**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

ANA PAULA AZEVEDO SANTOS

**O enfermeiro no pós-operatório de cirurgia cardíaca:
competências profissionais e estratégias da organização**

Ribeirão Preto

2015

ANA PAULA AZEVEDO SANTOS

O enfermeiro no pós-operatório de cirurgia cardíaca:
competências profissionais e estratégias da organização

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Dinâmica da Organização dos Serviços de Saúde e de Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvia Helena Henriques Camelo.

Ribeirão Preto

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Santos, Ana Paula Azevedo

O enfermeiro no pós-operatório de cirurgia cardíaca: competências profissionais e estratégias da organização. Ribeirão Preto, 2015.

128 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Silvia Helena Henriques Camelo

1. Competência Profissional. 2. Enfermeiros. 3. Cirurgia Cardíaca. 4. Período Pós-Operatório. 5. Estratégias.

SANTOS, Ana Paula Azevedo

O enfermeiro no pós-operatório de cirurgia cardíaca: competências profissionais e estratégias da organização

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovado em: _____.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Silvia Helena Henriques Camelo – Presidente/Orientadora

Instituição: EERP/USP Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICO ESTE TRABALHO

*Aos meus pais Paulo Roberto e Ana Lúcia,
por ajudarem a trilhar o meu caminho e estarem
sempre presentes, dedicando a mim amor, carinho e
compreensão.*

AGRADECIMENTOS

A Deus por proporcionar todos os momentos de felicidade, de realizações e por guiar-me em mais essa etapa de minha vida.

À professora Dra. Silvia Helena Henriques Camelo pela oportunidade, orientação, confiança, incentivo, apoio e por estar sempre à disposição aconselhando-me e me instruindo-me nesta fase da minha vida.

Aos meus pais, Paulo Roberto e Ana Lúcia, e ao meu irmão, Paulo Felipe, aos quais confio minhas alegrias e dificuldades, que participam de todas as etapas de meu crescimento. Pessoas que não medem esforços para apoiar-me e incentivar-me. Sempre vibrando a cada conquista.

Ao meu companheiro e amigo Vinícius, pelo carinho, amor e compreensão, participando de todos os momentos de dificuldade, torcendo por mim.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Sociedade Beneficência Portuguesa e Hospital São Lucas, pela oportunidade de realização desta pesquisa e aprimoramento profissional.

À professora Dra. Denise de Andrade por incentivar e colaborar com meu ingresso no mestrado.

À amiga do mestrado Vânea, obrigada pelo apoio e ajuda em todos os momentos que precisei.

A todos os meus amigos com quem compartilhei as emoções vividas na trajetória do mestrado.

A todos que de alguma forma participaram e apoiaram direta ou indiretamente a realização deste trabalho.

“Nada se obtém sem esforço; tudo se pode conseguir com ele.”

Ralph Waldo Emerson

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim”.

Chico Xavier

RESUMO

SANTOS, A. P. A. **O enfermeiro no pós-operatório de cirurgia cardíaca: competências profissionais e estratégias da organização.** 2015. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Ao longo dos anos o tema competência profissional tem se constituído foco de atenção de enfermeiros e organizações hospitalares, visto que a equipe de enfermagem representa uma parcela significativa dos recursos humanos alocados nas instituições, interferindo diretamente na eficácia, qualidade e custo da assistência à saúde prestada. O ambiente de trabalho em unidades de pós-operatório de cirurgia cardíaca coloca o enfermeiro diante do desafio de exercer funções e atividades complexas, visando assistência de enfermagem holística e qualificada ao paciente hospitalizado. E para que isso seja possível é necessário desenvolver competências específicas nesses profissionais, tendo em vista o cenário de alta complexidade e que a mobilização de competências poderá refletir significativamente nos resultados obtidos na assistência. Esta pesquisa teve como objetivo analisar as competências dos enfermeiros para atuarem no pós-operatório de cirurgia cardíaca e as estratégias para a mobilização destas competências. Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, tendo como desenho metodológico o estudo de caso coletivo. A investigação foi realizada em três unidades de alta complexidade que prestam assistência a pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas e os participantes foram 18 enfermeiros. Para a coleta de dados utilizou-se duas fontes de evidência, a observação direta, não participante, com roteiro estruturado e a entrevista semiestruturada. Para interpretação dos dados deste estudo optou-se pela análise temática. Os resultados obtidos evidenciaram que em relação ao perfil dos participantes a maioria é do sexo feminino, na faixa etária entre 24 e 40 anos e a maior parte concluiu o curso de graduação em enfermagem entre 2001 a 2012. Em relação ao tempo de trabalho metade dos profissionais estão a menos de quatro anos na instituição. Quanto ao tempo de experiência nas unidades pós-operatórias de cirurgias cardíacas, pouco mais da metade possuem até quatro anos de tempo de trabalho no setor. E a maior parte deles apresentou especialização *lato sensu* em áreas de alta complexidade, sendo dois enfermeiros na área de cardiologia. A análise temática dos dados possibilitou identificar nove competências dos enfermeiros: conhecimento teórico-prático, cuidados de enfermagem de alta complexidade, supervisão e liderança em enfermagem, tomada de decisão, gerenciamento de conflitos, de recursos humanos, materiais, financeiros e educação continuada em serviço. Também verificamos que as organizações hospitalares bem como os próprios profissionais buscam e utilizam estratégias para desenvolverem competências profissionais. Acredita-se que este estudo, seja de grande relevância ao contribuir para que enfermeiros e organizações estejam atentos, quanto às competências necessárias para atuarem em unidades de cuidados críticos, como as unidades de pós-operatório de cirurgia cardíaca, e que as instituições implementem programas para desenvolver estas competências de acordo com as necessidades de cada serviço, promovendo a melhoria da qualidade do atendimento prestado. Recomenda-se ainda ampliar o estudo para outras categorias profissionais, com vistas à comparação e/ou generalização dos dados de maneira a contribuir para identificar lacunas na formação dos profissionais enfermeiros quanto às competências que devem ser desenvolvidas para a demanda de unidades pós-operatórias de cirurgias cardíacas.

Palavras-chave: Competência profissional. Enfermeiros. Cirurgia cardíaca. Período pós-operatório. Estratégias.

ABSTRACT

SANTOS, A. P. A. **The nurse in the postoperative cardiac surgery: professional competences and strategies of the organization.** 2015. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Over the years the professional competence issue has constituted a focus of attention of nurses and hospital organizations, as the nursing staff represents a significant portion of human resources allocated to institutions, directly interfering with efficiency, quality and cost of health care provided. The working environment in cardiac surgery postoperative units puts the nurse facing the challenge of exercising functions and complex activities, to holistic nursing care and qualified for hospitalized patients. And for this to be possible it is necessary to develop specific skills in these professionals, in view of the highly complex scenario and the mobilization of expertise can significantly reflect the results obtained in assistance. This research aimed to analyze the competences of nurses to work in the post-cardiac surgery and strategies for mobilizing these competences. This is an exploratory study with a qualitative approach, and the methodological design of the study collective case. The research was conducted in three highly complex units that provide care to patients in the postoperative period of cardiac surgery and participants were 18 nurses. To collect data, we used two sources of evidence, direct observation, not a participant, with structured script and semi-structured interview. To interpret the data it was decided to thematic analysis. In relation to the profile of the participants, the results showed that most were female, aged between 24 and 40 years, and most of the completed undergraduate degree in nursing from 2001 to 2012. In relation to working time half of professionals are less than four years in the institution. As for the time of experience in postoperative cardiac surgery units, slightly more than half have up to four years of working time in the area. And most of them had broad sense specialization in highly complex areas, two nurses in cardiology. Thematic analysis of the data enabled the identification of nine competences of nurses: theoretical and practical knowledge, high complexity nursing care, supervision and nursing leadership, decision making, conflict management, human resources, material, financial and continuing education in service. We also found that hospital organizations and the professionals themselves seek and use strategies to develop professional skills. It is believed that this study will be of great importance to contribute to nurses and organizations are aware about the competences needed to work in critical care units, such as postoperative cardiac surgery units and that institutions implement programs to develop these competences according to the needs of each service, promoting the improvement of quality of care. It is also recommended to expand the study to other professions, in order to compare and / or generalization of data in order to help identify gaps in the training of nursing professionals about the skills that should be developed for the demand of postoperative units cardiac surgery.

Keywords: Professional competence. Nurses. Cardiac surgery. Postoperative period. Strategies.

RESUMEN

SANTOS, A. P. A. **La enfermera en el postoperatorio de cirugía cardíaca: competencias profesionales y estrategias de la organización.** 2015. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Con los años la cuestión de competencia profesional ha constituido un foco de atención de las enfermeras y las organizaciones hospitalarias, ya que el personal de enfermería representa una porción significativa de los recursos humanos asignados a las instituciones, lo que interfiere directamente con la eficiencia, la calidad y el costo de la atención sanitaria prestada. El ambiente de trabajo en las unidades de postoperatorio de cirugía cardíaca pone a la enfermera ante el reto de ejercer las funciones y actividades complejas, a la atención integral de enfermería y se clasificó para los pacientes hospitalizados. Y para que esto sea posible es necesario el desarrollo de habilidades específicas en estos profesionales, en vista de la situación sumamente compleja y la movilización de los conocimientos puede reflejar de manera significativa los resultados obtenidos en la asistencia. Esta investigación tuvo como objetivo analizar las habilidades de las enfermeras para trabajar en el postoperatorio de cirugía cardíaca y estrategias para la movilización de estas habilidades. Se trata de un estudio exploratorio con abordaje cualitativo, y el diseño metodológico del caso colectivo estudio. La investigación se realizó en tres unidades de alta complejidad que brindan atención a los pacientes en el postoperatorio de cirugía cardíaca y los participantes fueron 18 enfermeras. Para recopilar los datos, se utilizaron dos fuentes de evidencia, la observación directa, no un participante, con guía estructurada y una entrevista semi-estructurada. Para interpretar los datos de este estudio se optó por el análisis temático. Los resultados mostraron que en comparación con el perfil de los participantes más es de sexo femenino, con edades comprendidas entre 24 y 40 años y el grado de licenciatura en enfermería completado más de 2001 a 2012. En relación con el trabajo a medio tiempo de profesionales son menos de cuatro años en la institución. En cuanto al tiempo de experiencia en unidades de cirugía cardíaca postoperatoria, poco más de la mitad tienen hasta cuatro años de tiempo de trabajo en la industria. Y la mayoría de ellos tenían amplia especialización sentida en áreas de alta complejidad, dos enfermeras de cardiología. El análisis temático de los datos permitió la identificación de nueve competencias de las enfermeras: el conocimiento teórico y práctico, de cuidados de enfermería de alta complejidad, la supervisión y la enfermería de liderazgo, toma de decisiones, manejo de conflictos, recursos humanos, materiales, financieros y de educación continua en el servicio. También se encontró que las organizaciones hospitalarias y los propios profesionales buscar y usar estrategias para desarrollar las competencias profesionales. Se cree que este estudio es de gran importancia para contribuir a las enfermeras y las organizaciones son conscientes de las habilidades necesarias para trabajar en unidades de cuidados críticos, como las unidades de cirugía cardíaca postoperatoria, y que las instituciones implementar programas para desarrollar estas habilidades de acuerdo a las necesidades de cada servicio, la promoción de la mejora de la calidad de la atención. También se recomienda ampliar el estudio a otras profesiones, con el fin de comparar y / o generalización de los datos con el fin de ayudar a identificar vacíos en la formación de los profesionales de enfermería sobre las habilidades que se deben desarrollar para la demanda de unidades postoperatorias de cirugía cardíaca.

Palabras clave: Competencia profesional. Enfermeras. Cirugía cardíaca. Postoperatorio. Estrategias.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 –	Modelo de Competências de Liderança em Enfermagem.....	35
FIGURA 2 –	Competências dos enfermeiros de unidades pós-operatórias de cirurgias cardíacas, Ribeirão Preto, 2015.....	60

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 –	Conceitos de competência defendidos por diferentes autores, ao longo das três últimas décadas.....	31
QUADRO 2 –	Distribuição das categorias de competências e dos respectivos comportamentos associados, segundo o Modelo de Competência de Liderança para o Enfermeiro do NLI	36
QUADRO 3 –	Descrição das fases da análise temática.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACLS	Suporte Avançado de Vida em Cardiologia
CEC	Circulação Extracorpórea
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNT	Doença Não Transmissível
ECG	Eletrocardiograma
HCFMRP - USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
NLI	Nursing Leadership Institute
OMS	Organização Mundial da Saúde
POI	Pós-Operatório Imediato
PAM	Pressão Arterial Média
PVC	Pressão Venosa Central
RCP	Ressuscitação Cardiopulmonar
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	16
1. INTRODUÇÃO.....	18
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	21
2.1. O Hospital no Contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).....	22
2.2. A Atenção Cardiovascular no Hospital.....	23
2.3. A Assistência de Enfermagem no Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca.....	25
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	30
3.1. Conceituando Competência Profissional.....	31
3.2. Um Modelo de Competência para o Enfermeiro no Contexto Hospitalar.....	35
3.3. Estratégias da Gestão para Desenvolver Competências.....	39
4. JUSTIFICATIVA.....	42
5. OBJETIVOS.....	45
5.1. Objetivo Geral.....	46
5.2. Objetivos Específicos.....	46
6. PERCURSO METODOLÓGICO.....	47
6.1. Tipo de Estudo.....	48
6.2. Campos de Pesquisa.....	48
6.3. Participantes do Estudo.....	49
6.4. Coleta de Dados.....	50
6.4.1. Procedimento de Coleta.....	50
6.4.2. Roteiros.....	50
6.5. Análise dos Dados.....	51
6.6. Procedimentos Éticos.....	52
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53
7.1. Caracterização dos Participantes.....	54
7.1.1. Formação Acadêmica e Experiência Profissional.....	56

7.2. Competências dos Enfermeiros de Unidades Pós-Operatórias de Cirurgias Cardíacas.....	60
7.2.1. Conhecimento Teórico-Prático.....	61
7.2.2. Cuidados de Enfermagem de Alta Complexidade.....	64
7.2.3. Supervisão de Enfermagem.....	69
7.2.4. Liderança em Enfermagem.....	72
7.2.5. Tomada de Decisão.....	75
7.2.6. Gerenciamento de Conflitos.....	77
7.2.7. Gerenciamento de Recursos Humanos.....	80
7.2.8. Gerenciamento de Recursos Materiais e Financeiros.....	82
7.2.9. Educação Continuada em Serviço.....	86
7.3. Estratégias para Desenvolver Competências.....	90
7.3.1. Estratégias Organizacionais.....	90
7.3.2. Estratégias Individuais.....	95
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
REFERÊNCIAS.....	104
APÊNDICES.....	122
Apêndice A – Roteiro de Observação.....	123
Apêndice B – Roteiro de Entrevista.....	124
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e esclarecido.....	125
ANEXO.....	127
Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	128

APRESENTAÇÃO

Após o término da graduação tive a oportunidade de iniciar minhas atividades enquanto enfermeira em um hospital filantrópico de médio porte, onde atuava em todas as unidades hospitalares, porém, passando maior tempo no bloco cirúrgico e no pronto atendimento. Durante o exercício desta função pude perceber deficiências dos trabalhadores de enfermagem relacionadas, principalmente, a conhecimentos, atitudes e habilidades em situações de urgência e emergência de pacientes com doenças ou agravos cardiovasculares, que demandam respostas rápidas e eficientes.

A fim de aprimorar-me na área, iniciei o curso de Especialização em Enfermagem Cardiovascular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, o que me despertou interesse especial e cada vez maior para este tipo de morbidade. Durante o curso surpreendi-me com a quantidade de informações relevantes e necessárias para o enfermeiro atuar na assistência a pacientes cardiovasculares, o que particularmente auxiliou-me enquanto enfermeira na prática profissional.

Ainda, durante a realização desta especialização surgiu a oportunidade de começar a trabalhar em outro hospital público de médio porte, na unidade de recuperação de pacientes no pós-operatório de cirurgias diversas, onde vivenciei a dinâmica do processo de trabalho do enfermeiro, despertando em mim indagações relativas às competências dos enfermeiros que atuam em unidades de alta complexidade, como esta, para que a assistência de enfermagem seja realizada com qualidade.

E assim, resolvi unir essas duas áreas de interesse, assistência ao paciente cardiovascular e pós-operatório, desenvolvendo um estudo, inserido no Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, na linha de pesquisa Dinâmica da Organização dos Serviços de Saúde e de Enfermagem, visto que o paciente submetido à cirurgia cardíaca requer cuidados de alta complexidade, necessitando de intervenções de enfermagem fundamentadas, sendo que o enfermeiro como líder da equipe de enfermagem deve estar capacitado para gerenciar o cuidado integral ao paciente.

Portanto, com o desejo de contribuir com o trabalho do enfermeiro na prática profissional e com a pesquisa científica na enfermagem é que desenvolvo este trabalho.

1. INTRODUÇÃO

Como resultado da mudança de padrões de morbidade nos principais centros urbanos do país e, conseqüentemente, do aumento progressivo da expectativa de vida e da proporção de idosos em relação aos demais grupos etários, observa-se um aumento nas internações hospitalares por condições crônicas, ou seja, observa-se na população brasileira o deslocamento progressivo, principalmente após a 2ª metade do século XX, de doenças infecciosas para doenças não transmissíveis (DCNT) (MALTA et al., 2006).

No cenário das DCNT, as cardiopatias têm se apresentado, nas últimas décadas, em proporções expressivas dentre as causas de morbi-mortalidade (BRASIL, 2006). Apesar dos diversos fatores de risco envolvidos na gênese das DCNT, sobretudo das doenças cardiovasculares, tem-se o crescente processo de envelhecimento da população (FERREIRA et al., 2011), que associado ao acesso inadequado aos serviços de saúde de alta qualidade, incluindo deficiências na prevenção clínica, nos serviços de diagnóstico e o difícil acesso aos medicamentos essenciais fazem esses agravos relevantes no contexto mundial, em especial nos países em desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS, 2007).

No Brasil esse grupo de doenças é responsável por 72% da mortalidade, além de ser mais prevalente entre as pessoas de baixa renda (MALTA, 2014), devido à maior prevalência de fatores de risco, menor acesso a serviços de triagem e tratamento e menor capacidade de lidar com as consequências financeiras desses agravos (OPAS, 2007).

O tratamento das cardiopatias pode ser clínico ou cirúrgico, tendo como objetivo restabelecer a função cardíaca, a fim de diminuir os sintomas e proporcionar ao indivíduo o retorno às suas atividades normais (GALDEANO et al., 2006). A cirurgia cardíaca é realizada quando a probabilidade de uma vida útil é maior com a intervenção cirúrgica do que, com o tratamento clínico (GALDEANO et al., 2003) ou quando não há resposta satisfatória ao tratamento clínico.

O desenvolvimento tecnológico da medicina tem permitido que cirurgias cardiovasculares de alta complexidade sejam conduzidas com segurança e com resultados progressivamente melhores em centros de excelências mundiais. Fatores institucionais e de recursos humanos estão envolvidos nos resultados, incluindo-se a qualidade do cuidado pós-operatório de cirurgia cardíaca. Assumem especial relevância a formação e a manutenção de equipes multiprofissionais integradas e o controle de qualidade da assistência ofertada, os quais constituem o alicerce dos programas de cirurgia cardiovascular de excelência (ATIK et al., 2009).

Com o avanço da cirurgia cardíaca houve um maior desenvolvimento e expansão da assistência de enfermagem a clientes com doenças cardiovasculares. Assim, a assistência de enfermagem a essa clientela, caracteriza-se pela atuação coordenada de uma equipe qualificada, de recursos materiais e instalações físicas apropriadas, sendo considerada fundamental para a recuperação do paciente.

A alta complexidade e pormenores dos cuidados requeridos por pacientes submetidos a cirurgias cardíacas requerem observação contínua e intervenções de enfermagem imediatas e precisas, fazendo-se necessário a organização e planejamento prévio e científico da assistência prestada a estes pacientes (PIVOTO et al., 2010). A responsabilidade do cuidar de enfermagem exige que decisões sobre as intervenções sejam pautadas na avaliação do estado de saúde do paciente e na situação clínica, fazendo-se necessário, para uma assistência de qualidade, enfermeiros que possuam competências e assim possam atuar na recuperação pós-operatória de cirurgia cardíaca.

Ao longo dos anos o tema competência profissional tem se constituído foco de atenção dos enfermeiros, enfermeiros gestores e administradores hospitalares, pois a equipe de enfermagem representa, em termos quantitativos, uma parcela significativa dos recursos humanos alocados nestas instituições e, portanto, interferem diretamente na eficácia, na qualidade e no custo da assistência à saúde prestada. Dessa forma, a mobilização de competências nestes profissionais poderá refletir significativamente nos resultados obtidos na assistência.

Os hospitais procuram-se adequar para fornecer uma assistência com qualidade por meio de novas ferramentas, como a gestão do conhecimento, da informação e das competências. Nessa nova conformação, a competência do trabalhador o qualifica no seu exercício profissional (CUNHA; XIMENES NETO, 2006). Nesse sentido, estas instituições devem preocupar-se em identificar um modelo de competências dos seus trabalhadores, implementando estratégias que possam facilitar o desenvolvimento das mesmas.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. O Hospital no Contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)

Ao longo das duas últimas décadas, o Sistema de Saúde Brasileiro apresentou profundas e sucessivas transformações nas suas orientações políticas, nos padrões de financiamento, nos princípios e diretrizes relativas à organização da rede de serviços e no modelo de atenção à saúde (MENDES, 2001).

A organização da prestação da assistência no SUS é baseada em dois princípios fundamentais: a regionalização e a hierarquização. Além destes princípios o sistema estabeleceu ações e procedimentos dispostos em dois blocos, sendo um relativo à atenção básica e o outro que contempla as ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. As ações e procedimentos considerados de média e alta complexidade hospitalar constituem-se para os gestores um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão (BRASIL, 2007).

Não obstante, todas as mudanças nos sistemas de saúde e os questionamentos daí advindos sobre o papel da assistência hospitalar na atenção à saúde, os hospitais permanecem desempenhando um papel extremamente importante na prestação de cuidados à saúde, considerando o escopo das atividades ali ofertadas, seja no que tange à sua maior integração à rede de serviços; ou ainda, no que diz respeito à forma de gerí-los com a emergência de novos modelos de gestão hospitalar (OPAS, 2004).

Os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população. A assistência hospitalar no SUS será organizada a partir das necessidades da população, com a finalidade de garantir o atendimento aos pacientes, baseado em uma equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado, na organização de linhas de cuidado e na regulação do acesso (BRASIL, 2013a).

Por linhas de cuidado entende-se a estratégia de organização da atenção, que viabiliza a integralidade da assistência por meio de um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento, abrangendo os campos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2013a).

Os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsáveis pela assistência aos pacientes com condições agudas ou crônicas que apresentem potencial de instabilização e de complicações do seu estado de saúde, exigindo assistência contínua e ações que abrangem a promoção da

saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Além da assistência, essas instituições constituem-se, ainda, em espaços de ensino, formação de recursos humanos, aprendizagem, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2013a).

Os hospitais operam com um conjunto complexo de funções inter-relacionadas, que facilitam as ligações entre especialidades, fortalecem o trabalho multidisciplinar, asseguram o ótimo uso de equipamentos de alta densidade tecnológica e dão suporte à educação permanente dos profissionais (MCKEE; HEALY, 2000).

As práticas desenvolvidas nas instituições hospitalares passam a incorporar a recuperação da saúde como indicador de qualidade dos serviços, através da assistência médica incorporada às tecnologias, conhecimentos e valorização do paciente (VECINA NETO; MALIK, 2011). Somado a isso, o hospital necessita de integração com os demais componentes do sistema, como: acesso, continuidade do cuidado, foco nas necessidades de saúde e complementaridade, que são alcançadas mediante mecanismos cooperativos, pactuados entre os agentes do sistema e que integrem de forma consistente o hospital ao sistema de atenção à saúde (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

Considerando a densidade tecnológica empregada, bem como a necessidade de recursos humanos capacitados, os hospitais devem estar organizados para atender as principais causas de morbidade e mortalidade, segundo as necessidades de saúde de uma população circunscrita, uma vez que consome expressiva parcela orçamentária do SUS (DUBEUX; CARVALHO, 2009).

Aliadas a este quadro, verifica-se mudanças nos padrões de morbidade e mortalidade da população brasileira, decorrentes de hábitos de vida impostos pela modernidade, aumentando a utilização pelos serviços de saúde cada vez mais complexos como os hospitais. Nesse contexto, as doenças e agravos cardiovasculares aparecem como um importante problema de saúde pública no Brasil e requerem a organização do sistema de saúde na perspectiva de redes de atenção que possam atender integralmente as necessidades dos usuários (BRASIL, 2007).

2.2. A Atenção Cardiovascular no Hospital

As DCNT representam uma ameaça para a saúde e desenvolvimento de todas as nações. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 68% de todas as mortes no mundo em 2012 foram causadas por esse grupo de doenças, cujas taxas de mortalidade já são

muito mais elevadas nos países de baixa e média renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2014).

As doenças cardiovasculares foram responsáveis por 17,5 milhões de mortes em 2012, sendo a doença cardíaca isquêmica e o acidente vascular cerebral, as duas principais causas de mortalidade em todo mundo, correspondendo, respectivamente, a 13,2% e 11,9% do total de óbitos no mundo, no ano de 2012 (WHO, 2014).

Nas Américas a situação é semelhante, sendo as doenças do aparelho circulatório, as responsáveis por 20% aproximadamente do total de mortes (OPAS, 2007). Quando tratamos especificamente do Brasil a situação é ainda mais alarmante, uma vez que 31,9% dos óbitos ocorridos em 2007 tiveram como causa as doenças do aparelho circulatório (SALA, 2011).

Em relação ao estado de São Paulo, as doenças do aparelho circulatório representaram a principal causa de mortalidade geral entre os anos de 1997 e 2007, sendo que neste mesmo período o infarto agudo do miocárdio aparece como principal causa de mortalidade. Em relação à internação, as doenças do aparelho circulatório representaram a segunda causa de internação no ano de 2008, antecedida apenas pelas internações relacionadas à gravidez, parto e puerpério (MENDES; BITTAR, 2010).

O Sistema de Saúde Brasileiro tem tido grandes avanços em relação às DCNT, entre eles a implantação de políticas de controle do tabaco e álcool, alimentação saudável, estímulo à atividade física e ampla distribuição de medicamentos para doenças cardiovasculares. Ademais, torna-se fundamental reduzir as iniquidades nos serviços de saúde, garantindo acesso à tecnologia para toda a população, especialmente para os grupos mais vulneráveis. Essas medidas poderão contribuir para o efetivo enfrentamento das DCNT (MALTA; SILVA JUNIOR, 2013), em especial aquelas do aparelho circulatório.

Particularmente, no tocante à atenção cardiovascular, em janeiro de 2003, o Ministério da Saúde iniciou intensa discussão a respeito de uma ampla reforma para o atendimento de alta complexidade e para formulação da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade (PINTO JUNIOR; FRAGA; FREITAS, 2012).

Considera-se a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade necessária para garantir o atendimento integral aos portadores de patologias cardiovasculares; organizar a assistência aos pacientes, em serviços hierarquizados e regionalizados; garantir a assistência nos vários níveis de complexidade, por intermédio de equipes multiprofissionais; estabelecer mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada; e promover a assistência por meio de uma estrutura hospitalar de alta complexidade,

com área física adequada, profissionais qualificados e suporte de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia específica (BRASIL, 2004).

Essa política de alta complexidade em cardiologia propõe o planejamento da regulação da prestação desse tipo de assistência, quando exige habilitação para os serviços atuarem, e aponta a necessidade de regulação do acesso a essa assistência, que é tão complexa e diferenciada (BOMBARDIA, 2008).

As unidades de assistência de alta complexidade cardiovascular devem oferecer condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a portadores de patologias cardiovasculares e desenvolver forte articulação e integração com o sistema local e regional de atenção à saúde (BRASIL, 2004).

A regionalização, pressupõe a alocação de recursos de saúde em determinada área, em ordem que facilite o acesso, ofereça alta qualidade dos serviços, atendimento humanizado, contínuo e integral, com melhor e mais rápida resposta às necessidades dos usuários (BRASIL, 2008).

As unidades de alta complexidade devem oferecer assistência especializada e integral aos pacientes com doenças cardiovasculares, assim é necessário: aderir aos critérios da Política Nacional de Humanização; desenvolver ou participar de programas de prevenção e detecção precoce das doenças do sistema cardiovascular; oferecer diagnóstico e tratamento destinado ao atendimento desses pacientes; desenvolver programa de reabilitação, suporte e acompanhamento por meio de procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente; e atuar no perioperatório, restituindo a capacidade funcional do mesmo (PINTO JUNIOR; FRAGA; FREITAS, 2012).

Nesse contexto, as competências dos profissionais de saúde devem estar direcionadas às necessidades de saúde do paciente, demandando que os mesmos saibam agir, mobilizar e transferir conhecimentos para resolver situações práticas, aprender constantemente e engajar-se em resposta às exigências e necessidades do paciente de alta complexidade (MANENTI et al., 2012).

2.3. A Assistência de Enfermagem no Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca

As unidades hospitalares, que recebem o paciente após a cirurgia cardíaca são consideradas de alta complexidade e podem ser denominadas de diferentes formas de acordo com cada instituição, como por exemplo, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade

Coronariana (UCO) ou ainda como Recuperação Torácica. Estas unidades possuem em comum o objetivo de promover a recuperação do paciente submetido à cirurgia cardíaca, ou seja, é realizado atendimento a pacientes graves; o espaço físico é específico; os recursos humanos são especializados; e a tecnologia é avançada.

É uma unidade especialmente desenhada, equipada e operada por pessoal altamente qualificado, com a finalidade de proporcionar um cuidado ideal. Os pacientes internados nessas unidades necessitam de cuidados intensivos, de uma equipe de saúde com habilidades técnicas, conhecimentos e capacidade de avaliação e interferência imediata (BRESSAN; JORGE; ZIENTARSKI, 2007).

As unidades pós-operatórias de cirurgia cardíaca evidenciam um cenário de inovação e atendimento especializado de enfermagem aos pacientes críticos e de alta complexidade. Cuidar de alguém que está em uma unidade de alta complexidade não é uma tarefa fácil, pois os profissionais necessitam de práticas assistenciais específicas, seguras e contínuas, visto que os pacientes possuem problemas graves de saúde.

No processo de trabalho da enfermagem em unidades hospitalares, os enfermeiros têm assumido os cuidados aos pacientes mais graves, além das atividades de organização e coordenação dos serviços, desenvolvendo de forma compartilhada as atividades assistenciais e gerenciais. O gerenciamento de enfermagem em instituições hospitalares constitui-se de atividade complexa e polêmica. Cada vez mais, exigem-se dos profissionais competências (cognitivas, técnicas e atitudinais) na implementação de estratégias adequadas às atuais tendências administrativas contemporâneas, que convergem para os anseios da organização e de seus gestores (JORGE et al., 2007).

Quando se trata de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, a equipe de enfermagem em uma instituição hospitalar é um dos principais veículos de cuidado dispensados aos pacientes, pois são os que compõem a equipe de saúde em maior número, em tempo integral, prestando assistência direta ao paciente. Neste contexto, o enfermeiro é o profissional habilitado e responsável por gerenciar a unidade e o cuidado prestado a estes indivíduos. Por isso, a importância do enfermeiro, que os assiste ter conhecimentos científicos e habilidade nos procedimentos técnicos e instrumentos utilizados.

Nestas unidades, os enfermeiros devem ter conhecimento aprofundado sobre as alterações fisiológicas induzidas pelo processo anestésico-cirúrgico, estando aptos a detectar precocemente alterações, intervindo no quadro clínico juntamente com a equipe multidisciplinar, para que as decisões dos cuidados sejam tomadas (CARVALHO; BRASILEIRO, 2010). Apesar de existirem vários profissionais que atuam nessas unidades, o

enfermeiro é o principal responsável pelo acompanhamento constante do paciente e consequentemente, possui o compromisso de manter o equilíbrio dinâmico do paciente e o bom funcionamento da unidade (CARVALHO et al., 2013).

Na admissão do paciente na unidade pós-operatória de cirurgia cardíaca, os procedimentos e o monitoramento minucioso levam o enfermeiro a colocar em prática o seu conhecimento técnico-científico. O enfermeiro organiza a unidade e dimensiona a equipe de enfermagem, ações estas que aprimoram o desempenho na admissão e propiciam estrutura adequada, para que a admissão aconteça com segurança, pois mesmo que a cirurgia tenha ocorrido com sucesso, o cuidado pós-operatório é determinante para o prognóstico (MELO et al., 2012).

Além disso, as prioridades do paciente poderão variar de acordo com o período do pós-operatório, ou seja, imediato, mediato ou tardio. O cuidado nestes cenários contempla as necessidades de cuidados específicos e indispensáveis diante da complexidade que envolve o paciente (DUARTE et al., 2012). Alguns pesquisadores já enfatizam a realização de procedimentos técnicos direcionados a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca assistidos em unidades de alta complexidade. Assim, a competência técnica deve fazer parte das atividades laborais dos profissionais de saúde, especialmente da equipe de enfermagem, e, além disso, eles devem possuir conhecimentos científicos, habilidade real para implementar determinados procedimentos e embasamento teórico (CARVALHO et al., 2013).

Enfermeiros, que atuam neste cenário identificam como cuidados de enfermagem aqueles referentes à manutenção do débito cardíaco, da integridade tecidual, do equilíbrio hidroeletrólítico, da oxigenação, da prevenção e controle de infecção, da dor e do apoio psicológico ao paciente e seus familiares. Sendo que, para cada um destes itens são exigidos cuidados específicos (GALLO et al., 2007; LIRA et al., 2012). Assim, o enfermeiro deve ser especialmente treinado nos princípios e práticas da enfermagem.

A preocupação, com a manutenção dos parâmetros vitais do paciente por estes profissionais torna-se clara, se considerarmos que as cirurgias cardíacas podem alterar a homeostase do organismo, o equilíbrio hidroeletrólítico, os sinais vitais e a temperatura corporal. Além disso, o enfermeiro deve acompanhar sua equipe em outros procedimentos essenciais, como participar do banho no leito de forma criteriosa e coerente (DUARTE et al., 2012). Nesse sentido, o enfermeiro desempenha papel fundamental na avaliação do paciente e implementação de estratégias para intervenções que poderão contribuir com a prática clínica.

Além do grande porte da cirurgia cardíaca, sabe-se que podem acontecer complicações após essa intervenção, relacionadas à complexidade das doenças cardíacas e aos distúrbios

provocados pela circulação extracorpórea (CEC). Este fato leva à necessidade de preparo da unidade com equipamentos e materiais, além do atendimento especializado da equipe de saúde.

Somado a isso, o paciente tem o direito de ter um atendimento humanizado, devendo o mesmo ser tratado com total respeito, chamado pelo seu nome ou sobrenome, receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre hipóteses diagnósticas, exames solicitados e ações terapêuticas. Nessa ótica, o paciente submetido à cirurgia cardíaca apresenta muitos desafios para a equipe de enfermagem, que utilizará de todas as intervenções no intuito de positivar a sua transição da sala de cirurgia para a unidade de recuperação, seguindo para a enfermaria, quando finalmente após o seu restabelecimento terá alta hospitalar (CARVALHO et al., 2013).

Nesse contexto, o enfermeiro, no seu papel de líder da equipe de enfermagem, deve utilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), para assegurar uma prática assistencial adequada, humanizada e individualizada, prescrevendo intervenções eficazes aos pacientes, além de prestar cuidados diretos ao paciente, na expectativa de reestabelecer a sua saúde (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009). A aplicação da SAE proporciona ao enfermeiro a prestação de cuidados centrada nas necessidades humanas básicas, além de nortear a tomada de decisão em diversas situações vivenciadas pelo enfermeiro enquanto gerenciador da equipe de enfermagem (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

A prática do cuidado sistematizado a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, além de melhorar a qualidade da assistência, contribui para o reconhecimento da importância das ações de enfermagem em qualquer nível de assistência à saúde (CARVALHO et al., 2013). Com isso, o processo de trabalho da enfermagem tem sido considerado uma possibilidade de resposta aos questionamentos referentes à qualidade do cuidado e desenvolvimento científico da enfermagem em unidades de alta complexidade (PIMENTA et al., 2002).

Os cuidados de enfermagem relatados demonstram a necessidade de conhecimento dos profissionais enfermeiros a cerca das diversas práticas recomendadas para prestar assistência satisfatória ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca (LIRA et al., 2012). Nessa direção, pelo fato da assistência a estes pacientes demandarem procedimentos específicos e complexos, reafirma-se que há uma constante exigência dos recursos humanos serem especializados (CARVALHO et al., 2013).

Conhecer as competências necessárias aos profissionais, que atuam no pós-operatório de cirurgia cardíaca poderá direcionar a capacitação do enfermeiro para atuar no gerenciamento da assistência de enfermagem aos pacientes desse contexto, por meio da

elaboração e implementação do planejamento de cuidados, embasado em uma criteriosa avaliação dos aspectos clínicos e de infraestrutura. Cabe destacar ainda habilidades acerca do domínio da tecnologia, da humanização, da individualização do cuidado e, consequentemente, da qualidade na assistência prestada.

Nesse sentido, partimos do princípio de que a qualidade da assistência realizada pelo enfermeiro em unidades de recuperação do paciente submetido à cirurgia cardíaca está diretamente relacionada ao desenvolvimento e implementação de suas competências.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Conceituando Competência Profissional

O termo competência tão aplicado atualmente, quase indiscriminadamente e em tantas áreas distintas, não é uma noção nova, pois sendo associada à eficiência, reporta-se ao início do século passado, sendo ainda reconhecida no final da idade média (CORREIA, 2012). Com isso, nas últimas décadas, esse termo tem passado por um processo de ressignificação relacionada às transformações no mundo do trabalho.

McClelland é provavelmente o autor mais referenciado nas diversas abordagens conceituais de competência (CEITIL, 2007). Em 1973, ele publicou o “Testing for Competence rather than Intelligence”, que de certa forma iniciou o debate sobre competência entre os psicólogos e os administradores nos Estados Unidos. Ele diferenciava competência de aptidões (talento natural da pessoa, o qual pode vir a ser aprimorado), de habilidades (demonstração de um talento particular na prática) e de conhecimentos (o que as pessoas precisam saber para desempenhar uma tarefa) (MIRABILE, 1997). Para este autor o que distingue a pessoa com elevada performance de outra com média, não é tanto as diferentes capacidades que possuem, mas o modo como as aplicam em diversas situações. As suas teorias e campo de investigação foram continuados com Boyatzis (1982), Spencer e Spencer (1993) e mais recentemente com Goleman (1995; 1999), nas teorias da competência emocional (CEITIL, 2007).

É possível perceber a existência de duas grandes correntes teóricas. A primeira, representada, sobretudo, por autores norte-americanos (Boyatzis, MacClelland), entendendo a competência como um conjunto de qualificações ou características subjacentes à pessoa, que permitem a ela realizar determinado trabalho ou lidar com uma dada situação (DUTRA, 2004). Durante a década de 80, Richard Boyatzis, reanalisando os dados de estudos realizados sobre as competências gerenciais, identificou um conjunto de características e traços que definem um desempenho superior, marcando significativamente a literatura americana a respeito da temática competência (MIRABILE, 1997; SPENCER; SPENCER, 1993).

A segunda corrente, representada principalmente por autores franceses, associa a competência não a um conjunto de atributos da pessoa, mas sim àquilo que o indivíduo produz ou realiza no trabalho (DUTRA, 2004). A introdução de autores franceses, como Le Boterf, Zarifian e autores ingleses, como Jacques e seus seguidores (Billis e Rowbottom, Stamp e Stamp), contribuem para o enriquecimento conceitual e empírico de competência, gerando novas perspectivas e enfoques (AMATUCCI, 2000; FLEURY; FLEURY, 2001; HIPOLITO, 2000; RHINOW, 1998; RODRIGUES, 2001; RUAS, 2001). A competência

constitui, portanto, um conceito complexo e multifacetado, que pode ser analisado sob diferentes perspectivas (BRANDÃO, 2007).

No Brasil, o movimento sobre adoção das competências já difundidas nos Estados Unidos e na Europa a partir de 1960, teve a sua origem na década de 80 com as multinacionais. A primeira onda das competências instalou-se nos processos seletivos, por permitir verificar a adequação de uma pessoa ao perfil de competências de determinado cargo, função ou posto de trabalho (MEGHNAGI, 2003). Já nas universidades brasileiras, o conceito de competência somente foi discutido a partir de 1990, desenvolvendo-se gradativamente (RUTHES; CUNHA, 2007).

A competência pode ser considerada como a capacidade de decidir para solucionar problemas, exercer sua profissão em diferentes situações e desempenhar seu papel social a partir de conhecimentos, experiências, valores e atitudes (KOBAYASHI; LEITE, 2004). Em outras palavras, a competência não deve ser restrita a um simples saber-fazer, para que não resulte em uma prática automatizada, que exclua a subjetividade, reflexão e criatividade do profissional (AGUIAR; RIBEIRO, 2010). Este deve fazer uso da comunicação, do conhecimento, de habilidades técnicas, de raciocínio clínico, das emoções e capacidade de refletir sobre a prática diária para o benefício individual e coletivo (EPSTEIN; HUNDERT, 2002).

O conceito de competência é composto por três eixos comuns, necessários para a pessoa realizar seu trabalho: conhecimentos, entendidos como o saber adquirido pelo profissional; habilidades, como o saber fazer específico do profissional; e atitudes, entendidas como saber agir, julgar, escolher e decidir. Estes conjuntos de capacidades humanas justificam um alto desempenho, fundamentados na inteligência e personalidade das pessoas, ou seja, a competência é percebida como um estoque de recursos que o indivíduo detém. Embora, o foco de análise seja o indivíduo, a maioria dos autores americanos sinaliza a importância de se alinharem as competências às necessidades estabelecidas pelos cargos ou posições existentes nas organizações (FLEURY; FLEURY, 2001; GRAMIGNA, 2002; SANTOS; CIAMPONE, 2007).

Cabe ressaltar a confusão mental entre competências e habilidades. Se as competências são operações mentais que articulam e mobilizam os conhecimentos, as habilidades e os valores, as habilidades seriam então elementos constitutivos das competências. A identificação das competências, das habilidades e das bases tecnológicas feita de forma separada e fragmentada apresenta incoerência teórico-metodológica (DELUIZ, 2001).

Além disso, a competência profissional deve envolver experiências e qualidades pessoais usadas apropriadamente em resposta às circunstâncias da prática profissional (RIBEIRO et al., 2008). Assim, para se atuar de forma competente é necessário assumir uma postura ativa diante das situações de trabalho, bem como utilizar e transformar os conhecimentos de modo a aplicá-los na prática (ARAÚJO, 2007).

O quadro abaixo, inspirado na obra de Correia (2012), propõe alguns conceitos de competência.

Quadro 1: Conceitos de competência defendidos por diferentes autores, ao longo das três últimas décadas.

Autor e Data	Conceito de Competência
McClelland (1973)	Competência é uma característica pessoal relacionada com uma atuação superior na realização de uma tarefa, em uma determinada situação.
Benner (1982)	Capacidade para desempenhar uma função ou tarefa, com o desejável resultado, nas diferentes circunstâncias da realidade.
Spencer e Spencer (1993)	Competência é uma característica intrínseca de um indivíduo, que apresenta uma relação de causalidade com critérios de referência, de efetiva e superior performance, numa dada atividade ou situação.
Alspach (1995)	A distinção entre competência e competente está em que competente implica uma pessoa potencialmente habilitada ao desempenho e a competência dá ênfase a uma prática ou função específica.
Zarifian (1999)	A competência é a inteligência prática para situações que se apóiam sobre os conhecimentos adquiridos e os transformam com mais força, quanto mais aumenta a complexidade das situações.
Le Boterf (2005)	Competência é definida como um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar e integrar conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem, ao mesmo tempo, valor econômico à organização e valor social ao indivíduo.
Boyatzis (2005)	A competência traduz-se como capacidade ou habilidade. É um conjunto de comportamentos relacionados, mas diferenciados e organizados em torno de um constructo subjacente.

Fonte: Correia (2012).

O conceito de competência, com suas múltiplas abordagens pode diferir nas organizações e nas diversas situações de trabalho, sendo o seu conteúdo de elevada flexibilidade, pois se espera do profissional uma atuação que responda a situações complexas, sabendo analisar, priorizar e tomar decisões (CORREIA, 2012).

Assim, nos últimos anos a temática competência, principalmente relacionada à formação de competências e aos sistemas educacionais, entrou para a pauta das discussões

acadêmicas e empresariais, associada a diferentes instâncias de compreensão: no nível da pessoa, das organizações e dos países (AMATUCCI, 2000).

As instituições e serviços almejam cada vez mais profissionais com conhecimento avançado e com qualidades comportamentais, aptos a resolverem problemas na prática em serviço. Com isso, a construção da competência profissional está vinculada à aquisição de escolaridade, de processos de aprendizagem informais e à formação contínua do profissional, fazendo parte do processo permanente de aquisição, elaboração e transmissão do conhecimento (MEGHNAGI, 2005).

A competência profissional, que também é afetada pelo ambiente organizacional, mostra um nível de dependência da realidade objetiva e da capacidade subjetiva de analisar e influenciar o próprio ambiente, podendo ainda o profissional se desenvolver de diversas maneiras que não necessariamente as designadas para a formação (MEGHNAGI, 2003).

Para além dos aspetos referidos na abordagem ao conceito, a competência do enfermeiro é revelada na ação, que tem subjacente um conjunto diversificado de fatores de suporte, de natureza contextual e pessoal (CORREIA, 2012).

A noção de competência parece não reunir um consenso amplo na literatura sobre o significado do termo, quando aplicado na prática clínica (COWAN; NORMAN; COOPAMAH, 2005; MCMULLAN et al., 2003; WATSON et al., 2002). Na procura de reunir consenso na concepção de competência em enfermagem, vem sendo feita uma discussão em torno do termo, sustentando que a enfermagem requer uma complexa combinação de saberes, comportamentos, atitudes e performances, sendo necessário encontrar uma definição holística para o “ser competente”, que reúna aceitação e seja operacionalizável. Desse modo, se faz necessário o desenvolvimento de esforços no sentido de definir a competência, o modo da avaliação que se adequaria para ser utilizado e, consequentemente, na avaliação do desempenho dos enfermeiros (WATSON et al., 2002).

Apesar do hiato no consenso em torno do conceito de competência do enfermeiro e das dificuldades na sua avaliação, isso não pode constituir-se como fator de retrocesso ao seu desenvolvimento e afirmação (CORREIA, 2012). Pois, a competência profissional se desenvolve por meio de um processo interativo constante e complexo, que ocorre entre o enfermeiro e o meio circundante (TABARI-KHOMEIRAN et al., 2007).

3.2. Um Modelo de Competência para o Enfermeiro no Contexto Hospitalar

Discussões sobre competência profissional do enfermeiro vêm sendo realizadas no Brasil, não sendo uma preocupação recente. O I Seminário Nacional (1987), realizado em Brasília, resultou em ampla discussão sobre o perfil e a competência do enfermeiro (KOBAYASHI, 2007; LALUNA, 2007) e, recentemente, pesquisadores identificaram importantes competências de enfermeiros hospitalares, como: liderança, visão estratégica, trabalho em equipe, foco no cliente e gestão de processos (FURUKAWA; CUNHA, 2011).

Espera-se que, o enfermeiro esteja apto para o exercício do seu processo de trabalho, utilizando instrumentos da força de trabalho como recursos físicos, materiais e o saber administrativo integrado na formação do profissional, para que consiga realizar a gestão de unidades de saúde, bem como a liderança da sua equipe. Assim, uma das funções que compete ao enfermeiro para o desenvolvimento do seu processo de trabalho é o exercício da gerência, que corresponde tanto ao gerenciamento dos recursos humanos, ambientais e materiais, quanto à articulação entre a equipe e os serviços de apoio (WILLIG; TRENTINO, 2006), buscando a qualidade do cuidado de enfermagem.

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de enfermagem, competências gerenciais são propostas como forma de mobilizar, articular, colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho correto, adequado e com eficiência do processo de trabalho. Entre as principais competências, para o modelo de formação de competências para o enfermeiro, recebe destaque aquelas competências relacionadas ao gerenciamento, tais como a tomada de decisão, a liderança, a comunicação, a administração e a educação permanente (BRASIL, 2001a).

O desenvolvimento de competências gerenciais constitui elemento chave na solução dos problemas, existentes nas instituições de saúde (NÓBREGA et al., 2008). Em estudo sobre as competências gerenciais, os profissionais entrevistados consideraram que o enfermeiro deve exercer com mais intensidade a função de facilitador e de monitoramento geral, além de voltar-se para o papel assistencial, fato que indica a variedade de exigências da função gerencial exercida pelos enfermeiros (DIAS; PAIVA, 2011).

A liderança em enfermagem deve ser um instrumento gerencial, capaz de auxiliar o enfermeiro no gerenciamento da equipe, na tomada de decisões, no relacionamento interpessoal com a equipe de saúde e de enfermagem. Por outro lado, também pode contribuir para a solução de conflitos, que possam emergir no ambiente de trabalho, através da criação

de mecanismos, que proporcionem ao paciente um cuidado de qualidade e à equipe de enfermagem o desenvolvimento do seu potencial criativo (AMESTOY, 2008).

Além disso, o gestor enquanto líder deve saber trabalhar com sua equipe de modo a desenvolver os conhecimentos e habilidades do grupo, buscando sinergia e desenvolvimento contínuo do mesmo (CIAMPONE et al., 2005).

Na enfermagem brasileira, vários estudos abordam a liderança como instrumento gerencial para o enfermeiro, bem como, um processo de influenciar os outros e de facilitar o alcance de objetivos comuns, na esfera individual e coletiva (AMESTOY, 2008; DIAS; PAIVA, 2011; GALVÃO et al., 1998; MOREIRA; SILVA, 2007). Todavia, para que o enfermeiro exerça a liderança no seu ambiente de trabalho é indispensável que conheça o seu significado e que disponha de algumas competências como: saber ouvir, relacionar-se, ter bom senso, conhecimento do seu processo de trabalho, dentre outras.

Cabe ao enfermeiro, enquanto gerente, estar atento e preparado às mudanças, buscando alternativas para os serviços de enfermagem, para contribuir com as organizações de saúde na melhoria da gestão e na elaboração de estratégias que visem o desenvolvimento e avaliação de competências nos profissionais enfermeiros (CAMELO, 2012; RUTHES; CUNHA, 2007). Portanto, várias são as competências que parecem ser necessárias ao enfermeiro, enquanto líder de sua equipe, atuando em uma unidade hospitalar.

Nesse contexto, o Nursing Leadership Institute (NLI), nos Estados Unidos da América, criou um Modelo de Competência de Liderança para o Enfermeiro - “Nursing Leadership Competency Model” - após pesquisa com enfermeiras da Flórida (NLI, 2003).

Um modelo de competência é considerado um instrumento descritivo, que identifica habilidades, conhecimentos, características pessoais e comportamentos necessários para o profissional executar eficazmente seu papel na organização. Para a construção do modelo de competência para enfermeiros, os conhecimentos, as habilidades, as atitudes e os comportamentos desses profissionais foram agrupados em categorias de competência, além de contemplar informações sobre as experiências e idéias dos mesmos (SHERMAN et al., 2007).

Como resultado da pesquisa do NLI, foram encontradas seis categorias, para formar o modelo de competência para enfermeiros na liderança em enfermagem, sendo identificadas como: domínio pessoal; efetividade interpessoal; gestão de recursos humanos; gestão financeira; cuidados com a equipe, com os pacientes e consigo mesmo; e pensamento sistematizado (NLI, 2003; SHERMAN et al., 2007), descritas na figura a seguir:

Figura 1: Modelo de Competências de Liderança em Enfermagem.

Fonte: (NLI, 2003).

O domínio pessoal torna-se um componente crítico de sucesso para a liderança. Nesse sentido, os líderes demonstram autoconfiança e são capazes de confiar e capacitar outras pessoas. A efetividade interpessoal é uma habilidade, que inclui não somente a capacidade de comunicar-se, ouvir e facilitar conflitos, mas também de manter contato face-a-face com a equipe de enfermagem e reconhecê-los como indivíduos. As necessidades e desejos dos profissionais de enfermagem são frequentemente muito diferentes, assim, manter a mente aberta e identificar o que os motiva é importante na gestão de recursos humanos. Em relação à gestão financeira, sabe-se que taxas elevadas de recursos humanos mostram resultados melhores para o paciente, sendo necessário conhecer e expor claramente esses benefícios aos diretores financeiros, para conseguir confiança e apoio dos mesmos (SHERMAN et al., 2007).

Ainda, segundo estes pesquisadores, os gestores sentem a necessidade de demonstrar que se importam com os funcionários, mantendo uma conexão com a equipe. E apesar das exigências do papel de liderança é importante não se dissociarem dos pacientes. Por outro lado, o cuidado com os outros começa com o autocuidado, parecendo ser uma área problemática para os gestores. E finalmente, o gerente deve ter a capacidade de ser um pensador de sistemas, pois o sistema de saúde está interligado e o desafio enfrentado pelo impacto nele atinge a todos.

De acordo com as categorias do modelo de competência de liderança para o enfermeiro, comportamentos são descritos para cada uma delas (NLI, 2003), conforme Quadro 2.

Quadro 2: Distribuição das categorias de competências e dos respectivos comportamentos associados, segundo o Modelo de Competência de Liderança para o Enfermeiro do NLI.

Categorias de Competências	Comportamentos Associados
Domínio Pessoal	Procura feedback sobre os pontos fortes e fracos; Demonstra liderança em situações que exigem ação; Mantém comportamento profissional e serve como modelo para funcionários; Assume a responsabilidade pelo desenvolvimento pessoal e objetivos de carreira; Domina a si mesmo com eficácia em situações emocionalmente carregadas; Demonstra-se ativo na resolução de problemas; Demonstra imparcialidade na relação com os membros da equipe; Cumpre os compromissos com os membros da equipe.
Efetividade Interpessoal	Escuta com atenção as preocupações dos outros; Encoraja o contato e é acessível; Trata todos os funcionários com respeito; Desenvolve relações de colaboração dentro da organização; Envolve a equipe na formação de consenso sobre questões; Aborda os funcionários sobre questões sensíveis de forma não ameaçadora; Desenvolve afinidade facilmente com uma variedade de pessoas; Gerencia conflitos de forma profissional; Reúne informações suficientes antes de tomar decisões e comunica essas decisões para a equipe; Promove a autonomia; Mantém os líderes da organização informados sobre questões e problemas que afetam a área de trabalho.
Gestão de Recursos Humanos	Avalia com precisão as competências do pessoal, delegando responsabilidades; Fornece treinamento e feedback à equipe sobre questões de desempenho; Reconhece e aborda questões de moral; Implementa estratégias eficazes para manter os funcionários; Faz elogios e reconhece o bom trabalho; Fornece à equipe recursos e serviços de assistência quando necessário; Fornece formação contínua aos novos funcionários; Ajuda a equipe na gestão de conflitos.
Gestão Financeira	Acompanha e avalia o pessoal, equipamentos e despesas; Utiliza os recursos oferecidos de maneira criteriosa; Educa a equipe sobre questões financeiras que afetam a unidade; Administra padrões de pessoal flexíveis para atender às necessidades de assistência ao paciente; Mantém-se atualizado sobre as questões financeiras que afetam a agência de saúde.
Cuidados com a Equipe, com os Pacientes e Consigo Mesmo	Recompensa e comemora o sucesso da equipe; Apóia a equipe durante dificuldades interpessoais e no trabalho; Demonstra compromisso com o bem-estar pessoal e equilíbrio entre trabalho-vida; Possui manejo eficaz com o estresse; Interagi com os pacientes para determinar a satisfação com os cuidados de enfermagem e serviços; Considera mudanças nos processos para melhorar o serviço; Mantém a confidencialidade nas interações entre funcionários e pacientes; Conduz as reclamações de clientes de uma forma discreta e profissional; Monitora a segurança dos funcionários e pacientes.
Pensamento Sistematizado	Fornece pensamento visionário em questões que impactam a área de trabalho; Assume a responsabilidade de construir fidelidade e compromisso em toda a organização; Incentiva os líderes de enfermagem; Promove a enfermagem como uma profissão desejável.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Dois atributos adicionais mostraram-se fundamentais para o sucesso da liderança pelos líderes de enfermagem de sucesso, sendo eles: a capacidade de se manter otimista em épocas de turbulência e a capacidade de ser resiliente em tempos de grande mudança (SHERMAN et al., 2007).

O conhecimento das competências do enfermeiro, em uma unidade de alta complexidade, como a de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, irá direcionar o processo de trabalho do enfermeiro, fornecendo subsídios para a organização do trabalho e para o planejamento da assistência de enfermagem, além de orientar a capacitação da equipe.

3.3. Estratégias da Gestão para Desenvolver Competências

No cotidiano do trabalho percebe-se que as lacunas existentes na gestão de recursos humanos por competências, as rápidas alterações nos contextos produtivos e a velocidade das mudanças tecnológicas geram desequilíbrio entre a qualificação e o trabalho. Somado a esses fatores, para a organização acompanhar as mudanças do mundo do trabalho, os profissionais devem ser cada vez mais qualificados e atualizados, de forma que os investimentos realizados em recursos humanos revertam para manutenção da saúde e competitividade da organização (KOBAYASHI; LEITE, 2010).

Formar ou mobilizar competências profissionais pressupõe um trabalho diferenciado no interior das organizações, que devem buscar constantemente instrumentos ou estratégias para desenvolvê-las, dispondo de recursos humanos com domínio da prática, por meio da competência profissional, que permita exercer seu trabalho com eficiência (CAMELO; ANGERAMI, 2013).

A competência é definida, no âmbito da gestão, como um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo (FLEURY; FLEURY, 2004). Com isso, o desenvolvimento e combinação das competências individuais devem resultar no desenvolvimento de competências organizacionais alinhadas à estratégia organizacional (MOGLIKA, 2003).

As competências são definidas e desenvolvidas de acordo com os objetivos e necessidades de cada empresa. Quando a empresa já possui estratégias, parte-se delas para a identificação das competências, caso contrário faz-se necessário levantar quais os desafios e estratégias que serão usadas para identificar as competências individuais e as essenciais para a

empresa, podendo ser alcançadas por meio de vários tipos de programas de desenvolvimento de competências (MUNHÊ, 2009).

A partir da intenção estratégica e da construção dos objetivos organizacionais estabelece-se a estratégia central. Na sequência, deve ser realizado o mapeamento das competências para identificar as divergências existentes entre as competências essenciais requeridas pela organização e as competências individuais oferecidas pelos funcionários. Uma vez realizado esse mapeamento, torna-se possível planejar e implementar ações de captação (seleção de competências externas, por meio de recrutamento e seleção de pessoal) e/ou desenvolvimento de competências (aprimoramento das competências internas da organização) (HARB; OLIVEIRA; ROSSETTO, 2004; IENAGA, 1998).

Assim, a formação de competências está relacionada à definição da estratégia organizacional. A organização tem que definir a sua estratégia e as competências necessárias para implementá-la em um processo de aprendizagem permanente (FLEURY, 2001), sendo necessário percorrer o caminho que vai da aprendizagem individual, para a aprendizagem em grupo e organizacional (DESAULNIERS, 1997).

Na gestão de pessoas para a formação de competências, deve-se levar em conta a formação educacional dos profissionais e os investimentos em treinamento para o desenvolvimento de competências essenciais para a organização (FLEURY; FLEURY, 2004).

Por outro lado, as organizações permitem ou não, por meio da implementação de formas de reconhecimento ou pela criação de estímulos incentivadores para um maior comprometimento do profissional, elencar diferentes áreas de competência com intuito de reunir condições para qualificar o desempenho (CORREIA, 2012).

Assim, estudos mostram a preocupação com a formação de um profissional competente para o trabalho, destacando a necessidade de investimentos no desenvolvimento de competências por parte das instituições (KOBAYASHI; LEITE, 2010; MARTINS et al., 2006; RUTHES, 2007; TRONCHIN et al., 2008).

A ressignificação do trabalho, a revisão das formas de condução do processo de trabalho dentro do contexto das adversidades, as formas de enfrentamento de dificuldades e valorização de cada avanço conquistado, como parte do processo de mudança, podem ser determinantes na construção de um programa de desenvolvimento de competências, conforme mostra estudo realizado em um hospital público. A realização de grupos de estudos de enfermeiros utilizando-se de temáticas diferentes, com reuniões semanais para cada grupo, deve permitir a capacitação e a formação de competências nesses profissionais (KOBAYASHI; LEITE, 2010).

Outro estudo revela a realização de encontros que propunham atividades envolvendo questionários, exposição teórica, leitura e discussão de textos, dinâmicas de grupo e exibição de vídeo. No geral, os participantes reconheceram a importância do trabalho desenvolvido e referiram ter obtido aprendizagem a nível individual e interpessoal. É importante destacar a relevância de um trabalho como este, que se configura como uma estratégia essencial para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências, garantindo melhoria significativa no atendimento à população (HILBERT; DUARTE; MILARÉ, 2011).

Dessa forma, o desenvolvimento dessas competências profissionais somente é possível quando a instituição determina suas diretrizes, se organiza e investe em recursos físicos, financeiros, organizacionais e humanos, agregado ao conceito da competência organizacional, possibilitando intervenções para uma proposta de transformação do trabalho (KOBAYASHI; LEITE, 2010).

Outra forma de ampliar a visão dos profissionais do mercado de trabalho seria aproximá-los do ensino por meio de atualizações e programação de educação permanente pelas instituições, com o propósito de superar o domínio teórico-prático solicitado pelo mercado de trabalho, transformando os sujeitos em agentes inovadores, inseridos e valorizados no mundo do trabalho (PERES; CIAMPONE; WOLF; 2007). Aperfeiçoamentos e atualizações por meio de pós-graduação, eventos, reuniões e grupos de estudos vem sendo apontados como necessários ao desenvolvimento de competências (MARTINS et al., 2006).

Conclui-se, que é possível a construção de estratégias para o desenvolvimento de competências em serviço, por meio da construção de conhecimentos individuais somados ao contexto do trabalho e às estratégias organizacionais, visando à formação de uma equipe de profissionais capacitados e competentes em seus diferentes processos de trabalho, além de atingir as metas organizacionais.

4. JUSTIFICATIVA

As instituições hospitalares, especialmente as unidades que exigem ações de enfermagem de alta complexidade e cujas atividades representam mais de 50% das práticas desenvolvidas neste local, necessitam de um aporte de profissionais altamente qualificados. Para tanto, devem preocupar-se com a formação profissional, bem como desenvolver programas para implementação de competências, auxiliando-os em seu processo de trabalho.

Em uma unidade, que presta cuidados de enfermagem a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, repensar sobre as competências necessárias que possam balizar a prática profissional do enfermeiro é aspecto relevante para refletir sobre lacunas de conhecimentos, habilidades e atitudes destes profissionais bem como para desenvolver estratégias a fim de qualificar a assistência de enfermagem neste contexto. O mapeamento das competências do enfermeiro poderá constituir uma ferramenta norteadora, flexível, que pode ser (re)vista e (re)elaborada constantemente, principalmente ao considerarmos a dinamicidade do processo de trabalho cotidiano do enfermeiro no cenário deste estudo.

Assim, têm-se como objeto de estudo a identificação das competências requeridas aos enfermeiros para atuarem em unidades de recuperação do paciente submetido à cirurgia cardíaca, partindo-se do pressuposto que esta identificação poderá ser mais pertinente se for construída a partir dos profissionais inseridos neste contexto.

Em geral observa-se na área hospitalar, que as medidas para mobilização de competências dos enfermeiros esbarram-se em diversos fatores, tal como a dicotomia entre a teoria e a prática, como variabilidade de condutas (na mesma instituição, no mesmo serviço e entre os profissionais); elevadas intercorrências clínicas relacionadas à complexidade de cuidados requeridos pelos pacientes, cujas situações de saúde podem variar rapidamente necessitando de intervenções de enfermagem de forma acertada; precariedade no processo de formação e capacitação de recursos humanos no que tange ao desempenho das atividades; inoperância dos órgãos fiscalizadores, como o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), quanto às competências necessárias para atuação nesta área. Ainda, no conjunto geral, identificamos a escassez de estudos voltados às competências dos enfermeiros, que atuam no pós-operatório de cirurgia cardíaca, unidades de alta complexidade.

Sabe-se que, os enfermeiros, que atuam em unidades de pós-operatório de cirurgia cardíaca desenvolvem múltiplas tarefas com alto grau de exigências e responsabilidades, as quais, dependendo do ambiente, da forma como está organizado o seu trabalho, dos seus conhecimentos, habilidades e atitudes podem interferir de forma positiva ou negativa na assistência prestada ao paciente.

Neste sentido, apresentamos os seguintes questionamentos para este estudo: Qual o perfil social e profissional do enfermeiro que atua na assistência a pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca em unidades de alta complexidade? Quais competências são necessárias a estes profissionais? Quais estratégias a gestão tem promovido para o desenvolvimento destas competências?

Identificar as competências do enfermeiro, que atua em unidades pós-operatórias de cirurgias cardíacas é uma necessidade urgente, visto que poderá direcionar a formação de futuros profissionais, melhorar a qualidade da assistência de enfermagem e fornecer subsídios para a gestão de serviços de saúde e de enfermagem.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo Geral

Analisar as competências dos enfermeiros para atuarem no pós-operatório de cirurgia cardíaca e as estratégias organizacionais implementadas para a mobilização de competências.

5.2. Objetivos Específicos

- Descrever as características socioprofissionais dos enfermeiros de unidades pós-operatórias de cirurgia cardíaca segundo: sexo, faixa etária, ano de conclusão da graduação em enfermagem, tempo de trabalho na instituição, tempo de trabalho na unidade pós-operatória de cirurgia cardíaca e formação profissional.

- Identificar, pela perspectiva dos enfermeiros, as competências requeridas para a sua atuação e as estratégias organizacionais mobilizadas para o desenvolvimento destas competências.

6. *PERCURSO METODOLÓGICO*

6.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa.

A metodologia qualitativa representa uma atividade da ciência, que permite ter visão mais ampla de um cenário e uma construção da realidade, que não pode ser quantificada, trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, ou seja, com a perspectiva subjetiva das relações dos processos e da experiência (MINAYO, 2010). Assim, interpretar fenômenos a partir de seus significados e contextos é uma tarefa sempre presente, demonstrando a vantagem do contato direto com o objeto de análise (NEVES, 1996).

O desenho metodológico da pesquisa é o estudo de caso coletivo, que estuda um número de casos conjuntamente, visando a investigar um fenômeno, população ou condição geral (STAKE, 2009).

Nesta pesquisa, a interpretação da experiência na sua totalidade, apresentou-se a partir do processo de trabalho dos enfermeiros em três instituições hospitalares de um município do interior paulista.

Para a estruturação dos dados referentes às competências dos enfermeiros foi considerado como referencial teórico analítico o Modelo de Competência de Liderança para o Enfermeiro do Nursing Leadership Institute (NLI, 2003).

6.2. Campos de Pesquisa

Esta investigação foi realizada em três unidades de alta complexidade, que prestam assistência a pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca de um município do interior paulista, sendo um hospital de ensino, um filantrópico e um privado.

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP) é um hospital de ensino, público e geral que realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência. É referência no SUS em âmbito municipal, estadual e nacional para atendimento a pacientes que demandam assistência de alta complexidade. O complexo do HCFMRP-USP dispõe de três unidades para o desempenho de suas atividades, sendo duas situadas no Campus Universitário, HC - Campus e Hemocentro, e uma situada na área central da cidade, onde funciona a Unidade de Emergência - UE. No total a instituição dispõe de 820 leitos para internação (HCFMRP-USP, 2015). A pesquisa foi realizada na unidade HC - Campus, na Unidade de Recuperação Torácica, que possui seis leitos e recebe pacientes no pós-operatório

de cirurgia torácica e após procedimentos hemodinâmicos. Os pacientes permanecem na Unidade de Recuperação Torácica até estarem em condições de serem transferidos para a enfermaria correspondente.

A Sociedade Portuguesa de Beneficência Hospital Imaculada Conceição de Ribeirão Preto é um hospital geral filantrópico, que possui aproximadamente 130 leitos e recebe em média uma demanda de 80% de pacientes do SUS. Presta assistência de alta complexidade e atendimentos entre exames, internações e cirurgias (SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA, 2015). Inserida nesta pesquisa, a UTI, com 12 leitos, assiste pacientes clínicos e cirúrgicos de diversas especialidades, entre elas pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

O Hospital São Lucas é um hospital geral e privado, reconhecido como um dos principais prestadores de serviços médico-hospitalares em Ribeirão Preto e região. Possui larga abrangência no mercado de saúde suplementar no interior do Estado de São Paulo e atua preferencialmente em procedimentos de alta complexidade, com 94 leitos (HOSPITAL SÃO LUCAS, 2015). A UCO desse hospital constitui um dos contextos deste estudo, com seis leitos, que atendem pacientes clínicos com cardiopatias e no pós-operatório de cirurgias cardíacas, até estes apresentarem condições de transferência para setores de menor complexidade.

6.3. Participantes do Estudo

Os participantes deste estudo foram enfermeiros atuantes, especificamente nas unidades de estudo, que trabalham nos plantões da manhã, tarde e noite, perfazendo um total de 18 enfermeiros.

Critérios de seleção dos participantes: enfermeiros atuantes nas unidades pós-operatórias de cirurgia cardíaca selecionadas para o estudo, exercendo suas atividades há mais de seis meses na época da coleta de dados (esse tempo deve possibilitar ao profissional enfermeiro experiência para identificar as competências necessárias para desenvolver suas funções) e presentes no período da coleta de dados.

6.4. Coleta de Dados

6.4.1. Procedimento de coleta

Para a coleta de dados utilizou-se dois métodos: observação direta, não participante, com roteiro estruturado e entrevista semiestruturada. As observações conduzem o investigador a um maior entendimento do caso, trabalhando com episódios de relação única para dar forma a uma história ou descrição única, encontrando bons momentos para revelar a complexidade do caso (STAKE, 2009). A entrevista semiestruturada permite ao pesquisador obter informações do entrevistado, por meio de um roteiro contendo tópicos em torno de uma problemática central (HAGUETTE, 2010).

A observação ocorreu por ocasião das visitas aos campos para as entrevistas, por um período aproximado de 30 minutos antes e após as entrevistas, e os dados foram registrados em um diário de campo. Nestes registros, foram incluídos dados relativos às competências dos enfermeiros, às estratégias organizacionais para o desenvolvimento de competências e às circunstâncias consideradas importantes nos fatos observados.

As entrevistas ocorreram individualmente, no horário de trabalho, em local privativo indicado pelo participante e conforme disponibilidade do mesmo. As entrevistas, em média, consumiram 20-30 minutos, sendo gravadas mediante consentimento do participante e, posteriormente, foram transcritas na íntegra pela pesquisadora.

Os dados da observação, registrados em diário de campo, foram agregados aos dados das entrevistas e analisados conjuntamente para o alcance dos objetivos do estudo.

Assim, a aplicação do roteiro foi realizada pela pesquisadora individualmente no horário de trabalho de cada enfermeiro, de acordo com a disponibilidade do serviço e dos participantes do estudo.

6.4.2. Roteiros

Os roteiros, empregados para observação e entrevista foram elaborados a luz do nosso referencial teórico (NLI, 2003). Os estudos, de abordagem qualitativa pressupõem a flexibilidade na utilização de roteiros e questões norteadoras, que poderão ser aperfeiçoadas no processo de desenvolvimento do estudo pelo pesquisador, pois a obtenção de dados qualitativos é construída mediante a relação pesquisador-objeto do estudo.

O roteiro da observação (Apêndice A) foi composto por tópicos referentes às competências profissionais dos enfermeiros e às estratégias organizacionais para mobilização de competências. Já o roteiro da entrevista (Apêndice B) apresentou duas partes. A primeira, composta por dados de identificação do perfil socioprofissional, segundo: sexo, faixa etária, ano de formação, tempo de serviço na unidade, pós-graduação, cursos e experiência anterior na área. A segunda parte apresentava questões abertas para a identificação das competências dos enfermeiros e das estratégias organizacionais para desenvolvê-las.

6.5. Análise dos Dados

A análise dos dados deste estudo foi composta pelo material transcrito das gravações das entrevistas combinado com os registros das observações realizadas.

A análise de conteúdo indutiva foi utilizada para interpretar os dados deste estudo. Para tanto, optou-se pela utilização da análise temática.

A análise temática é um método que identifica, analisa e relata os padrões (temas) dentro dos dados; organiza e descreve seu conjunto de dados em detalhes. Por meio da sua liberdade teórica, a análise temática proporciona uma ferramenta de pesquisa útil e flexível, que pode potencialmente fornecer um relato rico, detalhado e complexo (BRAUN; CLARKE, 2006).

Dando continuidade a esta linha de pensamento, consideramos as fases estabelecidas por Braun e Clarke (2006) na interpretação e descrição dos dados deste estudo, como segue no Quadro 3.

Quadro 3: Descrição das fases da análise temática.

Fase	Descrição do Processo
Familiarizar-se com os seus dados	Transcrever dados (se necessário), a leitura dos dados, anotando idéias iniciais.
Gerar códigos iniciais	Codificação de características interessantes dos dados de forma sistemática em todo o conjunto de dados, recolher dados relevantes para cada código.
Busca por temas	Códigos de agrupamento em potenciais temas, reunindo todos os dados relevantes para cada tema potencial.
Revisão temas	Verificar se os temas respondem aos extratos codificados (Nível 1) e de todo o conjunto de dados (Nível 2), gerando um "mapa" da temática de análise.
Definir e nomear temas	Análise em curso para aperfeiçoar as especificidades de cada tema e o que a história geral da análise diz, gerando definições claras e nomes para cada tema.
Produzindo o relatório da análise	A última fase da análise. Seleção de exemplos vivos, convincentes. Análise final dos trechos selecionados, relacionados às questões norteadoras da pesquisa e a literatura, produzindo um relatório acadêmico da análise.

Fonte: Adaptado de Braun e Clarke (2006).

A partir da análise do material, puderam ser identificadas unidades temáticas fundamentadas na identificação do perfil dos enfermeiros participantes, das competências desses profissionais e das estratégias (organizacionais e individuais) para desenvolver essas competências.

6.6. Procedimentos Éticos

Para a realização do estudo, inicialmente obtivemos a autorização dos locais de pesquisa. Após, respeitando os princípios éticos que regem a pesquisa envolvendo a participação de seres humanos, este estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP (CEP/EERP-USP) e aprovado no Processo nº 055/2014 (Anexo A).

Os sujeitos do estudo foram convidados a participar da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) conforme Resolução 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013b). Os participantes foram identificados por números, para seu sigilo, seguindo a ordem de realização das entrevistas.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1. Caracterização dos Participantes

Participaram do nosso estudo 18 enfermeiros e os seus perfis estão apresentados na Tabela 1, considerando os seguintes dados: sexo, faixa etária, ano de conclusão da graduação em enfermagem, tempo de trabalho na instituição, tempo de trabalho na unidade pós-operatória de cirurgia cardíaca e formação profissional.

Tabela 1 – Distribuição do perfil socioprofissional dos enfermeiros de três unidades pós-operatórias de cirurgias cardíacas, Ribeirão Preto, 2015.

Características	N	%
Sexo		
Feminino	13	72,22
Masculino	5	27,78
Faixa Etária		
25 - 30 anos	5	27,78
31 - 40 anos	9	50
41 - 57 anos	4	22,22
Ano de Conclusão da Graduação em Enfermagem		
1981 - 2000	5	27,78
2001 - 2012	13	72,22
Tempo de Trabalho na Instituição		
< 1 ano	1	5,56
1 - 4 anos	8	44,44
5 - 9 anos	3	16,66
10 anos ou +	6	33,34
Tempo de Trabalho na Unidade Pós-Operatória de Cirurgia Cardíaca		
< 1 ano	4	22,22
1 - 4 anos	7	38,90
5 - 9 anos	3	16,66
10 anos ou +	4	22,22
Formação Profissional		
Especialização em Cardiologia + Mestrado	1	5,56
Residência em Cardiologia + Mestrado	1	5,56
Especialização em outra área	12	66,66
Cursando Especialização em outra área	1	5,56
Nenhuma	3	16,66

Fonte: Elaborado pelos autores.

Verifica-se que, na população deste estudo, o sexo feminino é predominante, reproduzindo a característica histórica da enfermagem, considerada como essencialmente

feminina (BALSANELLI; CUNHA; WHITAKER, 2009; MARTINS et al., 2006) e coincidindo com o perfil de enfermeiros em geral no Brasil (GUERRER; BIANCHI, 2008). Este fato é explicado em função do arquétipo atribuído às mulheres e elucidado em várias culturas, onde a assistência e higienização dos doentes são consideradas como extensão das atividades realizadas pela mulher para manutenção da família (PINHO, 2002).

Quanto à faixa etária, a maior parte dos profissionais possui entre 24 e 40 anos, uma população jovem, portanto de grande produtividade e propensa ao interesse pelo conhecimento de tecnologia, aprimoramentos e especializações. Essa faixa etária é o perfil de enfermeiros esperado para unidades de cuidados críticos, pois já durante a graduação são motivados à assistência de pacientes de alta complexidade. Supõe-se que, os enfermeiros mais jovens envolvam-se com áreas de alta complexidade em busca de experiência e que a diminuição dos profissionais acima dos 40 anos nestas unidades pode estar relacionada à escolha por mudança de cargo ou para a área de ensino, devido à experiência na profissão (GUERRER, 2007; GUERRER; BIANCHI, 2008; HAYS et al., 2006; PRETO; PEDRÃO, 2009).

O tempo predominante de conclusão da graduação em enfermagem foi de 2001 a 2012, ou seja, desde profissionais recém-formados até aqueles mais experientes, vindo de encontro a um estudo com predomínio da formação no período entre cinco e 10 anos, o que demonstra que as instituições também contratam profissionais com, sem ou pouca experiência, sendo treinados no próprio serviço (FERRAREZE; FERREIRA; CARVALHO, 2006). Em contrapartida, outro estudo verificou que o tempo de formação, nos últimos 10 anos, pode ser indicativo do tempo de experiência do enfermeiro no mercado de trabalho e de relativa maturidade (CAMELO et al., 2013). Sabe-se que, o tempo de formação reflete o conhecimento e aptidão valorizados em um determinado período (MARTINS et al., 2006).

Em relação ao tempo de trabalho na instituição, 50% dos profissionais estão a mais de quatro anos. Este resultado é similar ao encontrado por outros pesquisadores quando mostram que 70% dos enfermeiros atuantes em unidades fechadas estão há mais de cinco anos trabalhando na instituição (FORMIGA et al., 2005; MARTINS et al., 2006). O envolvimento institucional e a estabilidade adquirida pelo tempo de serviço, associados à proposta de trabalho e satisfação individual, podem estimular os profissionais na permanência em uma organização (FORMIGA et al., 2005).

Quanto ao tempo de experiência dos enfermeiros nas unidades pós-operatórias de cirurgias cardíacas, verificou-se que 61,12% possuem até quatro anos de tempo de trabalho no setor, praticamente se igualando ao tempo de trabalho na instituição no mesmo período. Isso

demonstra que há uma grande quantidade de profissionais recém-admitidos nas instituições e que estes muitas vezes vão trabalhar diretamente nas unidades de alta complexidade. Nesse sentido, pesquisa trouxe como resultado que enfermeiros recém-formados lidam bem com a experiência de iniciar a carreira em uma unidade de cuidados críticos, ou seja, de alta complexidade (O'KANE, 2012).

Outro estudo mostra resultado semelhante ao tempo de experiência encontrado neste trabalho, o que pode ser entendido como favorável ao equilíbrio do bom desempenho profissional, pois os profissionais com menos experiência tem a oportunidade de discutir suas dificuldades com aqueles com mais experiência (PRETO; PEDRÃO, 2009).

Somente dois enfermeiros tiveram formação profissional *lato sensu* em cardiologia, um na residência e outro na especialização, além de cada um deles ter feito mestrado acadêmico. A maioria dos profissionais deste estudo (66,66%) fez especialização em áreas diferentes da cardiologia, como: Terapia Intensiva (quatro enfermeiros), Centro Cirúrgico (um) e Urgência e Emergência (um), demonstrando que apesar de pouca, existe formação profissional para atendimento de alta complexidade.

Estudos corroboram com este resultado, evidenciando que cada vez mais enfermeiros jovens estão buscando a capacitação em especializações para atuarem no mercado de trabalho. Acredita-se que, o fato do profissional estar adequadamente preparado facilita maior adaptação ao setor, principalmente em UTI, que requer melhor qualificação e competência profissional (GUERRER, 2007; GUERRER; BIANCHI, 2008; PRETO; PEDRÃO, 2009).

Enfermeiros sem especialização podem não ser tão aceitos em unidades críticas, por ser um setor de cuidados de alta complexidade e que necessita de formação adequada para servir de suporte e experiência ao profissional (GUERRER; BIANCHI, 2008). Ainda assim, verificamos que quatro enfermeiros desta pesquisa, atuantes em unidades de pós-operatório de cirurgia cardíaca, não cursaram nenhum tipo de pós-graduação.

7.1.1 Formação Acadêmica e Experiência Profissional

A atuação de enfermeiros no pós-operatório de cirurgia cardíaca exige profissionais preparados para um trabalho em saúde compartilhado, humanizado, com responsabilidade e vínculo com o paciente. Além disso, a complexidade das unidades de cirurgias cardíacas apresenta problemas cada vez mais complexos, que exigem, além de conhecimentos específicos da área, habilidades no relacionamento interpessoal e intersetorial.

Sabe-se que, as grades curriculares dos cursos de graduação em enfermagem passaram por diversas alterações de acordo com a época e situação socioeconômica e política do país (LINO; CALIL, 2008). As reformas curriculares vieram para atender as exigências do mercado de trabalho e o cumprimento das DCN, que preconizam a formação do enfermeiro generalista, adquirida por meio de conteúdos teóricos e práticos, favorecendo o desenvolvimento de competências gerais e específicas, com objetivo de ter um profissional egresso qualificado, reflexivo e pronto para atuar sobre a realidade social (BRASIL, 2001b).

É esperado que, os centros formadores assumam, de forma articulada ao mundo do trabalho, sua responsabilidade na formação desses profissionais (CHIRELLI, 2002), pois estas instituições possuem papel principal na formação de profissionais qualificados e no desenvolvimento de competências (PERES; CIAMPONE; WOLF, 2007).

Atendo-nos às questões de formação dos enfermeiros em estudo, os depoimentos revelaram a aproximação deste profissional com o pós-operatório durante a graduação, por meio de aulas em disciplinas que se realizam no espaço do centro cirúrgico e recuperação, sendo que somente alguns enfermeiros tiveram a prática no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Também há relatos de aproximação com o paciente cirúrgico, como se reitera nos discursos abaixo.

“Na graduação eu tive os preparos com qualquer cirurgia, pré e pós, eu aprendi. Agora sobre, específico de cirurgia cardíaca não, mesmo na prática.” (E3)

“No período da graduação nós não tivemos contato com pacientes de cirurgia cardíaca.” (E6)

“Na graduação, na minha época não, realmente na parte pós-operatório de cirurgia cardíaca específico não era apresentado.” (E13)

“A gente teve a matéria de cirúrgica, falou sobre revascularização. É passa sobre, por várias cirurgias [...] No estágio eu tive a oportunidade de acompanhar uma cirurgia cardíaca... quando eu fiquei no pós-operatório eu prestei assistência em estágio para esses pacientes. Inclusive eu fazia estágio aqui.” (E4)

“Teve, mas é bem pincelado, bem por cima, nada é muito profundo.” (E1)

“Então a experiência que eu tive foi enquanto aluna há 30 anos atrás, que a gente passava em cirurgia cardíaca... quando fez a disciplina de centro cirúrgico e recuperação.” (E8)

“Acho que na graduação a formação era mais generalista assim na parte da clínica cirúrgica... eu até passei aqui na recuperação, mas a gente só ficou na recuperação geral, o tórax nem entrava.” (E10)

Nesse sentido, algumas instituições de ensino ao fazerem seus reajustes para incorporar as novas diretrizes, excluíram a disciplina de Cuidados Críticos/Intensivos de suas grades, por entenderem que esta seria específica para o ensino em nível de pós-graduação *lato sensu*, não demonstrando iniciativas de reelaboração pedagógica (LOPES NETO et al., 2006), e assim, não atendendo ao princípio da integralidade da assistência, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde e nos diferentes cenários da prática profissional (BRASIL, 2001b).

“[...] Então acho que tem que focar mais nessa questão também da educação, na universidade, de melhorar essa parte, de ter pelo menos uma noção básica, prévia. [...] Às vezes tem alguns enfermeiros que vem... que não tem especialização, nunca teve contato com o paciente de cirurgia cardíaca e fica um pouco mais perdido assim... Então acho que é necessária uma formação específica para trabalhar aqui no setor.” (E10)

Nossos dados confirmam um preparo acadêmico insuficiente, superficial dos enfermeiros para atuarem em unidades de alta complexidade, vindo de encontro a estudo recente (CAMELO et al., 2013). Percebe-se a necessidade de um profissional com determinado perfil para o trabalho nas unidades pós-operatórias de cirurgia cardíaca. Além disso, esse profissional não pode se centrar apenas na sua formação clínica específica, mas deve contemplar a possibilidade de dirigir a atenção ao indivíduo como um todo, para além do recorte do seu corpo ou órgão, abrangendo também o espaço físico, social e afetivo das famílias assistidas.

O adequado atendimento a pessoas em situações críticas de saúde está presente na política de saúde do país, exigindo dos trabalhadores qualificação profissional específica (BRASIL, 2005). O atendimento especializado a pacientes críticos ajuda na assistência ao paciente, pois presume maior uniformidade nas condutas, maior acesso aos recursos e favorecimento de padrões elevados de qualidade assistencial (LINO; CALIL, 2008).

Para a maioria dos trabalhadores entrevistados do nosso estudo, trabalhar nesta área era uma grande interrogação e não estavam claras as atividades que seriam realizadas e a formação específica que deveriam apresentar. Ao depararem-se com dificuldades, devido ao preparo acadêmico insuficiente para a sua atuação, alguns buscaram especialização na área como forma de complementação de sua formação profissional.

“Fiquei dois anos (na residência) só vendo cardiologia. Passei um mês só no centro cirúrgico, mas em todas as enfermarias sempre tinha paciente pós-cirúrgico. E fiquei três meses na UTI pós-cirúrgica.” (E10)

“Quando eu fui para a especialização [...] acrescentou algumas coisas que a gente discutiu em sala com as professoras, com os outros alunos, trocamos experiências.” (E11)

A inserção dos cuidados críticos e intensivos, como parte integrante do processo de formação profissional do enfermeiro para o desempenho generalista, é uma necessidade urgente, opondo-se a visão de que tenha que ser uma especialização profissional do enfermeiro. Com isso, a especialização deve ser compreendida como um nível avançado e específico de capacitação/qualificação profissional e não como o preenchimento de lacunas na formação de graduação em enfermagem (LINO; CALIL, 2008).

O enfermeiro deve se conscientizar de que necessita atualizar os seus conhecimentos, a fim de acompanhar as constantes mudanças e exigências do mercado de trabalho em unidades de cuidados intensivos (CAMELO et al., 2013).

A educação profissional não deve estar desarticulada da análise de aspectos relacionados com o local de trabalho (BOGUS et al., 2011). Os cursos de especialização, bem como a participação em eventos, podem ser estratégias individuais importantes implementadas pelos profissionais, porém no nosso estudo muitos deles destacam que a vivência profissional da rotina diária e a experiência em unidades de semelhante complexidade contribuíram como estratégias individuais para a sua aprendizagem e atuação.

“Mas assim, me ajudou também o tempo de centro cirúrgico que eu tive, que acompanhei bastante cirurgia cardíaca [...]” (E1)

“Eu aprendi mesmo como atuar foi na experiência do trabalho aqui na UTI.” (E2)

“A faculdade mesmo só me ensinou o básico de UTI... fui aprender aqui dentro mesmo, no dia-a-dia. E aí com os pacientes, cada um com sua intercorrência que apresentava, eu acabava indo buscar alguma coisa nova para me atualizar [...] Foi no dia-a-dia mesmo, aprendendo, é... conhecendo os pacientes [...]” (E5)

“[...] eu vim aprender tudo aqui mesmo.” (E12)

“Já tinha assumido unidades em outros hospitais, que tinha pós-operatório... só depois de um tempo, de ficar nessa unidade que a gente adquire essa experiência.” (E13)

“[...] eu trabalhava antes como auxiliar de enfermagem, trabalhei dois anos em uma UTI geral e recebia uma grande quantidade de cirurgias cardíacas... então assim, no pós, tanto no pré, pós-operatório das cirurgias cardíacas... Foi um facilitador para eu hoje como enfermeira [...]” (E17)

“Bom, a minha experiência com UTI cardiológica vem há oito anos, quatro anos como técnico e há quatro anos cobrindo setor como enfermeiro [...] O que me trouxe como experiência... foi essa oportunidade de estar trabalhando em uma unidade cardiológica e ter assistido cirurgias.” (E18)

A experiência profissional aliada ao trabalho compartilhado dentro da unidade permite aprendizagem contínua dos profissionais. Assim, os enfermeiros novatos se espelham nos profissionais de enfermagem com maior bagagem de conhecimento, para o desenvolvimento do trabalho dentro da unidade.

“[...] tem colaboradores com quem eu trabalho, faz mais de 25 anos que trabalham aqui e só em UTI. Então assim, a base que ele traz acaba sendo bem melhor, assim, melhor do que a... qualquer livro, por exemplo, pode trazer para você... Então, a gente acaba aprendendo muito com eles também, com esses colaboradores mais velhos.” (E5)

A estratégia de aprendizagem utilizada por cada profissional vai depender da sua experiência com determinada função ou local. Quando recém-formado ou no primeiro contato com uma situação nova, o enfermeiro busca aprender por meio de modelos e tende a reproduzir os mesmos, ou seja, aprende por meio da imitação, da observação e esclarece dúvidas a partir do contato com os enfermeiros considerados experientes (ASSAD; VIANA, 2005), para que construa a sua própria experiência profissional.

7.2. Competências dos Enfermeiros de Unidades Pós-Operatórias de Cirurgias Cardíacas

A análise dos resultados do nosso estudo permitiu identificar nove competências dos enfermeiros para atuarem em unidades pós-operatórias de cirurgias cardíacas, que podem ser visualizadas na Figura 2.

Figura 2: Competências dos enfermeiros de unidades pós-operatórias de cirurgias cardíacas, Ribeirão Preto, 2015.

Fonte: Elaborada pelos autores.

De acordo com nosso referencial teórico (NLI, 2003), dentre as seis categorias de competências que formam o “Modelo de Competência de Liderança para o Enfermeiro”, observando a descrição dos autores para cada categoria e comportamentos associados, aquelas que correspondem às competências identificadas nos resultados do nosso estudo são: domínio pessoal, efetividade interpessoal, gerenciamento de recursos humanos e gerenciamento de recursos materiais e financeiros.

Além destas, neste estudo, tendo como cenário o pós-operatório de cirurgia cardíaca, foram encontradas mais cinco categorias de competências pela percepção dos enfermeiros entrevistados: conhecimento teórico-prático, cuidados de enfermagem de alta complexidade, supervisão de enfermagem, tomada de decisão e educação continuada em serviço, sendo todas descritas a seguir.

7.2.1. Conhecimento Teórico-Prático

Analisando os resultados do nosso estudo, observamos que, os enfermeiros participantes consideram que, a atuação de qualidade em pacientes submetidos a cirurgias cardíacas se faz por meio de conhecimento específico na área. Assim, consideram que, uma

das competências essenciais para responder às atividades diárias do trabalho é ter, além da prática profissional, conhecimento teórico.

Ao se prestar cuidados de enfermagem, sobretudo em unidades de cuidados críticos, deve-se considerar o conhecimento científico e todas as formas de tecnologia como fundamentais para que se possa oferecer um cuidado livre de iatrogenias (SILVA et al., 2009). Conhecer os princípios básicos que norteiam o cuidado é essencial para a qualificação de qualquer profissional de enfermagem. Compreender o porquê de cada cuidado prestado faz com que usuários e profissionais se sintam mais seguros (BOGUS et al., 2011).

O profissional também deve ser capaz de analisar dados de pesquisas científicas e utilizar os resultados para proporcionar uma assistência de enfermagem com resultados positivos para o paciente, ou seja, o enfermeiro necessita de conhecimento científico para atuar na sua prática profissional (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002) de forma acertada.

Nesse sentido, é essencial que o enfermeiro que trabalha em unidades de alta complexidade mobilize competências profissionais específicas para que possa desenvolver suas funções, aliando conhecimento técnico-científico, domínio da tecnologia, humanização, individualização do cuidado e, conseqüentemente, qualidade na assistência prestada (CAMELO, 2012).

“A primeira competência que eu acho é o conhecimento que a gente tem que ter, porque não adianta você querer trabalhar em um setor desse se você não tiver um mínimo de conhecimento em cirurgia cardíaca.” (E9)

“[...] o seu raciocínio tem que ser muito rápido e aí a gente volta no conhecimento, você só consegue se você estiver enxergando o que está acontecendo, se você conhece, conhece sua unidade, conhece seus funcionários, conhece o paciente que você está lidando e a equipe médica que você está lidando.” (E11)

“Muito é conhecimento, aliar o conhecimento teórico com o conhecimento prático... Porque eu preciso entender o paciente desde o que aconteceu lá na cirurgia e como ocorre a cirurgia dentro de sala, a extracorpórea, os cuidados que tem que ter ali, até rolar o pós-operatório, até a hora que o paciente vai para o quarto... Depois de um tempo em terapia intensiva cuidando especificamente desse paciente, você passa a entender que somente a parte de experiência prática não iria te dar segurança se você não aliar a parte teórica. Você com o tempo passa a ter necessidade de estudar, de acompanhar uma cirurgia. É muito importante isso, que realmente o enfermeiro conheça o que acontece dentro de sala, para depois entender o que, onde que está a localização do dreno [...]” (E13)

Os profissionais são desafiados constantemente a atualizar o seu conhecimento, pois o enfermeiro que trabalha no pós-operatório de cirurgia cardíaca precisa saber de todo o

processo que envolve o paciente antes deste chegar à unidade pós-operatória. Conhecer como é realizado o procedimento cirúrgico facilita no preparo e admissão do paciente.

A complexidade e pormenores dos cuidados requeridos por pacientes submetidos a cirurgias cardíacas, cuja situação de saúde sofre mudanças constantes e abruptas, requerem observação contínua e intervenções de enfermagem imediatas e precisas, fazendo-se necessário a organização e planejamento prévio e científico (PIVOTO et al., 2010).

Na unidade de recuperação cirúrgica, o enfermeiro necessita saber como receber o paciente para poder liderar e atuar junto com a equipe. Para isso, é de suma importância saber qual o processo fisiológico do paciente após a cirurgia, quais os parâmetros hemodinâmicos adequados, as complicações que ele pode apresentar, conhecer os materiais usados e saber manusear os equipamentos tecnológicos; tudo para poder contribuir na assistência, além de estar preparado para atendê-lo.

A admissão do paciente na unidade pós-operatória de cirurgia cardíaca leva o enfermeiro a colocar em prática o seu conhecimento técnico-científico. O enfermeiro organiza a unidade e dimensiona a equipe de enfermagem, ações estas que aprimoram o desempenho na admissão e propiciam estrutura adequada para que a admissão aconteça com segurança (MELO et al., 2012).

“Assim, o que eu acho imprescindível é o enfermeiro saber o que está acontecendo. Chega uma cardíaca ele sabe na onde, o que ele tem que fazer, quais sinais, as situações que estão ali acontecendo para ele poder agir. [...] é interessante para o enfermeiro saber o uso de drogas, para que serve cada droga, na onde vai atuar as drogas, o volume que entra, o volume que sai. O paciente que é revascularização, o que é troca de válvula, que válvula que colocou, exames, assim é um tudo, acho que o enfermeiro tem que saber um pouco de cada coisa do paciente da cirurgia.” (E1)

“Eu acho que você tem que entender bem assim, o que é estar hemodinamicamente estável, ter esse conhecimento do que é o correto e quais as intercorrências em que pode ocorrer e atenção.” (E4)

“[...] então tem uma série de cuidados, uma série de coisas que você tem que saber, para você cuidar bem dessa paciente. [...] Quando eu tenho um aparelho daquele (balão intra-aórtico) funcionando, funcionário me pergunta o que está acontecendo, eu tenho que saber falar.” (E11)

“Ele (enfermeiro) precisa conhecer as tecnologias [...]” (E12)

“Eu acho que o enfermeiro que recebe um paciente de cirurgia cardíaca tem que saber o que acontece fisiologicamente, assim saber no pós-operatório, isso é muito importante, tem que ter esse conhecimento.” (E14)

“Tem que estar atento aos cuidados mesmo, por isso que eu falo, eu dou importância aos cuidados. Você tem que saber mexer, operacionalizar, para você estar delegando... Eu acho importante o enfermeiro saber fazer, realizar, ter a humildade, quando ele não souber procurar isso com o técnico... Então assim, você tem que sempre procurar saber o que está fazendo, para você fazer bem e até mesmo delegar.” (E18)

Portanto, o enfermeiro deve estar preparado para entender cada fase da resposta humana à cirurgia, sabendo identificar e perceber os sinais e sintomas do indivíduo em pós-operatório que comunicam o que ele apresenta, conhecer a sua história pregressa e a evolução dos períodos pré e transoperatório de revascularização do miocárdio, podendo ser capaz de prever e prover cuidados sempre que estes se fizerem necessários. Nesse contexto, o enfermeiro, instruído e conhecedor da realidade em que atua, tem mais chances de contribuir para a boa evolução do paciente em pós-operatório, no sentido de proporcionar uma recuperação com qualidade (CARVALHO et al., 2006).

7.2.2. Cuidados de Enfermagem de Alta Complexidade

Após o término da cirurgia o paciente é transferido do centro cirúrgico diretamente para as unidades de pós-operatório de cirurgia cardíaca. Já durante o transporte o cuidado do enfermeiro e da equipe multidisciplinar se faz necessário, pois mesmo que este paciente esteja estável, ele pode desestabilizar rapidamente, sendo imprescindível o acompanhamento contínuo da equipe a partir da saída do centro cirúrgico e durante toda a internação na unidade pós-operatória de cirurgia cardíaca.

Os profissionais que recepcionam o paciente na unidade de recuperação cardíaca devem fazer com que a admissão ocorra com segurança e sem intercorrências, pois se trata de um paciente debilitado, que foi submetido a um procedimento cirúrgico longo e agressivo. Além disso, mesmo que a cirurgia tenha ocorrido com sucesso, o cuidado no pós-operatório é determinante para o prognóstico (MELO et al., 2012).

O enfermeiro é o profissional responsável direto pelo cuidado à ‘beira do leito’ e pela percepção das necessidades apresentadas pelo paciente, contribuindo para uma assistência de qualidade e evolução do paciente (DUARTE et al., 2012). Nesse sentido, a Lei do Exercício Profissional nº 7498/86 aponta como umas das atividades privativas do enfermeiro prestar cuidados de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos (COFEN, 1986).

“O enfermeiro tem que estar sempre presente na hora para recepcionar na cirurgia cardíaca.” (E14)

“Quando é a recepção de cardíaca o enfermeiro fica em cima até o paciente estabilizar.” (E15)

“A gente admite, recebe todo plantão que a enfermeira do centro cirúrgico passa, a gente auxilia na distribuição, na monitorização do paciente no leito, colhe todos os sinais vitais desse paciente [...] Monitora todo o balanço de débito de dreno, diurese e volume que é infundido. Acompanha níveis glicêmicos ou o auxílio na intubação e extubação junto ao médico. Então assim, é quase que total a nossa participação junto ao paciente.” (E17)

“Enquanto um está me ajudando a posicionar o paciente, o outro pode estar instalando a droga, se precisar [...]” (E13)

“Tem que ter uma monitorização contínua e o enfermeiro tem que ter essa atenção para esse paciente, valorizar mesmo, porque um minuto pode ser assim muito importante.” (E4)

“[...] a hora que chega o paciente dentro da UTI é o enfermeiro que vai recepcionar [...] a gente vai fiscalizando todos os tipos de dispositivos, as drogas que ele veio de sala, identificação disso, o que está correndo, o que não está; já vai ver quais são os drenos, quanto que tem de selo d’água, quanto que já tem de débito; a ferida operatório; sonda vesical de demora [...] Então assim, são as coisas que a gente já faz de imediato, na hora que chega o paciente. E depois as primeiras 24 horas, controle dos débitos, controle de diurese, controle da glicemia. Qual tipo de droga que o paciente precisou entrar. Se veio com droga, desligou logo que chegou? Então são os controles que a gente acaba tendo.” (E16)

O pós-operatório imediato constitui-se em um período que necessita de monitorização rigorosa, visto que, uma grande quantidade de cirurgias cardíacas exige CEC, que desencadeia uma série de alterações nas funções fisiológicas do paciente, elevando o risco de complicações. Assim, avaliação criteriosa se faz necessária, principalmente nas 24 horas após a cirurgia, além de intervenções de forma rápida e precisa, buscando o restabelecimento das funções vitais do paciente (PILEGGI, 2007), o que pôde ser observado nas falas dos profissionais deste estudo.

“[...] o paciente cardiológico é um paciente instável, se ele desestabiliza, ele te toma um bom tempo, você não pode sair do lado, não pode, se piscar o paciente entra numa arritmia, ele volta, ele sai, ele entra de novo, se aumenta droga ele responde, se abaixa ele responde. Então fica aquela instabilidade, então gera bastante tempo do enfermeiro quando isso acontece.” (E18)

“Eu costumo falar para o técnico ficar de olho sempre na monitorização, eu não saí de perto, faço minha evolução, os computadores aonde a gente trabalha é bem acesso ao monitor, fica bem de frente para gente [...]” (E13)

“Só que a complicação do paciente vem depois da extubação, porque geralmente ele agita, entendeu? Então você tem que acompanhar muito de perto ele. Observar os sinais que estão ali, curva de PAM (pressão arterial média), tudo que apresenta no monitor e rigorosamente, principalmente, a parte de volume, que o paciente perde ou ganha [...]” (E5)

“Então qualquer mudança dos dados vitais, qualquer mudança da ventilação, tem que ser comunicado o médico e mudado os parâmetros. Então acho que tudo tem que ter muita atenção, tem que ficar prontamente ali para atender o paciente.” (E3)

“[...] o fato da enfermeira estar sempre presente, estar sempre ali em contato, eu acho que é um ponto a favor, é uma coisa assim para o paciente, para o cuidado dele, para a recuperação dele.” (E11)

Nesse sentido, o período pós-operatório de cirurgia cardíaca exige observação contínua, tomada de decisão rápida e cuidado de alta complexidade, com o intuito de minimizar possíveis complicações e manter o equilíbrio dos sistemas orgânicos (DUARTE et al., 2012).

Além disso, uma das exigências para o cuidado em unidades críticas é o conhecimento dos procedimentos técnicos a serem realizados pelo enfermeiro, para que possa atuar diretamente nos cuidados do paciente recém-admitido, levando em consideração que este paciente requer cuidados de alta complexidade e tecnologia de ponta.

“[...] eu acho que tem que ter conhecimento científico, muito, e técnico também. [...] Eu também preciso dar condições para o meu funcionário, que ele tenha segurança de trabalhar comigo, que ele saiba que eu sei o que estou fazendo e passar esse conhecimento para ele [...] Outra coisa que eu acho que uma enfermeira de uma unidade dessa tem que ter, ela tem que ter habilidade assim, destreza, em alguns momentos você tem que ser muito rápida, não dá para você ser uma pessoa morosa, que vai pensando [...]” (E11)

“Conhecimento técnico. Garantir que as técnicas sejam feitas adequadamente [...]” (E14)

“[...] os procedimentos operacionais, as técnicas, os procedimentos feitos da mesma maneira, inclusive a gente que teve que fazer os procedimentos específicos da cirurgia cardíaca, admissão, cuidados. Então a gente acabou montando...” (E8)

Os discursos revelam preocupação do enfermeiro em ter uma atuação rápida, precisa para este tipo de paciente, reiterando a necessidade de destreza manual do enfermeiro,

enquanto responsável pelo cuidado do paciente. Assim, as habilidades técnicas são percebidas como parte das competências necessárias aos enfermeiros.

As mais simples atividades até as mais complexas exigem habilidades do profissional, as quais envolvem grande quantidade de movimentos coordenados e de alta precisão (MIYADAHIRA, 2001). Nesse sentido, a capacidade motora constitui-se como um traço de qualidade do indivíduo, relacionado com o desempenho de uma variedade de habilidades motoras. Algumas variáveis no desempenho motor devem ser consideradas, como a prontidão da pessoa, a ansiedade criada pela situação, as peculiaridades do ambiente e a fadiga (MAGILL, 2011).

Os procedimentos e a observação minuciosa levam o enfermeiro a colocar em prática todo o seu conhecimento, valorizando sua habilidade técnica (MELO et al., 2012). Ele participa do banho do paciente; realiza os primeiros curativos dos acessos venosos profundos e arteriais, das feridas operatórias e dos óstios de drenos. Este é o momento ideal para avaliar as condições da pele, primando pela manutenção da integridade cutânea do paciente (DUARTE et al., 2012).

“[...] você fazendo os cuidados, as técnicas que você tem que fazer, eu acho que é um primeiro, é uma forma de você colaborar com o cuidado dele (do paciente).” (E11)

“[...] (o enfermeiro) faz técnicas, está junto com o paciente, beira leito, passa visita [...]” (E3)

“[...] são prescritos os banhos que sempre o enfermeiro acompanha, porque é a hora dele avaliar pele, prescrever aqueles cuidados para cuidar da pele do paciente [...]” (E8)

“Sangue arterial somente o enfermeiro que colhe. Mas outros exames de sangue que precisar colher o auxiliar de enfermagem também colhe, depende de como está o plantão. O enfermeiro saca dreno de mediastino, acesso central, faz todos os curativos. O curativo de acesso central é só o enfermeiro. O curativo quando o tórax está aberto é feito pelo médico com o auxílio do enfermeiro, mas quando o médico não faz o enfermeiro se paramenta e faz sozinho. [...] Se está apertado o enfermeiro auxilia no banho, aspiração...” (E7)

“[...] os curativos das cirurgias cardíacas, do acesso central, da ferida operatória, do dreno, quem faz é o enfermeiro [...]” (E13)

“[...] eu gosto de estar fazendo um eletro, coletando exames, olhando, estar sempre olhando para o monitor, zerando PAM, PVC (pressão venosa central) [...]” (E14)

“Sondagem vesical de demora, de alívio, só o enfermeiro que faz. Nasoentérica também, nasogástrica os auxiliares também costumam fazer, mas eu como enfermeira prefiro fazer.” (E2)

Outros fatores importantes, que estão inseridos nos cuidados do enfermeiro são a manutenção do ambiente terapêutico e a humanização da assistência (DUARTE et al., 2012), que também foram citados em nosso estudo.

E como ferramentas essenciais à humanização, a comunicação e o diálogo representam um processo de construção e aperfeiçoamento de uma relação mais acolhedora com o outro, haja vista que humanizar é uma maneira de demonstrar um comprometimento que ultrapassa os aspectos práticos que envolvem o trabalho, apontando outra dimensão do cuidado (MELO et al., 2012).

“[...] quando chega determinado horário a gente já apaga as luzes, desliga televisão e deixa, tenta o mínimo de ruído para o paciente descansar.” (E6)

“É eu acho muito importante a humanização dentro da UTI... a paciência do enfermeiro em explicar, em conversar, em falar com o familiar, entendeu? Eu acho que isso é muito importante dentro de uma UTI... se colocar no lugar do paciente, do familiar.” (E16)

Nesse contexto, o enfermeiro deve organizar e planejar o cuidado a partir da aplicação do processo de enfermagem, de modo a intervir e coordenar o cuidado de acordo com as necessidades do paciente de forma individualizada e sistematizada (GUIMARÃES et al., 2010).

A prática assistencial fundamentada no método científico viabiliza a identificação e o atendimento das necessidades do paciente da melhor forma possível, por meio do histórico, dos diagnósticos de enfermagem, do planejamento, da implementação e da avaliação correta (DUARTE et al., 2012).

Verifica-se, conforme depoimentos dos participantes deste estudo, que em todas as unidades a sistematização de enfermagem é realizada, sendo de grande importância para a rotina do serviço. Porém, como as unidades de alta complexidade exigem do enfermeiro a assistência direta em uma intensidade maior, além do gerenciamento da unidade e da equipe, em alguns casos não é possível a realização da sistematização em todos os pacientes, sendo priorizados os de maior gravidade.

“Eu priorizo as prescrições de enfermagem de pacientes que mais necessitam [...] eu faço evolução, a prescrição dos pacientes.” (E1)

“A gente recebe plantão, aí faz a sistematização... Todo dia de manhã faz exame físico de todos os pacientes, ausculta, prescrição de enfermagem. À tarde e à noite também faz exame físico, mas a prescrição é a mesma.” (E7)

“A gente conseguiu instituir o processo de enfermagem aqui, que na época quando a gente foi instituir foi uma luta... E para você poder fazer, essa é uma visão minha, eu acho que você tem que estar em contato com o seu doente. Você tem que estar em contato com ele, porque senão você não consegue, você não consegue fazer uma prescrição de enfermagem se você não sabe o que o doente está precisando. Então... e assim, aos poucos nós fomos conseguindo também incutir isso na cabeça dos meninos (auxiliares de enfermagem) aqui, que hoje já lidam com isso numa boa. Quando a gente às vezes não prescreve, porque não deu tempo, eles mesmos pedem, eles cobram.” (E11)

“Primeiro você precisa saber qual o tipo da cirurgia cardíaca que o paciente está fazendo, saber as comorbidades que o paciente tem, a idade do paciente, para daí você planejar, fazer o plano de cuidado do paciente.” (E16)

“A evolução é feita 100% dos pacientes... dentro das 24 horas todos os pacientes recebem exame físico e o SAE, isso é feito [...] Quando eu posso, eu evoluo todos os pacientes, eu passo visita beira leito em todos os pacientes, faço exame físico em todos os pacientes.” (E18)

O cuidar, em uma unidade de recuperação cardíaca destina-se a uma assistência abrangente, não apenas pelo arsenal tecnológico que se utiliza para a realização do cuidado, mas também pela atenção e maneira do enfermeiro conduzi-lo a pacientes em estado crítico (DUARTE et al., 2012).

7.2.3. Supervisão de Enfermagem

O enfermeiro é o profissional, que tem assumido a responsabilidade por gerenciar a sua equipe e unidades de cuidado a pacientes submetidos a cirurgias, a fim de garantir o funcionamento adequado e atendimento de qualidade. Isto inclui a supervisão dos cuidados da equipe de enfermagem, da interação da equipe multidisciplinar, de materiais e de equipamentos.

A supervisão é uma atribuição do enfermeiro, constituindo-se em uma visão ampla e gerenciadora do serviço, sendo considerada como um processo de grande atividade, diligente, eficiente, eficaz, contínuo, de valor educativo, assim como de caráter motivador, orientador e auxiliador de recursos humanos, materiais, organizacionais e do processo de trabalho de

enfermagem como um todo (SANTIAGO; CUNHA, 2011). A supervisão é responsável por promover a reflexão e discussão sobre a prática, com base no acompanhamento do cotidiano de trabalho (PEDUZZI; HAUSMANN, 2009).

Antes da admissão do paciente em unidades de cuidados críticos, o enfermeiro providencia e organiza todos os insumos necessários para recepcioná-lo, assim como orienta e supervisiona a sua equipe. Esta ação propicia estrutura adequada e uma equipe preparada para receber o paciente e dar continuidade ao tratamento (SOUZA et al., 2008), o que pôde ser observado nas falas a seguir.

“Agora vai chegar um paciente, então eu tenho que checar se está tudo certo para receber o paciente. É função minha, mas assim eu vou junto com o funcionário [...] Eles são muito bem treinados os funcionários daqui, são muito bem preparados para receber um paciente, mas a gente tem que estar sempre junto, porque às vezes uma bobeirinha pode comprometer alguma coisa. Então tem que estar sempre junto com eles.” (E9)

“Eu como enfermeiro tenho que certificar que tudo está sendo atendido [...] tenho que certificar que neste momento alguém está olhando as drogas, alguém está auxiliando o doutor ali na monitorização, a zerar PAM. Eu tenho que olhar se o doutor está pedindo alguma coisa, tenho que certificar que tudo está ocorrendo bem. Não pode ter falhas, entendeu? Eu tenho que certificar que eles estão realmente anotando corretamente a quantidade de sangue que foi drenada no dreno, volumes líquidos que estão entrando, confiro balanço hídrico, sinais vitais. É isso aí, eu confiro, é minha responsabilidade.” (E4)

“[...] às vezes eles fazem um medicamento, aí fica muito instável, principalmente nas primeiras duas horas [...] Então essa instabilidade que a gente não quer, por isso a gente fica em cima mesmo da questão cuidado... o cuidado de instalar as drogas [...]” (E13)

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

Na elaboração do plano de cuidados, deverão ser observadas todas as necessidades apresentadas pelo paciente, os graus de dependência de cada uma, as necessidades de supervisão e encaminhamento para cada cuidado (DUARTE et al., 2012).

Assim, a supervisão possui o papel de dirigir, orientar e adequar o serviço de forma a alcançar resultados que prezem a qualidade do cuidado. O enfermeiro, enquanto supervisor,

possui uma visão mais ampla para identificar problemas e traçar planos e metas para o cuidado do paciente (SANTIAGO; CUNHA, 2011).

“Nós supervisionamos se realmente estão sendo feitos os cuidados que a gente delegou, que a gente prescreveu e se está tudo certo, se está em ordem, checado [...] Nós olhamos todas (prescrições) para supervisionar mesmo, se está tudo certinho, se estão todas as medicações checadas, que não vai trazer nenhum problema para o paciente.” (E2)

“[...] O enfermeiro assim, ele está sempre ligado com controles, orientando, direcionando funcionário [...] A gente acompanha muito de perto. Assim, a enfermeira é a que mais atua, tanto que se o médico está ausente o enfermeiro não pode sair da UTI, com o paciente da cardíaca [...]” (E5)

“Eu tenho que sempre estar cobrando [...]” (E13)

“A gente tem que fazer as auditorias, fiscalizar, supervisionar para ver se os equipos estão datados corretamente, se a sonda está fixada corretamente...” (E14)

“O auxiliar é quem faz o controle, mas o enfermeiro tem que supervisionar, porque senão ele não consegue fazer o plano de cuidado para o dia seguinte [...]” (E16)

“[...] é estar a par e controlando todos os quesitos que incluem na assistência para esse paciente, desde a parte médica até a assistencial... do funcionário.” (E17)

No papel do supervisor deve estar embutido o incentivo, orientação e ajuda a toda a equipe, levando-a a reflexão de sua atuação, tendo como referência a produção do cuidado e como objetivo primordial alcançar a eficiência no trabalho de enfermagem (BUENO; BERNARDES, 2010). Nesse sentido, a busca por estratégias para a solução de problemas e para o exercício do processo educativo se torna de suma importância (SANTIAGO; CUNHA, 2011).

“A gente tem um bom entrosamento, os funcionários quando chegam a gente já orienta, quando eles começam, que tudo tem que passar pelo enfermeiro, qualquer coisa que acontecer ou com esse paciente, com qualquer outro, a gente procura ter um bom entrosamento até mesmo para o serviço fluir melhor.” (E3)

“[...] a gente orienta nossos funcionários nunca deixar esse paciente sozinho, vai no banheiro tem que falar com alguém, ‘Olha, eu vou ali no banheiro, dá uma olhadinha na cardíaca pra mim’.” (E4)

“[...] a gente chama, orienta e eles absorvem facilmente.” (E6)

“[...] não adianta eu falar que eles têm que fazer, eu tenho que explicar que se ele não fizer a glicemia vai estar mais alta, que o paciente pode ter complicações [...] a gente cita e sinaliza para a equipe, para que ele entenda o que está fazendo e quais as consequências se ele não fizer.” (E13)

Tendo em vista a importância da supervisão de enfermagem para a qualidade da assistência prestada, esta contribui para ensinar, orientar e observar pontos positivos e negativos do serviço, ampliar o conhecimento de sua equipe de trabalho organizando-a e distribuindo-a de acordo com as necessidades do paciente. Torna-se, assim, um elo entre organização de saúde, clientela e equipe de enfermagem (SANTIAGO; CUNHA, 2011).

Em nosso estudo fica claro que o enfermeiro considera esta competência relevante para a continuidade do processo de trabalho na unidade pós-operatória, inclusive como fator de integração com a própria equipe.

7.2.4. Liderança em Enfermagem

Os depoimentos revelaram a liderança como uma das competências percebidas pelos enfermeiros durante sua atuação profissional. Estes achados vão de encontro à categoria de competência citada por nosso referencial teórico, denominada de domínio pessoal, onde os autores revelam comportamentos relacionados a aspectos de liderança, como: procurar feedback sobre os pontos fortes e fracos, demonstrar liderança em situações que exigem ação; servir de modelo profissional para funcionários e demonstrar-se ativo na resolução de problemas.

Acredita-se que, no contexto de unidades de alta complexidade, onde as tarefas reclamam atenção constante, a equipe necessita de um profissional que atue como líder durante toda a prestação da assistência.

“Acho que aqui o principal é a questão mesmo da liderança [...]” (E10)

“[...] é que às vezes se deixar por conta, às vezes tem muita coisa para poder fazer que vai ficando, então vou tomando frente de tudo, na liderança mesmo e eles vem atrás de mim fazendo as coisas, organizando tudo [...] porque eles sabem o jeito que eu trabalho [...]” (E1)

“A enfermeira precisa ser aquela pessoa que vai fazer a coisa da melhor maneira possível.” (E11)

Unidades de alta complexidade, destinadas a pacientes criticamente enfermos que necessitam de terapêutica especializada e vigilância constante para o restabelecimento da saúde, exigem do enfermeiro habilidades para gerenciar os recursos físicos, materiais e humanos, sendo que dentre as competências gerenciais requeridas para este profissional destaca-se a liderança (BALSANELLI; CUNHA; WHITAKER, 2009).

A liderança pode ser definida como a capacidade de influenciar um grupo, a fim de buscar e alcançar objetivos (ROBBINS, 2002). As atividades gerenciais e assistenciais do enfermeiro são caracterizadas pelo exercício da liderança, desde a realização de procedimentos técnicos, na elaboração de critérios de qualidade nas principais decisões tomadas, nas linhas de comunicação e nas formas de conduzir a equipe de enfermagem (RUTHES; FELDMAN; CUNHA, 2010).

Cada componente da equipe de enfermagem apresenta perfil profissional distinto. Alguns podem ser recém-formados; outros possuem habilidades práticas, mas ainda não estão preparados para executar ações de enfermagem complexas; ao passo que outros profissionais já se encontram capacitados para realizar as intervenções prescritas. Diante dessas diferenças e com vistas a garantir assistência que atenda o paciente de alta complexidade, o enfermeiro deve adaptar seu estilo de liderança (BALSANELLI; CUNHA; WHITAKER, 2009).

“Sou muito democrática, a gente conversa, então nós conversamos, ouvimos o que todo mundo tem para falar. Mas a gente, eu sou democrática até a página dois. Em algum momento eu vou ter que ser um pouco mais incisiva, porque tem coisa que não dá para ser de qualquer jeito, então a gente ouve as opiniões, as sugestões, pega aquilo que serve, aquilo que não serve a gente descarta [...]” (E11)

“Eu tenho perfil de trabalhar muito junto com os meninos (auxiliares e técnicos de enfermagem). Então assim, eu acredito que até por isso a minha liderança seja um pouco mais amigável e até mais aceitável.” (E18)

Para o desenvolvimento da liderança é necessário que o enfermeiro possua compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz (BRASIL, 2001b).

O líder influencia os outros e facilita o alcance de objetivos comuns, na esfera individual e coletiva, pois a liderança está baseada em relações orientadas para comportamentos que incluem o apoio, aprimoramento de competências pessoais e adaptações para o trabalho, o reconhecimento do outro e suas aptidões, visando o compromisso de uma unidade entre funcionários e a organização (GIFFORD et al., 2008).

Por meio de sua conduta profissional, o enfermeiro tem a função de intermediar as relações e difundir a valorização do cuidado dentro da equipe de saúde, sabendo ouvir, estando disponível, demonstrando responsabilidade e boa comunicação (CASTANHA; ZAGONEL, 2005). Dessa forma, o líder é a pessoa que orienta a direção, as opiniões e o curso das ações (MARQUIS; HUSTON, 2010).

Os discursos revelam que o enfermeiro está presente no processo de trabalho e direciona a equipe de enfermagem a todo o momento na unidade de trabalho. Assim, em um ambiente dinâmico e interativo, como em unidades de cuidados críticos, cenário de intensa carga de trabalho de enfermagem e com diferentes perfis profissionais, na qual as tomadas de decisões precisam ser rápidas e assertivas, a competência em liderança por parte do enfermeiro torna-se fundamental (BALSANELLI; CUNHA; WHITAKER, 2009).

“[...] a escriturária chegou e eu já falei para ela, ‘Olha vai ter cardíaca. Digita os materiais que precisa’. Ela já sabe e ela já foi buscar. E aí os meninos (auxiliares e técnicos de enfermagem) estavam dando banho, eu já falei para eles, ‘Oh gente quem acabar o banho primeiro já vai montando esse leito da cardíaca’.” (E4)

“[...] já vejo como que está a frequência e a pressão, falo ‘Oh vamos estabilizar o paciente’, não mexe enquanto a gente não zerou a pressão, não posicionou o monitor e não sabe quanto que está a dosagem das drogas [...]” (E13)

“Os auxiliares procuram o enfermeiro para realizar assistência, tirar dúvidas...” (E7)

“[...] Vamos citar uma parada cardiorrespiratória... pega o carrinho de urgência, eu vou falando, ‘Oh vai fazendo isso, fica aqui no ambu’, fica aquilo outro e assim eu acabo organizando mesmo...” (E1)

“O que a gente faz é direcionar (em uma parada cardiorrespiratória) [...] Eles aderem a decisão, a ordem, aderem normalmente, sem questionar.” (E2)

O líder não é necessariamente aquele que é chefe. Ele deve emergir, ser aceito e reconhecido pelo grupo. E embora exista distinção entre os conceitos de liderança e chefia, na enfermagem estas posições se sobrepõem. Com isso, a liderança é desempenhada pelo enfermeiro-chefe, que de acordo com as suas funções atua na gestão dos cuidados, dos recursos humanos e materiais (PEREIRA et al., 2008).

Ainda neste contexto, para promover o gerenciamento dos recursos humanos, o líder necessita conhecer a capacidade e a disposição de seus colaboradores e aliá-las ao nível de complexidade exigido pelo paciente, para que possa reverter em melhoria da qualidade da assistência e do trabalho em equipe (BALSANELLI; CUNHA; WHITAKER, 2009).

Ao exercer a liderança o enfermeiro proporciona um ambiente de trabalho harmonioso, em que os profissionais da sua equipe de enfermagem se sintam seguros e confiantes para exercerem suas funções, contando com o apoio do líder da equipe.

Vindo de encontro a isso, a liderança contribui para que o envolvimento, satisfação e motivação transformem a atividade profissional dos membros da equipe de enfermagem numa atividade prazerosa, já que a jornada de trabalho é um fator de descontentamento para os profissionais (SANTOS; CASTRO, 2008).

“A gente conversa bastante, o que eu tenho para passar para eles de cuidado eles respeitam e o que tem de problema eles vão observando e passam para mim, então com eles eu não tenho problema quanto a isso.” (E5)

“Assim, é uma coisa que faz muito parte da rotina. A gente treina eles para passar toda essa problemática para a gente primeiro, para depois a gente dar uma avaliada... para depois a gente triar tudo isso e passar para o médico. [...] Não sei se pôde observar ali, que os leitos estão bem próximos do postinho de enfermagem. Às vezes o enfermeiro fica ali do lado, mas assim, a gente fica sempre resolvendo algum problema burocrático ali, a gente fica às vezes ali e eles automaticamente já comunicam a gente.” (E6)

“[...] toda intercorrência que é passada eles não deixam de comunicar a gente. Trazem todas, qualquer tipo de situação desde parte operacional externa, visita, prescrição, coisas que tem um pouquinho de dúvida.” (E17)

“Às vezes eles vem, ‘Oh enfermeiro...’, pergunta e tal, ‘Oh enfermeiro o que você acha?’, falo ‘Oh gente o que ficar melhor pra vocês já está resolvido’. Eles me dão a opção e assim eles são muito resolutivos... vão, já resolvem o problema e te trazem, só para você estar ciente do que está acontecendo. Às vezes a gente precisa intervir, às vezes não precisa intervir. [...] Todos os funcionários eu conheço como a palma da mão, então sei o jeito que cada um trabalha, sei que eu posso confiar, sei em quem eu não posso confiar.” (E18)

O enfermeiro deve reconhecer o valor de cada membro de sua equipe, visando estabelecer liderança responsável e estreitar laços de confiança. Entretanto, torna-se relevante que toda equipe aprimore constantemente seus conhecimentos para que possa responder às necessidades da equipe e da instituição.

7.2.5. Tomada de Decisão

O trabalho do enfermeiro em unidades de alta complexidade, como é o caso das unidades de nosso cenário, e suas responsabilidades para a coordenação e gerenciamento do cuidado devem estar fundamentadas na capacidade para tomar decisões, visando o uso

apropriado dos recursos humanos e materiais, além da realização adequada dos procedimentos.

Neste sentido, a tomada de decisão permeia o processo de trabalho do enfermeiro e pode ser definida como a escolha entre duas ou mais alternativas que possibilitem atingir um determinado resultado. Para isso, deve ser feita com conhecimento, racionalidade e consciência, para que resulte no alcance do objetivo esperado, ou mais próximo dele (MARQUIS; HUSTON, 2010).

Assim, na fala dos participantes do estudo está explícito que uma das competências do enfermeiro deve ser a tomada de decisão.

“É competência do enfermeiro a tomada de decisão.” (E4)

“Muita coisa não é da nossa competência, mas assim básico você precisa saber, para tomada de decisão de imediato.” (E12)

“[...] eles (auxiliares e técnicos de enfermagem) levam tudo para o nosso conhecimento. Eles não tomam decisão nenhuma sem a gente.” (E15)

Para a tomada de decisão faz-se necessário possuir habilidades como pensamento crítico sobre as situações e julgamento das perspectivas de cada proposta de ação e de seus desdobramentos. O raciocínio lógico e intuitivo e a avaliação permeiam esse processo (PERES; CIAMPONE, 2006). Dessa forma, os enfermeiros tomam decisões relacionadas à assistência de acordo com seu julgamento, sobre quais prioridades precisam intervir, necessitando para isso ter conhecimento e habilidades para avaliar e decidir qual a melhor conduta.

“[...] a gente procura prioridades, o que é mais urgente. [...] O que é emergência, agora, não dá para esperar, então nós começamos a agir por ali, depois as coisas vão conduzindo conforme vai acontecendo mesmo...” (E2)

“[...] às vezes tem que ser tomada alguma atitude, tipo paciente está instabilizando... O enfermeiro tem que saber direcionar as coisas, mesmo o médico não estando presente.” (E3)

“Acontece situação [...] o paciente choca [...] e a gente fala, ‘Para o tridil’, ‘Oh para, o que ele está recebendo?’. Mas se ele (médico) não estiver a gente acaba parando sim uma droga vasoativa. O técnico não para sozinho se o enfermeiro não estiver.” (E13)

A tomada de decisão ocorre nas diversas dimensões da atuação do enfermeiro, com níveis de complexidade diferentes e exigem que o enfermeiro percorra as etapas de seu processo de forma sistematizada (PERES; CIAMPONE, 2006). Isso converge para o conceito de autonomia, que trata da liberdade para tomar decisões, consistentes no âmbito de aplicação da sua prática e da liberdade de agir sobre essas decisões. Nessa perspectiva, o enfermeiro deve ter controle sobre o conhecimento necessário para o processo decisório, não precisando recorrer a outros para solicitações ou autorizações (LEWIS, 2006).

A tomada de decisão também pode ser influenciada por fatores como a cultura institucional e os modelos de comportamento, onde enfermeiros podem tomar decisões embasadas e determinadas pelo cumprimento de regras institucionais e pela manutenção da organização (LIMA; PEREIRA, 2003).

Nesse contexto, o enfermeiro deve ter a competência de tomar decisões, mas isso não depende só dele, envolve também a instituição, o seu modelo de gestão e quais funções estão atribuídas para cada profissional da saúde. Pensando assim, o enfermeiro pode estar perdendo a sua autonomia para gerenciar o cuidado, dependendo da cultura da organização.

“Outro dia o paciente estava com bexigoma. Eu ia passar sonda de alívio sem falar nada... Aí os funcionários, ‘Não, não, primeiro vamos avisar o médico’. E lá em São Paulo não tinha esse problema, você avaliava e fazia, era como a sonda nasoentérica, passo a sonda, eu que pedia o raio-X, via se estava posicionada. Aqui não, tudo tem que ser via o médico. [...] eu tive que ligar para ele, para perguntar se podia passar a sonda. Então algumas vezes a gente toma decisões, mas...” (E10)

Em suma, o enfermeiro deve buscar constantemente capacitar-se para desenvolver a competência de tomada de decisões. Conhecimentos da área de administração devem ser adquiridos para o alcance deste objetivo, dentre eles: o conhecimento da cultura e das estruturas de poder das organizações e o processo gerencial da tomada de decisão, composto pelo estabelecimento de objetivos, procura de alternativas, escolha, implementação e avaliação (PERES; CIAMPONE, 2006).

7.2.6. Gerenciamento de Conflitos

O cuidado prestado em uma unidade de pós-operatório de cirurgia cardíaca se caracteriza pela presença de uma equipe multiprofissional que deve enfrentar diversas situações e desenvolver ações integradas para o benefício do paciente.

Entretanto, quando as pessoas se colocam em posições antagônicas surgem situações de conflito, a partir das suas divergências de percepção e de idéias, sendo estas inevitáveis e necessárias à vida grupal (MOSCOVICI, 2008). Assim, os conflitos organizacionais podem ter caráter positivo, quando desencadeiam mudanças e impulsionam o crescimento pessoal, a inovação e a produtividade; e podem tornar-se prejudiciais à organização, se não forem conduzidos corretamente, interferindo de forma negativa na motivação dos trabalhadores (SPAGNOL et al., 2010).

Isso se aplica em uma unidade de alta complexidade, pois são unidades que exigem muito da equipe de saúde em especial dos profissionais de enfermagem, pois estão diretamente ligados ao cuidado do paciente, sendo absorvidos fisicamente e emocionalmente. E nesse contexto surgem diversas situações de conflitos que devem ser gerenciadas pelo enfermeiro, tornando-se uma competência necessária, apontada na fala a seguir.

“Assim, às vezes tem alguns conflitos por conta de horário de trabalho... E eu acho assim, que isso também é uma competência do enfermeiro. É saber assim, administrar esses conflitos, entendeu? De uma forma melhor que, da melhor forma assim, para minimizar esses conflitos.” (E12)

Este achado corrobora com nosso referencial teórico (NLI, 2003), quando apresenta a categoria de competência “efetividade interpessoal”. Nesta, os autores destacam comportamentos que os enfermeiros devem desenvolver para gerenciar conflitos, tais como: escutar com atenção as preocupações dos outros, encorajar o contato, desenvolver relações de colaboração dentro da organização, envolver a equipe na formação de consenso sobre questões, abordar os funcionários sobre questões sensíveis de forma não ameaçadora e gerenciar conflitos de forma profissional.

O processo de mediar um conflito torna-se fundamental quando aplicado de forma efetiva às situações conflituosas, a fim de se encontrar a solução mais adequada. No cotidiano de trabalho do enfermeiro, ele é o mediador da equipe de enfermagem diante das situações de conflito (SPAGNOL et al., 2010).

Algumas estratégias podem ser utilizadas para conduzir os conflitos no ambiente de trabalho, entre elas: a confrontação, que é a tentativa de resolver problemas por meio de uma abordagem frontal entre as partes envolvidas; evitar o conflito, quando o gerente procura constituir equipes com maior afinidade de pontos de vista e objetivos, manipulando as condições organizacionais e emocionais; e o peso da autoridade, a última palavra decisória é

dada por uma autoridade competente (CHAGUÉ, 2003; MOSCOVICI, 2008; SPAGNOL, 2006).

Nesse sentido, enfermeiros consideram relevante tratar assuntos delicados e repreender os funcionários sempre de forma individual e em particular (LIMA et al., 2014), o que podemos verificar nas falas a seguir.

“[...] não tem muito problema de conflito. Sempre tem uma hora ou outra, mas a gente resolve, consegue resolver tranquilamente. A gente chama pessoalmente, preservando a integridade de cada um, nós conversamos em particular e resolvemos pacificamente.” (E2)

“Alguns têm problema sim. É, mas na maioria assim das vezes, eles reconhecem que estão errados. [...] Se tem que chamar atenção, vai ser chamada. [...] eu posso chamar num canto e falar, ‘Olha não está certo, você falou que ia aspirar e não aspirou’ [...] ‘Ah, mas não deu tempo’, não sei o que, ‘Então chama alguém pra te ajudar’. Sabe então você chama atenção, mas você já em contrapartida dá a sua sugestão, ‘Chama alguém pra te ajudar, pede ajuda pra mim, eu ia lá te ajudar’. Então tem esse relacionamento, essa conversa.” (E11)

“Se tem um problema ali no setor é o enfermeiro imediato que resolve, se caso ele não consegue resolver ou ele acha que precisa de uma segunda conversa ou uma é... advertência ou uma orientação e tal, aí a gente marca uma reunião com o enfermeiro imediato e com o colaborador, entendeu? Mas, geralmente chega até mim, na gerência, o caso já resolvido.” (E16)

A conduta gerencial de enfermeiros diante de conflitos é procurar conhecer antecipadamente as causas dos problemas e incentivarem a participação dos trabalhadores na resolução de situações dessa natureza (FERNANDES et al., 2003).

Ainda em relação a estes aspectos, no manejo de situações de conflitos, toda e qualquer decisão deve ser tomada com extrema cautela após análise profunda e as ações mais enérgicas só devem ser tomadas quando esgotadas outras possibilidades. Além disso, uma das formas para o enfrentamento dos conflitos no ambiente hospitalar é a coparticipação da equipe na tomada de decisão, permitindo que os sujeitos se sintam envolvidos (LIMA et al., 2014).

“A gente tem que corrigir e procurar identificar de onde que veio o erro. Notifica e tenta. A gente corrigi no sentido assim, descobrir primeiro, corrigir o erro depois que descobrir de onde que veio o erro, o fluxo de como aconteceu, para que não aconteça de novo no outro pós-operatório.” (E14)

O enfermeiro, na maioria das vezes, é o mediador de situações de conflito, utilizando diálogo aberto com a equipe, com a máxima discrição. Assim, como coordenador da equipe de enfermagem, o enfermeiro necessita possuir subsídios teóricos e vivências práticas para gerenciar as relações interpessoais, pois como gerente da assistência de enfermagem este profissional deve ser capaz de identificar, analisar e conduzir os conflitos no trabalho, sem que estes interfiram na qualidade do serviço prestado (SPAGNOL et al., 2010).

7.2.7. Gerenciamento de Recursos Humanos

Para o gerenciamento da assistência de enfermagem em uma unidade pós-operatória de cirurgia cardíaca, a quantidade e a qualidade dos recursos humanos em enfermagem deve ser preocupação do enfermeiro.

A gestão de recursos humanos é entendida como a forma que as organizações se mobilizam na relação com o capital humano (NELAS, 2013). Em instituições hospitalares a gestão de recursos humanos tem por objetivo assegurar um quadro de profissionais habilitados e capacitados para desempenho das atividades assistenciais, assegurando a ininterrupção do cuidado. O conhecimento dos processos internos da instituição e do funcionamento da unidade torna-se fundamental para que o enfermeiro, conhecedor da dinâmica do trabalho, possa ser capaz de gerenciar os recursos humanos (VENTURA, 2011).

O referencial teórico adotado relata o gerenciamento de recursos humanos como uma das competências exercidas pelos enfermeiros no contexto hospitalar. Para os autores, há vários comportamentos que revelam esta competência, tais como: avaliar com precisão as competências do pessoal, delegar responsabilidades, fornecer treinamento e feedback à equipe sobre questões de desempenho, fornecer à equipe recursos e serviços de assistência quando necessário e disponibilizar formação contínua aos novos funcionários. Esta competência também pôde ser identificada em nossa pesquisa indo ao encontro do referencial teórico (NLI, 2003).

“[...] dependendo da quantidade de funcionários que tem, por exemplo, quando tem cinco funcionários no período da manhã a gente dá três banhos à noite, são pacientes quase sempre os mais graves no sentido de pacientes intubados, traqueostomizados... A gente faz para ajudar a rotina do período da manhã.” (E6)

“[...] geralmente eles (enfermeiros) já deixam puxados alguns funcionários. Mas é lógico, eu vou pegar o plantão, vou depender do meu colega, ver se ninguém faltou na escala dele, se ele pode me ceder o funcionário, como está o setor dele, para eu poder remanejar alguém para mim. [...] Se tiver que remanejar escala a gente remaneja, se tiver que apertar um pouco mais para deixar um funcionário exclusivo com o paciente de cardíaca, eu vou apertar a escala.” (E5)

“Por exemplo, funcionário liga avisando que não vem. Então a escala vai estar desfalcada, então precisa ir atrás de alguém para cobrir naquele dia, naquele período.” (E11)

“A escala mensal a gente dividi para o grupo de enfermeiros. Cada um faz a cada três meses [...]” (E12)

“A gente já tem a escala feita e aí eu escalo a pessoa que vai ficar. A escala é diária.” (E13)

“[...] a gente já sabe a programação daquela semana, quantas cirurgias vão ter, para poder preparar a equipe, entendeu?” (E16)

O planejamento de pessoal tem como função assegurar a continuidade da produção sem interrupções e acréscimo de risco aos processos. No hospital, esse aspecto é crucial, pois interrupções resultam em exposição de milhares de pacientes com consequências sérias e graves (DUTRA, 2009).

A escala é o desenho, a distribuição dos funcionários no setor por turno e plantão. O enfermeiro assistencial tem autonomia para fazer as adequações necessárias no decorrer do plantão em virtude de faltas, licenças e folgas. Eles participam da identificação e comunicação dos problemas relacionados ao quantitativo de pessoal e apresentam sugestões para a solução (VENTURA, 2011).

Na gestão de pessoas, o desenvolvimento profissional é considerado peça essencial, podendo ser definido como a capacidade para assumir atribuições e responsabilidades em níveis crescentes de complexidade, tendo as pessoas que serem preparadas para lidar com situações cada vez mais exigentes, dinâmicas e instáveis (DUTRA, 2009).

Na área hospitalar, o processo de cuidar, eixo central do trabalho em enfermagem, se constitui num processo complexo, contínuo e que não pode ser adiado ou interrompido, denotando a necessidade de um adequado planejamento de recursos humanos (ECHER et al., 1999).

Nesse sentido e conforme os relatos abaixo, o enfermeiro precisa ter a habilidade de avaliar as necessidades do paciente e a capacidade de atuação do funcionário.

“[...] para o funcionário recepcionar a cardíaca tem que ser antigo, tem que ter experiência, já ter ficado muitas vezes observando. Eu não escalo funcionário novo nem para cuidar da cardíaca e nem para recepcionar, entendeu? É um paciente muito instável, muito grave e a gente valoriza isso.” (E4)

“[...] geralmente é escalado um funcionário que é treinado para trabalhar com esse paciente, então não é um rodízio, cada dia fica um. [...] Mas eu tenho que ter uma outra pessoa para substituir, mas é sempre o mesmo funcionário [...]” (E5)

“[...] eu tomo cuidado assim, para não deixar quem eu deixei hoje na cardíaca. É cansativo para a pessoa, é dreno de hora em hora, é um paciente assim, que eu procuro deixar a pessoa mais tranquila ali só com ele, hoje, aí amanhã eu passo para outra pessoa para não cansar. Porque, não é um paciente assim fácil o POI (pós-operatório imediato).” (E13)

Nesse sentido, para promover o gerenciamento dos recursos humanos da área da enfermagem em uma unidade de alta complexidade, o enfermeiro necessita conhecer a formação, preparo e a disposição de seus colaboradores e aliá-las ao nível de complexidade exigida pela clientela. Com isso, os profissionais membros da equipe terão possibilidade de crescer e aprimorar seus conhecimentos, habilidades e atitudes no desenvolvimento da assistência de enfermagem.

Nessa perspectiva, a gerência das instituições hospitalares deve instrumentalizar-se para coordenar da melhor forma os recursos humanos sob sua responsabilidade, com especial atenção para a qualidade, bem como para a quantidade de profissionais, visando à eficácia do serviço hospitalar (FUGULIN et al., 2012).

7.2.8. Gerenciamento de Recursos Materiais e Financeiros

O enfermeiro hospitalar geralmente é o profissional responsável por todos os materiais da unidade, entendidos neste trabalho como material hospitalar e equipamentos, desde sua aquisição e conservação, até a supervisão do uso destes pela equipe de enfermagem. Assim, o gerenciamento de recursos materiais e financeiros é competência atribuída ao enfermeiro e essencial para o cuidado do paciente.

A atuação do enfermeiro na administração de recursos materiais constitui-se uma conquista nas esferas de tomada de decisão, destacando a relevância do seu papel na dimensão técnico-administrativa inerente ao processo de trabalho (CASTILHO; GONÇALVES, 2012).

Em nosso estudo os enfermeiros consideram que gerenciar recursos materiais é uma de suas competências, indo ao encontro do nosso referencial teórico (NLI, 2003).

“Para receber uma cirurgia cardíaca você tem que estar todo organizado, além dos recursos humanos, materiais, porque não adianta nada você precisar de alguma coisa e não ter ali no momento de uma urgência. [...] Quando a cardíaca chega está prontinho o leito para receber, ou se tiver intercorrência tem as coisas. Então eu acredito que gerência de materiais tem, é fundamental.” (E15)

O gerenciamento de recursos materiais tem por objetivo a provisão de insumos, sendo definido como um conjunto de atividades programadas, como: compra, recepção, armazenamento, distribuição e controle, garantindo que a assistência ao paciente não seja interrompida e prejudicada por falta de materiais ou produtos de baixa qualidade (AMESTOY, 2008; VENTURA, 2011).

No cotidiano de trabalho em uma unidade de alta complexidade, o enfermeiro tem assumido o gerenciamento de recursos materiais, administrando o fluxo de itens utilizados para o cuidado de enfermagem, demonstrando-se uma atividade fundamental para garantir a qualidade, continuidade e integralidade do cuidado (CIAMPONE; KURCGANT, 2012).

O cuidado e a preservação dos materiais também é atribuição do enfermeiro, sendo que por meio deles evita-se o desperdício e uso inadequado, controlando os gastos e as perdas, gerando assim uso eficaz e eficiente desses recursos que influenciam diretamente nos recursos financeiros. Portanto, o enfermeiro participa em nível operacional da gestão dos recursos financeiros, por meio de ações rotineiras no cotidiano do trabalho (VENTURA, 2011).

“[...] checagem de matérias, repor. Por exemplo, tem a caixa de intubação, a gente olha se está faltando algum material, isso é responsabilidade do enfermeiro. Nós somos responsáveis pelo carrinho de urgência, pelo cardioversor, pelo termômetro, temperatura da geladeira...” (E2)

“[...] enfermeiro tem que saber até a questão do monitor, se está bem encaixado, se esse cabo não está com problema. Tem que saber mexer até para poder trocar [...] então você tem que ter esse controle. Já teve, eu já tive questões assim, na hora que está transportando o paciente, chegar na porta da UCO e a bateria pifar. Nossa, aí o cirurgião já vem direto em você, ‘Oh a bateria não está funcionando’, tal... Então assim, o enfermeiro tem que acompanhar todos os equipamentos, verificar antes, ‘Oh está tudo certo? Foi testado respirador? A bateria está conectada?’.” (E13)

“Tem que estar atento no que a gente tem de recursos materiais e equipamentos, do funcionamento deles.” (E17)

“[...] conhecer todos equipamentos... o enfermeiro tem que estar sempre atento à tecnologia...” (E18)

No caso de algum equipamento apresentar problemas, o enfermeiro participa no diagnóstico da situação encaminhando-os para manutenção corretiva. Além disso, ele tem conhecimento sobre a dinâmica da unidade, dos atendimentos e dos recursos necessários para prestação da assistência, participando também da especificação do equipamento a ser comprado (VENTURA, 2011).

“[...] materiais novos é discutido com o coordenador, o enfermeiro tem que justificar o porquê daquele material.” (E3)

“[...] Equipamentos a gente solicita de acordo com o que nós estamos precisando...” (E11)

“[...] a gente providencia (materiais) quando está faltando ou solicita para o escriturário. Ele faz o pedido, encaminha materiais que tenham algum problema para fazer ordem de serviço, para que tudo esteja funcionando de acordo. Qualquer problema com qualquer aparelho, a gente tem que pedir para o pessoal fazer ordem de serviço, explicar por que não está funcionando, aonde é o problema. Então material também a gente participa disso.” (E9)

“[...] à noite não tem a quem você recorrer tão logo. Agora, esse paciente que intubou precisava de cabo para o monitor, que não tem aqui. Eu vou recorrer a um setor que possa me ajudar, entendeu?” (E5)

“Cabe ao enfermeiro supervisionar equipamentos, monitor, respirador, se está funcionando, se não está, qual o defeito, encaminhar para o setor devido.” (E18)

Assim, dada a complexidade das organizações hospitalares, com procedimentos diferenciados, incorporação de novas tecnologias e utilização de uma grande variedade de materiais, controlar os insumos e seus custos se torna fundamental (PACHOAL; CASTILHO, 2010).

O enfermeiro participa do levantamento do consumo da sua unidade, fazendo a solicitação destes e encaminhando ao almoxarifado, e da gestão cotidiana dos recursos, identificando as necessidades e encaminhando aos setores formalmente responsáveis (VENTURA, 2011), aspecto também observado em nosso estudo.

O controle do material pode ser feito por meio da verificação do estoque da unidade. Neste contexto, deve-se compatibilizar a qualidade do serviço com o financeiro da instituição, para que se construam práticas humanizadas, eficientes e eficazes no processo de trabalho da equipe de saúde, tanto no sistema público como no privado, evitando aplicação inadequada do recurso monetário disponível (SILVA et al., 2010).

“[...] a gente faz o controle dos materiais que entram aqui para o setor, a gente faz o pedido semanalmente de impressos e de material de setor mesmo [...] Nós temos o controle de quanto é o gasto por mês, o gasto mensal aqui... o enfermeiro que faz o controle.” (E2)

“Nós temos um teto que a gente trabalha. Então a instituição ela dá um teto financeiro para você trabalhar, de material, seringa, agulha, sonda, gaze, essas coisas... Então nós temos uma vez por ano a reprogramação de material, que eu só posso reprogramar girando dentro daquele teto... Então a enfermeira precisa tomar cuidado com essa parte de material, de financeiro.” (E11)

O domínio do conhecimento sobre custos pelo enfermeiro é fundamental para o direcionamento das ações a fim de controlá-los e melhorar os orçamentos. Nesse contexto, a contabilidade de custos, surge como instrumento gerencial importante para determinação, controle e análise dos gastos, embasando o processo de tomada de decisão (VENTURA, 2011).

Uma das metas financeiras de hospitais privados é a redução das glosas, permitindo maior aporte de pagamento dos atendimentos. Define-se glosa como insumos ou itens que os planos de saúde de hospitais privados não consideram passíveis de pagamento. Pesquisadores salientam a importância da equipe de enfermagem para o alcance dessa meta, visto que os pagamentos dos recursos utilizados na assistência são baseados, principalmente, na conferência dos registros de enfermagem (RODRIGUÊS; PERROCA; JERICÓ, 2004).

“[...] com as questões da conta hospitalar, às vezes pedi alguma coisa verbal, esquece de prescrever, essa conta volta e existe a glosa. Então a gente tem que ter a visão ampla, desde a equipe, do funcionamento do material, até a parte da prescrição.” (E17)

“[...] Administração de conta, precisa olhar se o funcionário está checando, tem a escriturária que faz essa parte, mas quando ela volta, ela volta para o enfermeiro resolver o problema. A checagem do medicamento, se não tiver checado o convênio não paga, se não tiver o carimbo o convênio não paga. Se está checado e não está anotado, muitas vezes o convênio não paga. Então esse prejuízo fica para o hospital, eles glosam [...] Supervisionar no dia-a-dia para você não ter um problema com convênio [...] essa parte é do enfermeiro também, tem que se preocupar com essa parte gerencial.” (E18)

Assim, os enfermeiros necessitam organizar seu processo de trabalho atuando na assistência e supervisão dos recursos materiais e financeiros, desenvolvendo atividades como: a conferência dos prontuários, a fim de verificar a checagem dos materiais e medicamentos; o lançamento de itens utilizados e não cobrados nas prescrições médicas; a adequação das

anotações e evoluções de enfermagem em consonância com gastos; e a orientação da equipe (VENTURA, 2011).

Independente dos hospitais serem públicos ou privados é necessário que haja o provimento adequado dos recursos materiais e financeiros. Com isso as instituições do sistema de saúde, têm procurado ampliar e aperfeiçoar o controle e gerenciamento dos custos hospitalares, afinal elas precisam funcionar com materiais disponíveis e aplicá-los de forma racional para que todas as unidades da instituição hospitalar possam atuar oferecendo assistência com maior padrão de qualidade. Neste processo o enfermeiro é um elemento indispensável, pois vivencia a assistência diretamente e 24 horas dentro do hospital (SILVA et al., 2010).

É relevante destacar que a formação acadêmica oferecida durante a graduação de enfermagem é insuficiente em capacitar o futuro profissional no gerenciamento de recursos materiais e financeiros. Isso demonstra que o profissional deve procurar conhecimentos sobre o assunto, considerando que a qualidade e a quantidade do material é um dos aspectos que garante a eficiência do cuidado prestado (MASSARO; CHAVES, 2009).

Portanto, o enfermeiro deve ter conhecimento do processo de trabalho da unidade, visto que é responsável pelos recursos materiais e financeiros, atuando diretamente no gerenciamento desses recursos, o que torna clara a importância deste profissional para a assistência de enfermagem ao paciente submetido à cirurgia cardíaca.

7.2.9. Educação Continuada em Serviço

Ainda em relação às competências necessárias ao enfermeiro para atuar em unidades de pós-operatório de cirurgia cardíaca, identificamos a educação continuada. O enfermeiro está inserido no contexto da aprendizagem dos profissionais aos quais é responsável, devendo promover o desenvolvimento de competências específicas às suas funções.

Nos serviços de saúde, os processos para aprendizagem visam o desenvolvimento dos profissionais por meio de uma série de atividades denominadas de capacitações, treinamentos e cursos emergenciais ou pontuais, estruturados e contínuos (SILVA; SEIFFERT, 2009).

Nesse contexto, educação continuada é entendida como toda ação desenvolvida após a profissionalização, com o propósito de adquirir novos conhecimentos por meio de metodologias formais (PASCHOAL, 2004). É um conjunto de práticas que objetivam mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e atenção à saúde, buscando

proporcionar ao indivíduo atingir sua capacidade profissional e desenvolvimento pessoal, considerando a realidade institucional e social (BEZERRA, 2003).

“O grupo de enfermeiros, que às vezes no planejamento anual coloca algumas coisas que a gente gostaria que fosse abordada durante o ano, para estar sempre se mantendo atualizado e para melhoria do serviço. E aí a gente põe isso em cronograma para ser executado durante o ano... A gente mesmo que dá as aulinhas... Então se eles (funcionários) estiverem num plantão meu, estiver calmo, naquele período eu faço esse treinamento com eles.” (E12)

“Nas reuniões fazemos aulas para os funcionários.” (E7)

“Essa funcionária aí está em treinamento, então hoje é a segunda vez que ela vai receber cirurgia cardíaca. Então a gente tem que chegar lá... ‘Está tudo certo para receber o paciente? Vamos checar tudo?’, para não ter nenhum problema na hora que chegar.” (E9)

“Eu tenho que ensinar balanço, anotação, medicação, acompanhar tudo de perto. Muitos com uma semana no hospital já vem para o noturno na UTI. Então você tem que acabar conversando com eles e ensinando desde o começo. Mas é tudo a enfermeira que está junto. Tem que acompanhar.” (E5)

“Os enfermeiros ficam comigo, acompanham dois dias aí, duas cirurgias. Isso eles fazem, principalmente da terapia intensiva. O enfermeiro da terapia intensiva ele fica quase uma semana, às vezes mais, dependendo a gente avalia... não tem uma questão sistematizada não.” (E13)

Como indicam alguns dos relatos acima, o enfermeiro está inserido no treinamento de funcionários recém-admitidos no seu cotidiano de trabalho. Acredita-se que a educação continuada no âmbito hospitalar exige programas baseados nas funções específicas de cada profissional, que visem o desenvolvimento do conhecimento e da prática em serviço.

Assim, o treinamento justifica-se pela promoção de capacitação técnica específica, da aquisição de novos conceitos e atitudes, da visão crítica dos problemas e responsabilidades sociais e cooperação no ambiente de trabalho (CASTILHO, 2000).

O enfermeiro no exercício da gerência de unidades hospitalares está situado no ponto central dos processos de aprendizagem e aquisição de competências, tendo em vista a qualidade do cuidado. Considerando a assistência na dimensão da integralidade do cuidado, o enfermeiro deve ficar atento às necessidades dos pacientes, bem como identificar e implementar estratégias de ensino-aprendizagem primordiais à sua equipe de profissionais.

“Então hoje, a funcionária ‘x’ vai ficar olhando como que nós fazemos para recepcionar. Faz um mês que ela está aqui. Acho que já dá para eu começar a por ela para ajudar. Agora para ela começar a cuidar de um paciente pós-operatório de cardíaca vai demorar ainda mais uns três, quatro meses, por quê? É de hora em hora o controle, balanço... Ter assim essa noção do que, tudo que tem que observar, drogas não pode acabar em momento nenhum, estar sempre preparando com antecedência, se programar e ver sinais de hora em hora, dextro de hora em hora. Então a gente assim, fica muito em cima.” (E4)

Para efetiva educação continuada é necessário direcioná-la ao desenvolvimento global de seus integrantes e da profissão, tendo como objetivo a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem. No planejamento dos projetos para educação continuada na enfermagem deve-se considerar prioritários os eventos relacionados à área e os programas de admissão, atualização, treinamento, entre outros, todos conduzidos e fundamentados no cuidado humano (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

Compreende-se que em todas as atividades do enfermeiro estão inseridas ações educativas. Assim sendo, há necessidade de promover efetivas oportunidades de ensino para a equipe de enfermagem, fundamentadas na conscientização do valor da educação como meio de reconhecimento da equipe no desenvolvimento do processo de trabalho, por embasar as suas ações (DOMINGUES; CHAVES, 2005).

O treinamento admissional tem sido desenvolvido com o propósito de preparar a equipe de enfermagem para a prestação da assistência baseada nas diretrizes institucionais, alinhando-a à missão, visão, valores e filosofia de cada instituição. É um recurso que promove a adaptação dos novos profissionais na instituição, com o intuito de minimizar a diversidade na forma de prestação do cuidado, favorecendo a disseminação de normas, rotinas e procedimentos (BUCCHI; MIRA, 2010).

Duas das instituições, cenários deste estudo possuem um treinamento admissional para os funcionários que irão atuar no pós-operatório de cirurgia cardíaca, por meio de roteiros e protocolos, mostrando-se como facilitadores na capacitação do profissional recém-admitido.

“Quando entra enfermeiro e auxiliar de enfermagem novo, quem faz o treinamento é o enfermeiro da unidade. E tem avaliações até três anos. O treinamento é através de um roteiro da instituição, que tem uma parte específica da recuperação do tórax.” (E7)

“[...] a gente montou um... tipo uma planilha com as atividades que cada enfermeiro tinha que ter, em termos de responsabilidade, as tarefas, quais procedimentos que você tinha que aprender, isso no treinamento. E no dia-a-dia conforme a gente foi vendo as características dos pacientes...” (E8)

“A gente tem o protocolo. O que eu costumo fazer é dar o impresso, todo protocolo de cirurgia cardíaca, que não tem só a parte da enfermagem [...] o protocolo é bem completo.” (E13)

“Os funcionários que vem para a UCO, independente de ser técnicos ou se são enfermeiros, tem que ter o conhecimento do protocolo [...] Todos os funcionários que entram na instituição passam na integração.” (E14)

Pesquisa mostrou que a partir das respostas dos enfermeiros sobre os fatores que dificultam a sua inserção nas ações educativas da unidade, verificou-se que a sobrecarga de atividades voltadas à assistência, o número insuficiente de funcionários e problemas de planejamento e administração do tempo, afastam o enfermeiro das atividades educativas. E quando questionados quanto aos fatores que dificultam a sua inserção nas ações educativas junto ao Serviço de Educação Continuada, responderam que a dificuldade do enfermeiro deve-se a fatores relativos ao horário de atuação do Serviço de Educação Continuada e excesso de atividades da enfermeira responsável por este serviço, o que gera desinteresse da equipe de enfermagem em participar das atividades de capacitação desenvolvidas (SILVA; CONCEIÇÃO; LEITE, 2008), como podemos reiterar também em nossa pesquisa.

“[...] o plantão no mês passado, eu tive muito problema, estava sempre trabalhando com três na escala. Sempre tinha que puxar alguém para me ajudar e sempre tinha que ensinar do zero, a como cuidar do paciente dentro de UTI, sinais vitais de duas em duas, controle... sou eu que tenho que acompanhar tudo [...]” (E5)

“É eu acho que pela sobrecarga do setor de educação continuada [...] a quantidade de funcionários que entram e que saem é muito grande, então o enfermeiro de educação continuada fica mais nesse processo de contrato, de contratar e de fazer o primeiro treinamento, o primeiro contato do funcionário com o hospital. Depois fica mais difícil para ele fazer treinamento para as equipes que entraram. Então fica assim, funcionário entrou, faz aquele treinamento básico de alguns dias, é colocado no setor e aí o enfermeiro que está responsável por aquela unidade vai treinar.” (E6)

Nesse sentido, outro fator apresentado pelos participantes do nosso estudo é que apesar de ser função do enfermeiro atualizar os seus funcionários com informações recentes, muitas vezes isso não é possível por eles enfrentam dificuldades no serviço devido a sobrecarga de trabalho, pois precisam gerenciar a unidade e concomitantemente treinar funcionários recém-admitidos.

“Por exemplo, uma parada cardiorrespiratória, eu queria muito mostrar para eles as atualizações que surgiram a muito tempo já, do novo protocolo de RCP (ressuscitação cardio-pulmonar). Mas não consegui montar treinamento e passar para eles. O nosso grande problema, até mesmo que foi passado para a educação continuada, é quantidade de pessoas que entram e que não tem noção básica de medicação... fica difícil você trabalhar [...] Então o funcionário, por exemplo, não tem um mês de hospital e está assumindo três pacientes graves [...] e o enfermeiro tem que ficar em cima. E quase sempre o enfermeiro não está em um setor só, então fica complicado, complicado isso...” (E6)

Averigua-se que a educação continuada proporciona oportunidade de aprendizado da equipe de enfermagem, porém os conteúdos devem considerar a realidade, o cotidiano do trabalho e as necessidades do profissional, do setor e da instituição (SILVA; SEIFFERT, 2009).

Pode-se afirmar que, o enfermeiro de uma unidade de alta complexidade, como a unidade de recuperação cardíaca, caracteriza-se como elemento promotor da educação da equipe de enfermagem, visto que é o seu líder, necessitando dispor de competências que o permita desenvolver esta função.

7.3. Estratégias para desenvolver Competências

7.3.1. Estratégias Organizacionais

As organizações hospitalares bem como os centros formadores devem buscar elaborar estratégias para o desenvolvimento dos profissionais, para que atendam de forma eficaz as necessidades de saúde da população.

As instituições de saúde têm buscado mecanismos para criar e desenvolver sistemas educacionais para o desenvolvimento de competências (BAHRY; TOLF, 2007). Programas de treinamento e desenvolvimento estão sendo realizados intensamente nas organizações, visando promover melhor atuação funcional e manter tanto a competitividade como a sustentabilidade das organizações no mercado (BUCCHI et al., 2011).

O treinamento admissional marca o início do processo de educação profissional dentro da organização, tendo em vista que o enfermeiro de uma UTI responsabiliza-se pela prestação de cuidados diretos, complexos, além de ser o coordenador da assistência especializada ao paciente grave. Esses, dentre outros fatores, devem ser considerados para formulação do processo de educação em coerência com as exigências da instituição (BUCCHI; MIRA,

2010). Assim, o treinamento tem o objetivo de capacitar e avaliar o enfermeiro recém-admitido na unidade, sendo realizado por outro enfermeiro (GORAN, 2011).

Pesquisa realizou a reelaboração de um treinamento admissional por meio da perspectiva dos enfermeiros, sendo destacados pelo grupo os seguintes objetivos: acolher o enfermeiro integrando-o à equipe; capacitar o enfermeiro para a prestação da assistência nas dimensões técnico-científica e relacional; direcionar a assistência prestada conforme as diretrizes assistenciais e filosofia de enfermagem da instituição; educar para a troca de conhecimentos e crescimento da equipe; e estimular o desenvolvimento da autonomia profissional e da postura (BUCCHI; MIRA, 2010).

Já os relatos de outro estudo apontam que o hospital não possui estratégias organizadas de desenvolvimento de competências. A capacitação fica restrita ao período de experiência profissional, assim mesmo voltado para o conhecimento do hospital e das rotinas, não havendo ações de desenvolvimento formal e específico dos profissionais (VENTURA, 2011).

Estes aspectos corroboram em parte com nosso estudo, onde pudemos observar que os enfermeiros são apresentados ao hospital e à unidade que irão atuar, porém as organizações não possuem programas de treinamento admissional específico para atuação no pós-operatório de cirurgia cardíaca; o profissional recém-admitido apenas acompanha o enfermeiro do plantão ou a equipe de enfermagem no cotidiano do serviço.

“Eu fiz treinamento aqui... E aí a gente ficava, eu ficava com elas (enfermeiras do plantão) uns 10, 15 dias de manhã e elas me orientavam como receber a cardíaca, como preparava o leito, os materiais que precisava. Eu ficava observando os meninos (auxiliares e técnicos de enfermagem) receberem [...] Não específico (treinamento), mas a coordenadora está sempre orientando, fazendo treinamento...” (E4)

“Eu fiquei um mês de dia treinando com as enfermeiras e aí depois eu fui para o noturno e ainda fiquei alguns, algumas noites, acompanhada da enfermeira do noturno, para pegar as rotinas da noite e aí depois eu fiquei sozinha.” (E7)

“Tem (treinamento), mas não assim relacionado à cirurgia cardíaca, mas à outras coisas.” (E14)

“Na verdade não só em cirurgia cardíaca, mas em outras áreas também a gente não tem um treinamento, a gente tem o setor de educação continuada que não é atuante, vamos dizer assim na parte de treinamentos. [...] A gente assim, tem o contato com pessoas que já trabalham, até mesmo pelos técnicos de enfermagem, que tem muita experiência na área. Por exemplo, tem uma funcionária que trabalha 25 anos só com pacientes cardíacos e aí a gente vai pegando aos poucos toda rotina...” (E6)

“[...] não era nada assim sistematizado... Não tem um treinamento específico...” (E9)

“O treinamento admissional é genérico, para todos, tanto que no dia do admissional você fica com funcionários de vários setores e não só pessoal da enfermagem [...] Existem algumas aulas ali no computador que a chefe do setor me pediu para ler, se tivesse alguma dúvida ela vinha tirar [...] Nos primeiros dias deram mais orientação de rotinas, mas coisa mais básica. Na prática, alguns dias eu fiquei junto com os auxiliares, aprendi a montar o que eles usam [...] era mais isso, de ver o serviço mais do auxiliar para ter uma idéia de como era a rotina do setor.” (E10)

“A gente no início tem o treinamento com o conhecimento do protocolo. A gente faz a leitura do protocolo e depois a gente passa, fica três dias em cada setor... com o enfermeiro do plantão.” (E17)

O processo de treinamento admissional pode ser visto como um investimento que trará melhoria na qualificação dos enfermeiros, um estímulo ao crescimento pessoal e saudável competitividade de saberes, aflorando a necessidade de destacarem-se na assistência ao paciente grave. Algumas estratégias para desenvolver o processo de treinamento são: preparo do enfermeiro instrutor e formação de um grupo de instrutores; utilização de material de apoio, como manuais e textos teóricos e de reflexão. Assim, o treinamento como processo de educação abrange o desenvolvimento de pessoas e da organização, dentro da realidade do ambiente de trabalho (BUCCHI; MIRA, 2010).

Com isso, os programas de aprendizagem formal das organizações são fundamentais para o desenvolvimento de competências nos enfermeiros, estando diretamente associados às ações de treinamento, visto que, aprender implica em adquirir conhecimentos, habilidades e atitudes (FREITAS; BRANDÃO, 2005).

O suporte organizacional representa fator preponderante no desenvolvimento do processo de aprendizagem, pois o modelo de gestão focado na educação potencializa o aprendizado das pessoas e contribui para o desenvolvimento de conhecimentos diversificados, voltados aos resultados da organização (SANTANA; FERNANDES, 2008).

Desse modo, um programa de educação voltado aos profissionais de enfermagem deve considerar a realidade, o cotidiano de trabalho, a evolução tecnológica e as necessidades do profissional e do setor de trabalho, pois programas dissociados desses fatores tornam-se cansativos e desestimulantes, buscando assim, atender diretamente as necessidades da organização e dos profissionais (SILVA; SEIFFERT, 2009).

O investimento em programas de capacitação do trabalhador emergiu como elemento fundamental na base das transformações estruturais do mundo globalizado. O desenvolvimento e a realização das pessoas no ambiente de trabalho passaram a ser

considerados fatores de correlação com a produtividade e os profissionais passaram a ser visualizados como sujeitos em condições de transformar a capacidade potencial da empresa em capacidade real, principalmente no cenário de uma UTI, caracterizada como ambiente onde a equipe de enfermagem se depara com situações limítrofes, exigindo ações rápidas e com segurança (SANTANA; FERNANDES, 2008).

Estratégias de capacitação como programas de educação em serviço, devem estimular os profissionais de enfermagem, especialmente os enfermeiros, melhorando o desempenho de suas competências.

Dessa maneira, é necessário investir seriamente em educação continuada da equipe de enfermagem, criando estratégias metodológicas de ensino que sejam dinâmicas, interativas e baseadas em situações reais e sintonizadas com a realidade dos serviços de saúde, o que permite realizar análises críticas e reflexivas do processo de trabalho (SPAGNOL; L'ABBATE, 2010).

Os resultados mostraram que a educação continuada está presente nas instituições, porém ainda não acontece de forma sistematizada.

“Tem educação continuada e eles geralmente a cada três meses promovem alguma palestra, alguma reciclagem dos cursos... É geral, de forma geral.” (E2)

“O hospital oferece cursos e a gerência também estimula. Eu fiz o curso de semiologia, apesar de já ter feito na graduação; ACLS (Suporte Avançado de Vida em Cardiologia), que todos os enfermeiros fazem; interpretação de ECG (eletrocardiograma)...” (E7)

“Tem cursos, aulas que a gente pode estar assistindo. Tem essas comissões que a maioria dos enfermeiros participa, por exemplo, tem o grupo de lesão, saúde da pele [...]” (E8)

“Tem os cursos gerais, assim como o treinamento admissional, que se a gente quiser participar para fazer uma reciclagem a gente pode, mas não é específico, não é.” (E11)

“Foi feito recentemente junto com alguns cirurgiões [...], todo ano tem essa interação, de abordagem de temas, de cirurgias, estudos de caso... eles abordam vários temas, cirurgias, principalmente cirurgias cardíacas... então é feito essa discussão de caso para abranger o conhecimento.” (E18)

A educação continuada em serviço pode ser definida como um conjunto de atividades educativas para atualização do indivíduo, proporcionando o desenvolvimento do funcionário assim como sua atuação eficaz na instituição (CUNHA; MAURO, 2010).

Sabe-se que a tecnologia e avanços em saúde requerem atualizações profissionais, para que os cuidados de enfermagem sejam holísticos e prestados com qualidade. No cenário hospitalar, onde existem falhas e dificuldades educacionais, torna-se evidente a necessidade de educação ativa para os profissionais. Deve-se levar em consideração que as orientações educativas como palestras, treinamentos e reciclagem do conhecimento precisam ser adequadas ao local e às necessidades individuais da equipe (SANTOS; RAMALHO, 2011).

Em relação a isso, os profissionais relataram que em situações onde se exige treinamento ou conhecimento de novas tecnologias são realizadas estratégias ou programas de educação pelas instituições.

“Quando tem mudança de equipamento, bomba de infusão, droga nova, protocolo novo, isso sempre é passado para a gente assim, através de educação permanente.” (E14)

“[...] qualquer rotina nova que a gente institui, como minimizar riscos de infecções... ou mudança de rotina para segurança do paciente, é tudo decidido e treinado antes de se iniciar. E a instituição dá respaldo para isso sim.” (E16)

O desenvolvimento de competências pode acontecer por meio de oportunidades de aprendizado, oferecidas pela organização ou realizada por iniciativa do próprio profissional. Para tanto, é preciso o empenho da chefia das unidades em facilitar as atividades requeridas por esses profissionais.

“E assim, quando tem atividade, algum, por exemplo, congresso, a gente arruma escala, porque, quem tem interesse acaba indo. E mesmo participação assim em congresso, algum curso, pelo menos a nossa gerente, o gestor ele incentiva a gente... O hospital ajuda [...]” (E8)

“[...] Estimulam (hospital) sempre que tem alguma atividade extra, externa, eles incentivam a gente a estar participando. Eles fazem sempre as atividades internas de reorientação, reciclagem, então assim, existe um incentivo grande por parte da coordenação.” (E17)

“Mas assim, quer fazer, quer dar um treinamento em tal lugar, quer ir visitar um hospital, eles (instituição) estão inteiramente abertos [...]” (E13)

Sabe-se que enfermeiros percebem a importância e a necessidade da educação continuada, devido às exigências de renovação de tecnologias, integração de conhecimentos e nova visão do trabalho da equipe multidisciplinar (SILVA; SEIFFERT, 2009), corroborando

com dados da nossa pesquisa, quando enfermeiros reclamam pela falta de incentivo por parte da instituição.

“Assim, não vejo chamar a gente para uma reunião, sabe, não vejo isso acontecer mais. Infelizmente a gente não tem mais isso... Não percebo incentivo para que a gente cresça, não percebo. Não vejo chamar a gente, falar ‘Olha vai ter congresso em tal lugar, alguém gostaria de ir, vamos combinar’, não... Então isso é uma coisa que está fazendo falta na minha opinião.” (E11)

Esse discurso demonstra o descontentamento do enfermeiro com a instituição no quesito “desenvolvimento profissional”, porém estudo revelou que os enfermeiros ao serem questionados quanto ao Serviço de Educação Continuada de uma instituição, poucos o consideram totalmente responsável pelo aprendizado do profissional (SILVA; CONCEIÇÃO; LEITE, 2008).

Portanto, pudemos constatar nos resultados deste estudo, que as instituições possuem ações que corroboram com a educação continuada, apesar de não serem sistematizadas, mas que também existe a falta de incentivo da instituição no desenvolvimento constante destes profissionais.

7.3.2. Estratégias Individuais

Evidencia-se preocupação com a atuação do enfermeiro em unidades de alta complexidade, já que o cuidado prestado demanda competências específicas deste profissional, sendo que sua relevância reside na segurança do paciente, um compromisso ético dos profissionais. Porém, observam-se circunstâncias de falta de preparo do enfermeiro no cuidado a esse paciente, sobretudo quanto às tecnologias (SILVA; FERREIRA, 2011).

Em relação a isso, tem-se que o aprendizado dos enfermeiros ocorre pela prática profissional, ou seja, o seu conhecimento se dá no exercício da profissão, por meio da busca do conhecimento teórico para embasar a prática, orientando o seu processo de trabalho. Além disso, outro fator importante é o enfermeiro estar desprovido de preconceitos, estando receptivo a trabalhar e aprender com outros profissionais (DUARTE, 2005).

Ao coordenador de uma unidade de cuidados intensivos cabe valorizar e fazer acontecer o processo para o treinamento admissional do enfermeiro, negociando com níveis hierárquicos superiores os meios para sua realização. E muito embora, haja necessidade do suporte institucional para implantação desse processo, cabe aos enfermeiros buscarem

caminhos alternativos e complementares quando há impossibilidade de desenvolvimento deste treinamento (BUCCHI; MIRA, 2010).

Conforme os resultados encontrados, verifica-se que não somente a organização necessita desenvolver estratégias para mobilizar competências nos enfermeiros, mas também o próprio profissional necessita encontrar formas de aprendizagem para possibilitar a sua atuação dentro da unidade, principalmente nos casos relatados abaixo, onde o enfermeiro não foi capacitado adequadamente para a assistência ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

“[...] tem que ter um funcionário que tenha ao menos uma idéia básica de cirurgia cardíaca, quais os itens básicos que eu vou olhar... Então assim, eu acho que precisa desse preparo. A gente não tem, a gente aprende com contato mesmo com os funcionários.” (E6)

“No começo eu ficava com outro enfermeiro e a gente estudava tudo quanto é coisa para poder abranger todo um conhecimento para trabalhar aqui [...] mas por conta própria, sem nenhum preparo [...] vai de cada um também, porque a gente tem que... tem que se esforçar e ir atrás do prejuízo, já que não existe um treinamento específico cada um tem que ir atrás e procurar aprender.” (E9)

“A gente que durante o período, que adquiria a prática mesmo. Não tem treinamento específico [...]” (E15)

O investimento na participação de enfermeiros em eventos e cursos quer por iniciativa pessoal ou organizacional, ainda é pequeno (MARTINS et al., 2006).

Porém, reafirmando que o profissional também é responsável pela sua aprendizagem, estudo mostra que enfermeiros são movidos a alterar seu comportamento em busca de melhor desempenho, pela necessidade de expor e justificar a própria prática, buscando outras formas de capacitação, tais como: participação em eventos científicos, pesquisa de artigos científicos na internet, livros, cursos de pós-graduação, dentre outras (SANTANA; FERNANDES, 2008), o que podemos observar também em nosso estudo.

“[...] Participei de vários congressos, inclusive apresentei trabalhos em congresso, o congresso da SOCESP. Tem um trabalho meu, que eu publiquei, que fala sobre as complicações da circulação extracorpórea no pós-operatório.” (E11)

“Quando eu tive o primeiro contato com a cirurgia eu tive que buscar na literatura, eu tive que buscar vídeos no youtube e de como é feita a cirurgia, de que maneira que a enfermagem influencia no cuidado desse paciente especificamente, entendeu?” (E6)

“[...] eu não tinha formação nenhuma, assim, acadêmica, em termos de título e especialização. Então eu como a mais antiga, foi aprendido assim em livros, junto com os médicos...” (E8)

O interesse pessoal pode ser um dos principais motivos para a participação em programas de aperfeiçoamento. Nesta direção, entende-se que a falta de interesse pode ser um sinalizador significativo para a organização rever seus processos gerenciais e sua política de pessoal (SANTANA; FERNANDES, 2008).

“Assim, se o enfermeiro tiver disposição, tiver vontade e procurar a instituição para isso, para ajudar, ela ajuda. Então eu acho que às vezes falta isso sabe. Enfermeiro querer. Não é igual instituição grande que já oferece, tipo já está lá os cursos, aí esse mês tem curso de tal... Não tem isso, é você que tem que ter a vontade de querer fazer um curso para se aprimorar, para se aperfeiçoar.” (E3)

“Eu acho que assim, se você, por exemplo, fica sabendo de alguma coisa que é de interesse para o setor, eu tenho certeza que alguém dá um jeito de a gente estar participando... Mas eu acho que se a gente se colocar à frente, falar ‘Olha nós também queremos participar’, eu acho que depende da gente ir atrás. Mas vir assim, ‘Olha, tem isso, vai e faz’, não. Eu acho que vai do profissional. (E8)

“O que acontece é assim, que depende muito da pessoa, se você fica acomodada, não quer fazer curso, você não quer se especializar, eles (hospital) não vão te cobrar, desde que você realmente tenha um resultado. Só que, a partir do momento que você não tiver resultado, eles vão começar a te cobrar e aí vai obrigar você realmente a procurar alguma coisa.” (E13)

Compreende-se que o suporte organizacional representa um fator preponderante no desenvolvimento do processo de capacitação do profissional. Entretanto, é necessário que o enfermeiro reconheça essa necessidade e busque investir em sua formação intelectual, cognitiva e interpessoal, características de relevância no desempenho de suas funções em UTI (SANTANA; FERNANDES, 2008).

Os profissionais, participantes deste estudo, parecem reconhecer a necessidade de desenvolver competências específicas para a sua atividade junto à unidade, porém é preciso que as instituições se comprometam na implementação de programas que incentivem estes trabalhadores no seu constante aprimoramento.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo mostraram que, os enfermeiros que atuam em unidades pós-operatórias de cirurgia cardíaca são em sua maioria do sexo feminino, na faixa etária de 24 a 40 anos e a maior parte concluiu o curso de graduação em enfermagem entre 2001 e 2012. Apesar de nem todos os enfermeiros apresentarem pós-graduação, a maior parte deles apresentaram especialização *lato sensu* em áreas de alta complexidade, sendo dois enfermeiros na área de cardiologia.

Em relação ao tempo de trabalho na instituição, 50% dos profissionais está no local a menos de quatro anos, sendo a experiência em atuar em unidades cirúrgicas cardíacas é pequena para a maioria dos participantes do estudo.

Atendo-nos às questões de formação acadêmica dos enfermeiros em estudo, a graduação contribuiu parcialmente para sua atuação em unidades de alta complexidade ao aliar a teoria com a prática, porém a maioria dos entrevistados não tinha clareza das atividades que deveriam realizar, que na concepção deles necessitaria de formação específica.

O ambiente de trabalho das unidades de cirurgias cardíacas coloca o enfermeiro diante do desafio de exercer funções e atividades complexas visando assistência de enfermagem holística e qualificada ao paciente hospitalizado. E para que isso seja possível é necessário o aprimoramento de competências específicas por estes profissionais, tendo em vista o cenário de alta complexidade.

Os enfermeiros relataram a necessidade de competências para atuarem junto à equipe de enfermagem com vistas ao atendimento do paciente, com destaque para o conhecimento teórico-prático, os cuidados de enfermagem de alta complexidade, a supervisão e liderança em enfermagem, a tomada de decisão, o gerenciamento de conflitos, de recursos humanos, materiais, financeiros e a educação continuada que em conjunto, todas, representam as competências necessárias ao enfermeiro para que possa articular gerência e assistência ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

O cuidado de enfermagem ao paciente submetido à cirurgia cardíaca demanda atividades complexas e desafios constantes. Para tal, foram identificadas estratégias organizacionais tais como treinamento admissional e orientação profissional como recursos para auxiliar a formação e preparo do enfermeiro recém-admitido. Porém, ao se depararem com dificuldades e desafios, impostos pelo tipo de clientela, alguns trabalhadores buscaram ainda estratégias individuais como cursos de especialização, participação em eventos científicos e até mesmo leitura de livros, como forma de complementar sua formação profissional. Além disso, destacam que a vivência profissional da rotina diária e a experiência em unidades de semelhante complexidade contribuíram para a sua aprendizagem.

A atuação de qualidade na assistência a pacientes submetidos a cirurgias cardíacas se faz por meio do conhecimento teórico aliado à prática profissional. Assim, enfermeiros atuantes nesta área são desafiados constantemente a atualizar o seu conhecimento, buscando conhecer todo o processo perioperatório, as alterações fisiológicas sofridas pelo paciente, as complicações que podem surgir e quais materiais são necessários estar disponíveis para assim poder organizar, planejar e coordenar o cuidado bem como a equipe de enfermagem contribuindo de forma positiva para a recuperação do paciente.

A complexidade do período pós-operatório de cirurgia cardíaca exige que o enfermeiro faça observação contínua e avaliação rigorosa do paciente, participe dos cuidados de alta complexidade, com tomadas de decisões rápidas. Para tanto, conhecer os procedimentos técnicos incorporando novas tecnologias torna-se essencial para a sua atuação. Nesse sentido, a SAE é uma ferramenta facilitadora do cuidado oferecido ao paciente pelo enfermeiro, de modo que este pode intervir e coordenar o cuidado de acordo com suas necessidades individuais, por meio do histórico e diagnósticos de enfermagem, do planejamento, implementação e avaliação correta.

Nessa perspectiva, aparece a supervisão, considerada competência do enfermeiro, que tem o papel de dirigir, orientar, incentivar e educar os profissionais de enfermagem; competência esta que gera uma equipe preparada para receber o paciente no pós-operatório e dar continuidade ao seu tratamento. Ao supervisionar a sua equipe e a unidade de trabalho, incluindo todos os fatores necessários para a assistência, o enfermeiro garante o funcionamento adequado da unidade e o atendimento qualificado, por meio de visão ampla e gerenciadora do serviço.

Dessa forma, o enfermeiro está presente no processo de trabalho e direciona a equipe de enfermagem a todo o momento na sua unidade, visto que é o líder da equipe, influenciando e facilitando o alcance de objetivos comuns, na esfera individual e coletiva. Ressalta-se que a equipe necessita de um enfermeiro que atue como líder durante toda a prestação da assistência de alta complexidade ao paciente submetido à cirurgia cardíaca, na qual as atitudes deste profissional sejam rápidas e assertivas, tornando-se assim essencial que o enfermeiro conheça os estilos e práticas de liderança que podem ser adotadas em cada contexto de trabalho.

As responsabilidades para a coordenação e gerenciamento da assistência de enfermagem devem estar sempre fundamentadas na capacidade para tomar decisões, pois esta permeia todo o processo de trabalho do enfermeiro. A tomada de decisão está relacionada às prioridades da assistência, exigindo do enfermeiro habilidade para avaliar e decidir qual a

melhor conduta, fazendo o julgamento das perspectivas de cada proposta de ação, para que resulte no alcance do objetivo esperado ou o mais próximo dele.

As unidades de cirurgias cardíacas exigem dos profissionais de enfermagem esforço físico e emocional por estarem diretamente ligados ao cuidado do paciente. Com isso, surgem diversas situações de conflitos que devem ser identificadas, avaliadas e gerenciadas sem que estas interfiram no serviço prestado. O enfermeiro deve apresentar competência para atuar diretamente como mediador de situações conflituosas na sua equipe, com o intuito de encontrar a solução mais adequada para cada problema, pois a persistência de conflitos pode causar prejuízos à organização bem como para a equipe de profissionais, se não forem conduzidos corretamente.

A disponibilidade quantitativa e qualitativa de recursos humanos em enfermagem na unidade de trabalho também deve ser preocupação do enfermeiro e gestores institucionais, pois a qualidade do atendimento ao paciente está intrinsecamente relacionada ao capital humano. O gerenciamento dos recursos humanos pelo enfermeiro tem por objetivo assegurar um quadro de profissionais capacitados para desempenhar as atividades assistenciais, assegurando a ininterrupção do cuidado, apresentando-se como um dos fatores mais significativos da eficácia e qualidade do serviço hospitalar.

Devido à alta complexidade dos procedimentos realizados em unidades cardíacas deve-se destacar também a utilização de grande variedade de materiais e equipamentos, tendo o enfermeiro que gerenciar os insumos e seus custos, desde a aquisição e conservação, até a supervisão do uso destes pela equipe de enfermagem, a fim de garantir a qualidade, continuidade e integralidade do cuidado.

Para tanto, profissionais capacitados para atuarem neste cenário é de suma importância. O enfermeiro no exercício da gerência da unidade e como líder da equipe de enfermagem está inserido no ponto central do processo de ensino-aprendizagem dos profissionais aos quais é responsável, devendo promover o desenvolvimento de competências específicas às suas funções. Esse processo pode ocorrer por meio de treinamento, atualização, cursos, entre outros. Nesse sentido, pode-se afirmar que o enfermeiro é o elemento de apoio para a educação da equipe de enfermagem, devendo ficar atento às necessidades dessa equipe, bem como implementando estratégias de ensino-aprendizagem.

E, para que o enfermeiro possa exercer a função de educador da sua equipe de trabalho, bem como todas as atribuições já citadas, no cenário do pós-operatório de cirurgia cardíaca, é necessário que este desenvolva competências específicas para tal. Em meio a este contexto hospitalar, as organizações têm o dever de pensar em estratégias que consigam

desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes nos enfermeiros para possibilitar um atendimento qualificado e seguro ao paciente.

Assim, programas de educação permanente devem ser realizados intensamente nas organizações com o intuito de promover melhor atuação do enfermeiro, auxiliando-o a refletir sobre suas funções no processo de trabalho da enfermagem.

Nas instituições hospitalares, o treinamento admissional tem marcado o início do processo de educação profissional, principalmente em setores onde o cuidado é complexo, como o caso de unidades de cirurgia cardíacas. Porém, é preciso que as instituições criem continuamente instrumentos e/ou estratégias para o desenvolvimento de seus profissionais, considerando sempre as necessidades dos pacientes, dos trabalhadores e da organização.

Em relação a isso, é possível dizer que apesar de verificar que as organizações possuem ações que corroboram com a educação continuada, como o treinamento admissional, palestras, cursos, reciclagens, reorientações e incentivo aos profissionais para participar em eventos fora da instituição, estas são pontuais, ou seja, as instituições ainda não possuem estratégias sistematizadas para construir e implementar um programa de educação permanente para o desenvolvimento de competências em enfermeiros, gerando assim preocupação quanto à capacitação desses profissionais para atuarem no cuidado do paciente de alta complexidade.

Devemos ressaltar que, embora o suporte organizacional represente um fator preponderante no processo de capacitação, outro fator fundamental para a aprendizagem dos enfermeiros é a iniciativa do próprio profissional, ou seja, estratégias individuais devem ser implementadas para o seu próprio desenvolvimento, por meio da busca de caminhos alternativos como cursos, especializações, palestras e eventos científicos. A busca contínua por conhecimento e por realizar mudanças no local de trabalho são atitudes que esperamos encontrar nos enfermeiros, enquanto integrantes da equipe multidisciplinar.

Nesse cenário, onde existem falhas e dificuldades educacionais, torna-se evidente a necessidade dos gestores e profissionais refletirem sobre a formação profissional e investirem conjuntamente em estratégias de ensino para o desenvolvimento de competências nos seus trabalhadores.

Acredita-se que, este estudo seja de grande relevância ao contribuir para que enfermeiros e organizações estejam atentos quanto às competências necessárias para atuarem em unidades de cuidados críticos, como as unidades de pós-operatório de cirurgia cardíaca, e implementem programas para desenvolver estas competências de acordo com as necessidades de cada serviço, promovendo a melhoria da qualidade do atendimento prestado.

Nota-se, que esta pesquisa possui uma limitação que se refere à categoria profissional participante, pois o estudo optou por abordar apenas os enfermeiros atuantes nas unidades pós-operatórias de cirurgias cardíacas, acreditando-se que estes poderiam ter visão ampliada sobre suas competências, não sendo contemplados outros profissionais de saúde da unidade que poderiam também levantar aspectos das competências dos enfermeiros.

Assim, para pesquisas futuras recomenda-se ampliar o estudo para outras categorias profissionais, com vistas à comparação e/ou generalização dos dados de maneira a contribuir para identificar “gaps” e/ou lacunas na formação dos profissionais enfermeiros quanto às competências que devem ser desenvolvidas para a demanda de unidades pós-operatórias de cirurgias cardíacas.

Ressalta-se, por fim, que neste estudo não se teve a pretensão de restringir ou, menos ainda, de exaurir a reflexão em torno das competências dos enfermeiros que atuam em unidades cardíacas, mas adicionar dados concernentes ao processo de desenvolvimento de competências nos profissionais seja na sua formação ou no próprio contexto do trabalho.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. C.; RIBEIRO, E. C. O. Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica: percepções atuais dos especialistas. **Rev. bras. educ. méd.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 371-378, jul./set. 2010.
- AMANTE, L. N.; ROSSETTO, A. P.; SCHNEIDER, D. G. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 54-64, mar. 2009.
- AMATUCCI, M. **Perfil do administrador brasileiro para o século XXI**: um enfoque metodológico. 2000. 295 f. Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- AMESTOY, S. C. **Liderança como instrumento no processo de trabalho da enfermagem**. 2008. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2008.
- ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 261-265, maio/jun. 2005.
- ARAÚJO, D. Noção de competência e organização curricular. **Rev. baiana saúde pública**, Salvador, v. 32, n. 43, p. 32-43, jun. 2007. Suplemento1.
- ASSAD, L. G.; VIANA, L. O. Formas de aprender na dimensão prática da atuação do enfermeiro assistencial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 5, p. 586-591, set./out. 2005.
- ATIK, F. A. et al. Resultados da implementação de modelo organizacional de um serviço de cirurgia cardiovascular. **Rev. bras. cir. cardiovasc.**, São José do Rio Preto, v. 24, n. 2, p. 116-125, abr./jun. 2009.
- BAHRY, C. P.; TOLF, S. R. Mobilização de competências nas atividades profissionais dos egressos de um programa de formação e aperfeiçoamento. **Rev. adm. pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 125-144, jan./fev. 2007.
- BALSANELLI, A. P.; CUNHA, I. C. K. O.; WHITAKER, I. Y. Estilos de liderança de enfermeiros em unidade de terapia intensiva: associação com perfil pessoal, profissional e carga de trabalho. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 28-33, jan./fev. 2009.

BEZERRA, A. L. **O contexto da educação continuada em enfermagem**. São Paulo: Lemar e Martinari, 2003.

BÓGUS, C. M. et al. Conhecendo egressos do curso técnico de enfermagem do PROFAE. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 945-952, ago. 2011.

BOMBARDIA, F. P. **Regulação do acesso na assistência de alta complexidade em cardiologia** - limites e possibilidades na gestão do SUS. 2008. 104 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2008.

BRAGA NETO, F. C.; BARBOSA, P. R.; SANTOS, I. S. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 665-704.

BRANDÃO, H. P. Competências no trabalho: uma análise da produção científica brasileira. **Estud. psicol.**, Natal, v. 12, n. 2, p. 149-158, maio/ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 nov. 2001b. Seção 1, p. 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1169, de 15 de junho de 2004. **Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, e dá outras providências**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.071, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 jul. 2005. Seção 1, p. 41-48.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 14).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2007. (Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 9).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde**: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para apoio à implementação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. **Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF, 2013a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013b. Seção 1, p. 59.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qual. Res. Psychol.**, London, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

BRESSAN, F.; JORGE, L. C.; ZIENTARSKI, T. R. **Cuidado de enfermagem na unidade coronariana com enfoque no autocuidado de pacientes pós-infarto agudo do miocárdio**. 2007. 149 f. Trabalho de Conclusão de Disciplina (Enfermagem Assistencial Aplicada, Curso de Graduação em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

BUCCHI, S. M.; MIRA, V. L. Reelaboração do treinamento admissional de enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1003-1010, dez. 2010.

BUCCHI, S. M. et al. Enfermeiro instrutor no processo de treinamento admissional do enfermeiro em unidade de terapia intensiva. **Acta Paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 381-387, 2011.

BUENO, A. A.; BERNARDES, A. Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 45-53, mar. 2010.

CAMELO, S. H. H. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 192-200, jan./fev. 2012.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 552-560, abr./jun. 2013.

CAMELO, S. H. H. et al. Perfil do profissional de enfermeiros atuantes em unidades de terapia intensiva de um hospital de ensino. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 19, n. 3, p. 51-62, 2013.

CARVALHO, M. L. et al. Assistência de enfermagem na UTI a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **R. Interd.**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 60-67, out./nov./dez. 2013.

CARVALHO, J. L.; BRASILEIRO, M. E. Terapia intensiva x cirurgia cardíaca: que cuidados de enfermagem exercer? **Revista Eletrônica de Enfermagem e Nutrição**, Goiânia, v. 1, n. 1, p. 1-16, maio 2010. Disponível em: <<http://ceen.com.br/revista-digital>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

CARVALHO, A. R. S. et al. Complicações no pós-operatório de revascularização miocárdica. **Ciênc. cuid. saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 50-59, jan./abr. 2006.

CASTANHA, M. L.; ZAGONEL, I. P. S. A prática de cuidar do ser humano sob o olhar da equipe de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 5, p. 556-562, set./out. 2005.

CASTILHO, V. Educação continuada em enfermagem: a pesquisa como possibilidade de desenvolvimento de pessoal. **Mundo saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 357-360, set./out. 2000.

CASTILHO, V.; GONÇALVES, V. L. M. Gerenciamento de recursos materiais. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 155-167.

CEITIL, M. **Gestão e desenvolvimento de competências**. Lisboa: Edições Sílabo, 2007.

CHAGUÉ, V. Gérer un conflit dans son équipe. **Rev. Cadre. Soignant.**, v. 2, n. 3, p. 27-28, 2003.

CHIRELLI, M. Q. **O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do curso de enfermagem da FAMEMA**. 2002. 281 f. (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

CIAMPONE, M. H. T. et al. Resgate da produção do conhecimento na área de administração de serviços de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, p. 535-543, 2005. Número especial.

CIAMPONE, M. H. T.; KURCGANT, P. Gerenciamento de conflitos e negociação. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 51-61.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Regulamentação do exercício de enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986.

CORREIA, M. C. B. **Processo de construção de competências nos enfermeiros em UCI**. 2012. 247 f. (Doutorado em Enfermagem) - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2012.

COWAN, D.; NORMAN, I.; COOPAMAH, V. P. Competence in nursing practice: a controversial concept - a focused review of literature. **Nurse educ. today**, Edinburgh, v. 25, n. 5, p. 355-362, Jul. 2005.

CUNHA, I. C. K. O.; XIMENES NETO, F. R. G. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 479-482, jul./set. 2006.

CUNHA, A. C.; MAURO, M. Y. C. Educação continuada e a norma regulamentadora 32: utopia ou realidade na enfermagem? **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 305-313, jul./dez. 2010.

DELUIZ, N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. **Boletim Técnico do SENAC**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 1-13, set./dez. 2001.

DESAULNIERS, J. B. R. Formação, competência e cidadania. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 18, n. 60, p. 51-63, dez. 1997.

DIAS, H. C.; PAIVA, K. C. M. Competências do enfermeiro: estudo em um hospital privado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 4, n. 3, p. 511-520, maio/jun. 2011.

DOMINGUES, T. A. M.; CHAVES, E. C. O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, p. 580-588, 2005. Número especial.

DUARTE, M. L. C. **Saberes e fazeres dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário**. 2005. 43 f. Trabalho de Conclusão do Curso (Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

DUARTE, S. C. M. et al. O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 657-665, out./dez. 2012.

DUBEUX, L. S.; CARVALHO, E. F. Caracterização da oferta de serviços especializados em hospitais de referência regional: uma contribuição para a regionalização da assistência à saúde no SUS. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v. 9, n. 4, p. 467-476, out./dez. 2009.

DUTRA, J. S. **Competências**: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna. São Paulo: Atlas, 2004.

DUTRA, J. S. **Gestão de pessoas**: modelo, processos, tendências e perspectivas. São Paulo: Atlas, 2009.

ECHER, I. C. et al. Estudo do absenteísmo como variável no planejamento de recursos humanos em enfermagem. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 65-76, jul. 1999.

EPSTEIN, R. M.; HUNDERT, E. Defining and assessing professional competence. **JAMA**, Chicago, v. 287, n. 2, p. 226-235, Jan. 2002.

FERNANDES, M. S. et al. A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas Teorias Gerais da Administração. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 161-167, mar./abr. 2003.

FERRAREZE, M. V. G.; FERREIRA, V.; CARVALHO, A. M. P. C. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em Terapia Intensiva. **Acta Paul. enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 310-315, 2006.

FERREIRA, J. B. B. et al. O processo de descentralização e regionalização da saúde no estado de São Paulo. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Orgs.). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 731-758.

FLEURY, M. T. As competências de uma organização: o link entre estratégia e competência. **RAC**, Campinas, v. 5, p. 189, 2001. Número especial.

FLEURY, A.; FLEURY, M. T. L. **Estratégias empresariais e formação de competências**. São Paulo: Atlas, 2001.

FLEURY, A.; FLEURY, M. T. L. **Estratégias empresariais e formação de competências: um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

FORMIGA, J. M. M. et al. **Perfil do enfermeiro/aluno do curso de especialização PROFAE/RN**. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2005. Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_perfil05.pdf>. Acesso em: 16 set. 2014.

FREITAS, I. A; BRANDÃO, H. P. Trilhas de aprendizagem como estratégia para desenvolvimento de competências. In: ENCONTRO DA ANPAD, 29., 2005, Brasília. **Anais...** Brasília: ANPAD, 2005. p. 17-21.

FUGULIN, F. M. T. et al. Tempo de assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação dos parâmetros propostos pela Resolução COFEN nº 293/04. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 325-332, mar./abr. 2012.

FURAKAWA, P. O.; CUNHA, I. C. K. Perfil e competências de gerentes de enfermagem de hospitais acreditados. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 106-114, jan./fev. 2011.

GALDEANO, L. E. et al. Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 199-206, mar. 2003.

GALDEANO, L. E. et al. Diagnósticos de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 26-33, mar. 2006.

GALLO, B. M. et al. **Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2007.

GALVÃO, C. M. et al. Liderança situacional: estrutura de referência para o trabalho do enfermeiro-líder no contexto hospitalar. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 81-90, jan. 1998.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; ROSSI, L. A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 690-695, set./out. 2002.

GIFFORD, W. A. et al. A mixed methods pilot study with a cluster randomized control trial to evaluate the impact of a leadership intervention on guideline implementation in home care nursing. **Implement. sci.**, London, v. 3, n. 51, p. 3-51, Dec. 2008. Disponível em: <<http://www.implementationscience.com/content/3/1/51>>. Acesso em: 4 maio 2015.

GORAN, S. F. A new view: tele-intensive care unit competencies. **Crit. Care Nurse**, Aliso Viejo, v. 31, n. 5, p. 17-29, Oct. 2011.

GRAMIGNA, M. R. **Modelo de competências e gestão dos talentos**. São Paulo: Makron Books, 2002.

GUERRER, F. J. L. **Estresse dos enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva no Brasil**. 2007. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

GUERRER, F. J. L.; BIANCHI, E. R. F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 355-362, jun. 2008.

GUIMARÃES, R. C. M. et al. Gravidade de pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca: uma análise evolutiva segundo o TISS-28. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 61-66, jan./fev. 2010.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

HARB, A. G.; OLIVEIRA, I. C.; ROSSETTO, C. R. Gestão de pessoas por competências: o grau de incompatibilidade entre as competências requeridas pelos cargos e as competências individuais de seus ocupantes. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 1., **Anais...** 2004. Disponível em: <http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigo_s04/159_SEGET.doc>. Acesso em: 20 set. 2014.

HAYS, M. A. et al. Reported stressors and ways of coping utilized by intensive care unit nurses. **Dimens. crit. care nurs.**, Lakewood, v. 25, n. 4, p. 185-193, July/Aug. 2006.

HILBERT, S. N.; DUARTE, T. A. E.; MILARÉ, S. A. Desenvolvendo competências em colaboradores da área da saúde. **Bol. psicol.**, São Paulo, v. 61, n. 135, p. 217-231, jul. 2011.

HIPÓLITO, J. A. M. **A gestão da administração salarial em ambientes competitivos: análise de uma metodologia para construção de sistemas de remuneração por competências.** 2000. 159 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP (HCFMRP-USP). **Institucional.** 2015. Disponível em: <[http:// www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/home-lista-s.aspx?ref=1&refV=1](http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/home-lista-s.aspx?ref=1&refV=1)>. Acesso em: 21 jan. 2015.

HOSPITAL SÃO LUCAS. **Histórico.** 2015. Disponível em: <<http://www.gruposaolucas.com.br/nossa-estrutura/historico/>>. Acesso em: 21 jan. 2015.

IENAGA, C. H. **Competence-based management:** seminário executivo. São Paulo: Dextron Consultoria Empresarial, 1998.

JORGE, M. S. B. et al. Gerenciamento em enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004). **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 1, p. 81- 86, jan./fev. 2007.

KOBAYASHI, R. M.; LEITE, M. M. J. Formação de competências administrativas do técnico de enfermagem. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr. 2004.

KOBAYASHI, R. M. **A construção de competências profissionais dos enfermeiros em serviço num hospital de ensino.** 2007. 200 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

KOBAYASHI, R. M.; LEITE, M. M. J. Desenvolvendo competências profissionais dos enfermeiros em serviço. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 243-249, mar./abr. 2010.

LALUNA, M. C. M. C. **Os sentidos da avaliação na formação de enfermeiros orientada por competência.** 2007. 226 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

LEWIS, F. M. Autonomy in nursing. **Ishikawa J. Nurs.**, v. 3, n. 2, 2006. Disponível em: <http://www.ishikawa-nu.ac.jp/pdf/kenkyu/0302_01.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2014.

LIMA, A. A. F; PEREIRA, L. L. O papel da enfermeira clínica e o processo de decisão. **Nursing**, São Paulo, v. 6, n. 66, p. 43-50, 2003.

LIMA, S. B. S. et al. Conflitos gerenciais e estratégias de resolução pelos enfermeiros gerentes. **Rev. enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 2, p. 419-428, abr./jun. 2014.

LINO, M. M.; CALIL, A. M. O ensino de cuidados críticos/intensivos na formação do enfermeiro: momento para reflexão. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 777-783, dez. 2008.

LIRA, A. L. B. C. et al. Mapeamento dos cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 13, n. 5, p. 1171-1181, 2012.

LOPES NETO, D. et al. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem às diretrizes curriculares nacionais. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 31-86.

MAGILL, R. A. **Aprendizagem e controle motor**: conceitos e aplicações. 8. ed. São Paulo: PHORTE, 2011.

MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. serv. saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, jul./set. 2006.

MALTA, D. C.; SILVA JUNIOR, J. B. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. serv. saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 151-164, jan./mar. 2013.

MALTA, D. C. Doenças crônicas não transmissíveis, um grande desafio da sociedade contemporânea. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 4, jan. 2014. Editorial.

MANENTI, S. A. et al. O processo de construção do perfil de competências gerenciais para enfermeiros coordenadores de área hospitalar. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 727-733, jun. 2012.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem**: teoria e prática. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MARTINS, C. et al. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 472-478, jul./set. 2006.

- MASSARO, M.; CHAVES, L. D. P. A produção científica sobre gerenciamento em enfermagem hospitalar: uma pesquisa bibliográfica. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 14, n. 1, p. 150-158, jan./mar. 2009.
- MCKEE, M.; HEALY, J. The role of the hospital in a changing environment. **Bull. World Health Organ.**, Geneve, v. 78, n. 6, p. 803-810, 2000.
- MCMULLAN, M. et al. Portfolios and assessment of competence: a review of the literature. **J. adv. nurs.**, Oxford, v. 41, n. 3, p. 283-294, Feb. 2003.
- MEGHNAGI, S. The contexts of training. In: CEDEFOP. **AgoraVII**: working time, training time. Luxembourg: Cedefop, 2003. p. 59-66.
- MEGHNAGI, S. **II Sapere professionale**. Competenze, diritti, democrazia. Feltrinelli: Milano, 2005.
- MELO, H. C. et al. O ser-enfermeiro em face do cuidado à criança no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 473-479, jul./set. 2012.
- MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.
- MENDES, J. D. V; BITTAR, O. J. N. V. Saúde pública no estado de São Paulo: informações com implicações no planejamento de programas e serviços. **Rev. adm. saúde**, São Paulo, p. 5-71, jan. 2010. Edição especial. Suplemento.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MIRABILE, R. J. Everything you wanted to know about competency modeling. **Training & Development**, v. 51, n. 8, Aug. 1997.
- MIYADAHIRA, A. M. K. Capacidades motoras envolvidas na habilidade psicomotora da técnica de ressuscitação cardiopulmonar: subsídios para o processo ensino-aprendizagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 366-373, 2001.
- MOGLIKA, M. Educar para a democracia. **Cad. pesqui.**, São Paulo, n. 119, p. 129-146, jul. 2003.

MOREIRA, M. C.; SILVA, S. C. S. B. Práticas de liderança adotadas por enfermeiros no serviço noturno. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 183-189, abr./jun. 2007.

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal**: treinamento em grupo. 17. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2008.

MUNHÊ, V. P. C. **Gestão de pessoas por competência**. Presença Educação e Arte, 2009.

NELAS, J. C. G. B. **Gestão de recursos humanos na saúde**: contributos para o dimensionamento de equipas de enfermagem em pediatria. 2013. 111 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) - Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2013

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa - características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 1-5, 1996.

NÓBREGA, M. F. B et al. Perfil gerencial de enfermeiros que atuam em um hospital público federal de ensino. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 333-338, jul./set. 2008.

NURSING LEADERSHIP INSTITUTE (NLI). Florida Atlantic University. Christine E. Lynn College of Nursing. **The nursing leadership institute competency model**. Boca Raton, 2003. Disponível em: <http://nursing.fau.edu/uploads/docs/358/nursing_leadership_model2.pdf>. Acesso em: 11 set. 2014.

O'KANE, C. E. Newly qualified nurses experiences in the intensive care unit. **Nurs. crit. care**, London, v. 17, n. 1, p. 44-51, Jan./Feb. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A transformação da gestão dos hospitais na América Latina e Caribe**. Brasília: OPAS, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Saúde nas Américas**. Washington: OPAS, 2007. (Série Saúde nas Américas, 1 - Regional).

PASCHOAL, A. S. **O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal**. 2004. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 478-484, set. 2007.

PASCHOAL, M. L. H.; CASTILHO, V. Implementação do sistema de gestão de materiais informatizado do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 984-988, 2010.

PEDUZZI, M.; HAUSMANN, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-265, abr./jun. 2009.

PEREIRA, C. M. C. et al. Percepção de liderança de enfermeiros prestadores de cuidados: estudo realizado numa unidade hospitalar de Coimbra. **Referência**, Coimbra, v. 2, n. 8, p. 51-58, dez. 2008.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 492-499, jul./set. 2006.

PERES A. M.; CIAMPONE M. H. T.; WOLF L. D. G. Competências gerenciais do enfermeiro nas perspectivas de um curso de graduação de enfermagem e do mercado de trabalho. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 453-472, fev. 2007.

PILEGGI, S. O. **Validação clínica do diagnóstico de enfermagem desobstrução ineficaz de vias aéreas de crianças e adolescentes submetidos à correção cirúrgica de cardiopatia congênita**. 2007. 224 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

PIMENTA, C. M. et al. O ensino da avaliação do paciente: delineamento do conteúdo pelo diagnóstico de enfermagem. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 69-76, jul. 2002.

PINHO, D. L. M. **O trabalho da enfermagem e a gestão da informação: uma análise ergonômica das atividades das enfermeiras no contexto hospitalar**. 2002. 138 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2002.

PINTO JUNIOR, V. C.; FRAGA, M. N. O; FREITAS, S. M. Análise das portarias que regulamentam a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. **Rev. bras. cir. cardiovasc.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 463-468, 2012.

- PIVOTO, F. L. et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas. **Acta Paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 665-670, 2010.
- PRETO, V. A.; PEDRÃO, L. J. O estresse entre enfermeiros que atuam em unidade de terapia intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 841-848, 2009.
- RHINOW, G. **Dinâmica de aprendizagem voltada para a competitividade**: estudo de caso em uma empresa transnacional de bens de consumo. 1998. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- ROBBINS, S. P. **Comportamento organizacional**. 9. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.
- RIBEIRO, A. F. et al. A competência profissional e a estratégia de saúde da família: discurso dos profissionais. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p. 136-144, abr./jun. 2008.
- RODRIGUES, S. B. De fábricas a lojas de conhecimento: as universidades e a desconstrução do conhecimento sem cliente. In: FLEURY, M. T. L.; OLIVEIRA JÚNIOR, M. M. (Orgs.). **Gestão estratégica do conhecimento**: integrando aprendizagem, conhecimento e competências. São Paulo: Atlas, 2001. p. 86-117.
- RODRIGUÊS, V. A.; PERROCA, M. G.; JERICO, M. C. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. **Arq. ciênc. saúde**, São José do Rio Preto, v. 11, n. 4, p. 210-214, out./dez. 2004.
- RUAS, R. Desenvolvimento de competências gerenciais e contribuição da aprendizagem organizacional. In: FLEURY, M. T. L.; OLIVEIRA JÚNIOR, M. M. (Orgs.). **Gestão estratégica do conhecimento**: integrando aprendizagem, conhecimento e competências. São Paulo: Atlas, 2001. p. 242-269.
- RUTHES, R. M. **Gestão de pessoal de enfermagem por competências**: uma proposta para as Santas Casas. 2007. 332 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2007.
- RUTHES, R. M.; CUNHA, I. C. K. O. Contribuições para o conhecimento em gerenciamento de enfermagem sobre gestão por competência. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 570-575, dez. 2007.

RUTHES, R. M.; FELDMAN, L. B.; CUNHA, I. C. K. O. Foco no cliente: ferramenta essencial na gestão por competência em enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 317-321, mar./abr. 2010.

SALA, A. As doenças do aparelho circulatório no Estado de São Paulo. **BEPA**, v. 8, n. 88, p. 29-36, 2011.

SANTANA, N.; FERNANDES, J. D. O processo de capacitação profissional do enfermeiro intensivista. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 809-815, nov./dez. 2008.

SANTIAGO, A. R. J. V.; CUNHA, J. X. P. Supervisão de enfermagem: instrumento para a promoção da qualidade na assistência. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 4, n. 3, p. 443-448, set./dez. 2011.

SANTOS, E. P.; CIAMPONE, M. H. T. Avaliação de competências gerenciais: a percepção de alunos do curso de graduação em enfermagem da USP. **REME rev. min. enferm.**, Belo Horizonte, v. 11, n. 4, p. 387-394, out./dez. 2007.

SANTOS, I.; CASTRO, C. B. Estilos e dimensões da liderança: iniciativa e investigação no cotidiano do trabalho de enfermagem hospitalar. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 734-742, out./dez. 2008.

SANTOS, D. C.; RAMALHO, L. S. O perfil dos enfermeiros em relação à atualização profissional nos serviços de saúde público e privado do município de Ji - Paraná. **Rev. Cie. Fac. Edu. Mei. Amb.**, v. 2, n. 1, p. 60-62, 2011. Suplemento.

SEMINÁRIO NACIONAL: O PERFIL E A COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO, 1., 1987, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Educação, 1987.

SHERMAN, R. O. et al. Development of a leadership competency model. **JONA'S healthc. Law ethics regul.**, Hagerstown, v. 37, n. 2, p. 85-94, Fev. 2007.

SILVA, M. F.; CONCEIÇÃO, F. A.; LEITE, M. M. J. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n.1, p. 47-55, jan./mar. 2008.

SILVA, R. C. L. et al. O significado da tecnologia na assistência de enfermagem em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. **Rev. SOCERJ.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 210-218, jul./ago. 2009.

SILVA, G. M.; SEIFFERT, O. M. L. B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 362-366, maio/jun. 2009.

SILVA, D. G. et al. A concepção do enfermeiro sobre gerenciamento do custo hospitalar. **Enferm. glob.**, Murcia, n. 19, jun. 2010. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/pt_administracion2.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2014.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Tecnologia em ambiente de terapia intensiva: delineando uma figura-tipo de enfermeiro. **Acta Paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 617-623, 2011.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA. Hospital Imaculada Conceição - Ribeirão Preto. **Quem somos**. 2015. Disponível em: <<http://www.beneribeiraopreto.com/pagina/Quem+Somos>>. Acesso em: 21 jan. 2015.

SOUZA, P. et al. A relação da equipe de enfermagem com a criança e a família em pós-operatório imediato de cardiopatias congênitas. **Arq. ciênc. saúde**, São José do Rio Preto, v. 15, n. 4, p. 163-169, out./dez. 2008.

SPAGNOL, C. A. **A trama de conflitos vivenciada pela equipe de enfermagem no contexto da instituição hospitalar**: como explicitar seus nós? 2006. 345 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

SPAGNOL, C. A et al. Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 803-811, 2010.

SPAGNOL, C. A.; L'ABBATE, S. Conflito organizacional: considerações teóricas para subsidiar o gerenciamento em enfermagem. **Ciênc. cuid. saúde**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 822-827, out./dez. 2010.

SPENCER, L. M.; SPENCER, S. M. **Competence at work**: models for superior performance. New York: John Wiley & Sons, 1993.

STAKE, R. E. **A arte da investigação com estudos de caso**. Tradução Ana Maria Chaves. 2. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2009.

TABARI-KHOMEIRAN, R. et al. Competence development among nurses: the process of constant interaction. **J. contin. educ. nurs.**, New Jersey, v. 38, n. 5, p. 211-218, set./out. 2007.

TRONCHIN, D. M. R et al. Instrumento de avaliação do aluno com base nas competências gerenciais do enfermeiro. **Acta Paul. enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 356-360, abr./jun. 2008.

VENTURA, P. F. E. V. **Participação do enfermeiro na gestão de recursos hospitalares**. 2011. 70 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da UFMG, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

WATSON, R. et al. Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature. **J. adv. nurs.**, Oxford, v. 39, n. 5, p. 421-431, set. 2002.

WILLING, M. H.; TRENTINI, M. Gerenciamento e cuidado em Unidades de Hemodiálise. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n. 2, p. 177-182, mar./abr. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The 10 leading causes of death in the world, 2000 and 2012**. 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Em relação às competências dos enfermeiros e estratégias utilizadas para desenvolvê-las:

- a) Demonstra conhecimento científico para executar as atividades assistenciais.
- b) Demonstra espírito de cooperação e controle de reações diante de situações estressoras.
- c) É responsável pela organização e coordenação das atividades assistenciais e pela sua viabilização para que os demais profissionais da equipe de enfermagem e outros da equipe de saúde.
- d) Como se dá a comunicação no relacionamento interpessoal e no interprofissional.
- e) Compromisso, responsabilidade, empatia e habilidade para tomada de decisões no desempenho das tarefas.
- f) Avalia, sistematiza e decide as condutas mais adequadas; usa apropriadamente, com eficácia e custo-efetividade, a força de trabalho, os medicamentos, equipamentos, procedimentos e práticas.
- g) A instituição promove o desenvolvimento da equipe (educação continuada); educa a equipe; demonstra responsabilidade pelo seu desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevista nº: _____

Data: _____

Hospital: _____

Parte A - Dados de Identificação

1. Idade: _____ 2. Sexo _____

3. Ano em que concluiu a graduação em enfermagem: _____

4. Tempo de trabalho na instituição _____ anos _____ meses

5. Tempo de trabalho no local de estudo _____

6. Você tem pós-graduação na área de recuperação de cirurgia cardíaca? () sim () não

Se sim, qual? () especialização () mestrado () doutorado

7. Outra Especialização _____

Parte B - Roteiro de entrevista

Q.1- Fale sobre o seu preparo acadêmico e/ou experiência profissional anterior para atuar em uma Unidade Pós-Operatória de Cirurgia Cardíaca. (Se teve na formação disciplinas teóricas ou práticas voltadas para este tipo de cuidado; a carga horária, orientação docente, trabalhos científicos nesta área).

Q.2- Fale especificamente sobre as competências profissionais que desenvolve nesta unidade (conhecimentos, habilidades, atitudes).

Q.3- A gerência desta unidade e/ou os gestores desta instituição utilizam recursos ou estratégias para mobilizar competências nos enfermeiros? Quais?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Profissional,

Gostaria de convidá-lo a participar como voluntário (a) de um estudo científico intitulado **“O Enfermeiro no Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca: Competências Profissionais e Estratégias da Organização”**, que tem como objetivo geral analisar as competências dos enfermeiros para atuar em unidades pós-operatórias de cirurgias cardíacas e as estratégias utilizadas pela gerência dos serviços para a mobilização destas competências.

Para a coleta de dados utilizaremos duas fontes de evidências: observação direta, estruturada, não participante e entrevista semiestruturada.

Concordando livre e voluntariamente em participar da pesquisa, será realizada uma observação não participante que consiste em observar as suas atividades por um período de 30 minutos antes e 30 minutos depois da entrevista, sendo os dados registrados em um diário de campo. A entrevista, que em média consome entre 20-30 minutos, será realizada no local de trabalho, em sala privativa indicada pelo participante e conforme disponibilidade do mesmo. Apresentará dados de identificação e questões abertas relacionadas ao tema proposto. O conteúdo da entrevista será gravado e posteriormente transcrito, estando disponível para os participantes durante e após a entrevista. O material respondido ficará sob a guarda rigorosa da pesquisadora responsável.

Salientamos que a literatura científica relata que pesquisas desta natureza representam riscos mínimos para os participantes, podendo acarretar desconforto ao sujeito da pesquisa, tanto no processo de observação quanto na entrevista. Dessa forma, a pesquisadora compromete-se a interromper a coleta de dados se for o desejo do participante, minimizando possíveis riscos. Não relacionamos os benefícios diretos do estudo, porém acreditamos que como benefícios indiretos os resultados deste estudo podem contribuir sobremaneira para a enfermagem, nas dimensões da prática, ensino e pesquisa.

As informações coletadas terão exclusivamente fins de pesquisa e divulgação no meio acadêmico e científico, preservando o sigilo de identidade dos participantes em conformidade com a Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Em caso de dúvidas poderá chamar a pesquisadora responsável no telefone ou endereço abaixo. Os resultados desta pesquisa serão publicados e divulgados em revistas e eventos científicos.

Aos participantes há garantia de sigilo e privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa; respeitando a liberdade de recusa em participar ou retirar o consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo algum e todo sigilo com as informações será resguardado.

Cabe ainda esclarecer que as garantias e os direitos a seguir relacionados são assegurados.

A garantia de oferecer resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa; a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem que isso traga

qualquer prejuízo; a segurança de que não será identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a sua privacidade; o compromisso de lhe proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar sua vontade de continuar participando; que se existirem custos estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não haverá qualquer tipo de gratificação pela sua participação; que terá direito a indenização conforme as leis vigentes no país caso ocorra decorrente de sua participação na pesquisa.

Declaro que concordo em participar desse estudo e que recebi uma via assinada, impressa em frente e verso, deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Eu _____ portador do RG nº _____, declaro que tenho conhecimento dos direitos descritos acima, concordo que os resultados possam ser divulgados em evento ou periódicos científicos e, concordo livremente em participar do projeto de pesquisa supra especificado.

Estando ciente e de acordo, sinalizo abaixo a aceitação do presente.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante

Pesquisador responsável

Ana Paula Azevedo Santos

Mestranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP; Telefone: (16)992016261 ou (16)36023440.

Caso necessite de esclarecimentos entre em contato com:

Comitê de Ética e Pesquisa- EERP/USP

Endereço para contato: Av. Bandeirantes, 3900; CEP: 14040-902, Ribeirão Preto - SP.

Telefone: (16) 3602-3386

Horário de funcionamento: segunda-feira a sexta-feira das 8:00 horas às 17:00 horas.

O CEP tem o papel de acompanhar todas as investigações por ele autorizadas até a sua finalização e publicação.

ANEXO

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 055/2014

Ribeirão Preto, 26 de março de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 26 de março de 2014.

Protocolo CAAE: 26475814.3.0000.5393

Projeto: O Enfermeiro no Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca: Competências e Estratégias da Gestão.

Pesquisadores: Sílvia Helena Henriques Camelo
Ana Paula Azevedo Santos

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof. Dra. Sílvia Helena Henriques Camelo
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP