

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

TOBIAS DIVINO DOS SANTOS

**Gerenciamento do cuidado e sistematização da assistência de enfermagem a
pacientes submetidos a cirurgias cardíacas em uma unidade de terapia
intensiva**

RIBEIRÃO PRETO

2021

TOBIAS DIVINO DOS SANTOS

Gerenciamento do cuidado e sistematização da assistência de enfermagem a pacientes submetidos a cirurgias cardíacas em uma unidade de terapia intensiva

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 Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologia e Inovação no Gerenciamento e Gestão em Saúde e Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Fernanda Ludmilla Rossi Rocha

RIBEIRÃO PRETO

2021

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, Tobias Divino dos

Gerenciamento do cuidado e sistematização da assistência de enfermagem a pacientes submetidos a cirurgias cardíacas em uma unidade de terapia intensiva. Ribeirão Preto, 2021.
88 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Área de concentração: Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientador: Fernanda Ludmilla Rossi Rocha

1. Gerenciamento de enfermagem. 2. Processo de enfermagem. 3. Pós operatório de Cirurgia Cardíaca.

SANTOS, Tobias Divino dos

Gerenciamento do cuidado e sistematização da assistência de enfermagem a pacientes submetidos a cirurgias cardíacas em uma unidade de terapia intensiva.

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 Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Aprovado em/...../.....

Banca examinadora

Prof. Dr.: _____
Instituição: _____
Julgamento: _____

Prof. Dr.: _____
Instituição: _____
Julgamento: _____

Prof. Dr.: _____
Instituição: _____
Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

A Deus, por ser tudo em minha vida.

Aos meus pais, Maria das Graças de Melo dos Santos e Orlando Leoterio dos Santos, que permaneceram ao meu lado nos bons e nos maus momentos e nunca me desampararam, sempre acreditando em meu potencial. Ao irmão, Gabriel Divino dos Santos, por ser uma luz em minha vida e André Luiz Reliquias Nunes, companheiro que se tornou parte da minha família e mostrou que não há dificuldade que não possa ser superada ou problemas que não tenham solução.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser a luz em todos os momentos mais escuros de minha vida.

À orientadora Profa. Dra. Fernanda Ludmilla Rossi Rocha, por ser fonte essencial na realização desta pesquisa.

Aos meus pais, irmão, companheiro e família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

À Santa Casa de Misericórdia de São Sebastião do Paraíso, que autorizou a realização da pesquisa.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

RESUMO

Santos, Tobias Divino dos. Gerenciamento do cuidado e sistematização da assistência de enfermagem a pacientes submetidos a cirurgias cardíacas em uma unidade de terapia intensiva. 2021. 88p. Dissertação (Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo propor ações relacionadas à sistematização da assistência de enfermagem e ao gerenciamento do cuidado a pacientes submetidos a cirurgias cardíacas em uma unidade de terapia intensiva. **Método:** Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, desenvolvida em um hospital filantrópico, geral e de porte IV de um município do interior do Estado de Minas Gerais. Participaram do estudo os cinco enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do hospital. Os dados foram coletados no período de agosto a outubro de 2020. Para a coleta de informações relacionadas ao perfil dos pacientes submetidos a cirurgias cardíacas, foram realizadas consultas aos prontuários dos pacientes. Para analisar a percepção dos participantes, foi utilizada a técnica do Grupo Focal (GF). Os dados obtidos a partir da realização dos GF foram analisados utilizando-se a técnica da análise de conteúdo. Para a coleta de dados relacionados à caracterização dos participantes, utilizou-se um instrumento de caracterização individual e ocupacionais dos trabalhadores. Na etapa final do estudo, foram propostas ações de SAE a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca e voltadas ao gerenciamento do cuidado de enfermagem na UTI. **Resultados:** Os enfermeiros reconheceram a importância de identificar as necessidades de cada paciente admitido na UTI, avaliar continuamente a evolução do paciente, implementar ações relacionadas à sistematização da assistência de enfermagem, coordenar a equipe de enfermagem e organizar a unidade para o seu adequado funcionamento. Os principais problemas e dificuldades relatados pelos enfermeiros foram: ausência de rotinas e protocolos para a padronização das ações na unidade; inadequado dimensionamento de pessoal de enfermagem na UTI; comunicação ineficaz entre a equipe de saúde; ausência de práticas de trabalho em equipe e interdisciplinaridade; falta de equipamentos para a assistência em saúde. Como produtos deste estudo, foram propostas ações voltadas à sistematização da assistência de enfermagem no pós-operatório de cirurgias cardíacas e ao gerenciamento do cuidado na UTI e elaborado um fluxograma de atendimento a estes pacientes no hospital. Acredita-se que o gerenciamento do cuidado e a sistematização da assistência de enfermagem a paciente submetidos a cirurgias cardíacas possam auxiliar na efetividade das ações e na resolutividade do cuidado em saúde, garantindo autonomia no processo de tomada de decisões dos enfermeiros e qualidade na assistência de enfermagem prestada aos usuários.

Palavras-chave: Gerenciamento de enfermagem; Processo de enfermagem; Pós operatório de Cirurgia Cardíaca.

ABSTRACT

Santos, Tobias Divino dos. Care management and nursing care systematization for patients undergoing cardiac surgeries in an intensive care unit. 2021. 88p. Dissertação (Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Objective: This study aimed to propose actions related to the nursing care systematization (NCS) and the care management for patients undergoing cardiac surgery in an intensive care unit. **Method:** This is a research with a qualitative approach, developed in a philanthropic, general and size IV hospital in a city in the interior of the State of Minas Gerais. Five nurses from the Intensive Care Unit (ICU) of the hospital participated in the study. Data were collected from August to October 2020. For the collection of information related to the profile of patients undergoing cardiac surgery, consultations were carried out in the patients' medical records. To analyze the participants' perception, the Focus Group (FG) technique was used. The data obtained from the FG performance were analyzed using the content analysis technique. For the collection of data related to the characterization of the participants, an instrument of individual and occupational characterization of the workers was used. In the final step of the study, NCS actions were proposed to patients undergoing cardiac surgery and aimed at managing nursing care in the ICU. **Results:** The nurses recognized the importance of identifying the needs of each patient admitted to the ICU, continuously evaluating the patient's evolution, implementing actions related to nursing care, coordinating the nursing team and organizing the unit for its proper functioning. The main problems and difficulties reported by nurses were: lack of routines and protocols for standardizing actions in the unit, inadequate sizing of nursing staff in the ICU, ineffective communication between the health team, lack of teamwork and interdisciplinary practices and lack of equipment for health care. As products of this study, actions aimed at the nursing care systematization in the postoperative period of cardiac surgeries and the management of care in the ICU were proposed, and a flowchart of care for these patients in the hospital was created. It is believed that the care management and the nursing care systematization for patients undergoing cardiac surgery can help in the effectiveness of actions and in the resolution of health care, ensuring autonomy for nurses' decision-making process and quality of nursing care provided to users.

Keywords: Nursing management; Nursing process; Postoperative of Cardiac Surgery.

RESUMEN

Santos, Tobias Divino dos. Gestión del cuidado y sistematización de la asistencia de enfermería a los pacientes sometidos a cirugías cardíacas en una unidad de cuidados intensivos. 2021. 88p. Dissertação (Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo proponer acciones relacionadas con la sistematización de la asistencia de enfermería y la gestión del cuidado de los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca en una unidad de cuidados intensivos. **Método:** Se trata de una investigación con enfoque cualitativo, desarrollada en un hospital filantrópico, general y tamaño IV de una ciudad del interior del Estado de Minas Gerais. Participaron del estudio cinco enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del hospital. Los datos se recolectaron de agosto a octubre de 2020. Para la recolección de información relacionada con el perfil de los pacientes sometidos a cirugía cardíaca, se realizaron consultas en las historias clínicas de los pacientes. Para analizar la percepción de los participantes se utilizó la técnica de Grupos Focales (FG). Los datos obtenidos del desempeño de FG se analizaron mediante la técnica de análisis de contenido. Para la recolección de datos relacionados con la caracterización de los participantes se utilizó un instrumento de caracterización individual y ocupacional de los trabajadores. En la etapa final del estudio, se propusieron acciones de NCS a los pacientes sometidos a cirugía cardíaca y orientadas a la gestión de los cuidados de enfermería en la UCI. **Resultados:** Los enfermeros reconocieron la importancia de identificar las necesidades de cada paciente ingresado en la UCI, evaluando continuamente la evolución del paciente, implementando acciones relacionadas con la sistematización de la asistencia de enfermería, coordinando el equipo de enfermería y organizando la unidad para su correcto funcionamiento. Los principales problemas y dificultades reportados por las enfermeras fueron: falta de rutinas y protocolos para estandarizar las acciones en la unidad; dotación inadecuada del personal de enfermería en la UCI; comunicación ineficaz entre el equipo de salud; falta de trabajo en equipo y prácticas interdisciplinarias y falta de equipamiento para la asistencia en salud. Como productos de este estudio se desarrollaron acciones para la sistematización de la asistencia de enfermería en el postoperatorio de cirugías cardíacas y la gestión del cuidado en la UCI, y se elaboró un diagrama de flujo del cuidado de estos pacientes en el hospital. Se cree que la gestión del cuidado y la sistematización de la asistencia de enfermería a los pacientes sometidos a cirugías cardíacas pueden ayudar en la efectividad de las acciones y en la resolución del cuidado en salud, asegurando la autonomía del enfermero en la toma de decisiones y la calidad de la asistencia de enfermería brindado a los usuarios.

Palabras claves: Gestión de enfermería; Proceso de enfermería; Postoperatorio de Cirugía Cardíaca.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1. INTRODUÇÃO	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO	188
2.1 Processo de Enfermagem e Sistematização da Assistência de Enfermagem no Pós-Operatório de Cirurgias Cardíacas	188
2.2 Gerenciamento do cuidado aos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca	21
3. OBJETIVOS	266
3.1 Objetivo Geral	266
3.2 Objetivos específicos	266
4. PERCURSO METODOLÓGICO	288
4.1 Delineamento	288
4.2 Local do estudo	288
4.3 Participantes	330
4.4 Desenvolvimento do estudo	30
4.5 Aspectos Éticos	32
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	355
5.1 Caracterização dos participantes	
5.2 Percepções dos Enfermeiros	
5.3 Ações de Sistematização da Assistência de Enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca	44
5.4 Ações de Gerenciamento do Cuidado na Unidade de Terapia Intensiva	56
5.5 Fluxograma	67
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	711
ANEXOS	843
APÊNDICES	887

APRESENTAÇÃO

Sou Enfermeiro, graduado em Enfermagem pela Libertas Faculdades Integradas de São Sebastião do Paraíso/MG. Atualmente, trabalho na Santa Casa de Misericórdia do mesmo município e atuo como Gestor de Leitos da referida instituição.

Como membro da Comissão de Curativos da Santa Casa, convivo diariamente com problemas e dificuldades da equipe de enfermagem, relacionados à falta de conhecimento durante a assistência a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, o que prejudica a qualidade do cuidado.

Diante da relevância desse problema, considero que a elaboração e a implementação de um protocolo relacionado à assistência de enfermagem aos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca se torna medida fundamental para que o enfermeiros tenha subsídios para organizar e para qualificar os cuidados prestados, a fim de contribuir para a diminuição do tempo de internação do paciente, para a minimização do risco de infecção, para a redução de gastos e e para maior disponibilidades de vagas hospitalares.

Assim, reconhecendo a importância da prática baseada em evidências científicas e da segurança do paciente nas instituições de saúde, a oportunidade de ingressar no Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da EERP/USP e de realizar este estudo representa pra mim a possibilidade de contribuir para minha prática profissional.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são afecções caracterizadas por uma etiologia multifatorial de longa duração que se desenvolvem no decorrer da vida, sendo responsáveis por altos índices de morbidade e mortalidade (BRASIL, 2018; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS, 2014).

Dentre as DCNT, as doenças cardiovasculares representam um dos principais motivos de hospitalização de indivíduos adultos no mundo e os agravos com maior frequência em mortalidade no Brasil, configurando um grande desafio para a sociedade atual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

As doenças cardiovasculares englobam um conjunto de problemas: infarto agudo do miocárdio, doenças arteriais coronarianas, angina, endocardite, insuficiência aórtica, má formação aórtica estenose aórtica, insuficiência cardíaca não congestiva e insuficiência cardíaca congestiva (RIBEIRO, 2015).

No Brasil, as doenças cardiovasculares apresentam alta incidência e prevalência, sendo uma das principais causas de óbito no Sistema Único de Saúde (SUS). Grande parte desses óbitos são causados pela doença arterial coronariana (DAC), definida como o estreitamento das artérias coronarianas em decorrência do acúmulo de placas de ateroma (REIS et al., 2019; SILVA et al., 2019). Em 2016, o número de mortes por doenças cardiovasculares no país chegou a 349.939 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – SBC, 2018).

Dentre os principais sintomas da manifestação desses agravos estão: formigamento em membros superiores, cansaço, dor no peito e dispneia. No entanto, as doenças cardíacas podem ser assintomáticas, levando à morte súbita em decorrência de infarto agudo do miocárdio (RIBEIRO, 2017).

Como tratamento, a cirurgia cardíaca aparece como uma importante opção atualmente. O primeiro procedimento cirúrgico em cardiologia bem sucedido ocorreu nos Estados Unidos, em 1938, um ano antes da utilização da circulação extracorpórea em humanos. Os três tipos principais de cirurgia cardíaca são: 1) cirurgias reconstrutoras, que consistem na revascularização do miocárdio; 2) cirurgias substitutivas, que envolvem a troca das valvas cardíacas; 3) cirurgias corretoras ou transplantes, tais como o fechamento do canal arterial. Os procedimentos reconstrutores são os mais prevalentes, os quais representam cirurgias de longa duração e altamente

invasivas, com tempo prolongado do uso de sedação e de ventilação mecânica, que requerem uso de circulação extracorpórea e drenos, fatores que contribuem para o surgimento de diversas complicações como episódios isquêmicos assintomáticos, que causam dor aos pacientes e, muitas vezes, levam a prognósticos ruins (SILVA; SANTANA; SILVA, 2016; LANZONI, 2015).

A complexidade das cirurgias cardíacas exige tratamento adequado em todas as fases operatórias, destacando-se a fase pós-operatória, marcada pela instabilidade e repleta de peculiaridades deste período crítico em cuidados, no qual se devem levar em conta as complicações que podem surgir (CARVALHO et al., 2016).

Nos últimos anos, com o avanço tecnológico, novas técnicas vêm sendo utilizadas a fim de minimizar os danos e traumas sofridos pelos pacientes, visando promover conforto aos pacientes (SILVA et al., 2017). Além disso, houve uma mudança no perfil dos pacientes submetidos a cirurgias cardíacas devido à evolução dos procedimentos diagnósticos e dos tratamentos clínicos dos problemas cardiovasculares, o que faz com que as cirurgias sejam indicadas a casos mais graves de acordo com a idade e com a gravidade das manifestações clínicas (ASSIS et al., 2020; DORDETTO; PINTO; ROSA, 2016; STRABELLY; STOLF; UIP, 2008). Nesse sentido, a identificação dos fatores de risco é fundamental para a escolha do melhor tratamento voltado à redução de complicações no período pós-operatório.

As principais complicações no pós-operatório de cirurgias cardíacas envolvem fibrilação atrial, fibrilação ventricular, infecção do sítio cirúrgico, insuficiência renal aguda, mediastinite, derrame pleural, atelectasia, enfisema subcutâneo, pneumotórax, embolia pulmonar, broncopneumonia, insuficiência respiratória aguda, hipoxemia, hiperglicemia, síndrome do desconforto respiratório agudo, edema agudo de pulmão, arritmia, hemorragia ou baixo débito pós-procedimento, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e parada cardiorrespiratória (RIBEIRO, 2018). Dentre essas complicações, a infecção continua sendo uma das maiores causas de morbimortalidade em pacientes submetidos a cirurgias cardíacas (BRAZ et al., 2018; STRABELLY; STOLF; UIP, 2008).

Dentre os principais fatores que podem causar complicações no período pós-operatório de cirurgias cardíacas, evidências científicas apontam comorbidades como diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, nefropatia, doença pulmonar obstrutiva crônica e doença cerebrovascular; fatores individuais e relacionados a hábitos de vida, como idade avançada, obesidade, tabagismo (SILVA et al., 2019; DORDETTO; PINTO; ROSA, 2016; FERREIRA;

VIEGAS, 2004). Além das complicações físicas, a cirurgia cardíaca é um dos procedimentos que mais sensibiliza os pacientes, trazendo à tona sentimentos de ansiedade, de temor e de angústia, além de expectativas negativas sobre o futuro.

Neste contexto, o enfermeiro, responsável pela assistência e pelo gerenciamento das unidades de saúde, deve desenvolver ações capazes de minimizar necessidades psicológicas e sentimentos relacionados aos procedimentos cirúrgicos (CASTRO et al., 2019; CAMPONOVARA et al., 2012).

O trabalho em um setor de alta complexidade, como as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) que recebem pacientes submetidos a cirurgias cardíacas, exige conhecimentos específicos dos profissionais de enfermagem e requer competências capazes de fornecer subsídios para o planejamento e para a organização da assistência (SANTOS et al., 2016).

Diante dessa complexidade, as práticas do cuidado devem ser realizadas com base em evidências científicas e se torna fundamental a utilização de ferramentas que possam oferecer subsídios para a tomada de decisões e para a autonomia acerca dos cuidados individualizados prestados aos pacientes submetidos a cirurgias cardíacas, visando à prevenção de possíveis complicações, à segurança do paciente e à qualidade da assistência (RIBEIRO et al., 2015).

Nesse sentido, os principais cuidados de enfermagem relacionados às necessidades físicas dos paciente no pós-operatório de cirurgias cardíacas são: avaliação da dor, observação dos sinais de descompensação como dispneia, dilatação venosa jugular e estertores pulmonar, perdas de drenos torácicos, exames laboratoriais, traçado eletrocardiográfico, edema periférico, ganho de peso, avaliação da ferida operatória, controle do volume urinário, estimulação e orientação para a prática de exercícios respiratórios e monitoramento rigoroso dos sinais vitais (VIEGAS et al, 2017; DESSOTTE et al., 2016). Além destes cuidados, o enfermeiro necessita desenvolver habilidades voltadas à satisfação das necessidades psicoemocionais dos pacientes cardíacos.

Para o gerenciamento da assistência de enfermagem, é necessário que o enfermeiro possua competências como domínio pessoal, efetividade interpessoal, gestão de pessoas, gestão financeira, cuidados com a equipe e consigo mesmo e pensamento sistematizado. Uma vez que esse profissional atua em um setor de alta complexidade, com pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, o conhecimento dessas competências irá direcionar e propiciar subsídios para a organização do trabalho e para o planejamento de ações e para a organização da assistência de enfermagem (SANTOS et al., 2016).

Enquanto método de trabalho do enfermeiro, o Processo de Enfermagem (PE) surge como mecanismo de planejamento e de avaliação do cuidado extremamente importante (ZANARDO; ZANARDO; KAEFER, 2011), efetivado por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Entretanto, a aplicação do PE e da SAE requer constante atualização do profissional, pensamento crítico e habilidades específicas voltadas à satisfação das necessidades biopsicoemocionais e familiares (SILVA et al., 2011).

Nesse sentido, reconhece-se que o PE possibilita ao enfermeiro a organização do trabalho de enfermagem, norteando o raciocínio clínico e a tomada de decisões, a avaliação dos resultados e a implementação de intervenções, possibilitando a documentação da prática profissional (BARROS et al., 2015). Além disso, a aplicação do PE garante ao enfermeiro o desenvolvimento de sua autonomia ao planejar as ações para o cuidado do paciente, o que difere sua atuação dos demais profissionais da equipe de saúde (CUNHA; BARROS, 2005). O PE torna as ações organizadas, pois permite a continuidade da assistência de enfermagem, garante a segurança do paciente, do profissional e da instituição hospitalar e fornece dados para pesquisas, para auditorias e para análises jurídicas (SILVA et al., 2016).

Outros benefícios do uso do PE podem ainda ser citados: diminuição da reincidência e do tempo das internações hospitalares à medida que agiliza o diagnóstico e o tratamento dos problemas de saúde; redução de custos em saúde; melhora da comunicação entre equipes; prevenção de erros e eventos adversos, potencializando a segurança do paciente e a qualidade do cuidado; integralidade da assistência em saúde (AMANTE; ROSETTO; SCHNEIDER, 2008).

Diante do exposto, motivamo-nos a desenvolver o estudo ora apresentado, buscando responder às seguintes questões: quais são as principais ações a serem tomadas pelos enfermeiros para o gerenciamento e para a sistematização da assistência de enfermagem a pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca?

REFERENCIAL TEÓRICO

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Processo de Enfermagem e Sistematização da Assistência de Enfermagem no Pós-Operatório de Cirurgias Cardíacas

O Processo de Enfermagem (PE) representa um instrumento metodológico e sistemático para a realização da assistência de enfermagem (CRUZ, 2008). Outras definições do PE consideram-no enquanto um instrumento tecnológico utilizado para organizar e promover o cuidado e para documentar a prática profissional; ou como um modelo metodológico que permite identificar, descrever, compreender, explicar e/ou prever as necessidades dos pacientes, famílias e grupos diante de problemas de saúde (reais ou potenciais) e determinar quais intervenções de enfermagem devem ser implementadas para a resolução destes eventos (GARCIA; NÓBREGA, 2004; GARCIA; NÓBREGA; CARVALHO, 2004; GARCIA; NÓBREGA, 2009).

A expressão Processo de Enfermagem começou a ser utilizada formalmente na linguagem profissional da Enfermagem a partir da década de 1950, sob influência do método de solução de problemas e do método científico de observação, mensuração e análise de dados sendo descrito, em 1967 por Helen Yura e Mary B. Walsh com quatro fases: coleta de dados, planejamento, intervenção e avaliação (GARCIA; NÓBREGA, 2009). A etapa de identificação e classificação de diagnósticos de enfermagem foi incluída no PE apenas em 1973, movimento que marcou o início de uma nova geração do PE e o impactou sobremaneira no avanço da Enfermagem enquanto Ciência (GARCIA; NÓBREGA, 2004; GARCIA; NÓBREGA; CARVALHO, 2004). No Brasil, o PE foi amplamente estudado por Wanda Aguiar Horta (HORTA, 1974).

Considera-se que a etapa diagnóstica representa o processo durante o qual o enfermeiro identifica as necessidades de atendimento e o grau de dependência do paciente, em essência e dimensão, tornando-se, assim, uma habilidade central capaz de aproximar o enfermeiro do paciente e compreender suas respostas fisiológicas e emocionais (SOUZA; VASCONCELOS; PARRA, 2015). Além disso, a definição dos DE representa um ponto vital do PE, pois transmite o entendimento clínico das necessidades individualizadas de cada paciente, favorecendo e organizando a prática dos cuidados (PIVOTO et al., 2010).

O diagnóstico de enfermagem (DE) é a base para a escolha das intervenções e requer a utilização de Sistemas de Linguagem Padronizada de Enfermagem, entre eles a *NANDA International, Inc* (NANDA-I), utilizada para nomear os DE, base para a seleção de intervenções

e resultados dos pacientes sensíveis à enfermagem. A Taxonomia II está estruturada em 26744 DE, agrupados em 13 domínios e 47 classes (HERDMAN; KAMITSURU, 2021).

Segundo a Resolução do COFEN nº 358/2009, que revoga a Resolução COFEN 272/2002, em seu Art. 1º, o PE “*deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem*” e se organiza em cinco etapas:

I - Coleta de Dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem): processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, a família ou a coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo de saúde e doença;

II - Diagnóstico de Enfermagem: processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo de saúde e doença, e que constitui a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados;

III - Planejamento de Enfermagem: determinação dos resultados que se esperam alcançar e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo de saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem;

IV - Implementação: realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem;

V - Avaliação de Enfermagem: processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo de saúde e doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado, e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações (COFEN, 2009, Resolução 358/2009, Art. 2º).

Assim, toda instituição de saúde que presta cuidado profissional de enfermagem deverá utilizar o PE, o qual permite implementar os conhecimentos técnico-científicos e de humanização do cuidado na prática assistencial e organizar o trabalho de enfermagem (JOST; VIEGAS; COREGNATO, 2018). Entretanto, todas as etapas do PE requerem registros meticulosos, uma vez que representam atividades desenvolvidas no cuidado do paciente e implicam aspectos

profissionais e legais para o enfermeiro, para a equipe multiprofissional e para o paciente, de forma segura e organizada (AZEVEDO et al., 2019).

A Resolução 358/2009 COFEN afirma ainda que cabe ao enfermeiro a implantação, o planejamento, a organização, a execução e a avaliação do PE na prática cotidiana da enfermagem, enfatizando o PE como uma atividade privativa do enfermeiro para a identificação dos problemas de saúde e para subsidiar as ações de assistência de Enfermagem, contribuindo para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. Neste contexto, destaca-se a discussão acerca da necessidade da participação dos demais membros da equipe de enfermagem na realização do PE, sobretudo na implementação dos cuidados (FULY; LEITE; LIMA, 2008).

Em relação à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), compreende-se a SAE como a organização do trabalho da enfermagem a fim de tornar possível a realização do PE (BACKES; SCHWARTZ, 2005). A SAE prevê a definição do PE e da natureza do trabalho a ser realizado, desde a base teórico-filosófica até o tipo de profissional, os métodos, os objetivos e os recursos materiais necessários para a produção do cuidado (LEOPARDI, 2006).

Deste modo, o PE concretiza-se por meio da SAE, com base em métodos científicos com o objetivo de fundamentar a forma de cuidar (BARROS; LOPES, 2010; AZEVEDO et al., 2019). Assim, a SAE oferece subsídios para o avanço técnico-científico, os quais configuram a enfermagem como disciplina e ciência cujos conhecimentos são próprios e específicos (BARBOSA et al., 2012) e deve ser utilizada na prestação de cuidados, sendo a base da prática de enfermagem atual (SILVA et al., 2006; BARRETA et al., 2017).

Para a efetivação do PE e da SAE, o enfermeiro precisa constantemente aprimorar suas habilidades e competências, visando a satisfação das necessidades biopsicossociais dos pacientes durante a assistência e a gestão adequada das unidades de saúde. Especificamente relacionado à assistência de enfermagem no PO de cirurgias cardíacas, cabe ao enfermeiro reconhecer e identificar os principais DE por meio de seu conhecimento sobre o processo fisiopatológico das doenças cardíacas, elaborando intervenções, prevendo complicações e implementando ações individualizadas para cada paciente (RODRIGUES et al., 2010; MELO; COSTA; SANDES, 2018). Entre os principais DE relacionados às cirurgias cardíacas, cita-se: risco de infecção, débito cardíaco diminuído, dor aguda, ventilação espontânea prejudicada, risco de desequilíbrio hidroeletrólítico, risco de desequilíbrio, mobilidade no leito prejudicada, risco de constipação, risco

de queda e risco de sangramento (RIBEIRO et al., 2015; MELO; COSTA; SANDES, 2018; RIBEIRO et al., 2019).

No período pós-operatório, as necessidades dos pacientes estão diretamente relacionadas ao momento da recuperação e ao tipo de intervenção cirúrgica realizada. Nas cirurgias cardíacas, o PO representa um período crítico, marcado por estresse, por instabilidade e por diversas singularidades, cabendo ao enfermeiro a coordenação da assistência de enfermagem visando à segurança do paciente e à qualidade do cuidado (DUARTE et al., 2012; RIBEIRO et al, 2019).

Nesse sentido, é indispensável o uso da assistência de enfermagem para a recuperação do paciente, embasada em uma metodologia específica (SARTORI et al., 2018). Reconhece-se que ações de sistematização do cuidado podem fornecer subsídios para a organização do trabalho e direcionar a equipe na prestação de uma assistência de qualidade (SANTOS et al., 2016), uma vez que a maioria das alterações cardiovasculares são multifatoriais e multidisciplinares, sendo necessárias várias intervenções dos profissionais de saúde. Assim, torna-se fundamental a coordenação dessas ações por um enfermeiro para uma melhor abordagem, pautada na SAE para a satisfação das necessidades individuais de cada paciente (BARROS; CAVALCANTE, 2017).

Finalmente, considera-se que a complexidade do cliente submetido a cirurgias cardíacas e o risco de instabilidade hemodinâmica são fatores primordiais para uma observação contínua do enfermeiro e de sua equipe, exigindo qualificação e sistematização do cuidado. Para além dos problemas físicos, porém, as necessidades emocionais e psicológicas dos pacientes submetidos a cirurgias cardíacas merecem atenção especial dos enfermeiros e exigem habilidades específicas.

2.2 Gerenciamento do cuidado aos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca

A finalidade do trabalho da equipe de enfermagem é o cuidado e, nesse sentido, o enfermeiro assume a responsabilidade de liderar e de planejar a assistência, executando procedimentos mais complexos e coordenando as atividades desenvolvidas por todos, uma vez que a efetividade desses processos está diretamente ligada à organização e à educação permanente dos membros da equipe (FERRERIA et al., 2019).

Nesse sentido, o processo de trabalho do enfermeiro tem sido classificado em duas grandes dimensões: assistencial e gerencial, as quais são indissociáveis e complementares. Na dimensão assistencial, o enfermeiro toma como objeto de intervenção as necessidades de cuidado de

enfermagem e tem por finalidade o cuidado integral; na dimensão gerencial, o enfermeiro realiza a organização do trabalho e dos recursos humanos em enfermagem com a finalidade de implementar condições adequadas de cuidado dos pacientes e de atuação dos trabalhadores (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009; FELLI; PEDUZZI, 2016).

Estudo de revisão discute a complementaridade das dimensões gerencial e assistencial do trabalho do enfermeiro (SANTOS et al., 2013). Nesse sentido, os autores discutem a definição do termo gerência do cuidado de enfermagem, compreendido como a articulação entre as esferas gerencial e assistencial que compõem o trabalho do enfermeiro. Esse estudo tem sido utilizado para caracterizar, principalmente, as atividades dos enfermeiros, visando à qualidade das práticas assistenciais por meio do planejamento das ações de cuidado, da previsão e da provisão de recursos necessários para a assistência e da potencialização das interações entre os profissionais da equipe de saúde, visando a uma atuação mais articulada. Desse modo, compreende-se a indissociabilidade do cuidado e do gerenciamento na prática de trabalho do enfermeiro, nos mais variados contextos (SANTOS et al., 2013).

A atuação gerencial é uma ferramenta do enfermeiro no processo de cuidar que objetiva desenvolver condições para a realização de uma adequada assistência ao indivíduo, por meio da organização do processo de trabalho (MAZIERO et al., 2014). Em especial no ambiente hospitalar, pela complexidade e pela dependência do cuidado, o trabalho gerencial do enfermeiro tem sido fundamental para a articulação da equipe de saúde, para a organização e para a busca de ações estratégicas de melhorias voltadas para o usuário (LIMA et al., 2016).

O gerenciamento do cuidado em enfermagem tem sido observado desde meados do século XIX, com o trabalho desenvolvido por Florence Nightingale na guerra da Crimeia, devido à necessidade de organizar e de dirigir os hospitais onde ficavam grande partes dos enfermos. Florence destacava que a administração e a assistência adequadas conseguem provocar mudanças importantes no cenário do cuidado, inclusive reduzindo a mortalidade dos pacientes (SILVA et al., 2018).

Assim, a gerência do cuidado de enfermagem mobiliza ações nas relações, nas interações e nas associações entre as pessoas como seres humanos complexos e que vivenciam a organicidade do sistema de cuidado complexo, constituída por equipes de enfermagem e de saúde com competências/aptidões/potências gerenciais próprias ou inerentes às atividades profissionais dos enfermeiros (ERDMANN; BACKES; MINUZZI, 2007), tornando-se fundamental que os

enfermeiros desenvolvam conhecimentos e competências relacionados à tomada de decisões, à organização do trabalho, ao gerenciamento da assistência e ao direcionamento no processo de cuidado de pacientes submetidos a cirurgias cardíacas (SANTOS et al., 2016).

De acordo com Ferraz (2000), a complexidade da dinâmica organizacional existente nas organizações de saúde exige modelos de gestão e gerenciamento do cuidado capazes de superar o etnocentrismo e a lógica das normatizações que sustenta as práticas de enfermagem, historicamente. Para a pesquisadora, um novo paradigma sobre a dimensão organizacional do cuidado deve ser definido, baseado na produção do cuidado na perspectiva do modelo clínico ampliado, em processos de trabalho interdisciplinares e no desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros relacionadas à integralidade do cuidado.

A formação do profissional de enfermagem engloba bases de administração e de gerenciamento utilizados nas instituições de saúde para a organização do cuidado e do ambiente terapêutico. Com isso, o enfermeiro se torna o vínculo direto com a alta administração e com a equipe multiprofissional envolvida na assistência (SANTANA; SILVA, 2018).

A enfermagem tem assumido cada vez mais atividades e procedimentos que exigem a adoção de estratégias e de transformações para atender ao perfil de cada paciente. No âmbito hospitalar, a enfermagem assume uma parcela significativa em recursos humanos, o que influencia diretamente nas despesas e na prestação de uma assistência de qualidade. Por esse motivo, a busca de profissionais qualificados se torna cada vez maior (SANTOS et al., 2016; TENÓRIO et al., 2019) e o gerenciamento de pessoas se torna ainda mais complexo, uma vez que é necessário trabalhar com valores, sentimentos, crenças, leis e ética. Além disso, deve-se considerar o papel de influência do líder no ambiente de trabalho como um fator importante para tornar esse ambiente mais agradável e produtivo e para o desenvolvimento da prática profissional, a fim de alcançar resultados mais satisfatórios (BUENO; BERNARDES, 2010; BALSANELLI; CUNHA, 2016).

Segundo Santos et al. (2020), a implementação de modelos gerenciais em conjunto com a educação em saúde tem resultados significativos na melhora dos parâmetros fisiológicos de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, assim como satisfação na assistência prestada, redução da ansiedade, diminuição do tempo de internação e redução de custos hospitalares.

Nas unidades de cuidados a pacientes no PO de cirurgias cardíacas existe um cenário altamente especializado e inovador na prestação da assistência desses pacientes críticos, no qual a enfermagem assume um papel crucial na assistência e na gerência de inúmeras tarefas gerenciais

com alto grau de responsabilidades, ligadas diretamente à evolução desses pacientes (SANTOS et al., 2016). Desse modo, considera-se o enfermeiro como o principal profissional envolvido no gerenciamento da assistência aos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, sendo objetivo da atuação da enfermagem restaurar a homeostasia e evitar complicações no pós-operatório (SANTOS et al., 2016; SOARES; COSTA; PISSAIA, 2019), além de oferecer assistência integral ao paciente, satisfazendo suas necessidades biológicas, psicológicas, emocionais e espirituais.

Assim, o paciente submetido a cirurgia cardíaca exige que a equipe de enfermagem utilize diversos recursos e intervenções com o objetivo de assisti-lo integralmente e promover sua saúde. Ademais, a UTI é uma unidade destinada à assistência de paciente graves, possuindo aparato tecnológico complexo e demandando equipe de saúde altamente qualificada, voltada não apenas para lidar com problemas fisiopatológicos, mas também com situações emocionais e com problemas familiares que estão ligados diretamente às necessidades do paciente cardíaco (CAETANO et al., 2007; MARUTI; GALDEANO, 2007; SILVEIRA; CONTIM, 2015). Neste contexto, o enfermeiro assume papel fundamental relacionado à organização do trabalho e ao gerenciamento do cuidado na unidade, qualificando a assistência em saúde.

OBJETIVOS

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Propor ações relacionadas à sistematização da assistência de enfermagem e ao gerenciamento do cuidado a pacientes submetidos a cirurgias cardíacas em uma unidade de terapia intensiva.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar o perfil dos pacientes submetidos a cirurgias cardíacas na instituição;
- Analisar as percepções dos enfermeiros acerca das ações de sistematização da assistência de enfermagem e de gerenciamento do cuidado realizadas na unidade;
- Propor ações relacionadas à sistematização da assistência de enfermagem a pacientes submetidos a cirurgias cardíacas no hospital;
- Propor ações voltadas ao gerenciamento do cuidado de enfermagem a pacientes submetidos a cirurgias cardíacas no hospital;
- Elaborar um fluxograma de atendimento aos pacientes submetidos a cirurgias cardíacas no hospital.

PERCURSO METODOLÓGICO

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Delineamento

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, a qual permite a compreensão das relações sociais e da realidade vivenciada, contemplando a análise dos significados, percepções, crenças, valores, atitudes, interpretações dos indivíduos (MINAYO, 2013).

4.2 Local do estudo

Este estudo foi realizado em um hospital filantrópico, geral e de porte IV do município de São Sebastião do Paraíso, localizado no interior do Estado de Minas Gerais, que atende à população de seis municípios do Sudeste do Estado e que possui 179 leitos e aproximadamente 500 colaboradores, dos quais quase 300 são profissionais de enfermagem.

De acordo com relatórios da instituição, as primeiras cirurgias cardíacas do hospital ocorreram em 2013. Desde então, foram realizadas 813 cirurgias cardíacas, das quais 595 tiveram internações na UTI. O tempo médio de internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foi de três a quatro dias; a faixa etária variou entre 50 a 80 anos de idade; houve prevalência de 67% de pacientes do sexo masculino. As principais cirurgias realizadas foram: revascularização do miocárdio, implante de prótese valvar, fechamento de comunicação interatrial, fechamento de 38 comunicação interventricular, implante de marcapasso de câmara dupla transvenoso, implante de marca-passo de câmara única transvenoso, plástica valvar e/ou troca valvar, implante de prótese valvar.

A UTI do referido hospital foi inaugurada em 27 de dezembro de 2011. Atualmente, a unidade possui 11 leitos para internação e 26 trabalhadores de enfermagem, sendo um enfermeiro coordenador da unidade, quatro enfermeiros assistenciais e 21 técnicos em enfermagem. Desses profissionais, 20 técnicos de enfermagem e quatro enfermeiros assistenciais possuem jornada de 12 horas de trabalho e 36 horas de descanso, atuando em plantões fixos, sendo o plantão diurno iniciado às 7:00 e finalizado às 19:00 e o plantão noturno iniciado às 19:00 e finalizado às 7:00, totalizando uma carga horária semanal de 36 horas. O enfermeiro coordenador da unidade e um

técnico de enfermagem possuem jornada de oito horas de trabalho diário e carga horária semanal de 40 horas, com início às 7:00 e término às 17:00, de segunda a sexta-feira.

Os técnicos têm como principais atividades relacionadas à assistência de enfermagem: participar como membro da equipe multiprofissional envolvida no cuidado ao paciente; realizar passagens de plantão sobre as condições de saúde dos pacientes e eventuais necessidades da unidade; checar os sinais vitais a cada duas horas ou conforme a gravidade do paciente; realizar higienização corporal diária e mudança de decúbito a cada duas horas dos pacientes; realizar e monitorar balanço hidroeletrolítico dos pacientes; administrar medicamentos e soluções e executar medidas terapêuticas e relacionadas ao cuidado conforme prescrição médica e de enfermagem; realizar a coleta de materiais biológicos para exames de urgência; realizar o controle de drenos, de sondas, de cateteres; realizar o registro das ações relacionadas à assistência nos prontuários dos pacientes; auxiliar a equipe médica na realização de procedimentos relacionados ao cuidado; organizar o setor diariamente (materiais, medicamentos, equipamentos; mobiliários, espaço físico); receber e encaminhar materiais da central de materiais esterilizáveis, da farmácia e do almoxarifado.

Os enfermeiros são responsáveis pelo planejamento e pela organização das ações de enfermagem da unidade, tendo como principais rotinas: implementar a SAE a todos os pacientes, incluindo a prescrição de enfermagem; participar da visita multiprofissional e realizar visita de enfermagem diária aos pacientes; realizar o registro das ações relacionadas à assistência nos prontuários dos pacientes; realizar procedimentos de enfermagem de alta complexidade, como instalação de sondas e cateteres; supervisionar os técnicos de enfermagem na realização de todo e qualquer procedimento; atuar junto à equipe de fisioterapia na monitorização e no cuidado relacionados aos parâmetros respiratórios dos pacientes mantidos sob ventilação mecânica; realizar o gerenciamento da assistência, das pessoas e da unidade, incluindo o adequado dimensionamento da equipe de enfermagem e a previsão e provisão de materiais, de medicamentos, de equipamentos e de espaço físico.

O enfermeiro coordenador, por sua vez, é responsável técnico da unidade. Suas atribuições dizem respeito à gestão de pessoas, à gestão do trabalho e à gestão da assistência de enfermagem prestada aos pacientes. Assim, esse profissional realiza, dentre outras atividades, dimensionamento de pessoal; organização de cursos, treinamentos e capacitações para a equipe de enfermagem da unidade; análise dos prontuários dos pacientes após a alta da unidade; previsão e provisão de

materiais, de medicamentos e de equipamentos da unidade, sendo responsável direto pelos medicamentos e pelos materiais de alto custo; planejamento da unidade como centro de custo da instituição.

4.3 Participantes

Participaram do estudo os cinco enfermeiros da unidade estudada, sendo um enfermeiro coordenador na UTI cardiológica e quatro enfermeiras assistenciais. Os demais trabalhadores da equipe de enfermagem não foram convidados a participar do estudo em decorrência

Os enfermeiros foram convidados a participar do estudo, recebendo orientações sobre os objetivos e os procedimentos a serem realizados. Os trabalhadores assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE - (Apêndice A) e participaram de grupos focais coordenados pelo pesquisador, nos quais foram discutidas as características do trabalho da enfermagem na UTI da instituição e as ações relacionadas à SAE e ao gerenciamento do cuidado de enfermagem aos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca na instituição.

Uma vez que o pesquisador responsável atuava como enfermeiro na instituição, foi esclarecido aos participantes que não haveria qualquer relação de autoridade ou de submissão no desenvolvimento da pesquisa. Além disso, foi garantido aos profissionais total sigilo da identidade dos participantes e das informações a serem coletadas.

Foram adotados como critério de inclusão: ser enfermeiro e trabalhar na UTI do hospital por um período mínimo de seis meses.

4.4 Desenvolvimento do estudo

A abordagem qualitativa permitiu o aprofundamento das percepções dos participantes em relação à assistência e ao gerenciamento da unidade e a análise das dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na UTI. Diante desta análise, foram propostas ações de sistematização da assistência e de gerenciamento do cuidado ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Os dados foram coletados no período de agosto a outubro de 2020. Para a coleta de informações relacionadas ao atendimento e ao perfil dos pacientes submetidos a cirurgias cardíacas na instituição, realizaram-se consultas aos prontuários dos pacientes, desde 2013.

Para analisar a percepção dos participantes, foi utilizada a técnica do Grupo Focal (GF), que consistem em “*uma técnica de coletar dados diretamente das falas de um grupo, que relata suas experiências e percepções em torno de um tema de interesse coletivo*” (LEOPARDI et al., 2001. p.258). Essa técnica permite ao pesquisador compreender as percepções, as crenças, os valores, as práticas e os comportamentos cotidianos de grupos específicos, além de possibilitar a análise de ideias compartilhadas pelos indivíduos e a influência destes aspectos no comportamento dos sujeitos (GATTI, 2005). Assim, o GF intensifica o acesso às informações acerca de um fenômeno, gerando novas concepções por meio da análise e da problematização de uma ideia, em profundidade BACKES et al. (2011).

Durante os GF, foi utilizado um roteiro elaborado pelo pesquisador acerca da percepção dos enfermeiros em relação à SAE e ao gerenciamento do cuidado na unidade (Apêndice B), com as seguintes questões: 1) como é realizada a assistência ao paciente no PO de cirurgia cardíaca na unidade? 2) quais as ações realizadas pelos enfermeiros na UTI? Descreva o trabalho dos enfermeiros nesta unidade; 3) quais ações específicas de gerenciamento da assistência de enfermagem são realizadas pelos enfermeiros da unidade? 4) existem protocolos de assistência de enfermagem na unidade? 5) como deveria ser o protocolo de SAE no PO cirurgia cardíaca? As falas dos participantes foram gravadas para permitir a transcrição e facilitar a análise do pesquisador. Para a interrupção dos GF, utilizou-se o critério de saturação dos dados (MINAYO, 2013).

No total, foram realizados cinco GF, nos quais o pesquisador foi o coordenador de todas as ações desenvolvidas. Os encontros foram realizados uma vez por semana, durante as jornadas de trabalho com duração aproximada de uma hora, tendo ocorrido no período de agosto a outubro de 2020, na sala dos enfermeiros, localizada próximo à UTI. O objetivo destas estratégias foi garantir que não houvesse qualquer prejuízo ao trabalho de enfermagem na unidade durante a realização dos GF. Por este mesmo motivo, os participantes foram divididos em dois grupos: um grupo foi composto por dois enfermeiros e o outro, por três enfermeiros.

Os dados obtidos a partir da realização dos GF foram analisados utilizando-se a técnica da análise de conteúdo segundo Minayo (2001), a qual envolve três fases: pré-análise (compreende a leitura flutuante do material, a constituição do corpus de análise e a formulação/reformulação de hipóteses ou pressupostos); exploração do material ou codificação (representa a etapa na qual são propostas categorias de análise, num processo de redução do texto a palavras e expressões

significativas e representativas dos dados); tratamento dos resultados (momento de interpretar os resultados) (MINAYO, 2013). Neste processo, dois pressupostos não devem ser esquecidos: não há consenso ou conclusão no processo de produção de conhecimento, o qual está sempre em construção e em atualização; a ciência se produz na relação prática entre o saber dos que a praticam e a experiência dos que atuam na realidade concreta (MINAYO, 2013).

Neste estudo, na fase de pré-análise, o material gravado nos GF foi transcrito e organizado de acordo com o objetivo do estudo. Na etapa de exploração do material, foram definidas as seguintes categorias de análise, a partir da extração dos núcleos das falas dos participantes: percepções dos enfermeiros sobre a assistência de enfermagem na unidade; percepções dos enfermeiros sobre o trabalho de enfermagem na unidade; percepções dos enfermeiros sobre o gerenciamento do cuidado na unidade. Para a interpretação dos resultados, foram realizadas discussões a partir das evidências científicas encontradas acerca de ações de SAE no PO de cirurgias cardíacas e gerenciamento de unidades de tratamento intensivo.

Para a coleta de dados relacionados à caracterização dos participantes, utilizou-se um instrumento apresentado no Apêndice C, no intuito de coletar informações individuais e ocupacionais dos trabalhadores (idade, sexo, nível de formação, tempo de atuação na UTI, carga horária de trabalho).

Na etapa final do estudo, foram desenvolvidos planos de ação relacionados a ações de SAE a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca e ao gerenciamento do cuidado de enfermagem na UTI no hospital estudado.

Para o planejamento das ações relacionadas ao Processo de Enfermagem e à SAE no PO de cirurgias cardíacas, utilizou-se como referencial teórico os conceitos apresentados por Garcia e Nóbrega (2004); Garcia, Nóbrega e Carvalho (2004); Garcia e Nóbrega (2009). Para a proposição das ações de gerenciamento do cuidado na UTI, utilizou-se como referencial teórico os pressupostos de Ferraz (2000) e discutidos no estudo de Santos et al. (2013). Ressalta-se a participação ativa dos enfermeiros na construção destas ações. Adicionalmente, o grupo de enfermeiros elaborou um fluxograma de atendimento ao paciente em PO de cirurgia cardíaca.

Esclarece-se que a implementação e a avaliação das ações propostas foram etapas não executadas nesta investigação, em decorrência do agravamento do contexto sanitário relacionado à pandemia da Covid-19 no país.

4.5 Aspectos éticos

Este estudo foi desenvolvido após autorização da Direção e da Coordenação de Enfermagem do hospital (Anexo 1) e após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – CEP EERP/USP (CAAE 18875019.0.0000.5393) (Anexo2). Foram seguidas as normalizações da Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos participantes

Dos cinco participantes, apenas um era do sexo masculino. As idades dos participantes variavam de 26 a 44 anos com uma média de 36,20 anos. Em relação ao tempo em que atuavam na unidade, este período variou de três a nove anos, com um tempo médio de 6,4 anos. Quanto à formação profissional, o tempo variava de três a dez anos, com um tempo médio de 5,8 anos, sendo que quatro dos participantes possuíam uma especialização *strictu sensu* e um dos participantes estava com a especialização em andamento.

5.2 Percepções dos Enfermeiros

Durante os grupos focais, realizaram-se discussões com os enfermeiros da UTI acerca da percepção de cada um deles em relação à assistência de enfermagem, ao trabalho da equipe de enfermagem e ao gerenciamento do cuidado prestado aos pacientes submetidos a cirurgias cardíacas na UTI.

Desse modo, a partir das falas dos enfermeiros, os dados coletados foram categorizados em três grupos de análise: percepções dos enfermeiros sobre a assistência de enfermagem, percepções dos enfermeiros sobre o trabalho e percepções dos enfermeiros sobre o gerenciamento do cuidado na unidade, apresentados a seguir.

- Percepções dos enfermeiros sobre a assistência de enfermagem na unidade

Quando questionados sobre como é realizada a assistência de enfermagem aos pacientes no período PO de cirurgia cardíaca na unidade, os profissionais referiram:

Nós já começamos a conhecer esse paciente mesmo antes que ele chegue na unidade. É muito importante esse contato, pois cada paciente tem suas características específicas...Mesmo com a equipe toda preparada, é muito importante o enfermeiro responsável pelo plantão conferir todo o material para que não haja falhas ao receber esse paciente, pois ele chega bem grave. Se não prestar uma assistência correta, temos uma responsabilidade grande em nossas mãos...” (participante C)

Na UTI, a gente recebe a história dele antes mesmo dele entrar na UTI. Colhe toda a história dele, se ele é diabético, se ele é hipertenso e monta um kit de todos os exames a ser coletado no pós-operatório imediato, após 4 horas, após 12 horas e os de rotina... (Participante A)

Aqui é bem detalhado esse atendimento. O enfermeiro fica com quase tudo, precisa ser tudo monitorado e organizado como esse paciente será assistido... Quando paciente chega, é coletado vários exames onde o enfermeiro que é o responsável por todas essas coletas... (Participante D) O recuo do trecho dispensa as aspas.

De acordo com a falas dos participantes, observou-se que os trabalhadores reconhecem a importância do conhecimento sobre cada paciente que será admitido na UTI, sobre a necessidade de monitoramento contínuo e de controle dos parâmetros de todos os pacientes nas primeiras 24 horas do PO e sobre a organização da unidade para receber o paciente.

O primeiro contato do enfermeiro com o paciente de cirurgia cardíaca se dá logo na entrada deste na unidade. Assim, desde a admissão do paciente, o enfermeiro tem oportunidade de colocar em prática todo seu conhecimento técnico-científico, agindo diretamente no cuidado e identificando todas as necessidades do paciente, para contribuir diretamente para sua evolução e melhora e para organizar o trabalho da equipe de enfermagem (FRIEDRICH et al, 2020).

Reconhece-se que o período mais crítico para o paciente em PO de cirurgia cardíaca está relacionado às primeiras 24 horas, o que exige do enfermeiro completa atenção e organização da equipe para a prestação de cuidados e para a identificação de possíveis complicações (FERREIRA, CARDOSO; SILVA, 2018).

Em relação às ações assistenciais realizadas pelos enfermeiros na UTI, foram relatadas:

Aqui na unidade, nós enfermeiros devemos ter uma atenção especial em todos os dados do paciente para que, quando houver uma intercorrência, toda equipe possa agir de maneira rápida e eficaz... (Participante B).

Devemos sempre estar atentos a qualquer alteração no quadro paciente; assim, podemos iniciar um atendimento rápido frente às intercorrências que forem acontecendo, garantindo uma reversão rápida desses acontecimentos e segura para o paciente... (Participante D).

No desenvolvimento das ações realizadas pelo enfermeiro, pode-se destacar que os participantes conheceram a importância do papel do enfermeiro em todas as etapas da assistência,

sobretudo na identificação de complicações e na implementação de intervenções rápidas e efetivas. Desse modo, a avaliação rigorosa das condições de saúde e a interpretação dos dados obtidos, por meio da monitorização hemodinâmica do paciente, tornam-se fundamentais para uma intervenção em tempo hábil, capaz de evitar possíveis complicações que possam afetar a recuperação e o prognóstico do paciente.

A assistência realizada pelo enfermeiro que atua em unidades de terapia intensiva é fundamental, uma vez que está direcionada a pacientes instáveis, o que exige do enfermeiro um alto nível de conhecimento científico e tecnológico, além de um olhar detalhado sobre o quadro clínico do paciente para ações rápidas e eficazes frente a complicações (CORADINI et al., 2020).

Para um efetivo cuidado e para uma assistência adequada, o enfermeiro deve organizar e planejar de maneira individual o plano de cuidados para cada paciente, a fim de obter resultados positivos. Nesse sentido, torna-se imprescindível a presença do enfermeiro em todas as etapas do cuidado (FERREIRA; CARDOSO; SILVA, 2018).

O cuidado do paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca é uma responsabilidade de toda a equipe multidisciplinar. Contudo, cabe à equipe de enfermagem, supervisionada pelo enfermeiro, uma série de ações que vão desde a coleta de informações sobre todo o período operatório, a organização da recepção deste paciente e, ainda, a organização de a toda assistência individualizada, além de um acolhimento adequado para a família (CABRAL; CHAVES, 2020).

Ao reconhecer a possibilidade de intercorrência no pós-operatório imediato, os profissionais sentem a necessidade de reconhecer e de detectar esses sinais de complicações para agir corretamente a fim de garantir a segurança no cuidado do paciente. De acordo com Reisdorfer, Leal e Mancia (2020), diversas complicações que podem ocorrer com os pacientes em PO de cirurgias cardíacas exigem uma assistência de enfermagem pautada no conhecimento técnico-científico a fim de garantir uma rápida tomada de decisão.

Assim, a presença do enfermeiro, após o término da cirurgia cardíaca, é inevitável. Além da necessidade de um acompanhamento contínuo, é necessária a realização de procedimentos complexos que são exclusivos do enfermeiro, além de um risco de instabilidade rápida na qual se faz necessária a rápida tomada de decisões frente a essas complicações, o que requer do enfermeiro o conhecimento e a manipulação de recursos materiais e tecnológicos para utilizar na intervenção dessas complicações (SANTOS et al., 2020).

Em relação às ações privativas do enfermeiro, a Lei Nº 7.498/1986 do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN - considera: chefia do serviço e da unidade de enfermagem, assim como o planejamento, a organização, a coordenação, a execução e a avaliação dos serviços de assistência de enfermagem (sistematização da assistência de enfermagem e dimensionamento de pessoal de enfermagem), bem como os cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida, os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas, além da consulta e da prescrição de enfermagem.

Dentre essas ações, a SAE representa um instrumento metodológico e gerencial capaz de orientar o cuidado profissional, traduzindo-se para o enfermeiro como algo essencial e exclusivo para sua prática e garantindo uma linguagem universal entre toda a equipe. Através da aplicabilidade da SAE, o enfermeiro pode estruturar o cuidado individualizado ao paciente em PO cardíaco, de forma organizada e com vistas ao alcance dos resultados mais satisfatórios (MELO; SILVA; JEREMIAS, 2021).

As condições e as alterações de saúde, sejam estas físicas, emocionais ou psicológicas, são consideradas estressores aos pacientes e podem refletir diretamente na recuperação e no prognóstico. Assim, estar em um ambiente desconhecido como uma UTI gera sentimentos como medo, ansiedade, insegurança ao paciente, podendo até mesmo representar uma experiência traumática. Assim, cabe ao enfermeiro a responsabilidade de promover um ambiente de escuta e de apoio para o paciente e para seus familiares (BECARRIA et al, 2018) e fazer uso de estratégias e de ações para promover um ambiente seguro e confortável ao paciente (FRIEDRICH et al., 2020).

Nesse sentido, o enfermeiro precisa ir além de um olhar técnico e mecânico e enxergar o paciente de forma integral, considerando todos os aspectos para proporcionar a este paciente um bem-estar completo. Junto com sua equipe, o enfermeiro acompanha o paciente em todas as etapas e procedimentos, desde os mais complexos até os cuidados mais básicos, como higiene e alimentação. Além disso, o enfermeiro se torna o elo mais próximo entre a família e o paciente. Dessa forma, o cuidado de enfermagem precisa atender às necessidades do paciente de acordo com sua complexidade, cabendo ao enfermeiro e à sua equipe orientar, respeitar, oferecer apoio, de modo a reduzir a ansiedade e o medo que envolvem toda a dinâmica do processo em que o paciente está inserido (EVANGELISTA et al., 2021).

Fatores psicológicos e sociais são condições primordiais a serem observados para a recuperação de pacientes no PO de cirurgia cardíaca. Desse modo, é importante que os profissionais de saúde se atentem acerca desses fatores e estabeleçam estratégias a fim de minimizá-los durante os cuidados prestados. Além disso, outro fator importante é a avaliação e o controle da dor, intervenções que podem contribuir para reduzir o sofrimento e aumentar a satisfação do paciente com o atendimento, além de reduzir o tempo de internação e o risco de complicações (NICOLETTI et al, 2021).

- Percepções dos enfermeiros sobre o trabalho de enfermagem na unidade

Quando questionado aos participantes sobre suas percepções relacionadas ao trabalho desenvolvido na unidade, foram citadas:

É muito importante manter o setor sempre organizado e tudo em seu devido lugar para, quando houver qualquer intercorrência, ninguém fica perdido e isso é papel do enfermeiro do plantão observar e garantir essa organização... (Participante A).

Para que o trabalho da equipe aqui na UTI possa acontecer de maneira organizada, cabe a nós, enfermeiros de cada plantão, organizar as rotinas de cada membro de nossa equipe, delegar as funções de cada um e monitorar para que isso aconteça. Sempre ao chegar, no início do plantão, isso já deve ser realizado e, depois, ao longo do dia, vamos acrescentando o que for necessário para a melhoria do plantão... (Participante E).

Sobre o trabalho da enfermagem, pode-se observar que os participantes reconhecem a importância da organização da unidade e de sua atuação frente à equipe.

A organização do processo de trabalho da equipe de enfermagem é essencial para garantir a qualidade da assistência prestada aos pacientes no PO de cirurgia cardíaca, visto que a qualidade do trabalho prestado depende do dimensionamento realizado pelo enfermeiro. Além disso, a capacitação desses profissionais de enfermagem é fundamental para que possam desenvolver um serviço de qualidade (MARTINS et al, 2020).

Nesse sentido, cabe exclusivamente ao enfermeiro organizar o processo de trabalho a ser desempenhado por sua equipe, a fim de permitir o alcance de condições adequadas para o cuidado prestado ao paciente, além de otimizar o trabalho desenvolvido por sua equipe com a finalidade de atender a necessidades de saúde por meio de um cuidado integral (LIMA et al, 2020).

Assim, a organização da equipe para a recepção do paciente no PO de cirurgia cardíaca é exclusiva do enfermeiro, o que otimiza a admissão do paciente e proporciona uma estrutura adequada e segura. Mesmo que a cirurgia tenha ocorrido sem intercorrências, os cuidados no PO são fundamentais para garantir uma recuperação sem falhas, uma vez que as complicações podem variar de acordo com as especificidades de cada cirurgia (TAURINO, 2019).

Analisando o processo de trabalho da enfermagem, citam-se os estudos da Professora Marina Peduzzi acerca das duas grandes dimensões do processo de trabalho do enfermeiro: assistencial e gerencial, as quais são indissociáveis e complementares. Na dimensão assistencial, o enfermeiro tem como objeto de intervenção as necessidades de cuidado de enfermagem, com a finalidade de atingir o cuidado integral; na dimensão gerencial, o enfermeiro realiza a organização do trabalho e dos trabalhadores de enfermagem, com a finalidade de implementar condições adequadas para o cuidado e para a atuação profissional (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009; FELLI; PEDUZZI, 2016).

Cabe ressaltar a necessidade de compreensão da indissociabilidade e da complementaridade do cuidado e do gerenciamento na prática de trabalho do enfermeiro nos mais variados contextos. Nesse sentido, o termo gerência do cuidado de enfermagem tem sido utilizado para caracterizar as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros visando à qualidade das práticas assistenciais por meio do planejamento das ações de cuidado, da previsão e da provisão de recursos necessários para a assistência e da potencialização das interações entre os profissionais da equipe de saúde (SANTOS et al., 2013).

Para a articulação do gerenciamento e do cuidado de enfermagem, o enfermeiro precisa adaptar constantemente os processos de trabalho, tendo o paciente como ponto central de suas ações. Assim, necessita desenvolver competências relacionadas à tomada de decisões, à comunicação, à liderança, à educação permanente em saúde, atributos contemplados nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Graduação em Enfermagem (BRASIL, 2001) e considerados essenciais para a formação profissional do enfermeiro. Além disso, o enfermeiro necessita atualizar constantemente seus conhecimentos técnicos e científicos e fazer uso racional de saberes e instrumentos, visando à eficiência e à efetividade das suas intervenções, além da excelência do cuidado (NASCIMENTO et al., 2013; SANTOS et al., 2013).

Ainda relacionada à organização do trabalho de enfermagem, a promoção de estratégias de trabalho em equipe torna-se fundamental. Considera-se que, para que haja uma excelência na

prestação dos cuidados que envolvem o paciente no PO de cirurgia cardíaca, todos os membros da equipe devem compartilhar conhecimentos, atitudes e habilidades para a implementação de ações de cuidado, para o desenvolvimento de uma comunicação clara e efetiva e para a tomada de decisão (CARDOSO et al, 2020). Assim, o trabalho em equipe deve ser estimulado e coordenado pelos enfermeiros, bem como a busca pela interdisciplinaridade da atenção em saúde para o alcance da assistência integral aos pacientes em unidades de terapia intensiva.

Com a intenção de melhorar a qualidade do trabalho, a capacitação e a busca de conhecimento para lidar com pacientes de alta complexidade como o PO de cirurgia cardíaca é fundamental. Desse modo, o enfermeiro, juntamente com a instituição onde atua, deve buscar estratégias para o aprimoramento da equipe, tendo como resultado a diminuição no tempo de internação, a melhora do prognóstico do paciente, a redução de gastos em saúde e de recursos materiais, além da melhora significativa na qualidade de vida do paciente (SANTOS et al., 2016).

Para provocar um impacto positivo no trabalho da enfermagem, especialmente relacionado ao cuidado ao paciente em PO de cirurgia cardíaca, faz-se necessária uma equipe estável, em que não haja rotatividade de profissionais; além disso, torna-se fundamental o treinamento de todos os membros, uma vez que um profissional bem capacitado realiza intervenções e atividades mais complexas em um tempo menor, alcançando melhores resultados com segurança e qualidade (RUIZ et al., 2020).

- Percepções dos enfermeiros sobre o gerenciamento do cuidado de enfermagem na unidade

Quando questionados sobre as ações específicas de gerenciamento do cuidado, os enfermeiros da unidade responderam:

O enfermeiro realiza o gerenciamento da equipe com escalas de trabalho e o dimensionamento do trabalho desenvolvido pela equipe e prestação da assistência ao paciente de acordo com o nível de gravidade de cada um ... (Participante B).

É importante ter um controle do trabalho desenvolvido pela equipe assim como os materiais utilizados na prestação dos cuidados e nós enfermeiros devemos manter esse controle sobre monitoramento para que não falte nada durante todo o processo de cuidado... (Participante D).

O enfermeiro aqui na unidade precisa organizar todo o processo da equipe não só o trabalho da equipe técnica, mas também da equipe multiprofissional para que todos tenham conhecimento do serviço prestado ao paciente... (Participante A).

De acordo com o relato dos participantes, pode-se observar que estes reconhecem a importância do gerenciamento da assistência de enfermagem prestada ao paciente, ressaltando aspectos relacionados ao gerenciamento da equipe e ao gerenciamento da unidade.

Em relação ao gerenciamento do cuidado em unidades de terapia intensiva, este caracteriza-se por ações relacionadas ao planejamento das atividades referentes à assistência e à manutenção da unidade, à organização do trabalho no setor, à coordenação da unidade, à supervisão de todos os membros da equipe de enfermagem e, ainda, à previsão e à provisão de recursos físicos e materiais e à gestão de pessoas, para propiciar a assistência de qualidade aos pacientes. Assim, a SAE e outras ferramentas gerenciais oferecem subsídios para a análise crítica e para a tomada de decisões rápidas e precisas dos enfermeiros (CASSIA et al., 2021).

O enfermeiro assume a coordenação do cuidado e da equipe de enfermagem, o que exige desse profissional competências e habilidades específicas, além de adaptação constante às mudanças provocadas pelo avanço tecnológico e às necessidades dos pacientes. Com isso, cabe ao enfermeiro, garantir uma atenção especial às mudanças em busca de alternativas que contribuam para a organização e para a melhoria na gestão do atendimento prestado aos pacientes, constantemente. Nesse sentido, as funções gerenciais tornam-se parte fundamental e exclusiva do enfermeiro, uma vez que o paciente é o eixo central de suas ações, sendo necessários instrumentos que auxiliem esse profissional na administração dos processos de trabalhos com foco na melhoria contínua da assistência (CAMELO et al., 2016; AVELINO et al., 2021).

Dentre as competências profissionais e os instrumentos gerenciais do enfermeiro, podem ser citados : a SAE, como ferramenta de planejamento e avaliação do cuidado; a organização da unidade, visando ao gerenciamento adequado de recursos humanos, físicos e materiais para o cuidado de qualidade; a comunicação adequada com todos os trabalhadores, pacientes e familiares; a educação permanente, a supervisão e a liderança da equipe de enfermagem, no sentido de orientar e de conduzir os profissionais na busca pela excelência do cuidado e da segurança do paciente; o adequado dimensionamento de pessoal (KURCGANT, 2016; SOARES, et al., 2016; BRAGA; SILVA, 2010).

O planejamento e a organização das ações de enfermagem são considerados saberes gerenciais imprescindíveis para o cotidiano do trabalho do enfermeiro, profissional que deve possuir uma visão ampliada do processo de trabalho e que necessita planejar, executar e avaliar as

atividades assistenciais e gerenciais realizadas na unidade, identificando as prioridades do cuidado e as necessidades dos pacientes (SOARES et al., 2016).

Para servir de instrumento para o alcance da integralidade do cuidado e da qualidade da assistência de enfermagem, o enfermeiro deve realizar a supervisão da assistência prestada aos pacientes e do trabalho realizado pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, contemplando a satisfação das necessidades individuais, o trabalho em equipe e a articulação entre as diversas categorias profissionais (CARVALHO; CHAVES, 2011). Nesse sentido, a supervisão não deve ser realizada para o controle do trabalho, mas como ferramenta de avaliação das necessidades individuais e coletivas dos serviços de saúde (CHAVES et al., 2017). Ademais, a supervisão deve possuir um caráter educativo, que permita a orientação e a capacitação da equipe de enfermagem para a promoção da qualidade da assistência (SANTIAGO; CUNHA, 2011).

Outros aspectos a serem considerados como saberes gerenciais do enfermeiro são a comunicação e o dimensionamento adequado de pessoal, fatores essenciais para assegurar que o trabalho e a assistência ocorram de maneira eficiente e contínua, a fim de proporcionar segurança aos pacientes e aos próprios trabalhadores quando desenvolvem suas atividades.

Em relação à liderança enquanto saber gerencial, o enfermeiro deve possuir competências técnicas de administração e de gestão de pessoas e de materiais, características pessoais e comportamentais e habilidades de relacionamento adquiridas com a prática e com a experiência de atuação profissional em unidades de atenção a pacientes de alta complexidade (LEAL et al., 2020). Os autores discutem, ainda, que o gerenciamento da assistência de enfermagem realizada em unidades de PO de cirurgia cardíaca exige um conjunto de ações de liderança e de domínio de práticas para agir na resolução dos problemas, passando para sua equipe a visão de estabilidade e de segurança, de modo a orientá-los e supervisioná-los em suas ações.

Assim, o enfermeiro dimensiona a equipe e promove ações, otimiza o desempenho e organiza a estrutura para que todo esse processo ocorra de forma segura e organizada (FRIEDRICH et al., 2020). O enfermeiro assume a coordenação e a liderança da equipe, sendo o gestor da unidade. Todas as necessidades de cada paciente devem ser organizadas de maneira lógica e as intervenções devem ser capazes de alcançar seus objetivos, para oferecer qualidade de vida aos pacientes e contribuir com o tratamento proposto. Nesse aspecto, a SAE se torna um instrumento de gerenciamento do cuidado, fundamental para compor a dinâmica de gestão do serviço e da assistência prestada durante o PO de cirurgia cardíaca (MELO; SILVA; JEREMIAS, 2021).

5.3 Ações de Sistematização da Assistência de Enfermagem no Pós-Operatório de Cirurgias Cardíacas

Considera-se que a elaboração de um ações baseadas em evidências científicas tem como objetivo a melhoria contínua dos serviços de saúde, a busca de melhores resultados clínicos e a economia de recursos (ENGELMAN et al, 2019). Nesse processo, a SAE é uma estratégia muito utilizada no planejamento do cuidado de enfermagem, sendo fundamental na rotina do enfermeiro. É por meio da SAE que o enfermeiro realiza o PE, atuando metodicamente para evolução do paciente de forma sistematizada e organizada, a fim de prevenir eventos inesperados para o paciente e para os profissionais envolvidos no cuidado, além de garantir qualidade na assistência (MEIRELES et al., 2020).

Por meio do raciocínio clínico, o enfermeiro elabora os diagnósticos de enfermagem para o PO de cirurgia cardíaca, considerando os dados coletados no histórico de enfermagem e as necessidades do paciente; fornece a base para a seleção das intervenções de enfermagem; e implementa ações para atingir os resultados esperados (MELO; SILVA; JEREMIAS, 2021).

Além disso, a prática baseada em evidências e a aplicação do método e do conhecimento científico por meio do processo de enfermagem (PE) possibilitam a organização do trabalho do enfermeiro de forma sistemática e permitem o alcance da excelência da assistência de enfermagem (AZEVEDO et al., 2019).

Para a apresentação das ações propostas relacionadas à SAE no PO de cirurgia cardíaca, foram utilizadas as cinco etapas do PE, de acordo com a Resolução do COFEN nº 358/2009: I - Coleta de Dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem); II - Diagnóstico de Enfermagem; III - Planejamento de Enfermagem; IV - Implementação: realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem; V - Avaliação de Enfermagem (COFEN, 2009). Assim, em cada etapa, foram propostas ações específicas relacionadas às principais necessidades físicas do paciente identificadas a partir das evidencias científicas sobre a assistência de enfermagem no PO de cirurgia cardíaca.

Ressalta-se, no entanto, que a SAE deve ocorrer de modo individualizado, reconhecendo-se necessidades específicas de cada paciente, em cada fase do período e do tratamento pós-operatório, estabelecendo-se prioridades e considerando o contexto vivenciado em cada serviço de saúde. Disso decorre a total possibilidade de supressão ou introdução de diferentes riscos e/ou

problemas de saúde e de diagnósticos de enfermagem pelos enfermeiros durante a SAE, para além dos elencados nesta seção.

Ademais, considera-se fundamental que o enfermeiro realize a SAE contemplando a satisfação das necessidades psicológicas e emocionais dos pacientes submetidos a cirurgias cardíacas, uma vez que estas representam um aspecto essencial durante a assistência de enfermagem.

1. Coleta de Dados

Anamnese

Nome do paciente: _____

Idade: _____ anos

Sexo: () masculino () Feminino

Peso: _____ Kg Altura: _____ m

Procedimento realizado: _____

Uso de CEC: () não () sim, tempo: _____

Paciente intubado: () sim () não

Drenos: () não () sim, local: _____

DVAs: _____

Marcapasso: () não () sim, tipo: _____

Punção arterial: () não () sim, local: _____, data da punção: _____

Cateter venoso central: () não () sim, local: _____, data da punção: _____

Cateter venoso periférico: () não () sim, calibre: _____, membro: _____, data da punção: _____.

Cateter vesical de demora: () não () sim, calibre: _____, data da passagem: _____

Buscar informações em prontuário ou com familiares e identificar:

Alergias: () não () sim Quais: _____

Medicações de uso regular: _____

Doenças crônicas/comorbidades: _____

Antecedentes/histórico: _____

Sinais vitais: PA: PAM: PVC: FR: FC: Temperatura:

Exame Físico

Avaliação Neurológica

Glasgow: _____

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
Indicadores	Variáveis	Pontuação
Abertura ocular	Espontânea	4
	Ao som	3
	À pressão	2
	Ausente	1
	Não testável	NT
Resposta verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Palavras	3
	Sons	2
	Ausente	1
	Não testável	NT
Resposta motora	A ordens	6
	Localizadora	5
	Flexão normal	4
	Flexão anormal	3
	Extensão	2
	Ausente	1
	Não testável	NT

Avaliação do Tórax e do Padrão Respiratório

Inspeção estática: forma do tórax (atípico, tonel, escavado, em quilha), simetria, retrações, abaulamentos.

Inspeção dinâmica: tipo e ritmo respiratório, sinais de esforço respiratório, ventilação mecânica: Modo Ventilatório programado, frequência respiratória programada, tempo inspiratório, tempo expiratório, PEEP, FiO₂.

Palpação: FTV anteroposterior, expansibilidade em ápice, terço médio e bases simetria, edema, enfisema subcutâneo.

Percussão: tipo de som, distribuição.

Ausculta: distribuição e simetria de MV, som traqueal, som broncovesicular, som bronquial, ruídos adventícios, sopros pulmonares, ausculta da voz.

Sítio cirúrgico: coloração, edema, presença de secreções, sangramento ativo.

Avaliação Cardiovascular

Inspeção: abaulamento precordial, ictus visível.

Palpação: ictus palpável (localização, extensão, intensidade), frêmito.

Ausculta: ausculta das carótidas, número de bulhas, ritmicidade, fonese das bulhas, atrito pericárdico, sopros: relação com ciclo cardíaco, respiração e posição, irradiação, localização, intensidade.

Vasos: presença e simetria dos pulsos periféricos (carotídeo, radial, ulnar, tibial posterior e pedioso), estase venosa.

Avaliação do Abdômen

Inspeção: forma (distendido, globoso, plano), abaulamentos, retrações, cicatrizes, peristaltismo, circulação colateral.

Ausculta: atividade de RHA, sopros.

Percussão: tipo de som e distribuição, sinais de ascite (piparote, skoda e macicez móvel).

Palpação superficial: tensão da parede, massas palpáveis, temperatura.

Palpação profunda: massas anormais, dor, visceromegalias, descompressão brusca.

Fígado: hepatimetria, palpação (bordas, regularidade, consistência, sensibilidade), sinal de Murphy.

Baço: percussão, palpação (bordas, regularidade, consistência, sensibilidade).

Rins: palpação, punho percussão.

Avaliação de Membros Superiores e Inferiores

Presença de edema: localização, intensidade, coloração, temperatura, Sinal de Godet;

Avaliação do sítio cirúrgico: coloração, edema, presença de secreções.

Avaliar cadeias linfáticas: localização, tamanho, forma, consistência, coalescência, sinais flogísticos da ele, fistulização, mobilidade, sensibilidade.

Avaliação da Pele, Mucosas e Anexos

Avaliação de: cor, umidade, temperatura, elasticidade, rede venosa, circulação colateral, lesões, unhas (coloração do leito ungueal).

2. Diagnósticos de Enfermagem

As evidências científicas apontam como principais riscos relacionados às cirurgias cardíacas (STRABELLI; STOLF; UIP, 2008; SOARES et al, 2011; PINTO; ROSA. 2016; SILVA et al, 2017; FRANZANOTI et al, 2019; BARROS; BANDEIRA e LEITE, 2019; STROLISCHEIN et al, 2019; SILVA; DAMASCENO 2020; SILVA et al, 2021):

- Distúrbios respiratórios: ventilação mecânica superior a 24h, insuficiência respiratória, broncoespasmos, pneumotórax, hipóxia, derrame pleural, embolia pulmonar, atelectasia;
- Complicações cardiovasculares: arritmias supraventriculares, angina, infarto agudo do miocárdio, instabilidade hemodinâmica, choque cardiogênico;
- Complicações cerebrovasculares: delirium, alteração sensorial e motora, acidente vascular encefálico;
- Complicações Renais: lesão renal aguda, diminuição do débito urinário;
- Infecções relacionadas à assistência em saúde: pneumonia, infecção do trato urinário, infecção da ferida operatória, mediastinite, pneumonia associação à ventilação mecânica;
- Complicações hematológicas: hemorragias; leucocitose, plaquetopenia.

A partir das evidências científicas acerca dos principais riscos no PO de cirurgias cardíacas, seguem os diagnósticos de enfermagem.

Quadro 1 - Principais diagnósticos de enfermagem relacionados às cirurgias cardíacas, de acordo com a Taxonomia da NANDA II. São Sebastião do Paraíso, MG. 2021.

Principais diagnósticos de enfermagem	Definição
Débito cardíaco diminuído	Volume de sangue bombeado pelo coração inadequado para atender às demandas metabólicas do organismo.
Dor aguda	Experiência sensorial e emocional desagradável, associada à lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (<i>International Association for the Study of Pain</i>); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e com duração menor que 3 meses.
Risco de sangramento	Suscetibilidade à redução no volume de sangue que pode comprometer a saúde.
Mobilidade no leito prejudicada	Limitação de movimento independente de uma posição para outra no leito.
Risco de desequilíbrio eletrolítico	Suscetibilidade a mudanças nos níveis de eletrólitos séricos que podem comprometer a saúde.
Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	Ingestão de nutrientes insuficiente para satisfazer às necessidades metabólicas.
Risco de desequilíbrio eletrolítico	Suscetibilidade a mudanças nos níveis de eletrólitos séricos que podem comprometer a saúde.
Risco de termorregulação ineficaz	Suscetibilidade à oscilação da temperatura entre hipotermia e hipertermia que pode comprometer a saúde.
Risco de infecção	Suscetibilidade à invasão e à multiplicação de organismos patogênicos que pode comprometer a saúde.
Risco de queda	Suscetibilidade aumentada a quedas que podem causar dano físico e comprometer a saúde.
Risco de tromboembolismo venoso	Suscetibilidade ao desenvolvimento de coágulo sanguíneo em veia profunda, geralmente na coxa, na panturrilha ou na extremidade superior, que pode se romper e alojar-se em outro vaso, o que pode comprometer a saúde.
Risco de aspiração	Suscetibilidade à entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos nas vias traqueobrônquicas que podem comprometer a saúde.
Ventilação espontânea prejudicada	Incapacidade de iniciar e/ou de manter respiração independente que seja adequada para a sustentação da vida.

3. Planejamento de Enfermagem

A partir dos riscos ou problemas identificados, das necessidades do paciente e dos diagnósticos estabelecidos, o enfermeiro deverá planejar a assistência de enfermagem. Os objetivos do planejamento de enfermagem para cada um dos principais riscos ou problemas relacionados às cirurgias cardíacas está apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 - Principais diagnósticos de enfermagem relacionados às cirurgias cardíacas. São Sebastião do Paraíso – MG. 2021.

Diagnósticos de enfermagem	Objetivos
1. Débito cardíaco diminuído	O objetivo do planejamento é restabelecer volumes suficientes para o bombeamento cardíaco adequado para atender às demandas metabólicas do organismo.
2. Dor aguda	O objetivo do planejamento é realizar o controle da dor.
3. Mobilidade no leito prejudicada	O objetivo do planejamento é estimular movimentação ativa e passiva assim que possível, para prevenir complicações relacionadas à imobilidade.
4. Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	O objetivo do planejamento é restabelecer a ingestão de nutrientes suficientes para satisfazer às necessidades metabólicas.
5. Risco de desequilíbrio eletrolítico	O objetivo do planejamento é monitorar e manter os níveis de eletrólitos séricos dentro dos padrões de normalidade.
6. Risco de termorregulação ineficaz	O objetivo do planejamento é manter a temperatura corporal adequada.
7. Risco de infecção	O objetivo do planejamento é prevenir e controlar a invasão de microrganismos patógenos.
8. Risco de quedas	O objetivo do planejamento é prevenir quedas.
9. Risco de sangramento	O objetivo do planejamento é prevenir, controlar e identificar sinais de sangramento.
10. Risco de tromboembolismo venoso	O objetivo do planejamento é prevenir o desenvolvimento de coágulos sanguíneos que possam vir a comprometer saúde.
11. Risco de aspiração	O objetivo do planejamento é prevenir o risco de aspiração.
12. Ventilação espontânea prejudicada	Restabelecer parâmetros ventilatórios / respiratórios do paciente.

4. Prescrição de Enfermagem

O enfermeiro poderá implementar as seguintes intervenções de enfermagem:

1. Débito Cardíaco Diminuído

- Monitorar sinais vitais de 1h em 1h nas primeiras 24 horas e, após, a cada 2h;
- Monitorar pressão venosa central;
- Realizar ECG na admissão e conforme necessidade;
- Manter glicemia capilar < 180mg/dL.

2. Dor Aguda

- Administrar analgésicos conforme prescrição médica;
- Avaliar sinais e aplicar escalar visual de dor.

3. Mobilidade no Leito Prejudicada

- Mobilização precoce: se esterno íntegro (toracotomia anterior ou lateral, esternotomia parcial). Logo após extubação, manter decúbito elevado em 45° e sentar no leito (prazo máximo a ser considerado: 6 horas);
- Quando estável hemodinamicamente, sentar em poltrona (prazo máximo a ser considerado: 12 horas);
- Deambulação precoce (prazo máximo a ser considerado: 24 horas);
- Sair do leito a despeito da presença de drenos, de dose baixa de vasopressor e/ou de monitorização invasiva da pressão arterial pela artéria radial;
- Realizar banho no leito e de aspensão, quando possível;
- Realizar movimentação passiva e estimular movimentação ativa conforme limitações.

4. Nutrição Desequilibrada: menor do que as necessidades corporais

- Monitorar a aceitação da dieta oferecida quando liberada após 24 horas.

5. Risco de Desequilíbrio Eletrolítico

Monitorar débito de drenos:

- Quantificar débito de drenos de 1/1h nas primeiras 12h;
- Se sinais de alerta, avisar cirurgião: >300mL/primeira hora ou >100 mL/hora na segunda hora em diante ou Hb/Ht com queda importante ou instabilidade hemodinâmica;
- Quantificar débito de drenos de 2/2h período 12- 24h;
- Quantificar débito de drenos de 6/6h após 24h;
- Monitorar eletrólitos e comunicar quando: potássio sérico > 4 mEq/L; magnésio sérico > 2 mEq/L; cálcio iônico sérico > 1,13 mmol/L.

6. Risco de Termorregulação Ineficaz

- Attingir e manter normotermia (>36 oC) em até 2 horas;
- Manta térmica; Controle de temperatura do ambiente; Irrigação/infusão de fluidos aquecidos no POI (Ringer) conforme indicação.

7. Risco de Infecção relacionada à Assistência em Saúde

- Supervisionar a pele durante o banho, os locais de acesso, a inserção dos drenos, as suturas;
- Efetuar a troca diária de curativo e avaliar sinais de infecção (dor, calor, edema, presença de secreções);
- Retirar enfaixamento de membro inferior em 24 horas;
- Retirar precocemente dispositivos invasivos:
- Arterial invasiva: 1º PO;
- Cateter vesical de demora: 1º PO;
- Cateter venoso central: individualizar;
- Fios de marcapasso e drenos: avaliação pela equipe cirúrgica.

8. Risco de Sangramento

- Observar e comunicar sangramento anormal em drenos;
- Monitorar sinais de choque hipovolêmico.

9. Troca de Gases Prejudicada

- Desmame ventilatório:
- Extubação em sala ou desmame ventilatório breve (ideal <8h) se parâmetros favoráveis (estado hemodinâmico; RX de tórax; débito de drenos; nível de consciência);
- Seguir rotina institucional de desmame ventilatório e extubação;
- Fisioterapia respiratória e motora. Considerar pressão positiva após extubação (especialmente na abordagem minimamente invasiva, enfatizar CPAP pós-extubação).

10. Risco de Quedas

- Manter grades do leito elevadas;
- Auxiliar paciente a sentar-se em poltrona quando este se apresentar consciente e orientado;
- Avaliar alteração do nível de consciência;
- Manter vigilância constante.

11. Risco de Tromboembolismo Venoso

- Prevenção de tromboembolismo venoso e anticoagulação:
- Administrar profilaxia de TEV, conforme o protocolo institucional;
- Realizar anticoagulação plena: se próteses mecânicas ou fibrilação atrial, discutir fármaco e momento de início com equipe médica;
- Estimular a movimentação passiva e ativa, assim que possível.
- Administrar terapia antiplaquetária conforme indicação:
- Revascularização do miocárdio: AAS para todos (ideal < 24 h com autorização do cirurgião);
- Se síndrome coronariana aguda (SCA), discutir com a equipe médica e considerar associar clopidogrel.

12. Risco de Aspiração

- Manter cabeceira elevada a 45° ao administrar dietas ou medicamentos, por via oral ou sonda nasoenteral, quando indicado e prescrito pelo médico.

13. Ventilação Espontânea Prejudicada

- Extubação em sala ou desmame ventilatório breve (ideal < 8h) se parâmetros favoráveis (estado hemodinâmico; RX de tórax; débito de drenos; nível de consciência);
- Seguir rotina institucional de desmame ventilatório e extubação;
- Considerar pressão positiva após extubação (especialmente na abordagem minimamente invasiva, enfatizar CPAP pós-extubação);
- Aspirar orofaringe para controle de vias aéreas artificiais sempre que necessário;
- Monitorizar sonda continuamente;
- Monitorizar pressão do cuff dentro dos valores padrões sempre que necessário;
- Remover o condensado do circuito sempre que necessário;
- Posicionar o paciente de modo a maximizar o potencial ventilatório;
- Sair do leito a despeito da presença de drenos, dose baixa de vasopressor e/ou monitorização invasiva da pressão arterial pela artéria radial.

14. Cuidados com drenos, cateteres, punções venosas e arteriais:

Cuidados com drenos:

- Ao manipular ou realizar o transporte do paciente, os drenos deverão ser clampados para que não haja entrada de ar e, ao término da manipulação, soltar o clampe;
- Manter o selo d'água e trocar a cada 12 horas. Posicioná-lo no piso, com suporte adequado e nunca o elevar acima do tórax sem que esteja fechado;
- Verificar a oscilação na coluna líquida: deve subir na inspiração e descer na expiração;
- Caso não exista movimento espontâneo, pode haver obstrução do tubo;
- Atentar quanto ao risco de vazamentos e /ou de desconexão;
- Manter a cabeceira do leito relativamente elevada, para facilitar a drenagem;
- Inspeccionar e realizar a troca do curativo a cada 12 horas.

Cuidados com a punção venosa:

- Realizar o *flushing* e aspiração para verificar o retorno de sangue antes de cada infusão para garantir o funcionamento do cateter e prevenir complicações;

- Realizar o *flushing* antes de cada administração para prevenir a mistura de medicamentos incompatíveis;
- Utilizar solução de cloreto de sódio 0,9% isenta de conservantes para *flushing* dos cateteres periféricos. Usar o volume mínimo equivalente a duas vezes o lúmen interno do cateter mais a extensão para *flushing*, pois os volumes maiores (como 5 ml para periféricos e 10 ml para cateteres centrais) podem reduzir depósitos de fibrina, drogas precipitadas e outros débeis do lúmen. No entanto, alguns fatores devem ser considerados na escolha do volume, como tipo e tamanho do cateter, idade do paciente, restrição hídrica e tipo de terapia infusional. Infusões de hemoderivados, nutrição parenteral, contrastes e outras soluções viscosas podem requerer volumes maiores. Não utilizar água estéril para a realização do *flushing* dos cateteres;
- Avaliar se a necessidade de permanência do cateter deve ser diária;
- Remover o cateter periférico tão logo não haja medicamentos endovenosos prescritos, se nesse meio tempo o mesmo não tiver sido utilizado nas últimas 24 horas;
- Remover, por fim, o cateter periférico na suspeita de contaminação, de complicações ou de mau funcionamento;
- Tempo máximo de permanência do cateter: 96 horas.

Cuidados com a punção arterial:

- Manter o membro aquecido e em posição funcional;
- Monitorar as extremidades do membro cateterizado (temperatura, presença de edema, coloração, perfusão capilar e sensibilidade) a cada 4 horas;
- Monitorar a presença de sangramento, principalmente em pacientes portadores de coagulopatias;
- Inspeccionar o sítio de inserção do cateter – hiperemia e presença de secreção – infecção pode estar associada ao tempo de permanência do cateter (mais do que 72 horas) ou à falta de assepsia;
- Manter a permeabilidade do cateter – manter a bolsa pressurizadora com pressão de 300 mmHg para evitar retorno de sangue e obstrução do cateter;
- Manter as conexões seguras e fixadas adequadamente para prevenir desconexão acidental e hemorragia;

- Utilizar técnica asséptica para a manipulação do sistema;
- Manter a permanência do cateter somente durante o tempo necessário para o controle hemodinâmico, pois o risco de trombose aumenta com o tempo de permanência;
- Trocar o sistema de pressão invasiva a cada 72 horas, para evitar contaminação.

15. Cuidados relacionados à prevenção de infecção do sítio cirúrgico:

- Realizar a higienização das mãos;
- Manter curativo estéril por 24 horas;
- Realizar técnica asséptica para a realização do curativo;
- Não é recomendado o uso de antissépticos;
- Realizar o controle glicêmico no pós-operatório (ideal manter menor que 180mg/dl).

5. Avaliação da Assistência de Enfermagem

O enfermeiro deverá avaliar a evolução clínica do paciente em relação a cada risco ou problema previamente identificado, observando se as ações planejadas e implementadas trouxeram benefícios ao paciente.

Como principais resultados, podem ser citados: nível de consciência adequado; estabilidade hemodinâmica; controle de dor otimizado; integridade tissular preservada; cicatrização de feridas operatórias por primeira intenção; normotermia; integridade da pele preservada ou estabilizada; ausência de sangramento; ausência de sinais de infecção; estado nutricional adequado; ventilação espontânea adequada; níveis glicêmicos adequados.

5.4 Ações de Gerenciamento do Cuidado na Unidade de Terapia Intensiva

A partir da realização dos grupos focais, foram identificadas, pelos enfermeiros, dificuldades relacionadas ao gerenciamento da unidade e da assistência de enfermagem e possíveis consequências destes problemas, as quais são apresentadas a seguir.

(I) Comunicação ineficaz e passagem de plantão inadequada: a comunicação entre a equipe de enfermagem é prejudicada pelo modelo de organização do trabalho adotado na instituição e pela inexistência da passagem dos plantões entre os técnicos de enfermagem na unidade, realizada formalmente apenas entre os enfermeiros. Consequências: falta de continuidade e de integralidade do cuidado; risco aumentado de ocorrência de erros relacionados à assistência; comprometimento da segurança do paciente e da qualidade do cuidado.

(II) Dimensionamento inadequado de profissionais de enfermagem: número reduzido de profissionais na UTI, evidenciado pela ausência de enfermeiros e de técnicos de enfermagem para a cobertura de férias. Consequências: sobrecarga de trabalho; risco aumentado de adoecimento dos profissionais devido à exposição à elevada demanda de fatores estressores na unidade e à dificuldade de gozar de períodos de descanso; risco aumentado de ocorrência de erros relacionados à assistência; comprometimento da segurança do paciente e da qualidade do cuidado.

(III) Ausência de protocolos relacionados à assistência de enfermagem: falta de padronização das ações e de procedimentos assistenciais realizadas pelos profissionais de enfermagem. Consequências: falta de continuidade do cuidado; risco aumentado de ocorrência de erros relacionados à assistência; comprometimento da segurança do paciente e da qualidade do cuidado.

(IV) Ausência de escalas diárias de atividades para os profissionais de enfermagem em todos os plantões: organização inadequada do trabalho de enfermagem e falta de definição de tarefas ou de atividades a serem realizadas pelos técnicos de enfermagem. Consequências: risco aumentado de ocorrência de erros relacionados à assistência; comprometimento da segurança do paciente e da qualidade do cuidado.

(V) Ausência do trabalho em equipe e da interdisciplinaridade no cuidado: apesar de haver colaboração entre os trabalhadores, a organização do trabalho em equipe ainda não é realizada na unidade. Além disso, apenas algumas ações relacionadas à multidisciplinaridade do cuidado são realizadas, como a visita multiprofissional beira-leito que ocorre três vezes por semana.

Consequências: comprometimento da integralidade do cuidado e da qualidade da assistência prestada aos pacientes.

(VI) Educação permanente insuficiente: falta de regularidade no oferecimento de atividades de educação continuada e permanente na unidade, que não atende às necessidades dos trabalhadores de enfermagem. Consequências: comprometimento da qualidade do cuidado; gestão de pessoas inadequada; falta de política de valorização dos trabalhadores e de oportunidade de crescimento pessoal e profissional.

(VII) Equipamentos insuficientes para o cuidado: quantidade insuficiente de bombas de infusão na unidade. Consequências: risco aumentado de ocorrência de erros relacionados à administração de medicamentos; risco de comprometimento da terapêutica e da evolução clínica dos pacientes; comprometimento da segurança do paciente e da qualidade do cuidado.

(VIII) Não utilização do cufômetro pelos profissionais de enfermagem: o cufômetro é utilizado apenas pelos fisioterapeutas. Consequências: monitoramento inadequado da função respiratória do paciente que permanece sob ventilação mecânica; risco de comprometimento da terapêutica e da evolução clínica dos pacientes; comprometimento da segurança do paciente e da qualidade do cuidado.

(IX) Ausência de farmácia satélite próxima à unidade: a instalação apenas de uma farmácia centralizada no hospital exige que os trabalhadores de enfermagem se desloquem até o local para buscar medicamentos e materiais, o que impossibilita a dispensação e a disponibilização rápida destes insumos. Consequências: risco de falta de medicamentos em situações de urgência; longa espera por medicamentos; prolongamento de sintomas indesejados pelos pacientes; desgaste físico e sobrecarga de trabalho dos técnicos de enfermagem; risco de comprometimento da evolução clínica dos pacientes; comprometimento da segurança do paciente e da qualidade do cuidado.

(X) Localização da UTI: a unidade de terapia intensiva está localizada distante do centro de diagnóstico e de imagem. Consequências: dificuldade de transporte de pacientes e de realização de exames diagnósticos; risco de comprometimento da evolução clínica dos pacientes; comprometimento da segurança do paciente e da qualidade do cuidado.

A partir dos problemas identificados pelos enfermeiros, verifica-se o gerenciamento inadequado da unidade e da assistência de enfermagem, evidenciada pela organização inadequada dos processos de trabalho, pela falta de padronização de atividades de trabalho e de procedimentos de enfermagem, de educação permanente, de oportunidades de crescimento e de desenvolvimento

dos trabalhadores, de ações relacionadas à promoção do trabalho em equipe, à interdisciplinaridade e à integralidade do cuidado na unidade, entre outros aspectos.

Nesse processo, reconhece-se que, nas unidades hospitalares, frequentemente, vê-se ausência de planejamento, de coordenação e de avaliação dos processos assistenciais e administrativos; de práticas de identificação das necessidades dos usuários; do adequado dimensionamento dos profissionais de enfermagem; de comunicação efetiva e de instrumentos de gestão participativa. Disso decorre a necessidade de mudanças e de incorporação de práticas capazes de integrar processos assistenciais e administrativos, a fim de promover o cuidado integral e interdisciplinar e de ocasionar impacto positivo na qualidade da assistência e no ambiente de trabalho (LORENZETTI; GELBCKE; VANDRESEN, 2016).

Cabe ressaltar que, desde sua origem, a estruturação do trabalho da enfermagem baseou-se nos princípios da Administração Clássica, especialmente nos pressupostos de Taylor e Fayol, que conformam o método de organização do trabalho denominado de método funcional, caracterizado pela divisão social do trabalho, pela ênfase na organização, nos processos e nas tarefas, excessiva preocupação com manuais, com rotinas e com normas, relações interpessoais formalizadas e controle do processo de trabalho pela enfermeira (MATOS; PIRES, 2006; VAGHETTI et al., 2011; GOULART; COELHO; CHAVES, 2014).

Como herança da Administração Científica, até os dias atuais, a divisão social do trabalho na enfermagem pode ser verificada quando se observa que a enfermeira gerencia o trabalho da equipe de técnicos e de auxiliares, os quais cuidam da assistência direta enquanto a enfermeira assume a supervisão e o controle do processo de trabalho. A enfermeira ainda centraliza o poder de decisão e sua vontade, muitas vezes, se sobrepõe à dos demais trabalhadores, o que caracteriza um processo de dominação, de impessoalidade, de relações hierarquizadas e de comunicação formal (MATOS; PIRES, 2006).

A rigidez hierárquica, por sua vez, compromete o desenvolvimento do trabalho e fragmenta a comunicação e as relações interpessoais. Adicionalmente, a ênfase no cumprimento de normas, de rotinas e de tarefas no trabalho da enfermagem negligencia a atenção das necessidades dos pacientes e dos próprios trabalhadores, gerando insatisfação e desmotivação no trabalho (GOULART; COELHO; CHAVES, 2014).

Aliado a essas características, percebe-se que a assistência em saúde, hegemonicamente, segue princípios do modelo biomédico, no qual há valorização do saber médico, visão biologicista

da doença e foco no tratamento, especialização das ações e visão fragmentada do ser humano, o que leva à fragmentação e à falta de humanização do cuidado e dificulta a integralidade na assistência. A grande consequência desse processo é a baixa qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Assim, considera-se que o trabalho no âmbito hospitalar é complexo e dinâmico e deve ser voltado para atender às necessidades dos usuários e da comunidade, pautado em perspectivas contemporâneas de gestão em saúde e em enfermagem, as quais contemplam modelos inovadores, flexíveis e compartilhados de gestão, que pressupõem a tomada de decisão coletiva, de modo a incluir todos os trabalhadores no processo de reflexão acerca do trabalho e da comunicação dialógica (BERNARDES, 2018).

Desse modo, os modelos contemporâneos de gestão em saúde promovem a valorização dos indivíduos, empoderando de pacientes a trabalhadores no desenvolvimento das ações do cuidado, o que leva à integralidade e à maior qualidade na assistência prestada. Além disso, a saúde dos trabalhadores assume posição central, ocorrendo maior envolvimento e satisfação no trabalho e menor risco de sofrimento e de adoecimento pelo trabalho.

Evidências científicas sobre determinantes do presenteísmo entre diferentes categorias profissionais, incluindo enfermagem, identificaram elevadas demandas de trabalho como principais fatores determinantes do adoecimento profissional. Dentre essas demandas, citam-se sobrecarga de trabalho em decorrência da diminuição de pessoal e à incorporação tecnológica aos processos de trabalho; pressão e controle no trabalho, relacionados à necessidade de aumento constante de produtividade; falta de autonomia e de liberdade do trabalhador, elementos associados à desvalorização do trabalhador e comuns em instituições cujos modelos de gestão e de organização do trabalho estão baseados em princípios da Administração Clássica, como ainda é o caso da maioria dos hospitais brasileiros (NORDENMARK et al., 2019)

Nesse contexto, é necessário compreender a orientação do trabalho em equipe, com vistas a promover a mudança da lógica que norteia os processos de trabalho e a organização do serviço, do modelo biologicista para um modelo voltado para o cuidado integral (SOUZA et al., 2010).

O trabalho em equipe representa uma estratégia com potencial para favorecer a prática de trabalho integrado entre as diferentes categorias profissionais em unidades com alta densidade tecnológica, como as unidades de terapia intensiva. O trabalho em equipe também promove a superação das práticas cotidianas de trabalho em saúde, pautadas na lógica segmentada e

biologicista, atendendo de maneira mais coerente às demandas reais de saúde dos usuários (GOULART et al., 2016).

Além do trabalho em equipe, a educação permanente em saúde (EPS) permeia o processo de trabalho da enfermagem e representa outra ferramenta gerencial do enfermeiro na busca pela melhoria da qualidade da assistência em saúde. Por meio da EPS, cabe aos enfermeiros, realizar ações de capacitação e de atualização dos trabalhadores de enfermagem, a fim de promover a valorização dos indivíduos e oportunidades de crescimento e aperfeiçoamento pessoal e profissional. Conseqüentemente, a motivação e a satisfação no trabalho ganham espaço e a EPS surge como estratégia para promover a qualidade do cuidado (PUGGINA et al., 2015).

A educação permanente foi instituída no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2004, por meio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), pela Portaria n.198/04/GM/MS (BRASIL, 2004), tornando-se uma estratégia essencial para a dinâmica de funcionamento do SUS. Além disso, a EPS é um dos pilares para a elaboração de práticas inovadoras. Surgiu para adequar a formação e a qualificação dos trabalhadores da área da saúde às necessidades da população e para colaborar com o desenvolvimento do SUS. Segundo um dos princípios doutrinários do SUS, a equidade, todo cidadão é igual perante o Sistema de Saúde e será atendido e acolhido conforme suas necessidades. As ações de EPS devem, portanto, visar ao coletivo e ao cenário do processo de trabalho, efetivando práticas reflexivas, éticas, críticas e humanistas (BRASIL, 2006).

Porém, é necessário que o enfermeiro supere o paradigma de ensino-aprendizagem tradicional por meio da incorporação dos pressupostos da EPS, a qual propõe que todos os profissionais sejam atores participativos de ações em saúde, atuem em conjunto para a modificação das práticas cotidianas e, em seu coletivo, produzam novos modos de agir (PINTO et. al., 2010).

Outra ação essencial para o alcance da qualidade da assistência em saúde é o dimensionamento adequado de pessoal de enfermagem. Nesse sentido, cabe ao enfermeiro, a previsão de quantitativo suficiente de profissionais para desenvolver o cuidado e para minimizar a ocorrência de eventos adversos (MARTIN, 2015).

O dimensionamento de pessoal é compreendido como um processo sistemático que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e do qualitativo de pessoal de enfermagem, necessários para prover os cuidados de enfermagem que garantam a qualidade da assistência (GAIDZINSKI; FUGULIN; CASTILHO, 2016).

Nas últimas décadas, os métodos de dimensionamento de pessoal de enfermagem passaram a considerar os diferentes graus de complexidade assistencial dos pacientes, introduzindo o conceito de Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) enquanto instrumento para estimar as necessidades diárias dos pacientes em relação à assistência de enfermagem (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005).

Reconhece-se, ainda, que a utilização de SCP possibilita a avaliação das demandas de trabalho da equipe de enfermagem, uma vez que evidencia o tempo médio de trabalho de enfermagem dedicado aos pacientes atendidos na unidade (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005). Desse modo, a classificação diária do paciente, de acordo com seu grau de dependência, significa uma reorientação para a assistência centrada no usuário (VANDRESEN et al., 2018).

Uma vez identificados os principais problemas gerenciais enfrentados pelos enfermeiros, foram propostas ações relacionadas ao gerenciamento do cuidado na UTI, a partir da revisão da literatura realizada nesta investigação e de acordo com os pressupostos teóricos de Ferraz (2000) e considerados por Santos et al. (2013).

1. Comunicação ineficaz e passagem de plantão inadequada. Os enfermeiros da UTI deverão:

- em curto prazo: 1) realizar reuniões com os técnicos de enfermagem para orientações sobre a importância da comunicação efetiva e da passagem de plantão adequada para a continuidade do cuidado e da qualidade da assistência de enfermagem; 2) organizar e supervisionar a passagem de plantão em cada turno de trabalho; 3) discutir com os técnicos de enfermagem a possibilidade de utilização de ferramentas para a organização das informações a serem discutidas durante as passagens de plantão, como planilhas ou fichas eletrônicas com sínteses de dados de cada paciente e quadro de avisos na unidade, no qual deverão ser descritas as principais recomendações ou necessidades de cada paciente, visíveis a todos os profissionais;

- Em médio/longo prazo: 1) promover rodas de conversa, oficinas e outras estratégias para discussões acerca da comunicação dialógica no trabalho, envolvendo todos os profissionais de saúde da UTI. É importante considerar a realização dessas discussões durante as jornadas de trabalho, no próprio setor, em pequenos grupos, para analisar situações reais de trabalho e com duração de, no máximo, 30 minutos. Além disso, os enfermeiros devem organizar as escalas de

trabalho de modo a favorecer a realização dessas discussões e a não causar prejuízos ao trabalho na unidade.

2. Dimensionamento inadequado de profissionais de enfermagem e ausência de escalas diárias de atividades para os profissionais de enfermagem em todos os plantões. Os enfermeiros da UTI deverão:

- Em curto prazo: 1) implementar método de classificação de pacientes na unidade, enquanto instrumento gerencial para estimar as necessidades diárias dos pacientes e determinar a quantidade mínima de profissionais para a assistência de enfermagem adequada; 2) elaborar escalas diárias de atividades para os técnicos de enfermagem, definindo tarefas específicas para cada profissional em cada plantão; 3) supervisionar a realização das tarefas atribuídas aos profissionais;
- Em médio/longo prazo: 1) a partir de discussões com os técnicos de enfermagem, elaborar protocolos para a padronização das atividades de trabalho realizadas na unidade; 2) realizar ações de educação permanente voltadas à capacitação e à atualização dos técnicos de enfermagem acerca dos protocolos. É importante envolver todos os trabalhadores de enfermagem na elaboração dos protocolos, valorizando a opinião e a experiência individual.

3. Ausência de protocolos relacionados à assistência de enfermagem. Os enfermeiros da UTI deverão:

- Em curto prazo: 1) realizar reuniões com os técnicos de enfermagem para discutir a importância dos protocolos de assistência de enfermagem no sentido de promover a qualidade do cuidado;
- Em médio/longo prazo: 1) a partir de discussões com os técnicos de enfermagem, elaborar protocolos para a padronização de todos os procedimentos de enfermagem realizados na unidade; 2) realizar ações de educação permanente voltadas à capacitação e à atualização dos técnicos de enfermagem acerca dos protocolos. É importante envolver todos os trabalhadores de enfermagem na elaboração e na implementação dos protocolos, valorizando a opinião e a experiência individual; 3) atualizar constantemente os protocolos elaborados, a partir de novas evidências científicas.

4. Ausência do trabalho em equipe e da interdisciplinaridade no cuidado. Os enfermeiros da UTI deverão:

- Em curto prazo: 1) iniciar discussões com os técnicos de enfermagem acerca das dificuldades para implementar o trabalho em equipe na unidade; 2) iniciar discussões com a equipe médica e com os profissionais de fisioterapias que atuam na unidade para buscar estratégias de implementação do trabalho em equipe e interdisciplinar na unidade;
- em médio/longo prazo: 1) a partir de discussões com os profissionais que atuam na unidade, modificar processos de trabalho, fortalecendo a atuação em equipe dos trabalhadores na unidade; 2) realizar adequado dimensionamento dos profissionais de enfermagem na unidade para contemplar a reorganização dos processos de trabalho; 3) reorganizar rotinas de trabalho na unidade, distribuindo tarefas uniformemente entre os plantões (exemplo: divisão do total de banhos no leito e curativos a serem realizados na unidade entre todos os plantões).

5. Educação permanente insuficiente. Os enfermeiros da UTI deverão:

- em curto prazo: 1) elaborar um cronograma e fixar horários nos diferentes plantões para a realização de oficinas, de palestras, de rodas de conversa ou de outras estratégias para a promoção da educação permanente na unidade, envolvendo todos os trabalhadores de saúde, como médicos e fisioterapeutas que atuam na UTI; 2) realizar adequado dimensionamento dos trabalhadores de enfermagem na unidade para permitir a participação de todos nesses encontros; 3) identificar necessidades de capacitação a partir da supervisão do trabalho e da assistência realizada pelos técnicos de enfermagem e de discussões com estes profissionais acerca de suas principais dificuldades; 4) definir temas a serem discutidos a partir da indicação dos próprios trabalhadores da unidade.

6. Equipamentos insuficientes para o cuidado. Os enfermeiros da UTI deverão:

- Em curto prazo: 1) providenciar o reparo de todos os equipamentos que apresentarem defeito; 2) elaborar cronograma de manutenção preventiva de todos os equipamentos da unidade, estabelecido a partir de discussões com o responsável pelo serviço de manutenção da instituição;
- Em médio/longo prazo: 1) discutir a necessidade de compra de equipamentos para o cuidado na UTI com os diretores e coordenadores do hospital, priorizando a aquisição dos equipamentos de acordo com a necessidade da unidade.

7. Não utilização do cufômetro pelos profissionais de enfermagem. Os enfermeiros da UTI deverão:

- Em curto prazo: 1) discutir com os técnicos de enfermagem sobre a importância da verificação da pressão do *cuff* das cânulas endotraqueais de todos os pacientes, diariamente;
- em médio/longo prazo: a partir das discussões com os profissionais 1) elaborar protocolos sobre a correta utilização do cufômetro e sobre a verificação da pressão do *cuff* das cânulas endotraqueais; 2) realizar a capacitação individualizada de todos os técnicos de enfermagem sobre a correta utilização do cufômetro, durante as jornadas de trabalho e em situações reais de assistência aos pacientes; 3) implementar rotina para checagem do *cuff* das cânulas endotraqueais de todos os pacientes, diariamente.

8. Ausência de farmácia satélite próxima à unidade. Os enfermeiros da UTI deverão:

- Em curto prazo: 1) discutir com os técnicos de enfermagem sobre a possibilidade de manutenção de estoque mínimo de medicações de urgência na unidade, a fim de permitir a utilização imediata das drogas, diminuir o tempo de espera e promover maior eficácia da terapêutica e maior conforto aos pacientes. É importante destacar a necessidade de solicitação e de reposição dos medicamentos utilizados pelos trabalhadores de enfermagem durante o mesmo plantão;
- Em médio/longo prazo: 1) discutir com os diretores e coordenadores do hospital sobre a possibilidade de instalação de uma farmácia satélite próxima às unidades de terapia intensiva, a fim de provocar a descentralização do serviço de farmácia da instituição no sentido de promover a qualidade do cuidado prestado aos usuários.

9. Localização da UTI. Os enfermeiros da UTI deverão:

- em curto prazo: 1) discutir com os técnicos de enfermagem sobre as dificuldades relacionadas ao transporte de pacientes para a realização de exames de imagem na instituição; 2) a partir das discussões, elaborar protocolo relacionado ao transporte de pacientes da UTI cardíaca para realizar exames de imagem; 3) durante a implementação do protocolo, realizar capacitação da equipe de enfermagem e de outros profissionais responsáveis pelo transporte de pacientes no hospital sobre a padronização do procedimento.

Além dessas ações, propõe-se: capacitação dos enfermeiros sobre a sistematização da assistência de enfermagem, comunicação, liderança, formas de organização do trabalho em equipe e da interdisciplinaridade no trabalho e pressupostos da gestão contemporânea de serviços de saúde; revisão das atividades realizadas pelos serviços de qualidade e de educação permanente do hospital; elaboração de plano de gestão da unidade pelo enfermeiro responsável, em consonância com os objetivos da coordenação do hospital; implementação ou revisão de sistema de avaliação/satisfação do cliente no hospital, cujas informações sejam utilizadas para o planejamento, para a organização e para a readequação dos objetivos e das metas institucionais; implementação ou revisão de indicadores assistenciais, de processos e de qualidade utilizados no hospital; implementação ou revisão de sistema de notificação de erros e de eventos adversos na instituição; análise da cultura organizacional, com possibilidade de mudanças com vistas ao alcance da qualidade dos serviços e da segurança do paciente.

A implementação destas ações tem como objetivos principais e efetivação da integralidade e da humanização do cuidado de enfermagem na unidade; o alcance da melhoria da qualidade da assistência em saúde e da segurança do paciente na UTI; a organização do trabalho de enfermagem na unidade. As ações a serem implementadas pelos enfermeiros podem ser sintetizadas em:

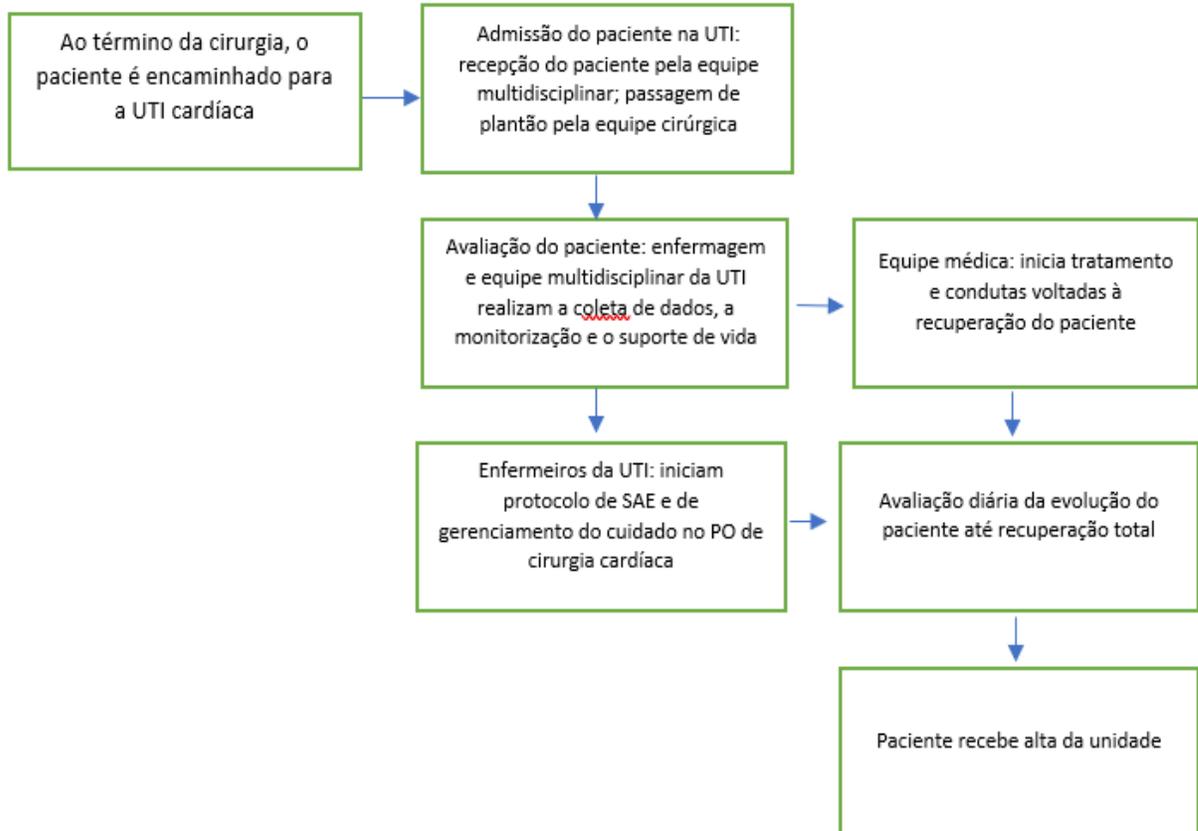
- 1) análise aprofundada das condições de trabalho e das necessidades individuais (dos trabalhadores) e coletivas (da unidade);
- 2) elaboração de protocolos voltados à padronização de processos de trabalho e de rotinas da unidade;
- 3) elaboração de protocolos voltados à padronização de procedimentos assistenciais na unidade;
- 4) implementação de ferramentas validadas para a classificação dos pacientes e para o dimensionamento do pessoal da unidade;
- 5) efetivação da supervisão como instrumento de gerenciamento do cuidado na unidade;
- 6) realização de ações de educação permanente que envolvam todos os trabalhadores de saúde da unidade;
- 6) discussões com diretores e coordenadores acerca das dificuldades diárias enfrentadas pelos trabalhadores da unidade, as quais têm comprometido a segurança do paciente e a qualidade do cuidado no PO de cirurgia cardíaca.

Para a avaliação dos resultados alcançados, os enfermeiros deverão realizar um estudo minucioso que possibilite:

- 1) analisar se as ações planejadas foram implementadas na unidade;
- 2) avaliar a efetividade das ações implementadas, por meio de análises de dados e de relatórios gerenciais sobre custos, indicadores assistenciais, de processos e de qualidade utilizados; taxas de internação, de reinternação e ocorrência de infecções relacionadas à assistência em saúde; notificação de erros e de eventos adversos; satisfação do cliente no hospital, entre outros;
- 3) identificar necessidades de reajuste, falhas ou erros durante o planejamento e a implementação das ações;
- 4) identificar a satisfação dos trabalhadores de enfermagem e da equipe de saúde da unidade acerca das ações implementadas.

Após a avaliação dos resultados alcançados, os enfermeiros devem realizar correções das falhas ou dos problemas identificados, elaborando novo planejamento, com novas estratégias e diferentes ações para o alcance da qualidade do cuidado e da segurança do paciente na unidade.

5.5 Fluxograma de Atendimento ao Paciente no Pós-Operatório de Cirurgias Cardíacas



CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No pós-operatório de cirurgia cardíaca, o paciente requer cuidados de alta complexidade e exige elevado nível de conhecimento técnico dos profissionais de saúde. Além disso, reconhece-se que a coordenação da unidade e da equipe de enfermagem para a execução dos cuidados torna-se fundamental para o tratamento e para a recuperação do paciente. Nesse sentido, o enfermeiro assume papel essencial para o gerenciamento do cuidado e para a prestação da assistência de enfermagem de qualidade em unidades de terapia intensiva.

A atuação do enfermeiro nestas unidades exige, ainda, a prática baseada em evidências científicas e a sistematização da assistência de enfermagem, ações que representam importantes ferramentas para organização do cuidado de forma sistemática, para a realização das ações pela equipe de enfermagem e para oferecer ao paciente no pós-operatório de cirurgias cardíacas um cuidado individualizado, humanizado e integral.

No presente estudo, durante a realização dos grupos focais, observou-se a inexistência de ações voltadas à SAE, a organização inadequada do trabalho na unidade e a falta de estratégias capazes de oferecer subsídios para a tomada de decisões pelos enfermeiros, o que compromete o gerenciamento do cuidado e a resolução de problemas vivenciados no cotidiano de trabalho da unidade e prejudica sobremaneira a qualidade da assistência de enfermagem.

Assim, a investigação ora apresentada assume relevância a partir da proposição de ações de SAE e de gerenciamento do cuidado ao paciente no pós-operatório de cirurgias cardíacas, as quais permitirão que os enfermeiros exerçam suas atividades e responsabilidades buscando a excelência do cuidado, a segurança do paciente e a satisfação dos trabalhadores de enfermagem. Finalmente, ressalta-se a utilização de evidências científicas e de referenciais teóricos e metodológicos para a resolução dos problemas identificados na prática profissional dos enfermeiros.

REFERÊNCIAS

ALVES CASSIA, T.; SILVA, D.; SANTOS, D. B.; PRATA, M.; CARDOSO, L. DA C.; COSTA, E. DOS. Ações gerenciais de enfermagem nos serviços de referência em cardiologia. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 95, n. 33, p. e-021041, 17 mar, 2021.

AMANTE, L. N.; ROSETTO, A. P.; SCHNEIDER, D. G. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. **Revista da escola de enfermagem da USP**. v. 43, n. 1, p. 54-64; 2008.

ASSIS, C. R.; FORTINO, C. K.; SARAIVA, C. A. S.; FROHICH, L. F.; SILVA, R. E.; OMIZZOLLO, S. Perfil clínico e sucesso na extubação de pacientes pós cirurgia cardíaca. **Rev. Pesq. Fisioter**, v. 10, n.1, p. 25-32, fevereiro, 2020.

AVELINO, E. L.; CARVALHO, B. R.; SANTOS, T. T. M.; NASCIMENTO, W. G.; SILVA, B. L.; MELO, P. Y. B. Gerenciamento de enfermagem no serviço hospitalar: desafios e potencialidades. **Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 11, n. 63, p. 5350–5361, 2021. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2021v11i63p5350-5361. Disponível em: <http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1445> Acesso em: 1 ago. 2021.

AZEVEDO, O. A.; GUEDES, E. S.; ARAÚJO, S. A. N; MAIA, M. M.; CRUZ, D. A. L. M. Documentação do processo de enfermagem em instituições públicas de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v.9, n. 53, e03471, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018003703471>. Acesso em: 15 maio 2020.

BACKES, D. S.; COLOMÉ, J. S.; ERDMANN, R. H.; LUNARDI, V. L. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **Mundo Saúde**. v. 35, n. 4, p. 438-42, 2011. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/88/10_GrupoFocal.pdf Acesso em: 1 ago. 2021.

BACKES, D. S.; SCHWARTZ, E. Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem: Desafios e Conquistas do Ponto de Vista Gerencial. **Rev Ciência Cuidado Saúde**, v. 4, n. 2, p. 182-8, 2005.

BALSANELLI, A. P.; CUNHA, I. C. K. O. Liderança ideal e real dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva em hospitais privados e públicos. **Cogitare Enferm**, v. 21, n. 1, p. 01-07, Jan-mar, 2016.

BAPTISTA, A.T.P et al. Adoecimento de trabalhadores de enfermagem. **Rev enferm UERJ**, v.26, e31170, 2018.

BARBOSA, E. P.; DE BIASI, L. S.; ZAGO, V. L. P.; PAINI, J. P.; SEVERO, C. M. Sistematização da assistência de enfermagem: dificuldades de implantação na visão do enfermeiro. **Perspectiva**, v.36, n.133, p.41-51, março/2012.

BARRETTA, J.C.; AUDA, J.M.; BARANCELLI, M. D. C.; ANTONIOLLI, D. Pós-operatório em cirurgia cardíaca: refletindo sobre o cuidado de enfermagem. **Rev Fund Care Online**, v.9, n.1, p.259-264, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.259-264>. Acesso em 29 de janeiro, 2021.

BARROS, A. L. B. L.; CAVALCANTE A. M. R. Z. Enfermagem em cardiologia: estado da arte e fronteiras do conhecimento. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 70, n. 3, p. 470. 2017.

BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 63-65, jan. 2011. ISSN 2357-707X. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/17/18> Acesso em: 28 maio. 2021. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2010.v1.n2.17>

BARROS, A. L. B. L.; SANCHEZ, C. G.; LOPES, J. L.; DELL'ACQUA, M. C. Q.; LOPES, M. H. B. M.; SILVA, R. C. G. **Processo de enfermagem: guia para a prática**. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. 2015.

BARROS, S. R.; BANDEIRA, M. M.; LEITE, J. C. R. A. P. Principais complicações da circulação extracorpórea em cirurgias cardíacas em um hospital da região norte. **Revista Saber Científico**, Porto Velho, v. 8, n. 1, p. 103 - 110, jul. 2019. ISSN 1982-792X. Disponível em: <<http://revista.saolucas.edu.br/index.php/resc/article/view/1141>>. Acesso em: 01 mai. 2021. doi:<http://dx.doi.org/10.22614/resc-v8-n1-1141>.

BECCARIA, L. M.; PALEUCO, I. C.; BARBOSA, T. P.; FARIA, J. I. L.; JACON, J. C. Internação em unidade coronária após cirurgia cardíaca: percepção do paciente e seu familiar. **CuidArt Enfermagem**. v. 12. n. 1, p. 92-97, 2018.

BERNARDES, A. Perspectivas contemporâneas da liderança e gestão em enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm**, v.39, e2018-0247, 2018.

BRAGA, E.M.; SILVA, M.J.P. How communication experts express communicative competence. **Interface**, v.14, n.34, p. 529-38, 2010.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, 13 junho 2013, seção I, p.59.

BRASIL. MINISTERIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES 1133/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Ministério da Educação Conselho Nacional de Educação. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 03 de outubro 2001 Seção 1E, p. 131.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de doenças e agravos não transmissíveis e promoção da saúde.2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/search?SearchableText=doen%C3%A7a%20cronica%20nao%20transmissiveis> Acesso: 14 março 2020.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria N°1.996 GM/MS. Substitui a Portaria GM/MS n° 198, de 13 de fevereiro de 2004. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, DF, 2007.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria N°198/GM/MS. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF, 2004.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sobre a vigilância de DCNT**. 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/artigos/43036-sobre-a-vigilancia-de-dcnt>. Acesso em: 02 jun 2018.

BRAZ, N. J.; EVANGELISTA, S. S.; EVANGELISTA, S. S.; GARBACCIO, J. L.; OLIVEIRA, A. C. Infecção do sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias cardíacas: uma análise do perfil epidemiológico. **Revista de enfermagem do centro-oeste mineiro**, v. 8 n. e1973, 2018.

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 - Enfermagem*. v. 19, n. 1, p. 45-53, 2010 doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000100005>.

CABRAL, J. V.; CHAVES, J. S. C. Cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca pediátrica: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Contemporânea**, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 118-126, jan. 2020. ISSN 2317-3378. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v9i1.2597>.

CAMELO, S. H. H.; SOARES, M. I.; CHAVES, L. D. P.; ROCHA, F. L. R.; SILVA, V. L. S. Enfermeiros gerentes de um hospital de ensino: formação profissional, responsabilidades e desafios [Nurse managers at a teaching hospital: training, responsibilities and challenges. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 3, p. e11637, jun. 2016. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.11637>

CAMPOGARA, S.; SOARES, S. G. A.; SILVEIRA, M.; VIERO, C. M.; BARROS, C. S.; CIELO, C. Percepção de pacientes sobre o período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v.16, n. 3, p. 382-390, julho/setembro, 2012.

CARDOSO, L. S. et al. O trabalho do enfermeiro cirúrgico e o potencial para minimizar complicações pós-operatórias. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 12, p. e5294, 20 dez. 2020.

CARVALHO, E. C.; KUSUMOTA, L. Processo de enfermagem: resultados e consequências da utilização para a prática de enfermagem. **Acta Paul Enferm**. v. 22, n. (Especial-Nefrologia), p. 554-7, 2009. DOI: <https://www.scielo.br/j/ape/a/ZR6wFdmKGZzKrCPwwZSkDGn/?lang=pt>

CARVALHO, I. M.; SILVA, R. A. R.; FERREIRA, D. K. S.; NELSON, A. R. C.; DUARTE, F. H. S.; PRADO, N. C. C. Sistematização da assistência de enfermagem no pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca. **Revista online de pesquisa**, v.8, n.4, p.5062-67, 2016.

CARVALHO, J. F. S.; CHAVES, L. D. P. Supervisão de enfermagem no contexto hospitalar: uma revisão integrativa. **Rev Eletrônica Enferm**, v.13, n.3, p.546- 53, 2011.

CASTRO, L. V. E. et al. O impacto emocional da cirurgia cardíaca. **Revista científica fagoc**, v. 4 p. 43-53, 2019.

CHAVES, L.D.P et al. O hospital e a enfermagem na perspectiva das redes de atenção à saúde. **Cuidarte Enferm**, v.10, p.2, p. 218-25, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Resolução nº 272**, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE nas Instituições de Saúde Brasileiras. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=212736> Acesso em: 20 ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Resolução nº 358**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009_4309.html Acesso em: 22 de abril de 2020.

CRUZ, D. A. L. M. Processo de enfermagem e classificações. In: GAIDZINSKI, R. R. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2008.

CUNHA, S. M. B.; BARROS, A. L. B. L. Análise da implementação da Sistematização da assistência de enfermagem, segundo o modelo conceitual de Horta. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn**, v. 58, n. 5, p. 568-572, 2005.

DE MELO, L. D.; SILVA, D. A.; JEREMIAS, J. S. Systematized intensive care for postoperative heart surgery patients / Cuidados Intensivos sistematizados ao paciente em pós-operatório cardíaco. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 13, p. 467–76, 2021. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.7932>

DESSOTTE, C. A. M.; RODRIGUES, H. F.; FURYA, R. K.; ROSSI, L. A.; DANTAS, R. A. S. Estressores percebidos por pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn**, v.69, n.4, p.694-703, 2016.

DORDETTO, P. R.; PINTO, G. C.; ROSA, T. C. S. C. Pacientes submetidos à cirurgia cardíaca: caracterização sociodemográfica, perfil clínico-epidemiológico e complicações. **Revista faculdade de ciências médicas de Sorocaba**, v. 18, n. 3, p. 144-149, março. 2016.

DUARTE, M.; COSTA, S.; STIPP, C.; MESQUITA, M. A. R.; MARCELLE, M. G. S. O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.16, n.4, p.657-665, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127728365003>. Acesso em: 18 abril 2021.

- ENGELMAN, D. T. et al. Diretrizes para cuidados perioperatórios em cirurgia cardíaca: recuperação aprimorada após recomendações da sociedade cirúrgica. **O JAMA Surg.** v. 154, n. 8, p. 755–766. 2019. Disponível em: doi:10.1001/jamasurg.2019.1153. Acesso em: 4 mai. 2021.
- ERDMANN, A. L.; BACKES, D. S.; MINUZZI, H. Care management in nursing under the complexity view. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 7, n. 1, 2007.
- EVANGELISTA, W. A; VASCONCELOS, E. E. C.; BRITO, D. G. C.; ALBUQUERQUE, L. S. S.; RODRIGUES, L. L. G.; SILVA, L. G. S. Cuidados de enfermagem na cirurgia cardíaca: perspectivas da literatura atual. **Saúde Coletiva (Barueri)**, [S. l.], v. 11, n. 63, p. 5312-5321, 2021. DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i63p5312-5321>
- FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. **O trabalho gerencial em enfermagem**. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. São Paulo (SP): Guanabara Koogan, p.1-13, 2016.
- FERREIRA, L. B; VIEGAS, M. O. **Perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca no Hospital Santa Genoveva em Goiania**. 2004. 15 f. TCC (Graduação) - Curso de Fisioterapia, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiania, 2004.
- FERREIRA, M. N. CARDOSO, R.; SILVA, M. C. **Cuidados da enfermagem pós cirurgia cardíaca**. 2018. 13f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, 2018.
- FERREIRA, V. H. S.; TEIXEIRA, V. M.; GIACOMINI, M. A.; ALVES, L. R.; GLERIANO, J. S.; CHAVES, L. D. P. Contribuições e desafios do gerenciamento de enfermagem hospitalar: evidências científicas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, e20180291, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180291>
- FERRAZ, C. A. As dimensões do cuidado em enfermagem: enfoque organizacional. *Acta Paul Enf*, v. 13, n. esp., parte I, 2000. Disponível em: https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-S0103-2100200000013000365/1982-0194-ape-S0103-2100200000013000365.x16677.pdf Acesso em: 10 ago. 2020.
- FRANZOTTI, S. A. S. et al. Desempenho dos Índices de Gravidade na Predição de Complicações Pós-Operatórias de Revascularização Miocárdica. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 115, n. 3, p. 452-459, set. 2020
- FRIEDRICH, V. R.; MORAES, A. C. M. B.; STUMM, E. M. F. S.; RIBEIRO, C. P.; BENETTI, E. R. R. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **6º Congresso internacional em saúde. CISaúde**. v. 6, 2020.
- FUGULIN, F.M.T.; GAIDZINSKI, R.R.; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant P. et al. Gerenciamento em enfermagem. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.
- FUGULIN, F.M.T.; GAIDZINSKI, R.R.; KURCGANT, P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.1, p.72-8, 2005.

- FULY, P. S. C.; LEITE, J. L.; LIMA, S. B. S. Correntes de pensamento nacionais sobre rentes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 6, p. 883-7, 2008. DOI: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5P5P6HGF6W3Cj3pRhMTbFZk/?lang=pt&format=pdf>
- G Aidzinski, R.R.; FUGULIN, F.M.T.; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant P (Org.) **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 3ª ed. 2016.
- GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 1, p. 188-93, 2009. DOI: <https://www.scielo.br/j/ean/a/t5CHQNJfHx9Y84VVR59Zsmc/abstract/?lang=pt>
- GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: SANTOS, I.; FIGUEIREDO, N. M. A.; PADILHA, M. I. C. S. (org.). **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções**. 1ª ed. São Paulo (SP): Atheneu; v. 2, p. 37-63. 2004.
- GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L.; CARVALHO, E. C. Processo de enfermagem: aplicação à prática profissional. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 3, n. 2, 2004. Disponível em: <http://www.uff.br/nepae/objn302garciaetal.htm> Acesso em: 20 ago. 2020.
- GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro 2005.
- GONÇALVES, V. L. M.; LEITE, M. M. J.; CIAMPONE, M. H. T. A pesquisa-ação como método para reconstrução de um processo de avaliação de desempenho. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 50-59, 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v9i1.1705>
- GOULART, B.F.; CAMELO, S.H.H.; SIMÕES, A.L.A.; CHAVES, L.D.P. Teamwork in a coronary care unit: facilitating and hindering aspects. **Rev Esc Enferm USP**, v.50, n.3, p.479-86, 2016.
- GOULART, B.F.; COELHO, M.F.; CHAVES, L.D.P. Equipe de enfermagem na atenção hospitalar: revisão integrativa. **Rev Enferm UFPE**, v.32, n.4, p. 797-806, 2014.
- HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 258-65, 2009.
- HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020/ [NANDA Internacional]**. 10 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.
- HORTA, W.A. - Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.5, n.1, p. 7-15, 1974.
- INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). *Science of Improvement: Testing Changes*, 2017. Disponível em:

<http://www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/ScienceofImprovementTestingChanges.aspx>. Acesso em: 18, jun. 2021.

JOST, M. T.; VIEGAS, K.; CAREGNATO, R. C. A. Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória na segurança do paciente: revisão integrativa. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 218-225, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201800040009>.

KURCGANT, P. Gerenciamento em enfermagem. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.

LANZONI, G. M. M. et al. Fatores que influenciam o processo de viver a revascularização cardíaca. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.24, n.1, p.270-78, 2015.

LEAL, L. A.; HENRIQUES, S. H.; CASTRO, F. F. S.; SOARES, M. I.; BRAGANÇA, C.; SILVA, B. R. Construção de matriz de competências individuais do enfermeiro em unidades cirúrgicas. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. 6: e20190584, 2020. Acesso em 03 mai. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0584>

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2ªed. Florianópolis: Soldasof; 2006.

LIMA, R. S. et al. Gerenciar unidade de internação hospitalar: o que pensam os enfermeiros? **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 6, n. 2, p. 2190-198, 2016.

LIMA, T. J. A et al. Processo gerenciar em enfermagem em realidades distintas: relato de experiência. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n.5, p.31941-31950 may. 2020. Acesso em 14 jun 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n5-589>.

LORENZETTI, J.; GELBCKE, F. L.; VANDRESEN, L. Tecnologia para gestão de unidades de internação hospitalares. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 2, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001770015>

MARTIN, C.J. The effects of nurse staffing on quality of care. **MEDSURG Nursing**, v. 24, n. 2, p. 4-6, 2015.

MARTINS, V. H. S. et al. Sobrecarga de trabalho em enfermagem através do Nursing Activities Score como ferramenta avaliadora. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 5, e47951141, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i5.1141>.

MARUITI, M. R.; GALDEANO, L. E. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, 2007, p. 37-43. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000100007>

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.15, n.3, p.508-14, 2006.

MAZIERO, V. G.; BERNARDES, A.; SPIRI, W. C.; GABRIEL, C. S. Construindo significados sobre gerência da assistência: um estudo fenomenológico. **Ciência & Cuidado em Saúde**, v. 13, n. 3, p. 563-70, 2014.

MEIRELES, G. O. A. B. et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre a SAE em um hospital privado conveniado ao SUS no município de Nerópolis-GO. **IJR - International Journal of Development Research**, v. 10, n. 01, p. 33484-33490, jan. 2020.

MELO, F. V.; COSTA, M. F.; SANDES, S. M. S. Diagnósticos de enfermagem no período pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 12, n. 8, p. 2188-2193, ago. 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i8a231671p2188-2193-2018>

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M.C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec: 2013.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (BR). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União. 2001 nov 9;139(215 Seção 1):37-8.

NASCIMENTO, A.C.E.C et al. A importância da supervisão de enfermagem nas instituições de saúde. **Rev. Saud. Pesq**, v.6, n.2, p. 339-343, 2013.

NICOLETTI, A. M.; HILESHEIM, S. F.; ZAMBERLAN, C.; MALDANER, C. R.; ROSA, N.; PITTHAN, L. O. Ansiedade e intensidade da experiência dolorosa no perioperatório de cirurgia cardíaca. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.2, p. 9162-9172, mar/apr. 2021.

NORDENMARK, M et al. Sickness presenteeism among the self-employed and employed in Northwestern Europe: the importance of time demands. **Safety and Health at Work**, v.10, p.224e228, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Doenças não transmissíveis. 2014. Disponível em: http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/ Acesso em: 02 jun 2020.

PINTO, E.E.P et.al. Desdobramentos da Educação Permanente em Saúde no município de Vitória, Espírito Santo. **Trab. Educ. e Saúde**, v.8, n.1, p. 77-96, 2010.

PIVOTO, F. L.; FILHO, W. D. L.; SANTOS, S. S. C.; ALMEIDA, M. A.; SILVEIRA, R. S. Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 665-70, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000500013>

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

PUGGINA, C.C et al. Educação permanente em saúde: instrumento de transformação do trabalho de enfermeiros. **Rev Espaço Saúde**, v.16, n.4, p. 87-97, 2015.

REIS, M. M. R.; LIMA, E. F. A.; CASAGRANDE, R. I.; FIORESI, M.; LEITE, F. M. C.; PRIMO, CANDIDA, C. C. Perfil epidemiológico de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Revista de enfermagem UFPE online**, v. 13, n. 4, p. 1015-22, abril. 2019.

REISDORFER, A. P.; LEAL, S. M. C.; MANCIA, J. R. Cuidados de enfermagem ao paciente no pós operatório de cirurgia cardíaca, na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Bras Enferm**, v. 74, n. 2, p. e20200163, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0163>. Acesso em 15 fev. 2021.

RIBEIRO, C. P.; SILVEIRA, C. O.; BENETTI, E. R. R.; GOMES, J. S.; STUMM, M. F. Diagnóstico de enfermagem em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista da Rede Enfermagem do Nordeste**, v.16, n.2, p.159-67, 2015.

RIBEIRO, K. R. A. Complicações no pós-operatório de revascularização do miocárdio: implicações para pratica de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v.6, n.3, p.59-64, 2017.

RIBEIRO, K. R. A. Pós-operatório de revascularização do miocárdio: complicações e implicações para enfermagem. **Revista Online de Pesquisa**, v.10, n.1, p.254-59, 2018.

RIBEIRO, K.R.A.; GONÇALVES, F.A.F.; BORGES, M.M.; LORETO, R.G.O.; AMARAL, M.S. Pós-Operatório de Revascularização do Miocárdio: Possíveis Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem. **Rev Fund Care Online**, v.11, n.3, p.801-808, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.801-808>

RODRIGUES, C. G.; SENGER, R.; GUIDO, L. A.; LINCH, G. F. Complicações no pós-operatório em cirurgia cardíaca: diagnósticos e intervenções de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 4, n. 1, p. 391-400, dez. 2009. DOI: <https://doi.org/10.5205/reuol.681-5727-1-LE.0401201050>

RUIZ, P. B. O.; VILELA, R. P. B.; RUIZ, P. B.O.; RAFALDINI, B. P.; LIMA, A. F. C.; PERROCA, M. G.; JERICÓ, M. C. Profissionais de Enfermagem Recém- Admitidos em Um Hospital Escola: Custos Diretos dos Treinamentos e da não Produtividade. **Rev Paul Enferm**, v.31 n. 7, 2020. DOI: <https://doi.org/10.33159/25959484>

SANTANA, I. F.; SILVA, J. P. Gerenciamento em enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital público. **Revista da FAESF**, v. 2, n. 2, p 34-44, Abr-Jun. 2018.

SANTIAGO, A.R.J.V.; CUNHA, J.X.P. Supervisão de enfermagem: instrumento para a promoção da qualidade na assistência. **Revista Saúde e Pesq**, v.4, n.3, p. 443-8, 2011.

SANTOS, A.P.A.; CAMELO, S.H.H.; SANTOS, F.C.; LEAL, L.A.; SILVA, B.R. O enfermeiro no pós-operatório de cirurgia cardíaca: competências profissionais e estratégias da organização. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.50, n.3, p.474-81, 2016.

SANTOS, J. L. G.; PESTANA, A. L.; GUERRERO, P.; MEIRELLES, B. S. H.; ERDMANN, A. L. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, p. 257-63, 2013.

SANTOS, N. C.; LIMA, C. J. F. S. JUNIOR, S. L. R. R.; SILVA, G. F.; Cuidados de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, p. e629119535, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9535>

SARTORI, A. A.; GAEDKE, M. A.; MOREIRA, A. C.; GRAEFF, M. F. Diagnósticos de enfermagem no setor de hemodinâmica: uma perspectiva adaptativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, n. e03381, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017006703381>

SILVA, A. L. C.; SANTANA, C. H. P.; SILVA, R. R. Cuidados de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Bahia: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública**, 2016.

SILVA, A. O. F. et al. Complicações pulmonares após cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 26, p. e7543, 30 mai. 2021.

SILVA, E. G. C.; OLIVEIRA, V. C.; NEVES, G. B. C.; GUIMARÃES, T. M. R. O conhecimento do enfermeiro sobre a sistematização da assistência de enfermagem: da teoria à prática. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, p. 1380-1386, 2011.

SILVA, G. C.; ALBUQUERQUE, D. C.; ROCHA, R. G.; FERNANDES, R. T. P.; LIMA, L. C. L. C.; CABRAL, A. P. V. Protocolo de enfermagem no implante de valva aórtica transcater: um direcionamento para o cuidado. **Esc Anna Nery**, v. 22, n. 3, 2018.

SILVA, T. G.; SANTOS, R. M.; CRISPIM, L. M. C.; ALMEIDA, L. M. W. S. Conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições do processo de enfermagem. **Enfermagem no foco**, v. 7, n. 1, p. 24-27, 2016.

SILVA, T. O.; VIEIRA, L. M.; LEMOS, T. S.; ANNA, F. P. S.; SANCHES, R. S.; MARTINEZ, M. R. Gestão hospitalar e gerenciamento em enfermagem. **Cogitare enfermagem**, v. 24, 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/information/readers>. Acesso: 20 agosto 2020.

SILVA, V. M.; OLIVEIRA, T.C.; DAMASCENO, M. M. C.; ARAUJO, T. L. Linguagens da sistematização da assistência de enfermagem nas dissertações e teses dos catálogos do centro de estudo e pesquisa em enfermagem. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, n. 2, 2006.

SILVA, W. L. A. V.; BARROS, A. T. L.; SANTOS, R. D.; SILVA, L. A.; MIRANDA, L. N. Cirurgias cardíacas: assistência de enfermagem a portadores de cardiopatia no período perioperatório. **Enfermagem Cadernos de Graduação Ciências Biológicas e da Saúde**, v.4, n.2, p.323-36, 2017.

SILVEIRA, R. E.; CONTIM, D. Educação em saúde e prática humanizada da enfermagem em unidades de terapia intensiva: estudo bibliométrico. **J. res.: fundam. care. Online**, v.7, n.1, p.2113-2122, jan./mar. 2015

SOARES, G. M. T. et al. Prevalência das Principais Complicações Pós-Operatórias em Cirurgias Cardíacas. **Rev. Bras. Cardiol**, v. 24, n. 3, p. 139-146, mai/jun. 2011.

SOARES, J. M.; COSTA, A. E. K.; PISSAIA, L. F. Percepções de enfermeiros sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Res., Soc. Dev**, v. 8, n. 9:e24891278, jun. 2019. Acesso em: 20 jun. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v8i9.1278>.

SOARES, M.I.; CAMELO, S.H.H.; RESCK, Z.M.R.; TERRA, F.S. Saberes gerenciais do enfermeiro no contexto hospitalar. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n.4, p.631-7, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC. **O cardiômetro**. 2018. Disponível em: <http://www.cardiometro.com.br/> Acesso em: 02 jun 2018.

SOUZA, L. P.; VASCONCELLOS, C.; PARRA, A. V. Processo de enfermagem: dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros de um hospital público de grande porte na Amazônia, Brasil. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, v.10, n.1, p.05-20, 2015.

SOUZA, S. S. et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 12, n. 3, p. 449–55, 2010. DOI: 10.5216/ree.v12i3.6855. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/6855>. Acesso em: 21 jul. 2021.

STRABELLY, T. M. V.; STOLF, N. A. G.; UIP, D. E. Uso prático de um índice de risco de complicações após cirurgia cardíaca. **Arquivo brasileiro de cardiologia**, v. 91, n. 5, p. 342-347; janeiro, 2008.

STROLISCHEIN, C. A.; SILVA, D.; COSTA, E. L.; SANCORÉ, F. D.; AZEREDO, T. G.; FONTOURA, F. Prevalência das principais complicações pós-operatório em cirurgias cardíacas de revascularização do miocárdio em hospital filantrópico de Cuiabá-MT. **Revista da saúde da AJES**, v. 5, n. 9, jan/jun. 2019.

TAURINO, I. J. M. Cirurgia cardíaca: refletindo sobre o cuidado de enfermagem no período pós-operatório. **Revista PubSaúde**, v. 2, n. a014, 2019. DOI: <https://dx.doi.org/10.31533/pubsaud e2.a014>

TENÓRIO, H. A. A.; CORREIA, D. S.; SANTOS, A. G.; MARQUES, E. S.; SILVA, E. S.; SUBRINHO, D. O. A. Visão do graduando de enfermagem quanto sua atuação no mercado de trabalho do Sistema Único de Saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 13, p. e841, 13 ago. 2019.

VAGHETTI, H.H.; PADILHA, M.I.C.S.; LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L.; COSTA C.F.S. Significados das hierarquias no trabalho em hospitais públicos brasileiros a partir de estudos empíricos. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n.1, p.87-9, 2011.

VANDRESEN, L.; PIRES, D.E.P.; LORENZETTI, J.; ANDRADE, S.R. Classificação de pacientes e dimensionamento de profissionais de enfermagem: contribuições de uma tecnologia de gestão. **Rev Gaúcha Enferm**, n.39, e2017-0107, 2018.

VIEGAS, G.L et al. Cuidados de enfermagem na unidade de internação no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Anais: Semana de Enfermagem - Enfermagem e suas dimensões: a gestão do cuidado e o impacto na saúde. Porto Alegre: HCPA, 2017. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/165744> Acesso em: 03 jun 2021.

ZANARDO, G. M.; ZANARDO, G. M.; KAEFER, C. T. Sistematização da assistência de enfermagem. **Revista contexto & saúde**, v. 10, n. 20, p. 1371-1374, 2011.

ANEXOS

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

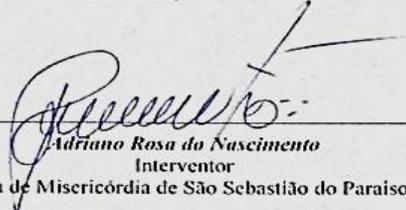
Prezado Tobias Divino dos Santos

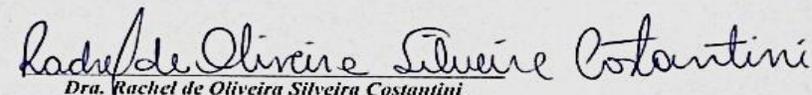
São Sebastião do Paraíso, 22 de abril de 2019

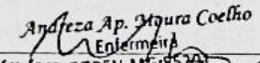
Vimos, por meio desta, autorizar a realização de uma pesquisa nesta instituição, Santa Casa de Misericórdia de São Sebastião do Paraíso. O estudo intitulado "Gerenciamento da assistência de enfermagem a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca em uma Unidade de Terapia Intensiva", sendo desenvolvido por, Tobias Divino dos Santos, aluno do Programa Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP e pela Profa. Dra. Fernanda Ludmilla Rossi Rocha, RG 22.362.000-2, professora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da mesma instituição. Cujo objetivo é elaborar protocolos de assistência de enfermagem a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca em uma Unidade de Terapia Intensiva.

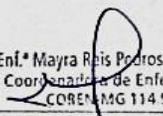
Agradecemos vossa atenção e nos colocamos à disposição.

Atenciosamente,


Adriano Rosa do Nascimento
Interventor
Santa Casa de Misericórdia de São Sebastião do Paraíso - MG

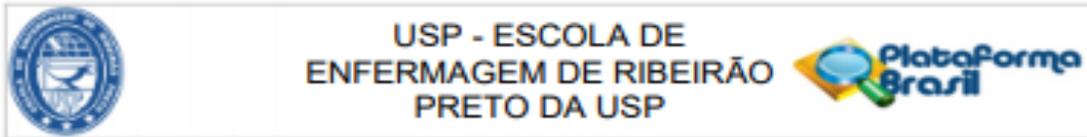

Dra. Rachel de Oliveira Silveira Costantini
Médica intensivista e cardiologista coordenadora da Unidade Coronariana
Santa Casa de Misericórdia de São Sebastião do Paraíso - MG


Andreza Ap. Moura Coelho
Enfermeira
Coordenadora de Enfermagem
Santa Casa de Misericórdia de São Sebastião do Paraíso - MG


Enf.ª Mayra Reis Pedrosa Pimenta
Coordenadora de Enfermagem
COREN/MG 114 936
Mayra Reis Pedrosa Pimenta
Enfermeira
Coordenadora de Enfermagem
Santa Casa de Misericórdia de São Sebastião do Paraíso - MG



ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Protocolo de ações do enfermeiro para o gerenciamento da assistência de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca em uma Unidade de Terapia Intensiva

Pesquisador: TOBIAS DIVINO DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18875019.0.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.712.354

Apresentação do Projeto:

Trata-se da avaliação de resposta às pendências do parecer consubstanciado no. 3.635.874.

Objetivo da Pesquisa:

sem alterações

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

sem alterações

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

sem alterações

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentadas as alterações no TCLE, de acordo com o que foi exposto no parecer consubstanciado, bem como incluídos os detalhamentos dos gastos previstos no orçamento. Todos destacados em vermelho.

Recomendações:

sem alterações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as solicitações de alteração no TCLE e no orçamento foram atendidas.

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 3.712.354

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1392673.pdf	23/10/2019 11:02:22		Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3635874.pdf	23/10/2019 10:57:35	TOBIAS DIVINO DOS SANTOS	Aceito
Orçamento	Orçamento_declaracao_de_gastos.pdf	23/10/2019 10:47:53	TOBIAS DIVINO DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Versao02_TCLE_.pdf	23/10/2019 10:47:36	TOBIAS DIVINO DOS SANTOS	Aceito
Outros	Reencaminhamento_CEP.pdf	23/10/2019 10:47:17	TOBIAS DIVINO DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	Cronograma_pesquisa_.pdf	12/08/2019 18:17:26	TOBIAS DIVINO DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_.pdf	12/08/2019 18:16:41	TOBIAS DIVINO DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	12/08/2019 09:39:30	TOBIAS DIVINO DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Solicitacao_de_dispensa_do_TCLE_para_os_pacientes.pdf	12/08/2019 09:36:18	TOBIAS DIVINO DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_da_instituicao_para_realizar_a_pesquisa.pdf	08/08/2019 11:27:11	TOBIAS DIVINO DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 3.712.354

RIBEIRAO PRETO, 19 de Novembro de 2019

Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador(a))

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

APENDICES

APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada: **“Gerenciamento do cuidado e sistematização da assistência de enfermagem a pacientes submetidos a cirurgias cardíacas em uma unidade de terapia intensiva”**, a qual será desenvolvida por mim, Tobias Divino dos Santos, enfermeiro, aluno do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP e por Fernanda Ludmilla Rossi Rocha, Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da mesma instituição. O objetivo deste estudo é elaborar e implementar um protocolo de ações do enfermeiro para o gerenciamento da assistência de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Sua participação consiste em participar de reuniões com os demais enfermeiros da UTI para discutir o problema e planejar ações de gerenciamento da assistência de enfermagem realizadas pelos enfermeiros na unidade. Sua participação é voluntária, livre de custos e garantimos que você pode desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, retirando seu consentimento. Destacamos que sua identidade será mantida em absoluto sigilo e, na ocorrência de danos relacionados à sua participação, você terá direito à indenização pelo pesquisador e pelas instituições envolvidas. Sua participação poderá nos ajudar a elaborar um protocolo de ações do enfermeiro para o gerenciamento da assistência de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca deste hospital, o que representa um benefício muito grande a todos. No entanto, ao participar das reuniões, você poderá se lembrar de situações ou fatos relacionados ao seu trabalho ou aos pacientes que possam lhe trazer desconforto. Esse pode ser um risco por você estar participando da pesquisa. Se isso acontecer, garantimos a você o direito de retirar seu consentimento e interromper sua participação. Esclarecemos que os dados obtidos serão utilizados unicamente para fins de pesquisa e poderão ser divulgados em eventos científicos ou em revistas especializadas, sendo preservado seu anonimato.

Você poderá solicitar esclarecimento sobre a pesquisa e sobre sua participação a qualquer momento, diretamente ao pesquisador, via e-mail (tobiasd.santos@gmail.com), por telefone (35 98861-2359) ou pode nos procurar no departamento de gestão de leitos deste hospital.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. O CEP tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa e preservar seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com este CEP pelo telefone (16) 3315-9197, de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12hs e das 14 às 16hs.

Consentimento de participação

Eu _____ li e concordo em participar desta pesquisa.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2020.

Assinatura do participante

Tobias Divino dos Santos
Enfermeiro Pós-Graduando da EERP/USP

APENDICE B – ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS

Objetivo: elaborar ações para a sistematização e para o gerenciamento da assistência de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca na unidade de terapia intensiva

- 1) como é realizada a assistência ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca na unidade? (imediato e tardio)
- 2) quais as ações realizadas pelos enfermeiros na UTI? Descreva o trabalho dos enfermeiros nesta unidade.
- 3) quais ações específicas de gerenciamento da assistência de enfermagem são realizadas pelos enfermeiros da unidade?
- 4) existem protocolos de assistência de enfermagem na unidade?
- 5) como deveria ser o protocolo de SAE no PO cirurgia cardíaca?

APENDICE C – ROTEIRO PARA CARACETRIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Caracterização dos participantes

- 1) Idade: _____ anos.
- 2) Sexo: () masculino () feminino
- 3) Nível de formação:
Especialização: () não () sim. Se sim, qual: _____.
- Pós-graduação: () não () sim. Se sim, qual: _____.
- 4) Tempo de atuação na UTI: _____ anos.
- 5) Qual sua carga horária de trabalho na UTI, neste momento? _____ horas/semana.