Diretamente relacionado ao Processo de Enfermagem, o planejamento permitirá ao enfermeiro administrar a assistência de forma global, coerente e responsável,

assumindo a autodeterminação de suas funções para ajustar princípios e medidas administrativas à solução de problemas específicos da sua competência.

Segundo Tannure e Gonçalves (2008), o processo de enfermagem é um modo organizado de prestar o cuidado ao cliente, composto por etapas que devem ser previamente estabelecidas, tais como a coleta de dados, diagnósticos, planejamento, implementação de cuidados de enfermagem e avaliação dos resultados obtidos.

Através da aplicação do processo, será possível solucionar os problemas e necessidades apresentadas pelo paciente, garantindo singularidade e uniformidade no cuidado prestado. Lima et al (2006), enfatizam que o paciente crítico internado em uma unidade de cuidados intensivos é um ser dependente dos cuidados de enfermagem, onde o enfermeiro deve ser capaz de detectar as necessidades bio-psicossociais e espirituais comprometidas. Os enfermeiros devem atuar de forma sistematizada na assistência de enfermagem, utilizando todas as etapas do processo e entendendo a coleta de dados como etapa principal, uma vez que as informações coletadas subsidiarão o planejamento da assistência.

“[...] eu entendo que não há planejamento. Não há um roteiro a ser seguido. E eu acredito que isso possa deixar a equipe ‘algo atrapalhada’... se não tiver... um... se não tiver cabeça... uma pessoa que oriente as atividades. Eu penso dessa forma! Eu acho que não tem planejamento, como eu já falei. Não que quem receba não tenha um planejamento. Tem algo que é próprio e que muito é do particular.” (Juliana)

O processo de enfermagem, quando corretamente aplicado, permite mudanças no local e no grupo de trabalho, necessidade presente na fala de Juliana. Contudo, tais mudanças deverão ocorrer de forma a garantir autonomia e satisfação ao grupo de trabalho, ou seja, a equipe de enfermagem.

Os entraves que interferem na realização de uma assistência de enfermagem sistematizada e na adoção de uma metodologia são vários, podendo-se citar as dimensões organizacionais, grupais e individuais.

Dentre estas dimensões figuram as políticas centralizadoras que dificultam o aprendizado, a composição da equipe, a inexistência de um plano estratégico alinhado com a missão institucional, a inexistência de lideranças que provenham às equipes àquilo que necessitam para suas ações, as dificuldades inerentes às crenças e valores, a metodologia incorporada e validada no decorrer do tempo para se prestar assistência de enfermagem e as resistências apresentadas pelos indivíduos para o aprendizado de novas competências (BARÃO et al, 2005).

Embora a maior parte dos enfermeiros tenha a percepção da necessidade de uma assistência de enfermagem sistematizada, na prática, o processo de implantação e escolha de referencial teórico adequado ainda constitui um grande desafio, principalmente para as lideranças dispostas a desencadear o processo (BACKES et al, 2005).

A aplicação de uma metodologia da assistência com base no Processo de Enfermagem como método científico, permitirá ao enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na assistência ao paciente, problemática evidente e exemplificada pela fala de Mônica:

“É meio empírico. Não é empírico porque você tem o conhecimento científico pra você atuar, mas a gente não tem uma padronização descrita. Uma coisa que a gente fala muito e eu até trouxe um documento que a gente usa lá na outra instituição... assim, as coisas são feitas muito sem registro. A gente não tem um planejamento escrito da assistência de enfermagem. A gente usa mais o nosso conhecimento pessoal... vai resolvendo as situações conforme elas vão aparecendo...” (Mônica)

Sperandio e Évora (2005) refletem sobre a necessidade de organizar e documentar as informações de forma sistematizada, uma vez que assim, a comunicação é operacionalizada e facilita a resolução dos problemas específicos de cada paciente, impulsionando os enfermeiros a explicitar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos e ampliar a visibilidade do saber da enfermagem frente ao paciente e a equipe multiprofissional.

Desta forma, o enfermeiro garantirá o planejamento de suas ações, além de permitir que as informações a respeito do paciente sejam compartilhadas por todos os outros profissionais da equipe multiprofissional durante os diversos turnos de trabalho.

Outra problemática evidente na fala dos enfermeiros entrevistados refere-se a necessidade de rotinas do setor, descritas, de fácil acesso para a equipe. Muito do que é realizado na prática, advém do aprendizado adquirido com a experiência profissional e com o contato com os outros profissionais enfermeiros, conforme exemplificado pelas falas de Mônica, Mariana e Rúbia:

“[...] a gente não tem essa assistência sistematizada descrita direitinho... a gente tem uma rotina, que você sabe que tem que seguir os passos. A parte médica, eles estão começando a elaborar... a rotina pro pós-operatório imediato. A gente não parou ainda pra elaborar uma... uma prescrição de enfermagem por escrito... uma padronização da evolução de enfermagem... a gente não tem isso descrito em papel. A gente faz muito na prática e no conhecimento que cada um tem de experiência profissional.” (Mônica)

“E também, assim, não tem rotinas pré-estabelecidas de serviço. Então fica uma coisa muito solta. Cada um faz o que quer. E não são só as rotinas de enfermagem, isso vale também para as rotinas médicas, que parece que tão querendo implementar agora. Mas então, eu acho que falta sim uma rotina pra guiar a equipe, porque cada um faz o que quer.” (Mariana)

“A gente tentou até juntar um grupo pra montar as rotinas e tudo acabou ficando pra lá... é uma coisa que eu acho que seria ‘super interessante’ pra Unidade. Ver as necessidades do setor... e... fazer rotinas... porque eu acho que até parece que tem... mas tem onde? E como é que a gente vai usar? Como é que a gente vai ter acesso? Então... eu sinto um pouco falta disso... um pouco não, muita falta disso...” (Rúbia)

As rotinas instruem sobre o que deve ser feito, onde e como fazer. Norteiam a equipe nas tomadas de decisões e nas ações diárias, devendo ser específicas e claras para cada unidade (KURGANT, 1991).

A inexistência de rotinas administrativas, apontada pelos enfermeiros entrevistados, deve ser discutida. A princípio, todos desejam o progresso da equipe, podendo-se satisfazer alguns interesses sem prejudicar outros e contribuindo positivamente para a motivação. A distribuição desigual de tarefas e a diferenciação ocasionam desequilíbrios nos interesses pessoais e nos projetos da equipe.

Sanar tais pendências contribuirá positivamente para a assistência de enfermagem e para o seu desenvolvimento, permitindo que o cuidado realizado seja igualitário, além de obedecer a uma metodologia estabelecida, o que contribui para um aumento na qualidade dos serviços prestados.

CAPÍTULO VI

POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES NO PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.

Neste capítulo foi possível discutir as potencialidades e fragilidades encontradas nas falas dos enfermeiros, sujeitos do estudo, para o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Para a discussão, os resultados foram divididos em duas sub-unidades temáticas, nomeadas por: ‘Gerenciamento de conflitos’ e ‘Educação permanente na Unidade Cardio-Intensiva’.

6.1. Gerenciamento de conflitos:

O conflito pode ser definido como o desacordo interno ou externo resultante de diferenças de idéias, valores ou sentimentos entre duas ou mais pessoas. É uma consequência esperada, normalmente associada à competição, diferenças de valores econômicos e profissionais, recursos escassos e expectativas de papel definidas insatisfatoriamente (MARQUIS E HUSTON, 2005).

Segundo Motta (2001),

as relações pessoais em uma equipe podem ser conflituosas. O ambiente de trabalho, a estruturação das tarefas e as interações pessoais podem ser base de divergências: as pessoas diferem nas suas iniciativas, interesses e formas de agir. Assim, na ação coletiva há sempre controvérsias ou mesmo conflitos.

O autor afirma que o conflito baseia-se normalmente em uma percepção, onde uma das partes está consciente do desacordo do outro membro da equipe, e em uma intenção, onde um membro age no sentido de bloquear a ação alheia ou de dificultar o seu progresso, gerando clima de discordância e conseqüentemente, ansiedade, tensão, frustração e hostilidade (op. cit., 2001).

O conflito é natural e inevitável, contudo sempre revela a discordância entre as pessoas. É interessante enxergá-lo pela perspectiva positiva, utilizando-o como um fator motivacional, contribuindo para o crescimento, inovação e produtividade da equipe.

Historicamente, os conflitos eram considerados indicativos de uma administração organizacional insatisfatória, sendo apontados como destrutivos e evitados de todas as formas. A ocorrência do conflito era ignorada, negada ou tratada com desaprovação. Com o tempo (na metade do século XX), o conflito passou a ser aceito de forma passiva, reconhecendo-se a importância da satisfação dos empregados. Hoje, acredita-se que o conflito não é bom e nem ruim, porém, pode gerar crescimento ou destruição dependendo de como for administrado (MARQUIS E HUSTON, 2005).

Na Unidade Cardio-Intensiva, a existência de conflitos emerge nas falas dos enfermeiros entrevistados. Vários foram os contrapontos citados, podendo-se enumerar as dificuldades para o planejamento da assistência devido a uma inexistência de rotinas claramente implantadas; a existência de um enfermeiro exclusivo na assistência de enfermagem direta ao paciente em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca; as dificuldades de relacionamento entre a equipe; e o déficit de recursos de material e de pessoal.

Discutiremos cada tipo de conflito encontrado, compreendendo de forma benéfica como esses conflitos podem contribuir para o crescimento da equipe de enfermagem.

“Você não tem... não existe um planejamento montado, uma coisa amarrada aqui no hospital. Falta um trabalho direcionado pra isso. Uma orientação prévia, conversar com o paciente, coletar dados, orientar a ele como é que vai ser... acho que isso dificulta... até o paciente, eu acho que também precisa disso... É bom pra ele, porque gera menos ansiedade, ele já chega mais ambientado ao lugar...” (Cristina)

“Primeiramente não tem uma rotina, né?... não tem normas e rotinas pré-estabelecidas... e isso faz com que cada pessoa planeje o cuidado da forma que ache melhor... não tem... assim, o paciente que eu cuidei, de repente pode não ser, pode não receber os mesmos cuidados por outro profissional... é... dificuldade de planejamento... é difícil você... nem tanto você planejar, mas você planeja uma coisa e quando você vê... tem dificuldade com o material, tem dificuldade com o equipamento, algumas vezes, até com recursos humanos...” (Fernanda)

“... falta de rotina, tem muita gente cuidando da mesma coisa... isso atrapalha muito. Falta de técnicos (de enfermagem), falta de pessoal... falta de até mesmo de comprometimento da equipe em relação ao setor...” (Letícia)

As falas de Cristina, Fernanda e Letícia remontam a uma diversidade de conflitos que culminam em uma insatisfação profissional quanto à Unidade Cardio-Intensiva. Fato que afeta diretamente as relações intrapessoal, interpessoal e intergrupais.

Estes conflitos são negativos, interferindo na motivação e produtividade com impacto direto sobre a assistência de enfermagem prestada. Geram no profissional uma batalha interna para esclarecer valores contraditórios e preocupações internalizadas, afetando a saúde física e mental, além de interferir no relacionamento com outras pessoas.

Para Costa e Ricaldoni (2007), alinhar as pessoas, agregando desempenho e competência, às exigências do negócio e às metas organizacionais constitui hoje o maior desafio dos dirigentes.

Há na Unidade Cardio-Intensiva, uma necessidade de que todos trabalhem juntos em prol de uma mesma meta prioritária, como a organização do setor, das normas e rotinas administrativas e do planejamento da assistência de enfermagem.

Na resolução de conflitos, a meta por excelência é criar uma boa solução para ambas as partes. Deve-se buscar a forma de resolução ideal, como a colaboração, onde a solução do problema é um esforço conjunto, exigindo respeito mútuo, comunicação franca e honesta e poderes de decisão compartilhados (MARQUIS E HUSTON, 2005).

A intervenção imediata do líder ou gerente de enfermagem da unidade é necessária, criando-se um ambiente estável de trabalho, o qual minimiza as condições que antecedem os conflitos. Neste caso, seria importante identificar o conflito ainda na sua forma latente, a fim de evitá-lo e preservar a equipe de sua ocorrência.

Seguindo esta lógica, a participação poderá ser um instrumento adequado para a cooperação e solução dos conflitos, restaurando o equilíbrio de poder. Através da participação, é possível romper a alienação, a dependência e a passividade, colocando a equipe em uma postura ativa perante o mundo, instituindo uma maior equalização do poder nos níveis de tarefas, pequenos grupos e unidades de serviço (MOTTA, 2001).

Em relação à Unidade Cardio-Intensiva, adotar a participação é permitir o envolvimento da equipe na reestruturação administrativa do setor, criando compromisso com os seus membros e permitindo o uso da criatividade e do desenvolvimento profissional. Para tal atividade, seria preciso reunir a equipe, expor e debater idéias, o que certamente reduziria as diferenças e insatisfações entre as pessoas, além de permitir o crescimento de novas relações.

A falta de planejamento, presente no discurso dos enfermeiros, também é um gerador de conflitos prejudicial à assistência de enfermagem ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Ciampone (1991), afirma que

o planejamento fornece suporte para a tomada de decisões ou implementação de quaisquer programas ou propostas que se deseja viabilizar. É através do planejamento que se pode fazer a análise das cadeias de causa e efeito que se desenvolvem no processo de decisão. O planejamento envolve, portanto, raciocínio, reflexão e análise sobre a maneira de realizar determinadas tarefas, bem como a sua abrangência.

Primar pelo planejamento das ações de enfermagem é elaborar e alcançar objetivos para um cuidado de qualidade, com vistas à adoção de uma metodologia de assistência sistematizada. Através do planejamento, será possível prever mudanças, devendo o enfermeiro, conhecer todo o sistema de trabalho em questão, como os recursos materiais, humanos e financeiros.

Outro fator gerador de conflitos são os recursos humanos, já discutidos no capítulo V, e que constituem um grande desafio para a Unidade Cardio-Intensiva. Por pertencer a uma Instituição Pública e Federal, a provisão de funcionários se dá através de concursos públicos do Ministério da Saúde, tendo o último ocorrido no ano de 2005. O quantitativo de pessoal da instituição é fixo, e a divisão destes é realizada de forma a atender todas as unidades/ setores existentes.

Gaidzinski (1991) afirma que a inadequação numérica e qualitativa dos recursos humanos da enfermagem lesa a clientela dos serviços de saúde no seu direito a assistência à saúde livre de riscos.

A esta afirmação, podemos adicionar a queda no fator motivacional da equipe, que em menor número, trabalha sobrecarregada, exercendo funções que não figuram entre as suas competências e atribuições. Para Pereira et al (2005), a motivação envolve e compromete cada funcionário com a missão, as diretrizes e os objetivos institucionais e de enfermagem.

Para superar tal barreira, o gerente de enfermagem enquanto líder terá papel fundamental. Caberá a ele, orientar aos funcionários, estimulando o espírito de equipe e criando um clima motivador de forma a diminuir o número de insatisfeitos. Marquis e Huston (2005) fazem referência à implementação de um sistema de recompensas que seja reflexo dos sistemas de valor individual e coletivo, encorajando a satisfação profissional dos funcionários, apesar das adversidades.

“Uma coisa que eu acho que dificulta, é porque às vezes, os materiais nem sempre estão perto... isso é mais uma coisa de dinamismo da assistência mesmo... você vai pegar um material e ele não tá onde deveria estar e isso acaba gerando uma maior perda de tempo com relação à questão do cuidado... é... o que facilita... eu acho que a presença do carrinho, que já contem os materiais da cirurgia...” (Fernanda)

“[...] organização de materiais... qualquer coisa que você faça, você tem que vasculhar o hospital inteiro pra conseguir...” (Elaine)

“Agora... que dificulta... dificulta a falta de material. Dificulta! Nós vivemos numa instituição pública, onde ‘nem tudo são flores’... onde tá faltando fita de glicemia capilar, no outro dia, tá faltando gaze, no outro dia, tá faltando luva. E isso, com certeza é uma agente que dificulta bastante. A falta de material dificulta bastante o planejamento do cuidado.” (André)

As falas de Fernanda, Elaine e André exemplificam a insatisfação com a falta de recursos e de organização do material utilizado na Unidade Cardio-Intensiva, importante gerador de conflitos para a equipe de enfermagem, e que implica na diminuição da produtividade.

Os recursos materiais são essenciais para o funcionamento de qualquer instituição, uma vez que auxiliam o alcance dos objetivos propostos e impactam diretamente na assistência de enfermagem prestada, onde o paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca necessitará da utilização de maquinário e material específicos.

Segundo Castilho e Leite (1991), a enfermagem ao longo da história de prática profissional tem sido responsável pela administração do ambiente físico das unidades nas instituições onde a clientela recebe assistência de saúde.

Os enfermeiros gerentes devem preocupar-se com a adequação do ambiente físico, seguindo a ‘Teoria Ambientalista de Florence Nightingale’, além de exercer as atividades referentes à administração de material, sendo responsáveis por prever, prover, organizar e controlar esses materiais.

Para a previsão e provisão dos materiais, deve-se realizar um levantamento das necessidades de enfermagem, identificando as quantidades e especificidades necessárias ao suprimento para, posteriormente, realizar a reposição adequada destes materiais.

A organização do material na Unidade em questão que deve ser discutida. Em sua fala, Fernanda ressalta: *“Uma coisa que eu acho que dificulta, é porque às vezes, os materiais nem sempre estão perto...”*. Como forma de contribuir para a assistência de enfermagem, o enfermeiro responsável deve preocupar-se em dispor o material de forma centralizada, facilitando os locais de acesso e conseqüentemente o uso.

Para Takahashi e Gonçalves (2005), o gerenciamento de recursos físicos e ambientais em enfermagem consiste na participação do enfermeiro na alocação desses recursos, com o objetivo de organizar ou gerir, cotidianamente, uma unidade de saúde, provendo segurança, conforto e privacidade aos pacientes e assegurando condições de trabalho apropriadas.

Sendo assim, é importante identificar o local onde o material está armazenado, além de estabelecer um fluxo, evitando o cruzamento de material esterilizado e limpo, com material sujo e lixo. Para acondicionamento do material deve-se escolher locais livres de poeira, umidade, agentes atmosféricos, ferrugem, corrosões, roubo, deterioração, evaporação, entre outros riscos.

Apesar de todas as problemáticas e conflitos existentes, o relacionamento entre os integrantes da equipe de enfermagem foi apontado pelos enfermeiros como um fator positivo, contribuindo para a assistência de enfermagem prestada e para o desenvolvimento pessoal e profissional, conforme as falas de Fernanda e Rúbia.

“São muitas cabeças pensantes também... muitos enfermeiros no setor. De repente, você deixa pra trás alguma coisa... alguém te lembra... ou te ajuda a fazer...” (Fernanda)

“Eu acho que o que facilita é principalmente a vontade dos enfermeiros... eu acho que o grupo de entrou agora, desse último concurso¹² é um pessoal mais jovem, que se formou há pouco tempo... a maioria fez pós (graduação)... fez residência... e o pessoal tá com vontade mesmo... acho que existe uma boa-vontade de quem trabalha lá na ponta de fazer isso...” (Rúbia)

“Eu adoro cirurgia cardíaca! Eu acho que aqui tem uma equipe muito bacana pra trabalhar... acho que as pessoas aqui têm vontade de aprender...” (Elaine)

Segundo Motta (2001), “as equipes são formas mais aprimoradas dos grupos de trabalho. Possuem todas as vantagens dos grupos, além de criarem um espírito único para o trabalho coletivo”.

Enquanto os grupos de trabalho permitem segurança ao profissional, sentimento de pertencimento, afiliação, poder e possibilidade de concretizar, a formação de equipes gera um espírito comum e positivo, onde os indivíduos procuram um desempenho coletivo e as habilidades são vistas como complementares. Para Motta (op. cit., 2001), as equipes de trabalho se formam por competências, tendo como ponto de união determinado objetivo ou função: são pessoas que, tendo em vista razões intrínsecas às tarefas ou motivos da organização, devem atuar em conjunto.

¹² Concurso do Ministério da Saúde ocorrido em 2005, destinado a quatro dos Hospitais Federais do Estado do Rio de Janeiro: Hospital dos Servidores do Estado, Hospital Geral de Bonsucesso, Instituto de Traumatologia-Ortopedia e Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras.

Nos discursos de Fernanda, Rúbia e Elaine observa-se a importância da equipe no sentido de permitir a troca de informações e o crescimento individual, coletivo e profissional. Busca-se um espírito cooperativo, uma liderança compartilhada e ampla, reconhecendo e utilizando-se as potencialidades individuais para o desenvolvimento e solução de problemas do grupo.

Fernanda também nos leva a refletir acerca do espírito de ajuda, de coesão e de entusiasmo do grupo. Há comprometimento e necessidade de contribuir coletivamente para a melhoria da assistência de enfermagem prestada, o que acarretará em benefícios ao paciente, objetivo final do processo de trabalho.

Para Nishide (2003), a atuação da equipe é melhor quando todos trabalham para um objetivo comum, e este deve ser claro, com o papel de cada integrante bem delineado.

Cunha (1991) destaca a importância do enfermeiro líder e gerente na atividade de orientação, desenvolvimento técnico e humano dos supervisionados. Para a autora, o gerente de enfermagem poderá planejar o desenvolvimento intelectual da equipe, traçando o perfil desejado em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes para, a partir dele, definir a competência desejada.

Propiciar uma convivência sadia entre os integrantes da equipe, permitindo a estes participar junto ao gerente quanto ao estabelecimento de diretrizes de desenvolvimento, contribuirá para a otimização das relações e alcance da maturidade profissional.

6.2. Educação permanente e treinamento em serviço na Unidade Cardio-

Intensiva:

Para alcançar os objetivos propostos, as instituições necessitam de profissionais capacitados. É fundamental contribuir para o desenvolvimento da equipe, adotando-se a educação como estratégia para o processo de capacitação do indivíduo.

Segundo Costa e Rocaldoni (2007),

a educação é considerada um instrumento para mudanças e transformações em uma sociedade. [...] No âmbito da educação e da saúde, o acúmulo de conhecimento traduzido em tecnologias e indicadores de qualidade nos processos de trabalho tem influenciado na organização, exigindo que os trabalhadores adquiram novas habilidades de forma dinâmica.

Dados os aparatos tecnológicos e a complexidade da clientela atendida, atuar em uma Unidade Cardio-Intensiva exige capacitação profissional. Desde a admissão do profissional, a educação deve ser uma preocupação gerencial, onde os programas de integração terão como objetivo demonstrar o panorama, a filosofia e a missão da instituição.

“... a rotina não foi muito bem colocada quando eu cheguei nesse universo... pra mim não foi muito bem colocada... eu fui aprendendo mais no dia-a-dia... no desenrolar do plantão, o que a gente tava vivendo no paciente... mas eu vejo que não é... que não existe nada muito rotineiro.” (Silvana)

A fala de Silvana remete a necessidade de programas de integração e capacitação profissional, de familiarização com as rotinas institucionais e administrativas e de reciclagem quanto aos aspectos práticos de atuação na área de enfermagem em cardiologia.

Costa e Ricaldoni (2007) enfatizam a importância da integração do novo colaborador a equipe. Esta integração dependerá muito do tempo que o supervisor dedicará para ambientar o novo integrante. Neste contexto, ambientar vai muito além de uma simples demonstração física da estrutura, devendo-se informar sobre as rotinas gerais, normas e regras, divulgar a missão, os valores e a filosofia institucional.

Quanto ao enfermeiro gerente da unidade, Bosso et al (2005), afirmam que seu foco deixou de ser a fiscalização e passou para a educação, pois por meio da orientação, o enfermeiro esclarece e elimina dúvidas sobre a assistência a ser prestada e o modo de organização do trabalho da unidade.

O gerente de enfermagem é responsável por ofertar aos demais profissionais um treinamento adequado, que atenda a todas as necessidades educacionais e que contemple os conhecimentos necessários à execução das ações de enfermagem (MARQUIS E HUSTON, 2005).

O programa educacional a ser desenvolvido com a equipe de enfermagem deve estar relacionado às habilidades técnicas, uso de equipamentos, normas e rotinas administrativas, relacionamento interpessoal e atualização dos conhecimentos científicos. É necessário um planejamento baseado em uma metodologia de ensino e aprendizagem adaptada as necessidades da instituição, tendo o desenvolvimento como um objetivo permanente para toda a equipe (op. cit., 2003).

Além do período de integração e capacitação, as atividades de educação permanente e treinamento em serviço da equipe de enfermagem, devem ser pautadas na valorização das competências de cada profissional, conforme as necessidades presentes nas falas de Ester e Gabriela:

“[...] Eu acho que o que poderia facilitar seria essa melhor distribuição de tarefas, e... e um bom treinamento também da equipe... porque não é todo mundo que é especializado em cardiologia... eu, por exemplo, não sou... essa não é a minha especialização, então, o que eu sei de cirurgia cardíaca é o que eu aprendi aqui e o pouco que eu leio, porque minha especialização é outra, entendeu? Então, eu acho que um bom treinamento da equipe também seria muito importante.” (Ester)

“[...] Eu não vejo ninguém aqui na Unidade que tenha um treinamento para cirurgia cardíaca. Eu to aqui há dois anos e nunca tive nenhum treinamento para cirurgia cardíaca... e eu não tenho experiência em cirurgia cardíaca... quer dizer, não tinha, né? [...]” (Gabriela)

A educação e o treinamento são dois componentes do desenvolvimento do corpo funcional. Contudo, possuem definições e enfoques diferentes: o treinamento pode ser definido como o método organizacional para garantir que as pessoas têm conhecimentos e habilidades para determinada finalidade e que adquiram os conhecimentos necessários à execução dos deveres do cargo; a educação é formal e abrangente em seu alcance, sendo estruturada em desenvolver a pessoa em um sentido amplo (MARQUIS E HUSTON, 2005).

Haddad et al apud Costa e Rocaldoni (2007), conceituam educação permanente como ações continuadas de trabalho-aprendizagem, que ocorrem em um espaço de trabalho/ produção/ educação em saúde, que parte de uma situação existente (geralmente uma situação problema), e se dirige a superá-la, a mudá-la, a transformá-la em uma situação diferente desejada.

Conforme o relato de Ester, a Unidade Cardio-Intensiva é um local que carece de ações de educação permanente e de treinamento em serviço. Por ser uma Unidade especializada, é necessário que todos os profissionais estejam completamente capacitados, hábeis a agir em situações complexas e a operar todos os aparatos tecnológicos utilizados.

Os enfermeiros atuantes na Unidade possuem as mais diversas formações, especialidades, experiências e expectativas. Apresentam diversidades etárias e culturais, constituindo um grupo totalmente heterogêneo. Para Marquis e Huston (2005), uma educação que forneça apoio à diversidade cultural deve integrar o desenvolvimento dos funcionários, sejam enfermeiros, técnicos ou auxiliares, para que aprendam a agir em equipe.

Os autores também afirmam que a heterogeneidade de um corpo funcional em um ambiente de ensino/ aprendizagem pode ser positiva ou criar dificuldades, demandando mais tempo de treinamento e exigindo respeito às diversidades culturais apresentadas. Quanto aos enfermeiros mais antigos, estes aprendem de forma diferente dos recém-formados, sendo muitas vezes necessário a presença de um preceptor, adotando-se a técnica do compartilhamento de histórias de trabalho (op. cit., 2005).

O administrador garante que os recursos para o desenvolvimento dos empregados sejam usados de forma sábia. Um dos focos do desenvolvimento dos funcionários deve ser mantê-los atualizados com os novos conhecimentos e certificar-se de que todos permanecem competentes em suas funções. O líder/ administrador integrado é o modelo de um bom professor, utilizando a teoria de ensino-aprendizagem para fortalecer o corpo de funcionários (MARQUIS E HUSTON, 2005).

A disseminação do conhecimento adquirido poderá ocorrer por meio de comunicação, circulação do conhecimento, de treinamentos, rotação das pessoas e trabalho em equipes diversas, visando à construção de uma memória, que só é possível graças ao armazenamento das informações que devem ser resgatadas sempre que necessário ao processo decisório (BARÃO et al, 2005).

Neste momento, devemos refletir acerca das seguintes afirmações:

“Eu acho interessante alguém próprio... é... alguém... especial... alguém ‘tarimbado’, que tenha uma grande experiência, uma boa experiência, intelectualmente atualizado para tal, mas acho também que todos os enfermeiros e técnicos deveriam passar por um treinamento mais acirrado, mais puxado, mais intensivo em relação a determinadas rotinas peculiares ao recebimento... a admissão do paciente do Centro Cirúrgico, no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca.” (Juliana)

“[...] Não existe (planejamento)! Existe sim, um enfermeiro responsável pra fazer o recebimento da cirurgia cardíaca. E fica, no caso, só pra esse enfermeiro, a responsabilidade da cirurgia cardíaca. Parece que a gente é separado, né? Um universo separado... a Unidade Córdio-Intensiva e a Cirurgia Cardíaca. Não é uma coisa em conjunto... Acaba ele fazendo só a parte dele e a gente... A minha visão é essa! Aí, a gente pega... não vai pegar o pós-imediato, mas vai pegar o pós-tardio. Pelo menos a maioria dos enfermeiros que são da Unidade Cardio-Intensiva eles fazem... pegam mais o tardio do que o imediato.” (Letícia)

“Eu acredito também que uma das dificuldades, de repente do que ta acontecendo, é o fato de muitas vezes o pós-operatório ser uma coisa assim, direcionada. Há pessoas específicas que costumam atuar no pós-operatório. Então, eu acredito que isso dificulta um pouco. Algumas pessoas por não terem tanto interesse ou por já haver uma outra pessoa engajada nisso, acabam não atuando ou não se interessando em atuar nessa parte. Então, eu acredito que isso é algo que seja uma dificuldade. Se amanhã ou depois precisar que essa pessoa entre na assistência desse paciente, é complicado, porque ela não tá acostumada a fazer... Ela vai fazer do jeito dela, e cada um tem o seu jeito de fazer e de repente, nem todo mundo vai falar a mesma língua...” (Andréia)

A existência de enfermeiros específicos para o recebimento do paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca merece uma preocupação especial, pois pode interferir diretamente na qualidade da assistência de enfermagem prestada. Com a manutenção destes profissionais em cargos específicos, os demais enfermeiros equipe afastam-se da prática assistencial, perdendo contato com esta clientela.

A disponibilidade dos adultos para aprender é maior quando reconhecem a necessidade de saber (como a resposta de um problema); os adultos precisam de uma oportunidade para aplicar o que aprenderam após a aprendizagem (MARQUIS E HUSTON, 2005). Fato que nos leva a crer na necessidade de todos os enfermeiros participarem diretamente do pós-operatório de cirurgia cardíaca durante todos os períodos (imediate, mediate e tardio).

É preciso criar estímulos e formas que busquem integrar o desenvolvimento da equipe, levando em consideração a experiência e tempo de formação de todos os profissionais (op. cit., 2005).

“[...] de dia têm os enfermeiros da cirurgia cardíaca, são eles que assumem, e a noite não tem. É a gente com a nossa experiência lá de fora. A gente trás a nossa rotina lá de fora aqui para dentro, porque não tem. É a gente mesmo!” (Gabriela)

“[...] uma outra coisa que eu acho estranho, é que no pós-imediato, não é todo mundo que recebe o paciente. Têm pessoas específicas pra isso... Esse é um fator que eu acho que prejudica, porque não é toda a equipe que fica preparada. Então, isso é um fator que no meu ponto de vista, prejudica o planejamento e a assistência de enfermagem. Ter uma pessoa só... parece que os outros enfermeiros não têm capacidade pra atuar. E aí, os outros enfermeiros só vão atuar... quem vai atuar é o plantão da noite, no pós-imediato, porque com os enfermeiros da noite já não tem isso, mas durante o dia, sim.” (Mariana)

Conforme as falas de Gabriela e Mariana, a existência de enfermeiros específicos para o recebimento dos pós-operatórios de cirurgia cardíaca é exclusividade apenas do período diurno, uma vez que o período noturno apresenta uma configuração diferenciada. Com a ausência de um profissional específico, todos os enfermeiros da equipe tornam-se responsáveis pela admissão e demais cuidados deste paciente.

Este fato não gera diferenças entre os enfermeiros da equipe (que ocupam o mesmo cargo), além de permitir que todos adquiram experiência e desenvolvam competências e habilidades na assistência a este paciente repleto de especificidades.

Contudo, os déficits no período noturno também são eminentes. A afirmação: “[...] *A gente trás a nossa rotina lá de fora aqui para dentro [...]*” – Gabriela; endossa a necessidade de rotinas claras, e da implantação de um programa de treinamentos que foque toda a equipe.

Para Marquis e Huston (2005),

o líder deve encorajar a aprendizagem continuada de todos os indivíduos na organização, sendo o modelo de papel do aprendiz na vida inteira. Ele compreende que construir e apoiar uma equipe com muitos conhecimentos possibilita que o conhecimento coletivo gerado seja maior do que qualquer contribuição de um só indivíduo.

O desenvolvimento intelectual da equipe deverá ser planejado a fim de permitir o crescimento pessoal e profissional, onde o líder deverá assumir o compromisso de envolver a todos os funcionários, proporcionando um ambiente que possibilite a aprendizagem, a troca de informações e o aperfeiçoamento, com o objetivo único de otimizar a assistência de enfermagem oferecida.

O líder integrado preocupa-se em encorajar a aprendizagem da equipe, desenvolvendo um programa de atividades que objetive integrar e capacitar a todos de maneira uniforme. Através deste processo, será possível uma mesma linguagem de trabalho e o fortalecimento das normas e rotinas da UCI, tendo como ponto de partida a crença no valor da educação e na melhoria da assistência de enfermagem.

Uma equipe só se torna coesa quando envolve todos os seus membros no processo decisório. Todos se sentem responsáveis pelo sucesso da equipe e se

visualizem como parte integrante da organização. Todos se empenharão para manter relações de cooperação por meio do estabelecimento de objetivos mútuos compartilhados, comunicação aberta, reconhecimento e apoio recíprocos. Quando a equipe ganha, cada um se sente como um vencedor (PEDUZZI E CIAMPONE, 2005).

Na UCI, é necessário promover um ambiente favorável à formação de equipe, onde todos aprendam a conviver com os outros, a questionar o próprio conhecimento, a aprender com o outro e a desenvolver um trabalho com base na confiança e na busca de objetivos comuns, valorizando-se as competências de cada um.

CAPÍTULO VII

SUBSÍDIOS PARA UMA METODOLOGIA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM APLICADA AO PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA.

Este capítulo busca discutir subsídios que fundamentem a aplicação de uma metodologia da assistência de enfermagem, com base científica, no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Tais propostas poderão contribuir para melhorias na assistência e para o desenvolvimento pessoal e profissional de toda a equipe de enfermagem atuante na Unidade Cardio-Intensiva.

7.1. Gerenciando a assistência de enfermagem...

A fim de que se alcance o cunho científico, o planejamento da assistência de enfermagem deve estar fundamentado em uma teoria. Mas, o que vem a ser teoria?

Conforme Wanda Horta (1979), teoria é um aparelho conceptual, que representa um mundo ou realidade possível. É importante como um guia de ação (não diz como agir, mas diz o que acontecerá atuando-se de certa maneira), um guia para coleta de fatos, um guia na busca de novos conhecimentos e que explica a natureza da ciência.

A ciência da enfermagem baseia-se no conhecimento do ser humano, no conhecimento das teorias de enfermagem e no conhecimento das necessidades humanas básicas, tendo como objeto único, assistir ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas (HORTA, 1979).

Através das teorias, é possível decifrar a realidade a partir de um conceito central, para o qual o autor converge seu pensamento, elaborando uma rede de significados (que podem ser objetivos ou abstratos e representarem as características genéricas do objeto focalizado) para os fenômenos que deseja explicar ou descrever. A teoria não é uma explicação da realidade, mas através da sua compreensão, permite desenvolver tecnologias que sejam adequadas às finalidades de trabalho (LEOPARDI, 2006).

Para a enfermagem, a escolha de uma teoria possibilita fundamentar e orientar a sua prática, as suas ações e o processo de cuidar. No âmbito da sistematização da assistência de enfermagem, a teoria funcionará como um alicerce estrutural para a sua implementação, requerendo uma metodologia científica para ser implementada (TANNURE E GONÇALVES, 2006). Contudo, esta metodologia deve ser escolhida de acordo com a clientela atendida, com o serviço em questão e com a filosofia da instituição.

Analisando-se o discurso dos enfermeiros entrevistados e pertencentes à Unidade Cardio-Intensiva, percebe-se que este é pautado, mesmo que inconscientemente, nos ideais de Wanda Horta, adquiridos durante o Curso de Graduação em Enfermagem, destacando-se a preocupação com as necessidades básicas apresentadas pela clientela. Tais necessidades, somadas às ações e aos cuidados de enfermagem prestados no período de pós-operatório de cirurgia cardíaca e às características institucionais, encaminham-nos para o Processo de Enfermagem como o método que pode ser utilizado para se implementar uma teoria na prática.

O Processo de Enfermagem se caracteriza por uma série de fases, relacionadas às necessidades humanas básicas, ao grau de dependência do paciente, ao plano

assistencial, a prescrição dos cuidados e a realização destes e a avaliação final dos cuidados prescritos, já discutidos no decorrer do estudo.

Optar pelo Processo exigirá do enfermeiro responsabilidade e treinamento, proporcionando um aumento na qualidade da assistência prestada por este profissional. Para Stanon et al (2000), o processo de enfermagem propicia ordem e direção ao cuidado de enfermagem, sendo a essência, o instrumento e a metodologia da prática de enfermagem, ajudando o profissional enfermeiro a tomar decisões e a prever e avaliar as conseqüências.

Dentre os métodos teóricos de resolução de problemas e de tomada de decisão, Marquis e Huston (2005) apontam o Processo de Enfermagem como um método eficaz, que tem um importante elemento do qual carecem os outros métodos, a retroalimentação. Esta é iniciada ao se identificar o primeiro momento de decidir, que continua sistematicamente ao longo de todo o processo. No processo administrativo, o Processo de enfermagem permite planejar, organizar, recrutar pessoal, dirigir e controlar.

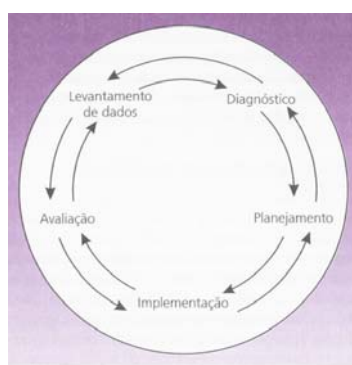


FIGURA 2: Mecanismo de retroalimentação do Processo de Enfermagem (MARQUIS E HUSTON, 2005).

Pensar em tomada de decisão, nos remete a liderança e ao gerenciamento. A qualidade das decisões tomadas pelos líderes pode levar diretamente ao sucesso ou ao fracasso de determinada situação. Tomar decisões é um processo cognitivo complexo, frequentemente definido como a escolha de determinada linha de ação (op. cit., 2005).

O processo de tomada de decisão requer reflexão, ponderação, discussão e raciocínio crítico. Para os dilemas não há respostas prontas, condutas pré-estabelecidas ou valores absolutos, fazendo com que as decisões sejam tomadas mediante a análise de cada situação. Todavia, são diversos os valores que influenciam neste processo, podendo-se enumerar: os valores profissionais, individuais, organizacionais, ambientais, sociais, éticos, políticos, econômicos e legais (MASSAROLLO E FERNANDES, 2005; MARQUIS E HUSTON, 2005).

No âmbito das teorias administrativas, é a teoria contingencial a que mais se adapta a realidade do Processo de Enfermagem na Unidade Cardio-Intensiva, uma vez que a estrutura e o funcionamento da organização dependem da interface com o ambiente. Esta teoria é contingente, pois depende de situações e circunstâncias diferentes e variáveis, acreditando-se que administrar não é somente indicar o que fazer, mas analisar por que fazer as coisas.

Na Teoria Contingencial, o ambiente, a tecnologia e o homem são variáveis importantíssimas, que influenciam as características organizacionais. O ambiente é o contexto que envolve externamente a organização (ou o sistema). É a situação dentro do qual uma organização está inserida; a tecnologia pode variar entre a mais rudimentar e a mais sofisticada; e o homem, que com toda a sua complexidade influencia diretamente a organização no alcance dos seus objetivos (CHIAVENATO, 2006).

Para Chiavenato (2006) o “Homem Complexo” é permeado por um sistema de valores, percepções, características e necessidades pessoais. Ele opera como um sistema

capaz de manter seu equilíbrio interno diante das demandas das forças externas do ambiente.

O Homem Complexo herda todas as características das teorias de administração anteriores, assumindo um caráter econômico, social, organizacional, administrativo e funcional, de forma variável, exposto à motivações e sujeito a mudanças.

Esta complexidade é perfeitamente aplicável aos profissionais de enfermagem, que geralmente têm o comportamento dirigido para o alcance de objetivos, num desenvolvimento contínuo, respeitando-se as características individuais de cada um. Perfeitamente influenciado pelo clima organizacional, o enfermeiro tende a respeitar a estrutura organizacional e a assumir responsabilidades e riscos permanentemente.

Ainda neste modelo de teoria, as questões de liderança também são abordadas, buscando-se uma relação entre o líder e os subordinados baseada na aceitação do líder pelos membros do grupo. Fato também encontrado na enfermagem, onde é ideal que o enfermeiro gerente/ líder possua aceitação total por parte da equipe, a fim de levá-la ao alcance dos objetivos propostos para a obtenção de uma assistência de enfermagem de qualidade.

O gerente/ líder integrado entende a importância da sensibilidade no processo de tomada de decisão e busca muitas vezes, adotar um estilo de liderança participativo, reconhecendo as pessoas adequadas a serem incluídas no processo decisório.

Neste contexto, cabe citar a liderança transformacional, onde a visão é a sua essência. Adotar este estilo de liderança implica na capacidade de vislumbrar determinada situação futura e de descrevê-la aos outros, para que comecem a “compartilhar o sonho”, o que produz a energia necessária para movimentar uma unidade organizacional em relação ao futuro (MARQUIS E HUSTON, 2005).

O líder transformacional tem um grande compromisso com a instituição e sua filosofia, buscando aprender e vencer em grupo, todos os obstáculos. Na UCI, a prática de tal estilo de liderança poderia contribuir para a motivação da equipe de enfermagem, além de permitir a participação de todos os profissionais no processo administrativo, o que serviria de estímulo à busca pela qualidade da assistência.

Na retrospectiva histórica da qualidade em saúde, Florence Nightingale destaca-se como a primeira a implantar um modelo de qualidade baseando-se em dados estatísticos. Atualmente, a qualidade é avaliada através da Acreditação Hospitalar, método voluntário, criado em 1997 pelo Ministério da Saúde, que pressupõe uma ação proativa das organizações em apresentar, à população, autoridades sanitárias e fornecedores/ consumidores de serviços de saúde, um padrão de qualidade compatível com uma referência externa (TRONCHIN et al, 2005).

A busca pela qualidade implica em mudanças no ambiente físico, nas questões organizacionais, na melhoria da auto-estima dos profissionais e no relacionamento entre os setores. A fim de avaliar os níveis de qualidade, adotam-se indicadores, que devem ser capazes de atender a objetivos como melhorar a assistência ao cliente, fortalecer a confiança da clientela, atender às exigências de órgãos financiadores, reduzir custos, atrair e estimular o envolvimento dos profissionais (op. cit, 2005).

O Hospital dos Servidores do Estado esteve em processo de acreditação hospitalar pelo CBA (Consórcio Brasileiro de Acreditação). Este foi iniciado em 2007, ocorrendo em maio deste mesmo ano, a primeira visita da comissão avaliadora, que relacionou através de um relatório, várias não-conformidades e conformidades.

A fim de preparar o HSE para o processo de acreditação, foram formadas equipes multidisciplinares divididas em três grupos: grupo de educação - encarregado de democratizar o processo; grupo de comunicação - com o objetivo de divulgar o

processo; e grupo de sistematização - visando organizar o processo; e um Comitê Estratégico de Qualidade.

Foram realizadas várias reuniões entre a equipe multiprofissional e os integrantes da Comissão de Acreditação, cujo foco era sensibilizar a todos os servidores e funcionários quanto às estratégias adotadas, através de Planos de Melhorias. Contudo, o processo de acreditação foi interrompido devido a uma ruptura do contrato entre Ministério da Saúde e o CBA. O Comitê Estratégico de Qualidade ainda se encontra em funcionamento, na tentativa de implantar algumas mudanças discutidas, com vistas à sanar as não conformidades relacionadas pela comissão avaliadora.

A interrupção do Processo de Acreditação Hospitalar constituiu um grande prejuízo para o Hospital dos Servidores do Estado. Através deste processo, busca-se afirmar que a Instituição possui condições de produção que permitem entregar produtos e serviços com elevada qualidade.

Couto e Pedrosa (2007) afirmam que a conformidade com os padrões é verificada por meio de observação, entrevista e análise de documentos. Para alcançar a acreditação a organização hospitalar precisa estar em conformidade com todos os padrões nucleares, relacionados aos cuidados ofertados ao paciente e às funções relativas à organização.

7.2. A filosofia institucional e a prática de enfermagem:

Diferentemente do que era apresentado no passado onde Carvalho e Leite (1996) destacaram em todo o Hospital dos Servidores do Estado a importância da existência de rotinas administrativas e de enfermagem, dos cursos de capacitação, da participação em

pesquisas e da rígida disciplina com que eram tratados todos os funcionários, hoje, a Unidade Cardio-Intensiva carece de investimentos e de organização.

Através da observação participante na Unidade Cardio-Intensiva também foi possível perceber a clara influência do Processo de Enfermagem. Os enfermeiros preocupam-se em coletar o histórico do paciente, identificar as suas necessidades, mesmo não elaborando um diagnóstico de enfermagem, traçar ‘mentalmente’ condutas a serem tomadas e registrar a prática de enfermagem e o quadro clínico do paciente. É fato que não há uma metodologia descrita, nem a adoção de um referencial teórico, mas as experiências profissionais e pessoais dos enfermeiros influenciam nas tomadas de decisão a cerca dos caminhos a serem percorridos na assistência.

Todavia, os depoimentos dos enfermeiros expostos no decorrer do estudo, apontam para uma necessidade de repensar a prática de enfermagem, a organização do cuidado e a necessidade de elevar a qualidade da assistência de enfermagem na UCI.

“Falta um trabalho direcionado pra isso, entendeu? Uma orientação prévia, conversar com o paciente, coletar os dados, orientar a ele como é que vai ser...” (Cristina)

“[...] porque aqui a gente não tem um plano de cuidados de enfermagem. Não existe isso, descrito... um plano e cuidados...” (Gabriela)

“Eu acho que a gente peca porque primeiro a gente registra mal, a gente não registra. O que registra é pobre... e às vezes... veja bem, eu vou falar uma palavra forte, mas que não é... entre aspas... a gente registra errado! Porque a gente não registra o que fez!” (Juliana)

Nas falas de Cristina, Gabriela e Juliana, percebe-se a consciência do enfermeiro quanto às etapas do Processo de Enfermagem, contudo, o mesmo não é adotado claramente como referencial teórico para uma metodologia que permita sistematizar a assistência de enfermagem a ser prestada.

Conforme observado, há durante toda a assistência de enfermagem na UCI, uma seqüência lógica de prioridades, buscando-se elaborar um plano de cuidados tendo como base as necessidades apresentadas pelo paciente. Entretanto, não há prescrição de enfermagem. Utiliza-se a prescrição médica, onde os profissionais médicos prescrevem cuidados como manter a cabeceira elevada, aferir sinais vitais, e até mesmo, realizar curativo com ‘determinada cobertura’ – funções exclusivas do profissional enfermeiro. Assim, muito se perde dentre os cuidados de enfermagem e a equipe limita-se a realizar as tarefas cotidianas.

O registro/ evolução de enfermagem não eram adotados como prática na UCI. Até 2006, os enfermeiros não registravam em prontuário. Esta era uma prática destinada apenas aos profissionais médicos, que realizavam os registros no prontuário médico. Após muitos episódios de tensão e questionamentos, foi permitido aos enfermeiros a realização do registro em prontuário. Contudo, por não haver uma normatização e até mesmo um treinamento, o registro não é realizado corretamente, assim como citado também por Juliana. Escreve-se apenas o exame físico e estado geral do paciente. Não é costume registrar as ações de enfermagem realizadas, o que impede que estas sejam adequadamente acompanhadas.

Assim, é possível perceber que a enfermagem mais uma vez perde seu espaço de atuação. Fato que também pode ser diretamente influenciado pelo déficit de profissionais de nível técnico (média de 04 auxiliares de enfermagem para 17 pacientes por plantão). Muitas funções que poderiam ser delegadas aos auxiliares são assumidas pelos enfermeiros que deixam de planejar o cuidado, como é exemplificado pela fala de Ester:

“Eu acho que o que dificulta é... para o enfermeiro, a sobre carga de trabalho. Porque muitas funções que poderiam ser delegadas, ele acaba assumindo. Por conta de determinação mesmo da chefia de setor. Então, por ele estar preso a essas atribuições que poderiam ser perfeitamente delegadas a um técnico de enfermagem, ele acaba não tendo tempo para poder fazer realmente um trabalho mais fino... o que o enfermeiro é treinado... é instruído a fazer na faculdade, de sentar, pensar, raciocinar... muitas vezes eu não consigo ler um prontuário direito de um paciente, porque eu tô preocupada com a medicação no horário, com o banho dele, com os curativos... que não dá tempo. É muita sobrecarga de trabalho pro profissional enfermeiro.” (Ester)

É válido ressaltar que cada profissional da equipe de enfermagem possui as suas atribuições devidamente registradas, conforme consta na Lei do Exercício Profissional n. 7498/ 86. Organizar o serviço de enfermagem e o cuidado está relacionado à organização da equipe, deixando claro desde o início, as atribuições inerentes a cada profissional. Através da organização e redistribuição de tarefas seria possível permitir ao enfermeiro uma maior disponibilidade de tempo para planejar a assistência de enfermagem a ser prestada.

Neste contexto, Leopardi (2006) afirma que

embora os enfermeiros expressem o cuidado como específico da enfermagem, não desejam que isto se constitua em ‘tarefagem’; buscando assumir seu papel intelectual e indicando a utilização de método como a melhor alternativa para realizá-lo, possibilitando a distribuição das tarefas, de acordo com a complexidade, para trabalhadores com diferentes níveis de ensino.

Retomando a fala de Ester, a autora também reflete quanto a esta temática, afirmando que é desta forma que se estabelece a hierarquia como decorrência da distribuição desigual do saber: “Tem que ter hierarquia, tem que ter aquela pessoa que pense, coordene a assistência de enfermagem, porque o enfermeiro, para isso, ele tem uma faculdade e ele tem esse conhecimento” (op. cit., 2006).

O enfermeiro é o responsável por coordenar e supervisionar a assistência de enfermagem, instrumentalizando através do plano assistencial e da prescrição de enfermagem as ações a serem desenvolvidas pelos demais integrantes da equipe de enfermagem, oferecendo suporte e colaborando para o desempenho das suas atividades (CARRARO, 2001).

O plano assistencial é o meio pelo qual o enfermeiro poderá determinar de forma global a assistência diante do diagnóstico de enfermagem estabelecido. Já a prescrição, deverá conter todos os cuidados diários a serem realizados pela equipe (HORTA, 1979), constituindo um importante instrumento direcionador do cuidado do paciente. Através deste instrumento, o enfermeiro da Unidade Cardio-Intensiva poderá direcionar a sua assistência, definindo ações, metas e objetivos, a fim de promover o bem-estar do paciente.

A realização da prescrição de enfermagem deverá ocorrer diariamente, preferencialmente em impresso próprio, incluindo a data em que foi realizada, a ação ser desenvolvida, com o verbo no infinitivo, junto a frequência de realizações e a assinatura do enfermeiro. Deve-se desenvolver uma prescrição que resolva os problemas do paciente, sem colaboração médica, objetivando sanar os déficits apresentados por ele apresentados (TANNURE E GONÇALVES, 2008)

O registro/ evolução de enfermagem deve ser realizado diariamente, como forma de registrar todas as mudanças que ocorrem com o paciente enquanto este estiver sob assistência de enfermagem, sintetizando-se a prescrição de enfermagem implementada. Através do registro é possível informar aos demais profissionais da equipe o quadro clínico do paciente, suas alterações e os cuidados realizados. É considerado também como o método utilizado para avaliar se os objetivos da ação foram atingidos, a fim de alterar ou não a prescrição de enfermagem.

Segundo Santos et al (2003) a compreensão do conhecimento em enfermagem é uma matéria complexa, porque os enfermeiros sabem mais do que escrevem sobre sua prática. A existência de um sistema informatizado poderia facilitar a realização dos registros e prescrições de enfermagem.

O registro manual das informações e a elaboração da prescrição de enfermagem consomem muito tempo dos enfermeiros, principalmente nas instituições onde o quantitativo de profissionais é deficitário em relação à taxa de ocupação dos leitos, conforme ocorrido (e já discutido) na Unidade Cardio-Intensiva. Fato que gera um complexo desafio para os enfermeiros, que precisam administrar o tempo para que as tarefas práticas e burocráticas sejam realizadas com qualidade.

Os avanços tecnológicos podem ser utilizados a fim de otimizar as ações de enfermagem e a administração de todas as informações que contribuem para a prestação de uma assistência de qualidade. Aliar a tecnologia de informação às ações de saúde contribui para a difusão e registro das informações pela equipe de saúde.

Para Sperandio e Évora (2005), o uso da informatização pode aumentar o potencial para uma implementação rápida, precisa e completa, resultando na otimização da disponibilidade dos enfermeiros para atividades assistenciais, assim como para coordenar os processos que envolvam esta prestação de cuidado.

Peres e Leite (2005) afirmam que o sistema de informação computadorizado, orientado clinicamente para documentar e processar informações no cuidado direto ao paciente, é fundamental no processo de enfermagem que requer a integração e interpretação de complexas informações clínicas para a tomada de decisão sobre o cuidado de enfermagem individualizado.

O uso da informática na enfermagem contribui em larga escala para a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Através do sistema informatizado, o enfermeiro poderá elaborar com mais rapidez a prescrição de enfermagem e o registro, além de permitir que os dados sejam facilmente visualizados sempre que necessário, permitindo um maior acompanhamento do quadro clínico do paciente. A informatização também aumenta a produtividade, reduz a margem de erros e contribui para a realização de um banco de dados clínico.

Contudo, a Unidade Cardio-Intensiva pertence a uma instituição pública e federal, que necessita do envio de verbas governamentais para a compra de material. E o acesso a um sistema informatizado que permita aos enfermeiros a realização das prescrições de enfermagem e dos registros de forma eletrônica ainda não é possível, porém não impede a adoção de uma metodologia de assistência de enfermagem.

É importante lembrar que o sistema de informação manual constitui um veículo de informação limitado e ultrapassado, diante da moderna tecnologia digital (SANTOS et al, 2003). Porém, é a única ferramenta que pode ser utilizada para o processo de sistematização da assistência de enfermagem na UCI. Processo este que deverá ser implementado em conjunto com a gerência de enfermagem e com os enfermeiros plantonistas atuantes, horizontalmente, permitindo a participação de todos e tendo como base a construção de uma consciência que vislumbre o sucesso da metodologia a ser implementada.

7.3. A importância das atividades científicas para a prática de enfermagem:

As atividades científicas e de pesquisa permitem à equipe de enfermagem refletir acerca das inovações tecnológicas, do crescimento profissional e da assistência

de enfermagem. Esta é uma prática que pode ser estimulada pela gerencia da UCI em conjunto com o serviço de educação continuada, adotando-se atividades que permitam a discussão em grupo e a reflexão individual.

Polit et al (2004) enfatizam que o desenvolvimento e a utilização do conhecimento são essenciais para a melhoria constante no atendimento ao paciente. Espera-se que as enfermeiras adotem a prática baseada em pesquisa (ou em evidências), utilizando os resultados das pesquisas para fundamentar as suas decisões, ações e interações com os clientes. A incorporação destas evidências denota responsabilidade, fortalecendo a identidade da enfermagem como profissão.

Através da pesquisa é possível também documentar a prática em enfermagem, bem como a sua relevância na sociedade, traçando-se um importante caminho de evolução profissional a ser seguido. A participação em pesquisa deve ser uma responsabilidade de todos os enfermeiros, uma vez que permite a atualização constante e as discussões a respeito da prática profissional.

Uma grande problemática é o afastamento existente entre os enfermeiros atuantes na prática assistencial e os enfermeiros docentes, atuantes nas instituições de ensino de enfermagem. Contudo, tais atuações muitas vezes consideradas como extremas estão intimamente relacionadas, adquirindo-se um grau intenso de interdependência.

Muitas são as atividades que podem ser realizadas a fim de aproximar os enfermeiros da prática e do consumo de pesquisa, podendo-se enumerar algumas como a participação em clubes de periódicos com encontros regulares entre os enfermeiros para a discussão crítica dos artigos de pesquisa; participação em apresentações de eventos científicos; participação em comitês institucionais de ética em pesquisa; realização de estudos de casos clínicos; elaboração de *rounds* entre a equipe

mutiprofissional; utilização dos resultados de pesquisa com a aplicação na prática de enfermagem.

A aproximação dos enfermeiros com as atividades de pesquisa também pode ser realizada através da realização de cursos de pós-graduação *strictu-sensu*, onde o profissional será um produtor de ciência, contribuindo diretamente para o desenvolvimento científico da enfermagem com aprofundamento e ampliação da prática profissional.

É importante frisar a necessidade da divulgação dos resultados das pesquisas científicas. Os resultados são os responsáveis pelo desenvolvimento de uma base de conhecimentos sólidos, capazes de modificar uma realidade muitas vezes já consolidada, tendendo a solucionar problemas através de métodos de raciocínio lógico. Realizar pesquisa em enfermagem é buscar expandir conhecimentos, além de consolidar a enfermagem como ciência.

CAPÍTULO VIII

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O período de pós-operatório de cirurgia cardíaca é um momento singular para o paciente e a sua família. Um momento repleto de medos, incertezas e inseguranças. Um momento onde se busca ‘vida nova após a reconstrução do coração’ – órgão dos sentidos e sentimentos.

Neste período, enxergar o paciente e compreender as suas necessidades não é uma tarefa simples. A tecnologia avançada e um maquinário que permite avaliar perfusões, batimentos, débitos, ventilações e todo o funcionamento do organismo podem afastar o enfermeiro da sua premissa básica: o cuidado ao ser humano.

Neste estudo, realizado na Unidade Cardio-Intensiva do Hospital dos Servidores do Estado, foi possível discutir e refletir acerca das necessidades do paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca e de como estas necessidades são identificadas pelos enfermeiros, compreendendo-se a organização do cuidado e o desestímulo causado pela falta de recursos material e pessoal.

Localizada em uma instituição pública, a UCI possui uma série de particularidades, como a permanência de pacientes com patologias clínicas e cirúrgicas em um mesmo espaço físico. Este fato gera uma série de estressores para os pacientes e familiares, expostos constantemente ao conturbado ambiente de uma unidade intensiva e para a equipe de enfermagem, que necessita se dividir entre pacientes coronariopatas e pacientes em pós-operatório.

Quanto à organização do cuidado, são notáveis as iniciativas dos enfermeiros em busca de uma assistência que contemple o paciente de maneira singular. Através dos depoimentos, foi possível perceber uma aproximação com as fases do Processo de Enfermagem de Wanda Horta, mesmo que inconscientemente, o que denota uma grande possibilidade de adoção desta metodologia na assistência de enfermagem ao pós-operatório de cirurgia cardíaca.

A adoção clara de uma fundamentação teórica que norteie todas as atividades realizadas excluirá a sensação de empirismo sentida pelos enfermeiros, além de possibilitar um planejamento coerente da assistência e das atividades realizadas.

Muitas situações encontradas e discutidas na UCI podem e devem ser revistas, como a falta de normas e rotinas administrativas descritas e de fácil acesso aos funcionários; uma melhor divisão das tarefas realizadas pelos profissionais da equipe de enfermagem; uma melhor definição das funções de cada categoria profissional; a necessidade de treinamentos em serviço e de atividades de educação permanente; e a necessidade de integrar a todos os profissionais, conscientizando-os acerca da importância de uma assistência de enfermagem sistematizada e garantindo às equipes uma padronização na organização de trabalho. Tais melhorias contribuiriam para assistência de enfermagem, facilitando o planejamento e aumentando a qualidade.

A necessidade de planejamento é um fator que merece destaque na Unidade Cardio-Intensiva. Planejar a assistência é promover a comunicação, direcionar o cuidado e criar registros que permitam o acompanhamento do paciente. É uma atividade inerente ao enfermeiro, líder da equipe, com o objetivo de sanar as necessidades dos pacientes definindo diagnósticos, prescrevendo cuidados e avaliando os resultados.

Em todos os momentos deste estudo, a presença e a necessidade de liderança foram evidentes. Na Unidade Cardio-Intensiva, a líder é personificada pela gerente de enfermagem. É importante relembrar os atuais conceitos¹³ de liderança, onde líder é aquele que influencia, orienta o rumo, as opiniões e o curso das ações, aumentando a produtividade e maximizando a eficiência da força de trabalho, diferentemente da simples tarefa de administrar, que enfatiza apenas controle de horas, custos, salários, horas extras, ausências, patrimônio e suprimentos. Somente o comportamento de um administrador poderá determinar se ele ocupa ou não uma posição de liderança.

É fato que os problemas sempre constituirão uma realidade daqueles que se propõem a liderar. Contudo, é fundamental compreender o que é liderança e buscar o desenvolvimento das habilidades necessárias para tal, o que diretamente contribuirá para alcançar metas e objetivos na instituição.

O relacionamento entre os integrantes da equipe de enfermagem foi um ponto positivo encontrado no discurso dos enfermeiros, porém, deve-se reavaliar a presença de um enfermeiro apenas e exclusivamente para o pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. Fato que permitirá uma divisão igualitária de tarefas, além de possibilitar que todos os demais enfermeiros adquiram experiência profissional com este tipo de paciente, que requer cuidados específicos.

A realização deste estudo foi extremamente gratificante e importante, pois permitiu compreender um pouco mais o meu ambiente de trabalho, conhecer a fascinante trajetória histórica do Hospital dos Servidores do Estado e como as políticas públicas influenciaram diretamente às suas 60 décadas de vida. Também foi possível refletir acerca das opiniões dos meus colegas de trabalho – enfermeiros que assim como

¹³ Utilizados conceitos de liderança conforme Marquis e Huston (2005).

eu, lutam por uma assistência de enfermagem singular e de qualidade, tentando sempre superar todas as barreiras e dificuldades encontradas.

Ao longo deste estudo, pude me certificar de que trabalhar em uma instituição pública não é uma tarefa fácil, porém, é gratificante. Diariamente enfrentamos dificuldades para conseguir material adequado, operar utensílios que não funcionam corretamente ou que não possuem manutenção adequada, compreender e transpor toda a burocracia existente, além de buscar motivação, para fazermos o nosso melhor. Contudo, nos momentos mais inesperados nos deparamos com um sorriso, um aperto de mão, um muito obrigado ou uma simples visita daquele paciente que um dia apresentou-se hemodinamicamente instável e sob eminente risco de vida.

A clientela atendida é, em sua maioria, de baixo poder aquisitivo. Carente muitas vezes não só de condições financeiras, mas de amor, afeto, compreensão, bons tratos, higiene... Carente de cuidados. Como enfermeira, é possível atender a todas essas necessidades, consideradas humanas e básicas, não nos afastando do real objetivo da enfermagem.

É importante também, frisar a importância histórica do Hospital dos Servidores do Estado para sociedade e para a evolução da enfermagem e da medicina no país. Construído para ser um hospital federal de referência, destinado a atender ao Presidente da República e a todos os servidores públicos federais, o HSE vem, ao longo de sua existência e apesar de todas as crises e mudanças de perfil da clientela atendida, prestando serviços inestimáveis a todos aqueles que dele necessitam.

***“Este hospital nasceu da bondade dos que sentem
e viverá da confiança dos que sofrem”.***

(Alcides Carneiro – Ministro da Saúde, 1947).

REFERÊNCIAS:

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Guidelines on perioperative cardiovascular evaluation and care for noncardiac surgery**: a report of the american college of cardiology. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org>. Acesso em: 12 ago. 2008.

BACKES, D.S.; ESPERANÇA, M.P.; AMARO, A.M.; CAMPOS, I.E.F.; CUNHA, A.D.º Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v.27, n.1, p.25-29, jan./jun. 2005.

BARÃO, A.G; LOUREIRO, D.F.; YOGI, K; TIAGO, R.S.G; SANTANA, R.S. Sistematização da assistência de enfermagem: aprendizado de competências pela equipe de enfermagem. In: CUNHA, K.C.C. (Coord.) **Gerenciamento na enfermagem: novas práticas e competências**. São Paulo: Martinari, 2005. p. 87-100.

BITENCOURT, F. **Hospital dos Servidores do Estado**: um patrimônio de saúde, arquitetura e história. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007. 135 p.

BORGES, J.B.C; FERREIRA, D.L.M.P; CARVALHO, S.M.R; MARTINS, A.S; ANDRADE, R.R; SILVA, M.A.M . Avaliação da intensidade de dor e da funcionalidade no pós-operatório recente de cirurgia cardíaca. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto, v. 21, n. 4, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 28 jul. 2008. doi: 10.1590/S0102-76382006000400009

BOSSO, D; ANTONELI, I.G., FARIA, S.M.R. Educação:competência do enfermeiro supervisor. In: CUNHA, K.C. (Coord.) **Gerenciamento na enfermagem: novas práticas e competências**. São Paulo: Martinari, 2005.

BRASIL, Ministério do Orçamento, Planejamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tábuas completas de mortalidade– 2003**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=266&id_pagina=1. Acesso em: 01 mai. 2007.

_____. Ministério do Orçamento, Planejamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Alta complexidade.** Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sctie/portal_des/eventos/apresentacoes/Apres_Solon_magalhaes.ppt. Acesso em: 24 jun. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS – informações da saúde.** Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/BR/Brasil_GeralBR.xls. Acesso em: 1 mai. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Hospital dos Servidores do Estado/ RJ. **Direitos dos pacientes do H.S.E** Disponível em: <http://www.hse.rj.saude.gov.br/cidadao/campanhas/direitos.asp>. Acesso em: 3 jul. 2008.

CARRARO, T.E. Resgatando Florence Nightingale: a trajetória da enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções. In: CARRARO, T.E; WESTPHALEN, M.E.A (Org.). **Metodologias para a assistência de enfermagem:** teorização, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001. 184 p.

CARRARO, T.E.; WESTPHALEN, M.E.A. (Org.). **Metodologias para a assistência de enfermagem:** teorização, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001. 184 p.

CARVALHO, M.L.; LEITE, J.L. **O cotidiano da enfermagem em um grande hospital:** H.S.E (1947 -1980). Rio de Janeiro: H.S.E, 1996. 104 p.

CASTILHO, V; LEITE, M.M.J. A administração de recursos materiais na enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.) **Administração em enfermagem.** São Paulo: EPU, 1991.

CIAMPONE, M.H.T. Metodologia do planejamento na enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.) **Administração em enfermagem.** São Paulo: EPU, 1991.

CIAMPONE, M.H.T.; MELLEIRO, M.M. O planejamento e o processo decisório como instrumento do processo de trabalho gerencial. In: KURCGANT, P. (Coord.) **Gerenciamento em enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CIANCIARULLO, T.I.; GUALDA, D.M.R.; MELLEIRO, M.M.; ANABUKI, M.H. (Orgs). **Sistematização de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. 3. ed. São Paulo: Ícone, 2001.

CHIAVENATO, I. **Princípios de administração: o essencial em teoria geral da administração**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n. 189 de 25 de setembro de 1996**. Estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. Disponível em: http://www.coren-rj.org.br/site/resolucoes/RES_COFEN_189_1996.swf. Acesso em: 20 ago. 2008.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n. 272 de 27 de agosto de 2002**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem-SAE nas instituições de saúde brasileiras. Disponível em: <http://www.bve.org.br/portal/materias.asp?ArticleID=1256&SectionID=194&SubSectionID=194&SectionParentID=189>. Acesso em: 11 jun. 2007.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n. 293 de 21 de setembro de 2004**. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/exercicio-profissional/res_293.pdf. Acesso em: 20 ago. 2008.

COSTA, I.A. História da cirurgia cardíaca brasileira. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto, v. 13, n. 1, 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010276381998000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2007. No prelo.

COSTA, V.G.; RICALDONI, C.A.C. Gestão de pessoas e capacitação. In: COUTO, R.C; PEDROSA, T.M.G. **Hospital: acreditação e gestão em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

COUTO, R.C; PEDROSA, T.M.G. Avaliação das metodologias certificáveis de garantia de qualidade. In: _____ . **Hospital: acreditação e gestão em saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CUNHA, K.C. Filosofia do serviço de enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.) **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

DALRI, M.C.B. **Assistência de enfermagem ao paciente portador de queimadura utilizando um software**. 2000. Tese (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

FELDMANN, M.A. Administração do serviço de enfermagem. In: NISHIDE, VM; CINTRA, EA; NUNES, WA. **Assistência de enfermagem ao paciente crítico**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

GAIDZINSKI, R.R. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.) **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

GAIDZINSKI, R.R; PERES, H.H.C; FERNANDES, M.F.P. Liderança: aprendizado contínuo no gerenciamento em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 4, p 464 –466, jul./ ago. 2004.

GALDEANO, L.E.; ROSSI, L.A; NOBRE, L.F; IGNÁCIO, D.S. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n. 2, mar./ abr., 2003.

GIMENES, A.C.O; SILVA, C.S.M; SCARPINELLA-BUENO, M.A. Desmame da ventilação mecânica. In: KNOBEL, E. **Terapia intensiva: pneumologia e fisioterapia respiratória**. São Paulo: Atheneu, 2004. p.119-127.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 9. ed. Rio de Janeiro: Record, 2005.

HADDAD, Q.J.; ROSCHKE, M.A.C; DAVINI, M.C. Educacion permanente de personal de salud. In: COUTO, R.C; PEDROSA, T.M.G. **Hospital: acreditação e gestão em saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

HORTA, W.A. **A observação sistematizada na identificação dos problemas de enfermagem em seus aspectos físicos**. São Paulo, 1968, 60 f. Tese (Livre Docência apresentada à Cadeira de Fundamentos de Enfermagem I) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1968.

_____. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. 97 p.

HUDAK, C.M.; GALLO, B.M. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

JOAO, P.R.D; FARIA JUNIOR, F. Cuidados imediatos no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Journal of Pediatric**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572003000800011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 jul. 2007. No prelo.

KURCGANT, P. As teorias de administração e os serviços de enfermagem. In: _____. (Coord.) **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

LEITE, J.L.; BRAZ, M.R.; NASCIMENTO, M.T.F.; STIPP, M.A.C. Pós-operatório de cirurgia cardíaca. In: FIGUEIREDO, N.M.A; VIANA, D.L. **Fundamentos do uso de tecnologias na enfermagem**. São Caetano do Sul: Yendis, 2006. p. 253-276.

LIMA, L.R; STIVAL, M.M; LIMA, L.R; OLIVEIRA, C.R; CHIANCA, T.C.M. Proposta de instrumento para coleta de dados de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva fundamentado em Horta. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 349-357, 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a05.htm. Acesso em: 15 jul. 2008.

LEOPARDI, M.T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Ed. Soldasoft, 2006. 396 p.

MACHADO, S.C.; STIPP, M.A.C; LEITE, J.L. Clientes com hipertensão arterial: perspectiva da gerência do cuidado de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.10, n.4, p. 730-734, dez. 2006.

MACHADO, F.S; D'ARCO, C.; LASELVA, C.R. Assistência de enfermagem à monitorização hemodinâmica. In: KNOBEL, E. **Terapia intensiva: hemodinâmica**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 55-65.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2004. 315 p.

MARQUIS, B.L; HUSTON, C.J. Tradução de Regina Garcez. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 477 p.

MASSAROLLO, M.C.K.B.; FERNANDES, M.F.P. Ética e gerenciamento em Enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.) **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MELTZER, LE. Tradução de Walter Franco. **Enfermagem na unidade coronária: bases, treinamento, prática**. São Paulo: Atheneu, 2001.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, M.C.S. (Org.); DESLANDES, S.F.; NETO, O.C.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. p. 80.

MOTTA, P.R. **Desempenho em equipes de saúde: manual**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001. 144 p.

NASCIMENTO, M.T.F.; BRAZ, M.R.; LEITE, J.L.; FONSECA, J.M. O cliente no pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca. In: FIGUEIREDO, N.M.A.; STIPP, M.A.C.; LEITE, J.L. (Org.). **Cuidando de clientes cardiopatas**. São Caetano do Sul: Difusão, 2004.

NIGHTINGALE, F. Notes on nursing: what is it and what is not. In: HORTA, WA. **A observação sistematizada na identificação dos problemas de enfermagem em seus aspectos físicos**. São Paulo, 1968, 60f. Tese (Livre Docência apresentada à Cadeira de Fundamentos de Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1968.

NISHIDE, V.M.; CINTRA, E.A.; NUNES, W.A. **Assistência de enfermagem ao paciente crítico**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

NISHIYAMA, K.; BECCARIA, L.M.; ITTAVO, J. Enfermeiros recém-admitidos em UTI: a importância de programas de educação que possibilitem a sua inserção. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM- SIBRACEN, 8, 2002, Ribeirão Preto-SP. **Anais Eletrônicos...** Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002. p. 1-8. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692008000300022&lng=en&nrm=iso&tl. Acesso em: 14 maio 2008.

OLIVEIRA, G.M.M. (Org.). **Abordagem da doença coronariana: aspectos epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos**. Rio de Janeiro: Ed. Edson Abdala Saad, 2003.

PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M.H.T. Trabalho em equipe e processo grupal. In: KURCGANT, P. (Coord.) **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

PEREIRA, A.A.; GONÇALVES, B.; FERNANDES, M.B.V.; PINTO, M.A.F.; ANTONIO, M.S. Motivação da equipe de enfermagem: competências dos enfermeiros. In: CUNHA, K.C. (Coord.) **Gerenciamento na enfermagem: novas práticas e competências**. São Paulo: Martinari, 2005.

PERES, H.H.C.; LEITE, M.M.J. Sistemas de informação em saúde. In: KURCGANT, P. (Coord.) **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. Tradução de Ana Thorell. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRATES, P.R. Pequena história da cirurgia cardíaca: e tudo aconteceu diante de nossos olhos. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v.14, n.3, p.177-184, jul. 1999

RIBEIRO, HP. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993. 135 p.

SANTOS, S.R.; PAULA, A.F.A; LIMA, J.P. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.11, n. 1, p. 80-87, 2003, jan./fev. 2003.

SILVA, M.A.A.; RODRIGUES, A.L.; CEZARETI, I.U.R. **Enfermagem na Unidade de Centro Cirúrgico**. São Paulo: EPU, 1982. 87 p.

SILVA, M.M.; SANTOS, N.L.P. Avaliação retrospectiva da práxis do processo de enfermagem no cuidado do idoso em cirurgia cardíaca. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.9, n3, p.388-396, dez. 2005.

SILVA, R.C.L.; FIGUEIREDO, N.M.A; SILVA, C.R.L. Fases do tratamento cirúrgico e cuidados de enfermagem. In: FIGUEIREDO, N.M.A. **Práticas de enfermagem: ensinando a cuidar de clientes em situações clínicas e cirúrgicas**. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2003.

SPERANDIO, D.J. **Sistematização da assistência de enfermagem: proposta de um software – protótipo**. 2002. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-21022003-173133/. Acesso em: 02 nov. 2002.

SPERANDIO, D.J.; ÉVORA, Y.D.M. Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software-protótipo. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.13, n.6, p.937-943, nov./dez. 2005.

STIPP, C.A.; LEITE, J.L.; STIPP, M.A.C.; SANTOS, N.M.P.; MACHADO, S.C. Enfermagem na reabilitação cardíaca. In: FIGUEIREDO, N.M.A; STIPP, M.A.C.; LEITE, J.L. (Coord.) **Cardiopatas: avaliação e intervenção de enfermagem**. São Caetano do Sul: Yendis, 2006.

STIPP, M.A.C.; SANTORO, D.C.; MACHADO, S.C.; SANTOS, N.M.P. O cliente com doença coronariana e os fatores de risco. In: **Cuidando de clientes cardiopatas**. São Caetano do Sul: Difusão, 2004, p. 64-78.

TANNURE, M.C.; GONÇALVES, A.M.P. **SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 168 p.

TAKAHASHI, R.T.; GONÇALVES, V.L.M. Gerenciamento de recursos físicos e ambientais. In: KURGANT, P. (Coord.) **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

TRONCHIN, D.M.R.; MELLEIRO, M.M.; TAKAHASHI, R.T. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: KURGANT, P. (Coord.) **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998. 205 p.

WEST, J.B. **Fisiopatologia pulmonar moderna**. 4. ed. São Paulo: Manole, 1996.

WOODS, S.L.; FROELICHER, E.S.S; MOTZER, S.A. Tradução de Shizuka Ishii. **Enfermagem em cardiologia**. Barueri: Manole, 2005.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução de Daniel Grassi. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (VERSÃO 1)

Você foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada **“Metodologia da assistência de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso”** que tem como objetivos: 1. Descrever as necessidades do paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca, identificadas pela enfermeira; 2. Identificar as fragilidades e potencialidades das enfermeiras no planejamento do cuidado a partir das necessidades identificadas no pós-operatório de cirurgia cardíaca; 3. Elaborar subsídios para a construção de uma metodologia de assistência de enfermagem aplicada ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

A previsão de duração desta pesquisa será de aproximadamente 18 meses.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Todas as informações relacionadas a esta pesquisa, como informações pessoais, serão estritamente confidenciais e mantidos em sigilo, onde apenas os profissionais envolvidos no estudo terão acesso. Os dados obtidos com a pesquisa poderão ser publicados apenas com fins científicos, permanecendo sua identidade em sigilo, ou seja, será garantido o seu anonimato.

A sua participação no estudo é voluntária, caso não queira participar ou mude de idéia a qualquer momento, desejando se retirar do estudo, não necessitará justificar sua decisão e nem será prejudicado em seu ambiente profissional. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas, através de uma entrevista, que será gravada em fita K-7 e transcrita posteriormente pela equipe de pesquisa. Após transcrição dos depoimentos, as fitas K-7 serão destruídas. Também será realizada observação das suas tarefas diárias, onde você será observado pelo pesquisador responsável no desenvolvimento de suas funções laborativas, sem que isso interfira em seu ambiente profissional ou nas tarefas por você desenvolvidas.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras para participar da pesquisa. Os riscos oferecidos serão mínimos, referindo-se apenas a sua disponibilidade, ao tempo dispensado à realização da pesquisa e quaisquer desconfortos que você possa sentir frente à mesma. Os benefícios relacionados com a sua

participação serão de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem, melhorar o planejamento da assistência e o cuidado de enfermagem na Unidade Cardio-Intensiva.

Em qualquer momento você terá acesso aos dados referentes ao estudo e aos membros da equipe de pesquisa, para esclarecimento das dúvidas ou informações adicionais. É importante que você guarde a cópia deste termo e toda vez que apresentar alguma dúvida sobre a pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa abaixo relacionado ou com a equipe de pesquisa responsável pelo estudo.

*** Comitê de Ética em Pesquisa - HSE.**

Endereço: Rua Sacadura Cabral, 178. Saúde – Rio de Janeiro, RJ.

Telefone: 22913131. R: 3544.

*** Enf. Sabrina da Costa Machado (Mestranda).**

Telefones: 88116376

e-mail: inamachado@globo.com

*** Profa. Dra. Marluci Andrade Conceição Stipp (Orientadora).**

Telefone: 22938999. R: 117

e-mail: marlustipp@gmail.com

Sabrina da Costa Machado
Pesquisadora Responsável

Declaro que li e compreendi o teor de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e estou de acordo com o estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__ .

Sujeito da Pesquisa

APÊNDICE B**ROTEIRO DE ENTREVISTA****(VERSÃO 1)**

Pesquisa: **“Metodologia da assistência de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso”**.

1. Perfil dos Sujeitos:

Nome: _____ Sexo: () M () F

Data de Nascimento: ___/___/____.

Tempo de formação: _____.

Tempo de atuação na UCI: _____.

Formação: () Latu Sensu. Especifique: _____.

() Strictu Sensu. Especifique: _____.

() Outras. Especifique: _____.

2. Quais as necessidades do paciente que você identifica no pós-operatório de cirurgia cardíaca?

3. Como é realizado o planejamento do cuidado de enfermagem na Unidade Cardio-Intensiva?

4. Que fatores facilitam ou dificultam o planejamento do cuidado de enfermagem na Unidade Cardio-Intensiva?

APÊNDICE C

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE (VERSÃO 1)

Pesquisa: **“Metodologia da assistência de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso”**.

1. Características da Unidade Cardio-Intensiva:
2. Necessidades de maior demanda no pós-operatório de cirurgia cardíaca:
3. O planejamento do cuidado de enfermagem ao cliente no pós-operatório de cirurgia cardíaca:

ANEXO A**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria de Assistência à Saúde

Departamento de Desenvolvimento, Avaliação e Controle de Serviços de Saúde

Escritório de Representação do Ministério da Saúde no Estado do Rio de Janeiro

Coordenação Geral das Unidades Hospitalares Próprias

HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO**PARECER CONSUBSTANCIADO.****I- IDENTIFICAÇÃO:**

Protocolo CEP: 000.296

TÍTULO DO PROJETO: Sistematização da assistência de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Enfermeira Sabrina da Costa Machado.

INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Hospital dos Servidores do Estado (HSE).

DATA DE APRESENTAÇÃO AO CEP: 05 de outubro de 2007.

II- OBJETIVOS:

- Descrever as necessidades do paciente em pós operatório de cirurgia cardíaca, identificadas pela enfermeira;
- Identificar as estratégias utilizadas pela enfermeira para o planejamento do cuidar, a partir das necessidades observadas no pós operatório de cirurgia cardíaca;
- Construir uma metodologia de assistência de enfermagem aplicada ao paciente em pós operatório de cirurgia cardíaca.

III- SUMÁRIO DO PROJETO:**Descrição e caracterização da amostra:**

Serão recrutados para o estudo, 20 profissionais de enfermagem da unidade cardiointensiva de um hospital público federal da Cidade do Rio de Janeiro – Hospital dos Servidores do Estado (HSE), líderes e responsáveis diretos pelo planejamento do cuidado de enfermagem.

Critérios de inclusão e exclusão:

Serão recrutados enfermeiros da Unidade Cardiointensiva do HSE, que tenham atuado no setor em foco por período superior há mais de seis meses.

Adequação da metodologia:

A metodologia utilizada no estudo consiste de duas etapas. A primeira é a realização de entrevista, com aplicabilidade de um questionário pré estruturado, com perguntas abertas e fechadas, de caráter qualitativo. O protocolo prevê a gravação da entrevista, assim como a destruição da fita k-7 após a transcrição dos dados pela pesquisadora e validação desses dados pelos sujeitos. A segunda etapa, é a realização da "observação participante", ou seja, a observação dos sujeitos de pesquisa em seu cotidiano profissional, pela pesquisadora. Após a coleta desses dados, os mesmos serão analisados, classificados, visando alcançar os objetivos do estudo.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Assistência à Saúde
 Departamento de Desenvolvimento, Avaliação e Controle de Serviços de Saúde
 Escritório de Representação do Ministério da Saúde no Estado do Rio de Janeiro
 Coordenação Geral das Unidades Hospitalares Próprias

HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO**Adequação das condições:**

O projeto apresenta uma carta de ciência e autorização do desenvolvimento do estudo, datada de 05.10.07, assinada tanto pela Chefia Médica, quanto pela Chefia de Enfermagem do Serviço de Cardiologia do HSE. Nesta mesma correspondência, as chefias médica e de enfermagem, declaram que o serviço possui a infra-estrutura necessária para a realização da pesquisa.

IV- COMENTÁRIOS DO RELATOR:

O estudo está relacionado ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN/UFRJ), adotando uma abordagem qualitativa, que utiliza um método de estudo de caso, que visa identificar, através dos relatos dos sujeitos de pesquisa (corpo de enfermagem), as necessidades encontradas na lide, com os pacientes em pós-operatório cardíaco, que deverá contribuir, para a elaboração de novas estratégias na assistência prestada a esses pacientes. A pesquisadora apresenta ao CEP-HSE, a carta de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Escola de Enfermagem Anna Nery (CEP-EEAN/HESFA), datado de 31.10.2007.

Não há caracterização de maiores riscos diretos ao sujeito de pesquisa, por tratar-se de aplicabilidade de questionários pré-estruturados, acerca de dados relacionados com as necessidades encontradas pela equipe de enfermagem, com os pacientes em pós-operatório cardíaco. Os dados e conclusões do estudo, poderão contribuir na elaboração de novas estratégias de assistência.

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), encontra-se bem elaborado, com linguagem de fácil compreensão pelos sujeitos de pesquisa, informando sobre a duração do estudo, métodos e procedimentos do estudo, utilização dos dados coletados, direito da retirada dos sujeitos de pesquisa em qualquer momento, disponibilidade dos dados aos sujeitos de pesquisa, além dos telefones para contato com a equipe de pesquisa, assim como, com o CEP-HSE. O CEP-HSE, recomenda que o membro da equipe de pesquisa, responsável pela apresentação do TCLE e realização da entrevista, oriente os sujeitos de pesquisa, sobre a definição e as atribuições dos Comitês de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, de acordo com o preconizado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

O projeto apresenta uma carta datada de 05.10.07, assinada pela pesquisadora responsável, declarando que, o mesmo não possui patrocinador e não acarretará qualquer custo ou ônus à esta instituição, ficando as despesas do desenvolvimento do estudo, por conta da equipe de pesquisa.

V- PARECER DO CEP:

O projeto de pesquisa encontra-se aprovado com recomendação, devendo a pesquisadora responsável, atender a mesma durante o desenvolvimento do estudo. O projeto de pesquisa, encontra-se de acordo com o que preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

VI- DATA DA REUNIÃO: 12 de novembro de 2007.

Assinatura do Coordenador:



Dr. Marcos M. Martins
 Coord. do Comitê de Ética em Pesquisa
 Mail: 6515961@HU.HSE.RJ.GOV.BR

ANEXO B



E E A N

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EEAN/HESFA

**Protocolo nº 091/07**

Título do Projeto: Sistematização da assistência de enfermagem no pós operatório de cirurgia cardíaca

Pesquisadora Responsável: Sabrina da Costa Machado

Instituição onde a pesquisa será realizada: Hospital dos Servidores do Estado do RJ

Data de Entrega do Protocolo ao CEP: 19/10/07

Parecer

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU** o referido projeto na reunião ocorrida em 30 de outubro de 2007.

Caso a pesquisadora altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao CEP para uma futura avaliação e emissão de novo parecer.

Lembramos que a pesquisadora deverá encaminhar o relatório da pesquisa daqui a 01 (hum) ano e/ou ao término da mesma.

Rio de Janeiro, 31 de outubro de 2007

Marcia Tereza Luz Lisboa
Coordenadora CEP-EEAN/HESFA