

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MESTRADO
NÍVEL MESTRADO**

ARIELE PRIEBE REISDORFER

**PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA A EQUIPE DE
ENFERMAGEM DA UTI ADULTO: cuidado ao paciente no pós-operatório de
cirurgia cardíaca**

Porto Alegre

2016

ARIELE PRIEBE REISDORFER

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA A EQUIPE DE
ENFERMAGEM DA UTI ADULTO: cuidado ao paciente no pós-operatório de cirurgia
cardíaca

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Maria Cezar Leal

Porto Alegre

2016

R375p

Reisdorfer, Ariele Priebe

Programa de educação permanente em saúde para a equipe de enfermagem da UTI adulto: cuidado ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca / Ariele Priebe Reisdorfer. – 2016.

103 f. : il. : color. ; 30cm.

Dissertação (mestrado em Enfermagem) -- Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, São Leopoldo, RS, 2016.

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Maria Cezar Leal.

1. Terapia intensiva – Enfermagem - Pós-operatório. 2. Cirurgia cardíaca - Pós-operatório. 3. Unidade de Terapia Intensiva. 4. Educação Permanente - Saúde. 5. Equipe - Enfermagem. Título. II. Leal, Sandra Maria Cezar.

CDU 614.253.5:616-085.168

Ariele Priebe Reisdorfer

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA A EQUIPE DE
ENFERMAGEM DA UTI ADULTO: cuidado ao paciente no pós-operatório de cirurgia
cardíaca

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Aprovado em 14/10/2016

BANCA EXAMINADORA

Sandra Maria Cezar Leal - UNISINOS

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

Simone Edi Chaves - UNISINOS

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

Carmen Maria Lazzari – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

Ao meu marido e aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

Primeiro, agradeço a Deus por me proporcionar saúde e capacidade para chegar até aqui.

Ao meu marido, por sempre torcer por mim, me auxiliar em todos os momentos difíceis que enfrentamos e não me deixar desistir.

Aos meus pais, por todo o amor e incentivo que me dão. Vocês são meus exemplos de vida.

À minha amiga e irmã de coração, Bruna, por suas orações e pelo carinho que sempre teve por mim.

Aos meus colegas e amigos do mestrado, pela companhia e por terem deixado nossos dias de preocupações e angústias mais leves ao encontrar graça em todos os momentos.

À minha orientadora, pela paciência e por ter me ensinado que devemos fazer o que precisamos de forma que não nos traga dor e sofrimento.

RESUMO

A cirurgia cardíaca é indicada como tratamento para doenças cardiovasculares. A realização desse procedimento é complexa e exige que todo o cuidado do pós-operatório imediato e parte do mediato sejam realizados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Nesse sentido, o serviço prestado pela equipe de enfermagem contribui para garantir a recuperação do indivíduo submetido à cirurgia cardíaca. O objetivo desta pesquisa é elaborar um programa de Educação Permanente em Saúde para a equipe de enfermagem da UTI Adulto do Hospital Geral de Caxias do Sul/RS acerca do cuidado ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Esta pesquisa, de caráter qualitativo, contou com a participação de vinte e sete integrantes da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos) que prestam cuidado ao paciente no pós-operatório do hospital em estudo. A coleta de dados ocorreu por meio de uma entrevista semiestruturada. Para o tratamento dos dados, foi utilizada a análise temática, da qual emergiram quatro categorias: desafios da equipe em relação aos cuidados específicos ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca; o medo da admissão na UTI de paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca; relações multiprofissionais; e necessidade de educação permanente em saúde. Os resultados apontaram que os profissionais que iniciaram suas atividades nesse cenário há pouco tempo sentem dificuldade na prestação de cuidados ao paciente, enquanto os mais antigos percebem a fragilidade dos novos colegas e relembram das suas quando iniciaram. Além disso, todos sentem a necessidade de qualificar a prática profissional. Nesse contexto, as propostas de intervenção deste estudo foram a elaboração do Programa de Educação Permanente em Saúde, uma cartilha de orientação sobre os cuidados no pós-operatório de cirurgia cardíaca e um *checklist* para guiar a passagem do plantão do bloco cirúrgico para a UTI.

Palavras-chave: Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca. Unidade de Terapia Intensiva. Educação Permanente em Saúde. Equipe de Enfermagem.

ABSTRACT

The cardiac surgery is indicated as a treatment for cardiovascular diseases. This procedure is complex and its recuperation on the immediate postoperative and a part of the mediate postoperative is realized on the Intensive Care Unit (ICU). The nursing assistance contributes for the patient recovery after cardiac surgery. The objective of this search is to prepare a Health Permanent Education Program for the nursing team that work at the ICU Adult of this hospital, about the assistance to the patient that realized cardiac surgery. The study is qualitative and twenty-seven people from the nursing team that care of this patient participated of the search. It was utilized a semi structured interview to collect data. The analysis of the data were realized through the thematic analysis. Four categories emerged from the study: team challenges for specifically providing care on the postoperative of cardiac surgery; the fear of the patient admission on the ICU; multi professional relationships and necessity of health permanent education. This study indicated that the new professionals face difficulties to care of the patient that realized this surgery. The professionals that work for longer at this place observe the fragilities on the new coworkers and also remember their difficulties when they started to work. All of them related that is necessary to qualify their professional practice. Therefore, the proposal of this study were the elaboration of the Health Permanent Education Program; a guidance booklet about the care on the postoperative of cardiac surgery; and a checklist to guide the shift change from the surgical ward to the ICU.

Key-words: Postoperative of Cardiac Surgery; Intensive Care Unit; Health Permanent Education; Nursing Team.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais diferenças entre Educação Continuada e Educação Permanente de acordo com aspectos-chave.....	29
Quadro 2 - Caracterização dos participantes do estudo.....	37
Quadro 3 - Categorias e subcategorias identificadas no estudo.....	38
Quadro 4 – Cronograma do Programa de Educação Permanente em Saúde sobre os cuidados ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca para as integrantes da equipe de enfermagem da UTI Adulto.....	86
Quadro 5 – Cronograma do Programa de Educação Permanente em Saúde sobre os cuidados ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca para os novos colaboradores da equipe de enfermagem da UTI Adulto	87

LISTA DE SIGLAS

AINES	Anti-inflamatórios não esteroides
CEC	Circulação extracorpórea
DCV	Doenças cardiovasculares
EC	Educação Continuada
ECG	Eletrocardiograma
EP	Educação Permanente
EPI	Equipamento de proteção individual
EPS	Educação Permanente em Saúde
FUCS	Fundação Universidade de Caxias do Sul
NOB/RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAM	Pressão arterial média
PVC	Pressão venosa central
SIRS	Síndrome de resposta inflamatória sistêmica
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciências e Cultura
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS E METAS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	14
2.3 META	14
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
3.1 PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA.....	15
3.1.1 Complicações no pós-operatório de cirurgia cardíaca	16
3.1.2 Cuidados de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca	17
3.1.2.1 Sinais vitais e monitorização hemodinâmica	17
3.1.2.2 Oxigenação	19
3.1.2.3 Balanço hídrico e controle de drenagens	19
3.1.2.4 Cuidados com o marca-passos temporário.....	20
3.1.2.5 Integridade da pele e higiene	20
3.1.2.6 Administração de medicamentos	21
3.1.2.7 Transfusão de hemocomponentes.....	22
3.1.2.8 Medidas de controle de infecção.....	22
3.1.2.9 Analgesia.....	23
3.1.3 Uso de tecnologias no pós-operatório de cirurgia cardíaca	24
3.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	25
3.2.1 Conceito de Educação Permanente em Saúde	25
3.2.2 Breve Histórico da Educação Permanente em Saúde	27
3.2.3 Educação Permanente e Educação Continuada	28
4 METODOLOGIA	31
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	31
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	31
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	32
4.4 COLETA DE DADOS	32
4.5 ANÁLISE DE DADOS.....	33
4.6 PROPOSTA PRELIMINAR DE INTERVENÇÃO.....	34
5 ASPECTOS ÉTICOS	36
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	37

6.1 DESAFIOS DA EQUIPE EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS ESPECÍFICOS AO PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA.....	39
6.1.1 Cuidado e manuseio de drenos	39
6.1.2 Administração de drogas vasoativas	41
6.1.3 Instalação e medida de PAM invasiva e PVC.....	43
6.1. 4 Complicações no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca	45
6.2 O MEDO DA ADMISSÃO NA UTI DO PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA	47
6.2.1 Contexto da admissão na UTI de paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca.....	48
6.2.2 Padronização de ações de cuidado.....	51
6.3 RELAÇÕES MULTIPROFISSIONAIS	58
6.3.1 Trabalho em redes.....	58
6.3.2 Dimensionamento de pessoal.....	60
6.3.3 Vivência profissional no cuidado ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca.....	62
6.4 NECESSIDADE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	66
6.4.1 Reconhecimento da importância de estratégias de Educação Permanente em Saúde	66
6.4.2 Estratégias individuais para qualificar o trabalho.....	73
7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	76
7.1 CARTILHA DE ORIENTAÇÃO SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM E OS PROCEDIMENTOS ADOTADOS NO PÓS OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA.....	76
7.2 CHECKLIST DE PASSAGEM DE PLANTÃO DO PACIENTE EM PÓS OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA DO BLOCO CIRÚRGICO PARA A UTI ADULTO.....	83
7.3 CRONOGRAMA DE AÇÕES PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM	86
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS.....	94
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	102
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA A ENTREVISTA COM OS INTEGRANTES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	103

1 INTRODUÇÃO

A cirurgia cardíaca é considerada um procedimento complexo, indicada para o tratamento de doenças cardiovasculares, principalmente no que diz respeito às lesões coronarianas e às valvulopatias. A cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) e a troca valvar são os procedimentos mais adotados nesses casos. No ano de 2014, cerca de 23 mil cirurgias de revascularização do miocárdio foram realizadas no país. (BRASIL, 2015).

A realização de cirurgias desse porte exige que todo o cuidado do pós-operatório imediato (24 horas após a cirurgia) e parte do mediato (após 24 horas transcorridas da cirurgia) sejam realizados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). (WERLANG et al., 2008). Desse modo, o paciente é assistido pela equipe multiprofissional, que deve estar preparada para atuar ativamente na prestação de cuidados intensivos. Nesse contexto, o trabalho da equipe de enfermagem é fundamental, uma vez que esta realiza a observação contínua do paciente e necessita tomar decisões rápidas, exigidas pelo pós-operatório da cirurgia cardíaca. (DUARTE et al., 2012). Tais profissionais devem ser capazes de identificar complicações, de modo que o paciente receba cuidados imediatos, obtenha menor tempo de permanência na UTI e reduza os custos da internação. (FERNADES; ATILI; SOUZA, 2009). A atenção à monitorização hemodinâmica, ao controle de sinais vitais, ao equilíbrio hidroeletrólítico, à ventilação, ao controle da dor e à prevenção de infecções são importantes para garantir o sucesso do procedimento. (DUARTE et al., 2012; LIRA et al., 2012).

A UTI é o setor responsável por prestar atendimento a pacientes considerados clinicamente graves e àqueles que passaram por algum procedimento cirúrgico que exige cuidados intensivos. (PARCIANELLO; FONSECA; ZAMBERLAN, 2011). Portanto, os avanços científicos se fazem presentes como auxílio fundamental ao ato de cuidar. Monitores, ventiladores mecânicos e bombas de infusão são exemplos de materiais indispensáveis nesse ambiente, e saber manuseá-los corretamente é essencial. Esse aparato tecnológico exige conhecimento e habilidade dos profissionais envolvidos no cuidado, podendo-se considerar as máquinas como um segundo paciente, o qual também requer atenção. (SILVA et al., 2009).

Além do conhecimento técnico-científico exigidos à equipe de enfermagem, é

importante implicar o aspecto humanístico nesse ambiente repleto de tecnologias duras. Proporcionar um ambiente tranquilo e planejar a assistência respeitando a singularidade do indivíduo são ações que devem ser consideradas a partir da valorização de questões subjetivas. Expressões e relatos de ansiedade, medo, angústia e nervosismo são comuns em pacientes que passaram por uma cirurgia cardíaca. (HADDAD; ALCANTARA; PRAES, 2005).

Diante do arsenal de exigências no ambiente de terapia intensiva, especificamente no que diz respeito ao cuidado no pós-operatório de cirurgia cardíaca, cabe a reflexão sobre a qualificação da equipe de enfermagem que atua nesse cenário. O que se vê, na prática, são enfermeiros e técnicos de enfermagem ingressarem na UTI sem a preparação necessária para atuar no cuidado a pacientes graves, sobretudo no pós-operatório de cirurgia cardíaca, que requer dedicação extrema desde o momento que o paciente chega à unidade até a sua alta para o setor de internação clínica. (FERNANDES; ATILI; SOUZA, 2009).

É urgente pensar na qualificação profissional no próprio ambiente de trabalho. Nesse sentido, surge a Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia para transformar a prática cotidiana e o trabalho vivo em ato¹. A EPS incorpora o aprendizado à vida cotidiana, modifica as estratégias educativas, problematiza o saber, considera as pessoas como atores reflexivos e amplia os espaços educativos. (BRASIL, 2009).

Pensar além das clássicas capacitações ministradas de modo tradicional, as quais são baseadas somente na transmissão de conhecimentos por quem muitas vezes não atua efetivamente no serviço, é desafiador. Assim, a EPS valoriza o espaço de debate composto por aqueles que transformam o trabalho vivo em ato, a fim de problematizar os desconfortos experienciados², reconhecer os nós críticos do espaço de trabalho e pensar a prática profissional de forma reflexiva. (CECCIM, 2004). Há, portanto, o desenvolvimento de uma escuta pedagógica que potencializa os movimentos coletivos e proporciona um processo de ensino-aprendizagem real e capaz de produzir sentidos. (CECCIM; FERLA, 2008).

A partir da EPS, surgem atividades educativas para auxiliar a prática do cuidado, que deve levar em consideração as necessidades da população, do serviço

¹ Proposta trazida por Merhy (2002) para conceituar o processo de trabalho em saúde que possui potência criativa e dinâmica na produção do cuidado.

² Conceito de experiência proposto por Larrosa (2002) como aquilo que nos atravessa, nos passa, nos toca.

e dos trabalhadores. (MONTANHA; PEDUZZI, 2010). É necessário desterritorializar, sair da zona de conforto e abrir fronteiras para efetivar uma melhor prática do cuidado. (FRANCO; MERHY, 2012).

Nesse contexto, foi constituída a seguinte questão de pesquisa: a equipe de enfermagem se considera preparada para cuidar do paciente no pós-operatório de cirúrgica cardíaca?

2 OBJETIVOS E METAS

A seguir, são apresentados os objetivos e a meta deste estudo.

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um programa de Educação Permanente em Saúde para a equipe de enfermagem da UTI Adulto do Hospital Geral de Caxias do Sul/RS acerca do cuidado ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Investigar o quanto a equipe de enfermagem da UTI Adulto do hospital em estudo se considera preparada para cuidar do paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

2.3 META

Implementar um programa de Educação Permanente em Saúde para a equipe de enfermagem da UTI Adulto que presta cuidados a pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca no Hospital Geral de Caxias do Sul/RS.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Na revisão de literatura serão abordadas considerações acerca do pós-operatório de cirurgia cardíaca e da Educação Permanente em Saúde.

3.1 PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem um dos maiores fatores de preocupação, visto que, atualmente, esta é a principal causa de morte no mundo. Além disso, as cardiopatias apresentam altas taxas de morbidade e custos governamentais. (GUIZI et al., 2012). No Brasil, a taxa de mortalidade para as DCV é de 61,9/1 milhão de habitantes, e acredita-se que no ano 2020, 70% dos óbitos estarão relacionados às cardiopatias. (MAIR et al., 2013; MAMANIYUJRA; AVELAR, 2012).

Nesse sentido, a cirurgia cardíaca torna-se a melhor alternativa de tratamento para muitas pessoas acometidas por DCV. (LIRA et al., 2012). No Brasil, as cirurgias de revascularização do miocárdio e as valvuloplastias estão entre os procedimentos mais executados na área de cardiologia. (BRASIL, 2015).

Esse tipo de procedimento cirúrgico é considerado de grande porte, uma vez que, em sua maioria, utiliza-se circulação extracorpórea (CEC), a qual tem como finalidade realizar a função do coração e dos pulmões no transoperatório. (VILA; GUN, 2009). Portanto, a cirurgia cardíaca exige atenção em todo o perioperatório, porém o cuidado deve ser intensificado no pós, período considerado crítico por suas particularidades e pela possibilidade de instabilidade do estado clínico. (DUARTE et al., 2012).

A equipe da UTI deve estar atenta ao reconhecimento de situações de urgência, já que, ao término da cirurgia, o paciente é levado para esse setor a fim de dar início à sua recuperação. Nesse sentido, torna-se imprescindível o conhecimento técnico-científico da equipe de enfermagem, pois são esses profissionais que permanecem mais tempo à beira do leito. (PARCIANELLO; FONSECA; ZAMBERLAN, 2011). Saber manusear as tecnologias duras que existem nesse ambiente é outro ponto importante a ser considerado. Além disso, aspectos relacionados à humanização no atendimento ao paciente devem ser pensados como

indispensáveis para a prática do cuidado. (FERNANDES; ATILI, SOUZA, 2009; PARCIANELLO; FONSECA; ZAMBERLAN, 2011; SILVA, 2009).

3.1.1 Complicações no pós-operatório de cirurgia cardíaca

O pós-operatório de cirurgia cardíaca é um período delicado, pois, como já explicitado, complicações relacionadas à cirurgia podem ocorrer, principalmente, no pós-operatório imediato. Um dos principais fatores relacionados a essas alterações fisiológicas é o tempo de circulação extracorpórea (CEC). Nesse processo, o sangue e as superfícies não endotelizadas do circuito estão em contato, o que estimula o organismo a apresentar uma reação de defesa (síndrome de resposta inflamatória sistêmica – SIRS), liberando substâncias vasoativas e citotóxicas que prejudicam órgãos e tecidos do corpo, podendo ocasionar complicações sistêmicas. (VILA; GUN, 2009).

Infarto agudo do miocárdio, síndrome de baixo débito cardíaco, arritmias (principalmente a fibrilação atrial), complicações pulmonares, gastrintestinais e do sistema nervoso central (mais comumente o acidente vascular encefálico), insuficiência renal, síndrome vasoplégica, infecção, mediastinite e sangramento são as principais complicações que ocorrem no pós-operatório. (ROMANO, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004; TORRATI; DANTAS, 2012). O envelhecimento da população relacionado ao aumento do número de doenças crônico-degenerativas e à gravidade dos quadros também são fatores que predispõem a elevação na incidência de complicações no pós-operatório desse tipo de cirurgia. (FERNANDES; ATILI; SOUZA, 2009; LAIZO; DELGADO; ROCHA, 2010).

Em estudo realizado por Fernandes, Atili e Souza (2009) em um hospital de referência em cardiologia na cidade de Porto Alegre com pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, foram comprovadas as complicações mais comumente ocorridas no período pós-operatório de acordo com a literatura. Os principais achados foram a fibrilação atrial, a instabilidade hemodinâmica, o acidente vascular encefálico, a ventilação mecânica prolongada, a reoperação, o infarto agudo do miocárdio, a insuficiência ventilatória, a parada cardiorrespiratória e o derrame pleural.

Diante dos quadros que podem ser encontrados nesse período de recuperação, é essencial que a equipe de enfermagem esteja apta a reconhecer sinais e sintomas indicativos de alterações fisiológicas. Conhecer as complicações que podem ocorrer e relacioná-las com o perfil do paciente permitem o desenvolvimento do raciocínio clínico e a qualificação da assistência. (FERNANDES; ATILI; SOUZA, 2009; LIRA et al., 2012). Desse modo, é possível exercer o cuidado com excelência, visando a plena recuperação do paciente.

3.1.2 Cuidados de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca

A equipe de enfermagem exerce papel fundamental no cuidado ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Alguns aspectos na recuperação merecem atenção, pois a cirurgia pode provocar alterações no equilíbrio hidroeletrolítico, na homeostase do organismo e nos sinais vitais. (DUARTE et al., 2012).

A monitorização hemodinâmica, o controle de sinais vitais, a atenção à oxigenação, o controle das drenagens e do balanço hídrico, os cuidados com o marcapasso temporário, a integridade da pele, a higiene, a administração de medicamentos prescritos, a transfusão de hemocomponentes, a prevenção de infecção e as estratégias para a diminuição da dor devem ser procedimentos considerados para a prestação de cuidado ao paciente. (DUARTE et al., 2012; GUIMARÃES et al., 2013; LIRA et al., 2012).

3.1.2.1 Sinais vitais e monitorização hemodinâmica

A aferição de sinais vitais é primordial no ambiente de terapia intensiva, principalmente no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Para isso, é necessário que a equipe de enfermagem possua conhecimento acerca dos valores considerados normais pela literatura. (NETTINA, 2011).

Logo após o recebimento do paciente na UTI, os sinais vitais são verificados mais regularmente e, transcorrido um tempo, passam a ser averiguados conforme o protocolo da instituição. Para maior fidedignidade da aferição dos sinais vitais, é utilizado um monitor multiparamétrico, o qual mensura a frequência cardíaca e respiratória, a pressão arterial, a pressão arterial média e a saturação de oxigênio. É importante lembrar que, por ser um equipamento que possui um sistema de

condução elétrica, ele pode apresentar falhas, e a equipe de enfermagem deve estar atenta a fatores que provocam interferência na monitorização, como má aderência dos eletrodos à pele devido ao excesso de pelos e umidade ou à qualidade do material, eletrodos ou cabos posicionados de forma inadequada ou desconectados acidentalmente, e interferências com outros equipamentos. (MESQUITA; CASTELLÕES; FERRAZ, 2011).

Alterações na pressão arterial, sinais de má oxigenação e arritmias podem ser detectados com o auxílio da monitorização. Como forma de avaliar o ritmo cardíaco, é importante realizar o eletrocardiograma (ECG) logo após a chegada do paciente à UTI. (GALAS; HAJJAR; MALBOUISSON, 2009). Para executar o procedimento, a enfermagem deve saber manusear o equipamento e certificar-se da posição correta dos eletrodos, a fim de garantir que o resultado não sofra alterações.

A temperatura corporal também deve ser aferida com precisão. Reaquecer o paciente em casos de hipotermia pode ser necessário, e o uso de mantas térmicas ou aquecedores por radiação são estratégias indicadas para manter a temperatura corporal adequada, evitando, conseqüentemente, a hipoxemia, as arritmias e os prejuízos na coagulação. (TERRY; WEAVER, 2013).

A monitorização do paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca também exige métodos invasivos. Dois exemplos clássicos são as medidas da pressão arterial média (PAM) e da pressão venosa central (PVC). A PAM é caracterizada por uma punção para monitorar a pressão arterial de forma precisa, e seu caráter invasivo permite que alterações possam ser diagnosticadas e tratadas de forma rápida. (MONACHINI, 2009). O enfermeiro monta o circuito de PAM assim que o paciente chega à UTI. É de extrema importância que o profissional domine essa prática. Demais cuidados, como evitar a obstrução do cateter, zerar o sistema e mantê-lo nivelado, e atentar às curvas no monitor e à manipulação do circuito com técnicas assépticas, devem ser realizados adequadamente pela equipe de enfermagem. (FARIAS; JESUS, 2011).

Para mensurar a PVC, a qual permite que a volemia e a função cardíaca do paciente sejam avaliadas, é necessária a introdução de um cateter em uma veia central. (MONACHINI, 2009; NETTINA, 2011). Manter o sistema nivelado, manuseá-lo com técnica asséptica e realizar a leitura correta da medida também são cuidados inerentes à enfermagem.

Por fim, os cuidados de enfermagem relacionados à aferição de sinais vitais e à monitorização hemodinâmica são importantíssimos para assegurar a identificação de condições patológicas que devem ser sanadas rapidamente, garantindo, assim, o sucesso do pós-operatório de cirurgia cardíaca, principalmente no período imediato. (LIRA et al., 2012).

3.1.2.2 Oxigenação

O transoperatório da cirurgia cardíaca exige que o paciente respire com o auxílio de ventilação mecânica. Durante o período em que ele está entubado, alguns cuidados são necessários. Primeiro, é importante conhecer os parâmetros do ventilador e atentar aos alarmes quando disparados. Sinais de esforço respiratório, assincronia com o ventilador e cianose são alterações que devem ser monitoradas para que haja uma tomada de ação a fim de melhorar o quadro clínico. (NETTINA, 2011; TERRY; WEAVER, 2013).

Outras intervenções de enfermagem são indicadas, como: verificar a introdução do tubo endotraqueal e manter a fixação adequada para evitar extubação acidental; manter a pressão do balonete entre 25 e 30 cm H₂O; deixar a cabeceira elevada para promover melhora da ventilação; realizar a higiene oral; aspirar as vias aéreas com técnica estéril; e avaliar a presença de enfisema subcutâneo. (NETTINA, 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2013).

O uso de ventilação mecânica é indicado somente no período do pós-operatório imediato e, assim que possível, recomenda-se iniciar o desmame do respirador. (DUARTE et al., 2012). Após a extubação, a equipe de enfermagem ainda deve estar atenta à oxigenação do paciente, para avaliar se a ventilação espontânea está sendo eficaz. (MAIA; DESTÁCIO; LIDA, 2011).

3.1.2.3 Balanço hídrico e controle de drenagens

O controle do balanço hídrico permite verificar as perdas e ganhos de eletrólitos no período de 24 horas, com o intuito de determinar a ocorrência de edema (quando a entrada de líquidos recebidos é maior que a perda) ou desidratação (quando a perda de líquidos é maior que a ingestão), permitindo agir o mais rápido possível em caso de desequilíbrio hídrico. (ARAUJO, 2011). Todos os

fluidos que são administrados no paciente, bem como suas perdas sanguíneas e hídricas (drenagens e diurese), devem ser registrados e controlados pela equipe de enfermagem. (LIRA et al., 2012). Além disso, realizar o controle hidroeletrólítico de forma inadequada pode levar a complicações no pós-operatório como alterações da função cardíaca e síndrome do desconforto respiratório. (LIRA et al., 2012).

A drenagem pleural ou mediastinal costuma ser necessária na cirurgia cardíaca. Além da mensuração do débito de drenagem para realizar o balanço hídrico, é importante avaliar se há tamponamento ou sangramento excessivo. (TERRY; WEAVER, 2013). Para que essa avaliação seja feita corretamente, intervenções de enfermagem são estabelecidas. Utilizar água destilada ou soro fisiológico em frasco coletor com volume adequado, mantendo-o abaixo do nível do tórax e atentando para a quantidade e o aspecto da drenagem, bem como averiguar sinais flogísticos na inserção do dreno e exercer-lhe pressão negativa com as mãos, a fim de evitar a formação de coágulos, são medidas tomadas pela equipe de enfermagem para assegurar o bom funcionamento do sistema de drenagem. (CAVALCANTI; COELHO, 2007; GONÇALVES et al., 2011).

3.1.2.4 Cuidados com o marca-passo temporário

Em virtude da parada cardíaca programada no transoperatório da cirurgia cardíaca, é muito comum o uso de um marca-passo epicárdico. Os cuidados com esse dispositivo devem ser observados pela equipe de enfermagem, uma vez que os finos eletrodos que estão transfixados no epicárdio dos átrios e/ou ventrículos são conectados ao gerador de pulso externo. (GUIMARÃES et al., 2013).

Portanto, é preciso se certificar de que esses fios estão conectados ao gerador externo e atentar para não desconectá-los durante o manuseio do paciente. Quando não for mais necessário o uso do gerador, é indicado proteger os fios até a sua remoção, e, após removê-los, realizar curativo no local e observar sinais de infecção. (TERRY; WEAVER, 2013).

3.1.2.5 Integridade da pele e higiene

Cuidados com a integridade da pele também são necessários nesse período. Por isso, a troca de curativos deve ser realizada de forma criteriosa. As feridas

operatórias, os cateteres e os drenos precisam de técnicas estéreis, sempre respeitando a orientação de iniciar o procedimento da parte menos contaminada para a mais contaminada. (CUNHA et al., 2015; NETTINA, 2011). Nesse caso, a ordem de realização de curativos deve começar no local dos cateteres; em seguida, no local das feridas operatórias; e, por último, no local dos drenos. Ainda é importante avaliar hiperemias, edemas, processos de cicatrização, deiscências de sutura e secreções de feridas operatórias – sobretudo da ferida esternal –, a fim de avaliar sinais de mediastinite. (NETTINA, 2011; SÁ et al., 2010).

Outro cuidado importante é a prevenção de lesões por pressão, visto que o paciente apresentará sua mobilidade física prejudicada no pós-operatório. Mudança de posição, hidratação, proteção de proeminências ósseas contra fricção e cisalhamento e uso de colchões de ar são algumas estratégias indicadas para evitar o aparecimento de lesões de pele. (SCEMONS; ELSTON, 2011).

A higiene do paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca também merece atenção. O banho de leito é realizado somente no pós-operatório mediato, e é necessário cuidar para não tracionar drenos, cateteres, sondas e tubo. (DUARTE, et al., 2012). Esse procedimento parece simples, mas, nesse momento, alterações da integridade da pele podem ser diagnosticadas pela equipe de enfermagem. (WHITAKER; ZANEI; YOSHITOME, 2011).

3.1.2.6 Administração de medicamentos

Uma das funções inerentes à enfermagem é a administração de medicamentos. O paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca necessita de uma terapêutica medicamentosa criteriosa. Anticoagulantes para a prevenção de infarto agudo do miocárdio, anti-hipertensivos, analgésicos, e fármacos vasoativos para a estabilização hemodinâmica são os mais indicados nessa situação. (GALLAS; HAJJAR; MALBOUISSON, 2009; NETTINA, 2011).

Os medicamentos podem ser administrados por várias vias, mas, certamente, a que exige mais atenção é a via endovenosa. A equipe de enfermagem precisa saber a diluição certa das medicações endovenosas e executá-las com atenção. Além disso, é necessário programar o gotejo correto na bomba de infusão quando indicado. Outros cuidados básicos para a administração dos medicamentos devem ser seguidos, como o medicamento, a dose, o paciente, a via, o horário e o registro

corretos. (SANTOS; TORRIANI; BARROS, 2011).

3.1.2.7 Transfusão de hemocomponentes

Após a cirurgia cardíaca, os pacientes, em sua maioria, apresentam déficits de volume sanguíneo em relação ao volume no pré-operatório, os quais podem estar associados a disfunções cardiovasculares e ao aumento de lactato. (GOMES; VILA; GUN, 2009). A transfusão de concentrado de hemácias pode ser necessária, bem como de concentrado plaquetas e plasma caso existam alterações nos exames laboratoriais. A equipe de enfermagem da UTI deve estar atenta quanto ao tempo de infusão dos hemocomponentes e reações transfusionais para comunicar a equipe da Agência Transfusional se detectar alguma alteração. (BRASIL, 2013a).

3.1.2.8 Medidas de controle de infecção

Evitar infecções é fator primordial ao paciente que está se recuperando de uma cirurgia cardíaca. Essa questão depende dos profissionais que lhe prestarão assistência. Os procedimentos devem ser realizados respeitando as medidas de prevenção de infecção e de biossegurança, a fim de evitar infecções cruzadas e demais complicações que levam ao sofrimento do paciente e ao aumento da permanência hospitalar. (VALLE et al., 2008).

Estratégias básicas como a higienização das mãos, a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) como luvas, óculos e avental, e a realização de técnicas assépticas em procedimentos invasivos precisam ser valorizadas, sobretudo pela equipe de enfermagem, por serem estes os profissionais que despendem mais tempo com o cuidado ao paciente (SILVA et al., 2013; VALLE et al., 2008).

Nesse sentido, alguns cuidados gerais ainda devem estar presentes, como a utilização de técnica estéril na realização de curativos, na punção venosa periférica, na aspiração do tubo endotraqueal e no manuseio de dispositivos como cateter venoso central, cateter arterial de PAM, drenos e sondas. (LIRA et al., 2012; SILVA et al., 2013).

3.1.2.9 Analgesia

A dor é um fator a ser considerado no pós-operatório de cirurgia cardíaca, uma vez que ela pode repercutir de forma negativa na evolução do paciente, dando origem a alterações nos sinais vitais e a prejuízos orgânicos, o que dificulta o restabelecimento dos parâmetros vitais adequados, como a capacidade cardiocirculatória e respiratória. (MIRANDA, et al., 2011). Esse sintoma está associado ao trauma da parede torácica, bem como à retração das bordas laterais, às incisões e aos drenos. (SILVA, 2007).

A dor é subjetiva, porém, não pode ser negligenciada. Ela é tão importante que foi considerada como quinto sinal vital segundo a Agency of Healthcare American Pain Society. (BATISTA, 2011). Portanto, a equipe de enfermagem precisa estar atenta à queixa do paciente para que esta seja tratada. De modo a traduzir a subjetividade da dor em aspectos quantitativos que servem como preditivo da terapêutica utilizada, foram elaborados métodos de mensuração, sendo o mais comum a Escala Numérica de Dor, em que o próprio paciente a quantifica tendo como parâmetro uma progressão de números que vai de 0 (nenhuma dor) a 10 (dor extrema). (SILVA, 2007). Outra escala também considerada útil é a Escala de Face de Dor, usada para pacientes com dificuldade de verbalização, seja por problemas de fala ou – no caso do pós-operatório de cirurgia cardíaca – por ainda estar entubado e/ou sedado. (BATISTA, 2011).

A escolha da analgesia dependerá da intensidade da dor. A Organização Mundial da Saúde estabeleceu o tratamento medicamentoso em degraus: o primeiro corresponde à dor leve (1 a 4), em que são administrados anti-inflamatórios não esteroides (AINES); o segundo está relacionado à dor moderada (5 a 7), sendo necessária a administração de AINES associados a opioides fracos; o último degrau diz respeito à dor intensa (8 a 10), apresentando a necessidade de associação entre AINES e opioides fortes. (SILVA, 2007).

Além da analgesia, outras estratégias são indicadas para promover o alívio da dor e o conforto. Dessa maneira, torna-se fundamental estabelecer um ambiente tranquilo e silencioso, evitando o ascender de luzes repetidamente e estimulando a diminuição dos ruídos e a adequação da temperatura do espaço ocupado. (DUARTE et al., 2012).

3.1.3 Uso de tecnologias no pós-operatório de cirurgia cardíaca

O uso de tecnologias está muito presente no cuidado prestado ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Tais tecnologias vão além daquelas pensadas pelo senso comum. Há a tecnologia leve, que representa a relação entre o profissional da saúde e o usuário; a tecnologia leve-dura, que diz respeito ao conhecimento técnico-científico; e, por último, a tecnologia dura, constituída por máquinas e equipamentos. (FRANCO; MERHY, 2012).

No ambiente de terapia intensiva, o uso dessas tecnologias é necessário na assistência à recuperação do paciente submetido à cirurgia cardíaca. Os monitores multiparamétricos, os respiradores e as bombas de infusão são exemplos de máquinas manuseadas pela equipe de enfermagem e importantíssimas para a manutenção do cuidado. Dessa forma, os equipamentos utilizados no suporte avançado de vida para a recuperação do pós-operatório de cirurgia cardíaca se configuram como um segundo cliente do cuidado da enfermagem, uma vez que também precisam de assistência e atenção. (SILVA et al., 2009).

Portanto, é fundamental que a equipe esteja qualificada para manusear esses equipamentos utilizados para preservar a vida do paciente. Além disso, saber interpretá-los e identificar o problema quando um alarme é disparado são qualidades indispensáveis aos profissionais nesse ambiente. (TERRY; WEAVER, 2013).

Porém, o cuidado vai além do uso da tecnologia dura. O conhecimento técnico-científico empregado na tecnologia leve-dura é de suma importância para garantir o sucesso da recuperação. Identificar sinais e sintomas de complicações e alterações fisiológicas é possível graças ao conhecimento aprendido não somente nos cursos técnicos e de graduação, mas também diariamente no trabalho vivo em ato. (CECCIM, 2004; LIRA et al., 2012).

Para finalizar, a tecnologia relacional também deve ser valorizada pelos profissionais. Através da relação entre profissional e paciente, a humanização da assistência torna-se realidade. O encontro entre os sujeitos tem a potência de revelar medos, inseguranças, incertezas e dúvidas que podem ser amenizados com a ligação estabelecida entre eles. Conversar com o paciente e explicar o que está acontecendo no ambiente em que se encontra são exemplos do uso de tecnologia leve que podem ser estabelecidos quando o paciente acorda da sedação e percebe que está entubado. (HADDAD; ALCANTARA; PRAES, 2005).

3.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A Educação Permanente em Saúde é constituída por uma aprendizagem que une o ensino e o ambiente de trabalho de modo a formar e desenvolver os profissionais da área da saúde. Entretanto, muitas vezes, ela ainda é confundida com a Educação Continuada. (CECCIM; BRAVIN; SANTOS, 2009).

Nesse sentido, aspectos como o breve histórico da Educação Permanente em Saúde e seu conceito e diferenças em relação à Educação Continuada serão abordados a seguir.

3.2.1 Conceito de Educação Permanente em Saúde

A Educação Permanente (EP) tem origem na pedagogia. Os primeiros debates acerca desse conceito ocorreram na França, país onde foi elaborado um projeto de reforma de ensino em 1955, no qual eram consideradas premissas que contemplassem o aperfeiçoamento e o desenvolvimento do trabalhador e do cidadão de forma contínua. (SMAHA; CARLOTTO, 2010). Mais tarde, contribuições de outros autores, como Paulo Freire, também auxiliaram a dar significado ao termo EP ao defender que o processo de ensino-aprendizagem deve ocorrer pela lógica da problematização, de modo que o sujeito se torne um cidadão crítico-reflexivo. (FREIRE, 2009).

Diante disso, o processo de ensino-aprendizagem tradicional, focado na transmissão e memorização de conteúdos precisou ser revisto. Esse modelo de educação bancária, em que os conteúdos são depositados no aprendiz e este, por sua vez, os arquiva, torna os homens seres passivos e meros espectadores da realidade. (FREIRE, 2009). A formação necessita de mudanças para atender às exigências do mundo atual. No cotidiano dos serviços de saúde, mais do que “ensinar” quem já está inserido no ambiente de trabalho, é preciso valorizar o conhecimento desse profissional e, a partir daí, qualificar o exercício da profissão. (BRASIL, 2009; MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

A aprendizagem significativa é considerada o pressuposto da Educação Permanente em Saúde (EPS), e por meio dela é possível transformar a prática profissional refletindo criticamente sobre o cotidiano de trabalho. (OLIVEIRA et al., 2011). Nesse sentido, torna-se crucial trazer os protagonistas do processo para a

roda de discussão, de forma que possam produzir sentido. São eles que vivenciam a prática do cuidado e podem relatar as dificuldades enfrentadas diariamente para problematizar os espaços que ocupam. Diante desse cenário, a EPS permite a criação de locais para discussão, crítica, problematização, produção de subjetividade e desterritorialização. (CECCIM, 2004/2005).

Portanto, é possível afirmar que a EPS se origina no ambiente de atuação profissional, mais precisamente em situações desafiadoras, e é a partir da reflexão dessas problemáticas que inicia a aprendizagem no trabalho. (OLIVEIRA et al., 2011). Nesse sentido, considera-se que o conhecimento não é adquirido somente em cursos técnicos ou superiores, mas também durante toda a trajetória profissional. Esse conhecimento não atinge um limite, pois todos os dias situações diversas são colocadas à prova no cotidiano de trabalho. Dar real sentido a essa afirmação é a proposta da EPS. (BRASIL, 2009).

Além disso, para colocar em prática esse modelo de formação, torna-se essencial pensar na ideia de uma escuta pedagógica da Saúde, aquela que dá atenção ao serviço, solicitando mudanças e novas práticas atreladas à implicação do quadrilátero da formação para a área da saúde (ensino, gestão, atenção e controle social). (CECCIM, 2007; MERHY, 2005). Qualificar o serviço em saúde, estimulando a participação dos protagonistas do cuidado, e considerar que estes detêm poder para transformar, criar, debater e querer uma nova realidade, é um desafio que deve ser lançado. (CECCIM; FERLA, 2008).

É importante salientar que, ao propor práticas educativas na perspectiva da EPS, faz-se necessário o apoio das instituições de saúde. (BRASIL, 2009). Mais que recursos humanos, é preciso considerar os trabalhadores como coletivos organizados para a produção. (CECCIM, 2004/2005). Assim, é possível valorizar o conhecimento teórico-prático desses profissionais incentivando a inovação e a busca pela qualificação no próprio ambiente de atuação. A troca de conhecimentos e experiências vivenciadas que são relatadas entre colegas de equipe também deve estar presente, afinal, a interação entre diversos profissionais – e não somente entre aqueles envolvidos no cuidado direto ao paciente – merece atenção. Ainda, é preciso entender a importância de se trabalhar na perspectiva da interdisciplinaridade construindo redes de cuidado entre os serviços de saúde e de se vincular serviço com estruturas de formação. (CHAVES, 2014).

Portanto, a EPS está associada à atuação profissional em saúde constituída diariamente no ambiente de trabalho. Ela tem sede de conhecimento prático e é mantida pelos protagonistas desse cenário, onde a sabedoria de cada um que faz parte da equipe interdisciplinar é valorizada e compartilhada. É em decorrência da EPS que paradigmas de ensino e qualificação são rompidos levando em consideração o princípio da integralidade. (SILVA et al., 2010). Seguindo o pensamento de Ceccim (2004/2005), a EPS é um desafio ambicioso e necessário. Desafio que deve ser explorado como uma fonte inesgotável de aprendizagem.

3.2.2 Breve Histórico da Educação Permanente em Saúde

O termo Educação Permanente (EP) originou-se a partir de uma preocupação quanto à formação dos trabalhadores da saúde. Sua discussão iniciou na Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) na década de 70, como tentativa de aprimorar a educação dos profissionais, articulando-a à prática do serviço. (LOPES et al., 2007). A Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciências e Cultura (UNESCO) já trazia o conceito de EP na pedagogia como uma aprendizagem que se dá de forma contínua e que envolve o ensino e a profissão. (LOPES et al., 2007; SMAHA; CARLOTO, 2010).

Nesse contexto, o termo foi adaptado para ser utilizado no âmbito da Saúde. Diversas discussões sobre o tema ocorreram nas Conferências Nacionais de Saúde e nas Conferências Nacionais de Recursos Humanos, principalmente após a regulamentação do Art. nº 200 da Constituição Federal do Brasil de 1988, no qual se afirma que a formação dos recursos humanos na área da saúde compete ao Sistema Único de Saúde (SUS). (SMAHA; CARLOTTO, 2010).

Na 9ª Conferência Nacional de Saúde foi levantada a importância e a necessidade urgente da criação de uma Política Nacional de Gestão de Trabalho, no intuito de formar a força de trabalho do SUS. (BRASIL, 2005). Assim, foi criada a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH), aprovada pela 10ª Conferência Nacional de Saúde, em que aspectos como a formação e o desenvolvimento do profissional da saúde foram contemplados. (BRASIL, 2005). Porém, somente em 2003 foi criada a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, por meio da Resolução CNS nº 330, de 4 de novembro de 2003. (BRASIL, 2009).

Em 2004, ocorreu a publicação da Portaria nº 198/GM/MS, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente e implementava os Pólos de Educação Permanente em Saúde como estratégia visando a integração entre ensino e sistema de saúde, em uma dinâmica de roda conduzida de forma regionalizada e de acordo com as particularidades locais, a fim de transformar e qualificar a atenção à saúde, as práticas pedagógicas e de saúde, a organização dos serviços e os processos formativos. (BRASIL, 2004). A EPS se estabeleceu como um conceito de ligação entre o trabalho e a educação. (CECCIM; BRAVIN; SANTOS, 2009).

A partir dos avanços percorridos e da disseminação da necessidade de uma formação e de um desenvolvimento profissional que realmente atendessem às demandas do cenário atual da Saúde, a EPS começou a ser explorada e a ganhar vez como elemento fundamental a ser considerado quando é preciso transformar a prática profissional. (BRASIL, 2009).

3.2.3 Educação Permanente e Educação Continuada

Na concepção da educação em saúde, dois fundamentos são discutidos: a Educação Permanente (EP) e a Educação Continuada (EC). Denominações parecidas com significados diferentes. É necessário compreender a diferença entre suas definições para que os termos não sejam empregados de forma inadequada.

A EC é enraizada em um modelo tradicional de educação, que valoriza a transmissão de conhecimentos para atingir a atualização profissional. Defende a ciência como principal fonte de conhecimento e foca no saber científico de cada área em particular, levando à fragmentação do cuidado e à origem de um profissional que apresenta vasta sabedoria em determinado tema, mas que enfrenta dificuldades frente a situações problemáticas do cotidiano. (OLIVEIRA et al., 2011).

A EC se apresenta como um recurso que produz certo distanciamento entre a prática e o saber e que possui uma estratégia de capacitação que não se dá de forma contínua, mas sim direcionada a categorias profissionais em suas especialidades, desvalorizando, assim, o trabalho em equipe. (BRASIL, 2009).

Na área da saúde, a capacitação é amplamente utilizada em todos os segmentos. No ambiente hospitalar, em especial, muitas delas são proporcionadas a seus colaboradores na perspectiva da EC. Eles são levados a uma sala onde um palestrante, fora do contexto da organização, explana sobre determinado assunto.

Muitas dessas capacitações estão distantes da realidade vivenciada e das principais dificuldades encontradas na prática diária. Portanto, é possível afirmar que a EC está focada em organizações e profissões, em vez de estar centrada nas práticas profissionais em si. (PEDUZZI et al., 2009).

Ao contrário do que pressupõe a EC, a EP estimula a interdisciplinaridade, valoriza o ambiente prático para que, através dele, se busque o conhecimento, e põe o profissional como protagonista do processo educativo. (JESUS et al., 2011). As necessidades desses profissionais são investigadas e as práticas educativas são realizadas *in locu*, a fim de que a transformação da prática seja concretizada. Assim, o ambiente de trabalho torna-se palco para o espetáculo protagonizado por seus profissionais. (OLIVEIRA et al., 2011).

Nesse sentido, a EP relaciona o ensino à prática cotidiana, transforma as estratégias educativas por meio da problematização, estimula os atores a refletirem sobre a prática e os meios para melhorá-la, valoriza a equipe, amplia os espaços educativos e incita a autonomia e a responsabilização das equipes pelo diagnóstico e pela busca de soluções partilhadas. (BRASIL, 2009).

Portanto, os conceitos de Educação Continuada e de Educação Permanente em Saúde são diferentes, mas o que se vê, na prática, é a utilização do termo Educação Permanente atrelado às capacitações proporcionadas pela Educação Continuada. A capacitação não é uma vilã, podendo ser utilizada na perspectiva da EP se vinculada a uma estratégia de transformação institucional no processo de trabalho. (BRASIL, 2009). É necessário entender seus pressupostos para que a distinção seja feita. Tais pressupostos encontram-se sintetizados no Quadro 1.

Quadro 1 - Principais diferenças entre Educação Continuada e Educação Permanente de acordo com aspectos-chave

Aspectos	Educação Continuada	Educação Permanente
Público-alvo	Uniprofissional	Multiprofissional
Inserção no mercado de trabalho	Prática autônoma	Prática institucionalizada
Enfoque	Temas de especialidades	Problemas de saúde
Objetivo principal	Atualização técnico-científica	Transformação das práticas técnicas e sociais
Periodicidade	Esporádica	Contínua
Metodologia	Pedagogia da transmissão	Pedagogia centrada na resolução de problemas
Resultados	Apropriação	Mudança

Fonte: Mancina, Cabral e Koerich (2004, p. 606).

A partir das diferenças, é possível perceber que a Educação Permanente está relacionada à transformação das práticas no ambiente de trabalho, considerando a necessidade da equipe multiprofissional. (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004)

4 METODOLOGIA

Neste capítulo, são apresentados o delineamento, o cenário e os participantes do estudo. Também está descrita a coleta e a análise dos dados, bem como a proposta preliminar de intervenção.

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa. O método qualitativo é utilizado para estudar as relações, crenças, percepções e interpretações que as pessoas fazem acerca daquilo que vivenciam, pensam ou sentem. (MINAYO, 2010).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na UTI Adulto de um hospital filantrópico da cidade de Caxias do Sul/RS. O hospital referido é um patrimônio público com gestão privada exercida pela Fundação Universidade de Caxias do Sul (FUCS). A instituição possui 218 leitos, atende 100% SUS e é referência para o atendimento de 49 municípios da 5ª Coordenadoria de Saúde do Rio Grande do Sul. A estrutura física está sendo ampliada pela construção de um prédio anexo, que contará com mais 137 leitos.

A UTI Adulto em estudo dispõe de dez leitos destinados ao atendimento de pacientes clínicos e cirúrgicos acima de 14 anos. As cirurgias cardíacas ocorrem duas vezes por semana, e os pacientes são recuperados nessa unidade.

O quadro funcional do local é composto por uma equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos), médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, uma fonoaudióloga e uma farmacêutica.

A equipe de enfermagem é constituída por 12 enfermeiros e 23 técnicos, dentre os quais constam uma enfermeira gestora (que assume as atividades assistenciais do turno da tarde); um enfermeiro assistencial por turno (manhã, noite A e noite B); doze técnicos de enfermagem distribuídos igualmente entre os turnos manhã e tarde (seis em cada turno); cinco técnicos de enfermagem em cada uma das noites (noite A e noite B); e uma técnica de enfermagem de turno integral. Além

disso, também integram a equipe os enfermeiros que fazem plantão nos fins de semana e que assumem as atividades na UTI para cobrir folgas, licenças e férias.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes foram profissionais da equipe de enfermagem da UTI em estudo, os quais prestam cuidado ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca. O número de participantes enfermeiros foi definido pelo aceite em fazer parte do estudo e, dos técnicos de enfermagem pela saturação dos dados. Sendo que a saturação dos dados é determinada quando as informações relacionadas ao tema de pesquisa começam a se repetir. (POLIT; BECK, 2011). Foram seguidos os critérios de inclusão e exclusão descritos a seguir:

- a) Critérios de inclusão: enfermeira(o), técnica(o) de enfermagem que presta cuidado ao paciente em pós-operatório cardíaco na UTI em estudo; enfermeira(o) que atua na UTI em estudo nos plantões de fins de semana, nas folgas e em afastamentos dos enfermeiros assistenciais por licença e férias.
- b) Critério de exclusão: integrantes da equipe de enfermagem da UTI em estudo afastados por licença ou férias no período da coleta de dados.

Assim, seguindo-se os critérios descritos e mediante assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), participaram do estudo 27 profissionais da equipe de enfermagem, dos quais: sete profissionais do turno da manhã (cinco técnicos de enfermagem e duas enfermeiras, das quais uma cobre folgas e férias na UTI Adulto); quatro do turno da tarde (todos técnicos de enfermagem); dois do turno integral (uma técnica de enfermagem e uma enfermeira); e 14 do turno da noite (oito técnicos de enfermagem: quatro de cada noite; seis enfermeiros: três de cada noite, sendo quatro deles folguistas).

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas. Esse tipo de entrevista é útil para abordar questões amplas e conta com um guia

para assegurar que os temas do estudo sejam discutidos. (POLIT; BECK, 2011).

Foram convidados a fazer parte do estudo os enfermeiros que atuam nos três turnos de trabalho e os que fazem plantão na UTI nos fins de semana, cobrindo folgas, licenças e férias. Foram convidados, por conveniência, no mínimo, dois técnicos de enfermagem de cada turno.

As entrevistas foram agendadas, respeitando a disponibilidade dos participantes, e realizadas em local que garantisse privacidade. O tempo médio de duração foi de doze minutos. Elas foram gravadas em áudio, mediante autorização, e transcritas na íntegra. Após esse processo, as gravações e os manuscritos ficarão sob guarda da pesquisadora por cinco anos após a publicação dos resultados do estudo.

As variáveis do instrumento empregado para a coleta dos dados contemplam a idade, o sexo, a formação/profissão, o turno de trabalho, e o tempo de atuação na profissão e na UTI em estudo, visando caracterizar o participante. Além disso, foi seguido um roteiro com questões que buscavam identificar se o participante se considerava preparado para lidar com a complexidade que envolve o cuidado ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca (Apêndice B). Para garantir o anonimato, os enfermeiros foram identificados como E1, E2, etc.; e, os técnicos de enfermagem como T1, T2, etc.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Para o tratamento dos dados, foi utilizada a análise temática. (MINAYO, 2010). Esse método busca encontrar núcleos de atenção que apresentem significado àquilo que está sendo pesquisado. Conforme Minayo (2010), a análise temática é formada por três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento e interpretação dos resultados. Essas etapas são descritas a seguir:

- a) Pré-análise: nessa etapa, primeiramente se realiza uma leitura flutuante do material coletado considerando as hipóteses e os objetivos do estudo, para, posteriormente, se analisar os princípios qualitativos de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Por fim, pode ser necessária a reformulação dos objetivos e hipóteses iniciais da pesquisa.
- b) Exploração do material: é realizada uma classificação do material para

compreendê-lo a partir da categorização do conteúdo das falas.

- c) Tratamento e interpretação dos resultados: os resultados são interpretados de acordo com os aspectos teóricos escolhidos.

4.6 PROPOSTA PRELIMINAR DE INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção foi elaborada a partir dos resultados deste estudo, considerando as necessidades dos profissionais de enfermagem acerca da qualificação do cuidado ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Foi constituída por: a) cartilha de orientação sobre os cuidados de enfermagem e procedimentos adotados no pós-operatório de cirurgia cardíaca; b) Checklist de passagem do plantão entre o bloco cirúrgico e UTI adulto e; c) proposta de Educação Permanente em Saúde.

Vale dizer, que a elaboração do Programa de Educação Permanente em Saúde é um dos objetivos deste estudo. E, na coleta de dados, após a entrevista, foi apresentado ao participante, uma programação preliminar (conhecimentos e estratégias a serem abordadas acerca do cuidado ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca), descrita a seguir:

- a) Realizar rodas de conversa com os profissionais, reconhecendo seus aprendizados e sua trajetória. Esse procedimento produz sentido e valoriza as capacidades relacionais de modo dinâmico e interativo. (WARSCHAUER, 2001);
- b) Criar estratégias educativas, abordando os cuidados no pós-operatório de cirurgia cardíaca a partir das problematizações geradas nas rodas de conversa;
- c) Disponibilizar aos profissionais um espaço para que possam expressar, por escrito, os nós críticos encontrados na prática do cuidado. Os recados devem ser depositados em forma de bilhete anônimo dentro de uma pequena caixa que ficará no setor;
- d) Discutir artigos publicados sobre o tema e relacioná-los com a prática vivenciada;
- e) Simular atendimento ao paciente que chega à UTI vindo do Bloco Cirúrgico;

- f) Simular possíveis intercorrências do pós-operatório de cirurgia cardíaca;
- g) Realizar rodas de conversa com psicólogos para falar sobre os sentimentos que a cirurgia cardíaca desperta no paciente e sobre a atuação do profissional frente a essa situação;
- h) Realizar rodas de conversa com enfermeiras do bloco cirúrgico para discutir a respeito do transoperatório, a fim de compreender a recuperação no pós-operatório;
- i) Realizar rodas de conversa com a enfermeira responsável pela agência transfusional, no intuito de compreender a importância do cuidado em relação à infusão de hemocomponentes;
- j) Propor para que, a cada encontro, um profissional traga um tema para debate (cuidados com monitorização hemodinâmica, ventilação mecânica, balanço hídrico, administração de medicamentos, etc.).

A proposta preliminar foi aceita pelos integrantes da equipe de enfermagem que participaram da pesquisa. O Programa de Educação Permanente em Saúde foi elaborado considerando os resultados do estudo e as sugestões dos participantes.

5 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos foram respeitados conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 2013b). O estudo foi realizado após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos e da instituição em estudo.

Aos profissionais que aceitaram fazer parte do estudo, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). O documento é redigido em duas vias, das quais uma foi entregue ao participante e a outra permaneceu com a pesquisadora.

Os participantes foram expostos a risco mínimo, visto que, ao lembrar de experiências relacionadas ao tema, estes poderiam sentir algum desconforto ou até mesmo desejar interromper sua participação, o que seria permitido sem acarretar qualquer tipo de constrangimento.

Os benefícios deste estudo estão relacionados à construção do conhecimento e à qualificação da equipe de enfermagem no cuidado pós-operatório de paciente submetido à cirurgia cardíaca. Ao término da pesquisa, um relatório sobre os resultados e sobre a proposta de intervenção serão disponibilizados à instituição e aos participantes do estudo.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Participaram da pesquisa 27 profissionais da equipe de enfermagem, dentre eles, nove enfermeiros e 18 técnicos de enfermagem. A média de idade total foi de 32 anos – 30 anos para os técnicos de enfermagem e 34 para os enfermeiros. Apenas três participantes eram do sexo masculino (um técnico de enfermagem e dois enfermeiros).

Em relação à formação, 12 das 18 técnicas de enfermagem possuem curso superior incompleto, das quais nove cursam ou cursavam a graduação em enfermagem; outras duas são graduadas: uma em enfermagem e outra em psicologia. Quanto às enfermeiras, uma é graduada; três cursaram pós-graduação *lato sensu* em terapia intensiva e uma em circulação extracorpórea; e três são especialistas em outras áreas, dentre as quais, uma está cursando doutorado.

O tempo de atuação na profissão apresentou média total de sete anos e quatro meses; para os profissionais de nível técnico, sete anos e oito meses; e para os de nível superior, seis anos e nove meses. Em relação ao tempo de atuação em UTI Adulto, a média geral foi de quatro anos e nove meses – as técnicas de enfermagem apresentaram média de cinco anos e um mês, e as enfermeiras, quatro anos e dois meses. Já o tempo de atuação na UTI Adulto do hospital em estudo atingiu a média de três anos para ambas as categorias profissionais. Essas variáveis podem ser verificadas resumidamente no quadro a seguir.

Quadro 2 – Caracterização dos participantes do estudo

CARACTERIZAÇÃO	ENFERMEIROS	TÉCNICOS DE ENFERMAGEM	GERAL
Participantes	9 (dois homens)	18 (um homem)	27
Média de idade	34 anos	30 anos	32 anos
Formação	Duas graduadas, três possuem especialização <i>latu sensu</i> em UTI; quatro em outras áreas e um cursa doutorado	12 possuem curso superior incompleto (nove em enfermagem), duas graduadas (uma em psicologia e outra enfermagem)	-
Tempo de atuação na profissão	6 anos e 9 meses	7 anos e 8 meses	7 anos e 4 meses (continua)

(conclusão)

CARACTERIZAÇÃO	ENFERMEIROS	TÉCNICOS DE ENFERMAGEM	GERAL
Tempo de atuação em UTI Adulto	4 anos e 2 meses	5 anos e 1 mês	4 anos e 9 meses
Tempo de atuação na UTI Adulto desse hospital	3 anos	3 anos	3 anos

Fonte: elaborado pela autora

As entrevistadas³ relataram dificuldades pontuais na assistência ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca, entre as quais destacam-se: aspectos técnicos, estrutura organizacional, trabalho entre equipes, falta de vivência profissional e escassez de padronização de ações de Educação Permanente em Saúde. Na análise das entrevistas, emergiram quatro categorias temáticas, descritas no Quadro 3.

Quadro 3 - Categorias e subcategorias identificadas no estudo

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Desafios da equipe em relação aos cuidados específicos ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca	- Cuidado e manuseio de drenos - Administração de drogas vasoativas - Instalação e medida de PAM invasiva e PVC - Complicações no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca
O medo da admissão na UTI do paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca	- Contexto da admissão na UTI de paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca - Padronização de ações de cuidado
Relações multiprofissionais	- Trabalho em redes - Dimensionamento de pessoal - Vivência profissional no cuidado ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca
Necessidade de Educação Permanente em Saúde	- Reconhecimento da importância de estratégias de Educação Permanente em Saúde - Estratégias individuais para qualificar o trabalho

Fonte: Elaborado pela autora.

³ Os participantes da pesquisa serão referenciados pelo sexo feminino no decorrer do trabalho, pois a maioria deles são mulheres.

6.1 DESAFIOS DA EQUIPE EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS ESPECÍFICOS AO PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

Na categoria “desafios da equipe em relação aos cuidados específicos ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca”, foram identificadas as dificuldades relacionadas ao cuidado do paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca, em especial, no que se refere à habilidade técnica. Preocupações relacionadas aos cuidados específicos surgiram no decorrer das entrevistas.

As participantes referiram que tanto a formação técnica como a universitária não dão conta das especificidades que envolvem os cuidados ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca. É um cenário de cuidados que exige habilidades específicas e encontra-se associado ao ambiente da UTI, repleto de tecnologias duras, as quais demandam constante atualização dos profissionais que atuam nesse contexto. É possível afirmar que o cuidado prestado pela enfermagem ao paciente é complexo, e conta com a existência de ansiedade, pressão, risco de morte e, o principal, pessoas. (CAVALCANTI; COELHO, 2007).

Assim, nessa categoria foram destacados cuidados específicos que as profissionais de enfermagem consideram “nós críticos”: manuseio com drenos; administração de drogas vasoativas; instalação e medida de PAM invasiva e PVC; e manejo nas intercorrências. Todos esses elementos constituíram as subcategorias apresentadas a seguir.

6.1.1 Cuidado e manuseio de drenos

Nas cirurgias cardíacas, o paciente é submetido à inserção de drenos torácicos. Esse procedimento é adotado com o intuito de remover o líquido sanguinolento das cavidades pleural e/ou mediastinal. (LÚCIO; ARAÚJO, 2011). Os referidos autores ressaltam, que intervenções de enfermagem são necessárias para realizar o manuseio adequado do sistema de drenagem, e, para isso, a equipe deve ter conhecimento técnico-científico. (LÚCIO; ARAÚJO, 2011).

As participantes relatam várias dificuldades acerca desses cuidados. Dentre essas dificuldades, estão aquelas relacionadas à montagem dos dispositivos, principalmente no que diz respeito ao sistema de drenagem em aspiração contínua. Essa técnica tem o objetivo de facilitar a drenagem devido à pressão negativa que é

exercida no frasco e à anulação da pressão atmosférica. (CIPRIANO; DESSOTE, 2011). O receio em montar o circuito de forma inadequada pode estar aliado à tensão do recebimento do paciente na unidade.

“[...] a questão dos drenos, porque às vezes o paciente vem e tu tens que montar toda a parte do dreno ali. Tem que ser rápido. Não pode ficar pensando muito, porque o paciente já vem e qualquer tempo perdido ali pode acarretar algum problema para ele [...] uma vez já aconteceu de eu ter montado só ali, [...] aspiração no lugar errado, mas devido à inexperiência que eu tinha ainda em cirurgia cardíaca.” (T7)

Aspectos relacionados à normalidade do volume da drenagem e ao intervalo de ordenha também foram alvo de discussão nas respostas. Nota-se que o desconhecimento acerca desse cuidado gerou angústia nas profissionais nas primeiras vezes que prestaram assistência ao paciente, pois não sabiam como lidar com a situação e, quando solicitavam auxílio aos colegas, as informações não eram claras.

“[...] A drenagem em si, a respeito da quantidade [...] se está pouca, muita, adequada ou não. Isso também não é passado ‘pra’ gente, então, a gente vai anotando ali, mas não tem noção se está dentro da normalidade ou não ‘tá’.” (T11)

“[...] O que que eu tenho que cuidar de sangramento? Até quanto de sangramento eu posso aceitar sem ter que estar avisando sempre o médico?” (E2)

“No começo era aquela coisa da novidade, ‘né’? De ficar com receio de ordenhar um dreno.” (T16)

“Ah, tu tens que ordenhar o dreno. De quanto em quanto tempo? Ah, tu ‘observa’ aí. Tá, mas eu nunca fiquei... E daí, como é que é tu ‘observa’?” (T12)

Observar o débito dos drenos torácicos é fundamental no pós-operatório de cirurgia cardíaca para avaliar se há sangramento excessivo ou se o sangue está acumulado em outro local. (NETTINA, 2011). No que diz respeito ao volume de drenagem, não há um valor preconizado como ideal, porém é necessário atentar para uma drenagem superior a 100 mL/h, pois quando a taxa de sangramento atinge 200 mL/h nas primeiras quatro a seis horas, uma intervenção cirúrgica pode ser necessária. (CARVALHO et al., 2012; TERRY; WEAVER, 2013). Em relação à

ordenha dos drenos, essa deve ocorrer de hora em hora ou sempre que o profissional suspeitar de obstrução por coágulos. (CARVALHO, et al., 2012).

Também é importante destacar que o sangramento excessivo exige cuidados específicos e a necessidade de acionar o cirurgião para avaliar a possibilidade de reintervenção imediata. Portanto, o controle do volume de drenagem, bem como dos padrões de normalidade acerca da quantidade e do aspecto da drenagem, precisam estar definidos para que os profissionais de enfermagem e membros da equipe multidisciplinar identifiquem precocemente situações de risco para o paciente. Nesse contexto, as participantes do estudo apontaram a importância do preparo para identificar possíveis intercorrências.

“[...] estar atento ao sangramento [...] Se o paciente começar a sangrar muito tem que ser ‘intervido’ logo, de imediato.” (E4)

“[...] a gente ‘tá’ falando que é muito sangue, que o sangue não é um sangue normal [...] teve uma noite que a gente teve ali, que o doutor (nome do médico) que ficou ali, horas e horas na porta do box, e a gente falando que era arterial o sangramento e ele dizendo que não, ‘né’? mas ‘daí, tipo’, o paciente precisou perder todo o sangue que tinha ‘pra’ depois, então, levar ‘pro’ Bloco ‘pra’ ‘reintervir’. Então era realmente artéria, ‘né’?” (T16)

Aponta-se, ainda, a importância do entrosamento com a equipe multidisciplinar para a prestação de um cuidado especializado ao paciente. É preciso uma comunicação qualificada entre a enfermagem e a equipe médica, pois quando ela não ocorre, as intercorrências podem ser lembradas e entendidas como erros, os quais poderiam ter sido evitados. É imprescindível que cada um dos atores envolvidos no processo de trabalho reconheça a relevância da atividade profissional do outro, de modo que todos colaborem entre si e vençam as dificuldades apresentadas. (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009). Somente dessa maneira será possível realizar um trabalho em rede que reflita na qualidade do cuidado que será prestado ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca.

6.1.2 Administração de drogas vasoativas

A infusão de drogas vasoativas é comum no paciente que foi submetido à cirurgia cardíaca, visando garantir a estabilidade hemodinâmica nas primeiras horas

do pós-operatório. (NETTINA, 2011). Essas drogas não costumam ser utilizadas em outros setores do hospital em estudo. Portanto, quando as profissionais de enfermagem se deparam com o seu manuseio, sentem a necessidade de conhecimentos quanto à indicação do medicamento e aos cuidados relacionados ao seu preparo e à sua administração, como demonstrado nas falas a seguir.

“Na verdade, é bastante medicação [...]. Medicação que, como eu era de outro setor, vim ‘pra’ cá, muda tudo. Vasodilatador, tem alguns, assim, que eu não conheço, sabe? ‘Tipo’ essas drogas, assim, eu acho que essa é a maior dificuldade.” (T5)

“[...] a questão também das drogas, ‘né’? Porque às vezes o paciente vem e aí tá com uma droga que, às vezes, tu não conheces.” (T7)

A administração desses fármacos requer atenção e monitoramento contínuo, para que, dessa forma, o procedimento se torne seguro e eventos adversos sejam prevenidos. (PIETRO; VIANA, 2011). Portanto, é importante que os profissionais saibam a indicação, a diluição e o modo de administração das drogas disponíveis na UTI para cuidar do paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Nesse contexto, a administração de tais fármacos foi considerada um obstáculo a ser enfrentado para a prestação de uma assistência adequada ao paciente. Foram várias as estratégias adotadas pelas profissionais de enfermagem. Algumas buscaram informações por diversos meios a fim de suprir suas dúvidas, enquanto outras solicitaram auxílio dos profissionais que trabalhavam no serviço ou buscaram referenciais teóricos.

“Ali, logo que eu comecei, eu revisei algumas drogas que eu não conhecia – fui ver ‘pra’ que servia. Perguntei para os médicos todos os cuidados e ficar atento, ‘né’?” (E4)

“[...] procurei em casa – claro – saber o que eram as drogas, ‘né’?” (T1)

Além disso, a preocupação com o ajuste da droga está presente nas falas das técnicas de enfermagem responsáveis por um cuidado mais próximo ao paciente. Também é possível identificar certa insegurança na tomada de decisões sem a autorização de outro profissional.

“[...] baixa nora⁴, aumenta tridil⁵, diminui nora, aumenta nora, dá volume [...]”. (T14)

“[...] às vezes, é o ajuste da droga, sabe, que eu acho que às vezes é mais difícil estabilizar [...]” (T6)

“[...] se o paciente está estável, é uma coisa mais tranquila; agora, se começa a ter muitas alterações, liga a nora, baixa a nora, aumenta a nora, e vem com nitro⁶, isso também é uma coisa que eu cuido bastante. [...] sempre que eu vou preparar alguma medicação, pergunto se posso, se não posso, se está de acordo com o que eles esperam, porque eu nunca faço nada sem a orientação do médico, ‘né’.” (T9)

Diante desses relatos, percebe-se a complexidade de se administrar drogas vasoativas e realizar o ajuste conforme as condições clínicas do paciente. Por esse motivo, tal atividade não pode ser considerada mecânica por ser exercida de acordo com a prescrição médica, uma vez que ela exige raciocínio e ética do profissional. (COGO; ECHER, 2011).

Lira et al. (2012) realizaram um estudo com o objetivo de identificar os cuidados realizados em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Os participantes foram seis enfermeiros que atuavam na UTI de um hospital do Nordeste do Brasil. Os resultados apontaram que somente um deles citou a infusão de drogas vasoativas como um dos cuidados de enfermagem. Esse dado diverge em relação ao que foi encontrado nesta pesquisa, na qual os participantes demonstraram apreensão quanto ao assunto. Porém, para avaliar essa diferença, é necessário considerar o maior número de participantes e a inclusão dos técnicos de enfermagem neste estudo.

6.1.3 Instalação e medida de PAM invasiva e PVC

A instalação de medidas de pressão arterial média (PAM) e pressão venosa central (PVC) foi outro nó crítico apontado pelas profissionais de enfermagem, relacionado aos cuidados ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca.

A monitorização hemodinâmica invasiva é um cuidado importante no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. A mensuração da PAM é realizada por meio de cateteres arteriais, permitindo uma aferição fidedigna que indique variações

⁴ Noradrenalina: medicamento vasopressor. (TORRIANI, et al., 2011).

⁵ Nome comercial para a medicação nitroglicerina. (TORRIANI, et al., 2011).

⁶ Nitroglicerina: medicamento vasodilatador venoso e coronariano. (TORRIANI, et al., 2011).

bruscas da pressão arterial bem como situações de hipotensão, ambos quadros que comprometem a estabilidade do paciente. (GUIMARÃES et al., 2013). Já a medida da PVC é recomendada para avaliar o volume intravascular, sendo utilizada como meio para determinar se há a necessidade de administração de diuréticos ou fluidos. (MARIK; BARAM; VAHID, 2008).

Diante da importância da monitorização hemodinâmica invasiva no pós-operatório de cirurgia cardíaca, é preciso que a equipe de enfermagem esteja segura para manusear essa tecnologia. Porém, a dificuldade na instalação e na mensuração da PAM invasiva e da PVC é um nó crítico vivenciado por alguns profissionais.

“[...] tens que ter essa agilidade, então, ‘ali’, montar a PAM, se o paciente vem com PVC [...].” (T7)

“[...] PVC, que eu sempre me ‘embananava’ na hora, ‘ali’, ‘né’, de medir. Eu acho que no início foi ali aquela PVC que eu me ‘embanano’ até hoje. É simples, mas é complicado.” (T5)

“[...] referente às coisas de PAM e PVC eu não lembrava muito [...]” (E9)

Essa dificuldade é referida pelas profissionais que trabalham há pouco tempo na UTI. Por outro lado, as que já trabalham há mais tempo no setor também observam tal dificuldade em suas colegas.

“[...] estás vivenciando uma situação que não tens muita certeza [...]. Como conectar a PAM, por exemplo, que vem do Bloco com o relóginho. Muitas vezes eu percebo isso, que as pessoas têm dificuldade nisso.” (T6)

O procedimento de mensuração da PVC é considerado complexo, pois possui uma série de etapas que devem ser rigorosamente respeitadas para que não ocasionem erros nos valores obtidos e, conseqüentemente, não interfiram na terapia adotada para o paciente. (GALVÃO; PÜSCHEL, 2012). Trata-se de uma técnica pouco abordada nos cursos técnicos e superiores, o que pode contribuir para as dificuldades apresentadas pelos profissionais ao lidar com ela. Galvão e Püschel (2012) realizaram um estudo com estudantes do curso de graduação em enfermagem de uma universidade privada de Santos. A maioria deles eram técnicos em enfermagem. O objetivo do estudo foi identificar quais os procedimentos mais

difíceis de serem executados no cuidado ao paciente crítico. A mensuração da PVC foi a técnica mais lembrada. Esse resultado converge com o que foi apresentado neste estudo.

Em relação à PAM invasiva, é o enfermeiro o profissional responsável pelos cuidados de manutenção do cateter, bem como pela instalação do sistema. (FARIAS; JESUS, 2011). Uma pesquisa realizada por Santana et al. (2009) com enfermeiros que atuam em uma Unidade de Terapia Intensiva especializada em cardiologia, a qual faz parte de uma instituição pública do Rio de Janeiro, mostrou que a assistência de enfermagem prestada por eles é prejudicada por não saberem interpretar as curvas da pressão arterial no monitor. Esse aspecto específico não foi abordado neste trabalho, mas sim o procedimento como um todo, que mostrou gerar momentos de apreensão vivenciados pelas profissionais e pela equipe por não possuírem o conhecimento necessário para atuar nesse âmbito.

6.1. 4 Complicações no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca

Ainda referindo-se aos nós críticos acerca dos cuidados específicos ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca, as complicações no pós-operatório imediato também foram referidas pelas participantes deste estudo.

A assistência no pós-operatório de cirurgia cardíaca deve ser criteriosa, uma vez que complicações podem ocorrer e levar a reintervenções no Bloco Cirúrgico. (FERNANDES; ATILI; SOUZA, 2009). Percebeu-se, nesta pesquisa, que as participantes reconhecem a possibilidade de intercorrências e lembram de experiências que ficaram marcadas em suas memórias.

“[...] o paciente cardíaco é muito, muito rápido ‘pra’ descompensar.” (E8)

“[...] tudo pode acontecer. Uma vez, a gente tinha um paciente que falou conosco à noite, estava super bem, estava sangrando pelo dreno, mas não muito. Pela manhã, [...] às sete e pouco, ele parou, sendo que de noite ele estava falando; então, ‘tipo’, é muito imprevisível [...].” (T15)

“[...] até no dia vinte e quatro teve uma, [...] vinte e quatro de dezembro que ficou na história. O tórax foi aberto aqui, não tinha material suficiente – foi um terror. Levamos o paciente para o Bloco com o tórax aberto e o médico massageando direto no coração.” (T14)

Essas complicações ocorrem, principalmente, em casos de sangramento intenso nas primeiras horas de recuperação. Esse agravamento, relatado pelas profissionais da instituição, é apontado pela literatura como comum no pós-operatório de cirurgia cardíaca, mas costuma ocorrer em uma proporção menor que as demais complicações. (TORRATI; DANTAS, 2012; SOARES et al., 2011).

As situações vivenciadas geraram tensão entre a equipe, mas esses momentos também foram descritos como de grande aprendizado. Portanto, entende-se que a prática profissional proporcionou uma aprendizagem significativa às participantes, já que o conhecimento é constituído a partir das situações problemáticas que o contexto do ambiente de trabalho apresenta. (BRASIL, 2009; JESUS et al., 2011).

“[...] ao longo desse tempo que trabalho em UTI, vivenciei várias experiências difíceis, de ter que abrir o paciente aqui mesmo, dentro da UTI, por não ter condições de transportar ele para o Bloco, pela importância do sangramento que não estancava. [...] foi aberto aqui, [...] foi muito tenso. [...] mas ver o coração assim, batendo, é uma experiência que não é ‘pra’ qualquer um. [...] ter a possibilidade de ver de pertinho ‘como que’ funciona [...].” (T16)

“[...] muitos voltaram para o Bloco por sangramento, fizeram cateterismo de madrugada. [...] atendemos várias paradas cardiorrespiratórias. Claro que a gente aprende com isso também, mas ‘pro’ paciente isso é horrível [...].” (T12)

As participantes entendem a importância de prestar um atendimento qualificado ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca, a fim de detectar complicações precocemente. Nesse sentido, suas falas corroboram com o pensamento de que a equipe de enfermagem precisa exercer uma assistência de qualidade pautada no conhecimento técnico-científico. (DUARTE et al., 2012; LIRA, et al., 2012). Também é possível inferir que a equipe sente a necessidade de estar preparada para os momentos de intercorrência, de modo a padronizar o manejo das emergências, garantindo a segurança do cuidado ao paciente.

“[...] às vezes, do nada, ele para [...]. E aí [...] tu tens que estar sempre de olho, sempre com atenção [...].” (T8)

“[...] é bastante responsabilidade, [...] qualquer coisa, assim, que aconteça, uma mínima falha, pode ser grande falha, fatal.” (T5)

“[...] a gente nunca está livre de que aconteça alguma intercorrência, mas, a partir do momento em que se está mais preparada, mais organizada para receber esse paciente, acredito que as coisas fluam mais facilmente, mesmo com intercorrência.” (T11)

“[...] o médico veio e abriu o tórax do paciente. Levamos o paciente para o Bloco, [...] foi terrível, e a gente saiu que nem louco, ‘tudo dependurado’, [...], o paciente sangrando com o tórax aberto [...]. Administramos CHAD⁷ com seringa ‘pra’ ir mais rápido, porque precisava – estourou o acesso de tanta pressão. Foi bem complicado.” (T14)

Na última fala, observa-se o estresse vivenciado quando uma intercorrência ocorre. Nesses casos, decisões rápidas devem ser tomadas, as quais nem sempre são as mais adequadas. O relato da participante chama a atenção pelo modo como o paciente foi levado ao Bloco Cirúrgico – situação em que provavelmente seria difícil estabilizá-lo –, mas, principalmente, pela maneira de administração do concentrado de hemácias, referido como CHAD. A bolsa de concentrado de hemácias deve ser transfundida com equipo que possua poder de retenção de coágulos. (BRASIL, 2014). Assim, o hemocomponente não pode ser manipulado sem as técnicas especializadas da equipe da Agência Transfusional, pois há risco de contaminação, podendo ocasionar danos ao paciente.

Nesta subcategoria, conforme o relatado pelas participantes e o apontado nos resultados de diversos estudos (FERNANDES; ATILI; SOUZA, 2009; ROMANO, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004), foi possível perceber que as complicações no pós-operatório de cirurgia cardíaca não são incomuns. A equipe mostra-se preocupada em relação ao surgimento de intercorrências, e quando elas acontecem, essas tocam os profissionais de tal maneira que sempre são lembradas. Tais situações são conhecidas como histórias-marcas. (FRANCO, 2006).

6.2 O MEDO DA ADMISSÃO NA UTI DO PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

A categoria “o medo da admissão na UTI de paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca” discute aspectos relacionados ao momento em que o paciente

⁷ Nomenclatura utilizada com frequência para se referir ao hemocomponente concentrado de hemácias adulto. (BRASIL, 2014).

chega à UTI. Esta categoria originou duas subcategorias: o contexto da admissão do paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca na UTI; e a padronização de ações.

6.2.1 Contexto da admissão na UTI de paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca

Diante da complexidade dos cuidados no pós-operatório de cirurgia cardíaca, o paciente submetido a esse procedimento é encaminhado à UTI. (WERLANG et al., 2008). Na instituição em estudo, a UTI atende pacientes clínicos e cirúrgicos. Não há uma UTI Cardiológica exclusiva, como ocorre em alguns hospitais. Na admissão do paciente, equipe de enfermagem, médicos e fisioterapeutas se mobilizam para recebê-lo. Esse momento é definido, pela maioria das participantes, como tenso, conturbado e confuso.

“É um momento tenso, [...] muita correria, muita tensão.” (T2)

“É tenso. Sempre é um momento tenso, [...] aquele momento que ele chega ainda é meio confuso, meio conturbado.” (T11)

“Ah [...] sei lá, eles chegam com tudo bagunçado, tudo. [...] tá chegando um agora. Chegou daquele jeito.” (T14)

Por mais que muitas dessas profissionais estejam acostumadas a receber o paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca, há uma preocupação excessiva em relação à sua chegada. Essa tensão vivenciada por elas chega a ser comparada a um filme de terror, o que pode provocar deficiência na assistência a ser prestada, como observado na fala a seguir.

“[...] me parece que todo mundo fica que nem uns patetas. Mas é verdade, [...] todo mundo fica. [...] não estou criticando ninguém. [...] Entram duzentas pessoas, às vezes, e me parece que (elas) têm medo do cirurgião [...]. É um paciente crítico, então vou fazer isso, isso, isso e isso, entendeu? [...] me parece mais um momento em que o Jason⁸ entrou na UTI. É de um apavoramento [...].” (E3)

Em relação ao relato anterior, pode-se discutir a pressão sentida pela equipe de enfermagem diante da presença do cirurgião. Percebe-se a influência que esse

⁸ Personagem de um filme de terror.

profissional ainda exerce sobre os demais. Portanto, torna-se necessário rever a hegemonia médica, de modo que seja possível alcançar práticas interdisciplinares para oferecer maior qualidade nos cuidados prestados. (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Atik et al. (2009) implementaram, no serviço de cirurgia cardíaca do Instituto do Coração do Distrito Federal, um modelo organizacional baseado no trabalho multiprofissional. Dentre as ações estipuladas, duas delas foram relacionadas à equipe de saúde: a resolução de conflitos, visando a qualidade do atendimento, que reflete na saúde do paciente; e a valorização de todos os profissionais, potencializando suas qualidades e a integração para trabalho em redes. Em conjunto com as demais medidas técnicas instituídas nesse modelo organizacional, observou-se a diminuição da mortalidade hospitalar e de eventos combinados. Portanto, a interação entre os membros da equipe multidisciplinar é imprescindível para que haja uma boa relação no ambiente de trabalho e a condução a um cuidado de excelência.

Entretanto, uma participante relatou que considera o momento de admissão do paciente tranquilo, atitude que proporciona um atendimento mais organizado. Esse relato pode estar relacionado ao tempo de atuação no setor e à vivência adquirida em relação à assistência ao paciente, já que a participante esteve presente e participou ativamente no período em que o procedimento de cirurgia cardíaca foi inserido na instituição.

“[...] com a nossa equipe da noite é bem tranquilo. [...] eu acho que tem que ser assim, não pode ser uma coisa desesperada, nervosa, [...] vais fazer uma coisa por vez, que é o que eu acho que tem sido feito aqui. É tranquilo.” (T16)

A admissão do paciente é marcada por uma série de tarefas que devem ser seguidas para avaliar sua condição clínica. Essa assistência prestada pela equipe é essencial para garantir a boa recuperação dos pacientes submetidos a um procedimento tão invasivo quanto a cirurgia cardíaca. (FERNANDES; ATILI; SOUZA, 2009).

Um estudo realizado por Duarte et al (2012) com enfermeiros que atuavam em uma unidade cardiointensiva de um hospital federal do Rio de Janeiro teve como objetivo investigar as necessidades identificadas por enfermeiros durante o pós-

operatório de cirurgia cardíaca. Os resultados revelaram a importância da atuação da equipe de enfermagem no momento de admissão do paciente, situação na qual os cuidados recomendados eram realizados. Esses cuidados também foram apontados pelas participantes desta pesquisa:

“[...] nós (ficamos) aguardando ele chegar dentro do box; monitorizar, instalar as infusões e, depois de monitorizar, fazer o ECG; marcar os drenos. Temos que marcar os drenos quando eles chegam e ver quanto foi drenado do pós até o momento que chegou na UTI.” (T14)

“[...] o enfermeiro tem que estar ali. Já querem PVC, querem que zere PAM de imediato, são vários drenos, os marcapassos, acessos, PAM, então são muitos cuidados.” (E4)

A precisão dos procedimentos técnicos a serem realizados no período pós-operatório, principalmente o imediato, aliados à tensão sentida pelas profissionais gera preocupação. É possível observar que ainda há a necessidade de a equipe aprimorar o conhecimento técnico-científico.

“[...] eu fico muito focada no monitor toda hora, ‘né’?” (E5)

“[...] nas primeiras três horas, nem água eu tomo [...].” (T18)

“É um momento de bastante tensão, porque qualquer coisa que tu fizer de errado pode acarretar algum problema. Então, é de bastante tensão, agilidade e comprometimento da equipe.” (T7)

O relato desses profissionais em relação à percepção acerca da importância dos cuidados que devem ser prestados ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca e do receio de provocar falhas vai ao encontro do que a literatura traz sobre o trabalho da enfermagem nesse cenário, pois se entende que a falta de atenção ou a pouca habilidade da equipe podem provocar erros na assistência fornecida durante a recuperação. (FERNANDES; ATILI; SOUZA, 2009).

Portanto, a partir das discussões geradas nesta subcategoria, é possível inferir que um cuidado prestado com qualidade é primordial. Destaca-se, principalmente, o momento da admissão, no qual a presença de várias categorias profissionais pode ser aproveitada como um meio de aprendizagem e ajuda mútua.

6.2.2 Padronização de ações de cuidado

Para que a admissão na UTI de paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca aconteça adequadamente, alguns fatores – como o conhecimento para se realizar as técnicas necessárias e o engajamento da equipe – devem ser levados em consideração. A maioria das participantes relatou a necessidade de padronização das ações, de forma a aprimorar o cuidado a ser prestado. Entretanto, as profissionais mais antigas do setor não julgaram ser necessário criar estratégias para padronizar o cuidado.

“Acredito que por enquanto não, a menos que se tenham funcionários novos, porque daí, ‘se tem’ uma dificuldade, então, sempre deixar eles com alguém para começar a aprender a rotina [...]” (E1)

“Eu não sei. Desde que a gente começou com as cardíacas já tem, ou deve ter, até um protocolo disso, tinha, deve ter ali, ‘de sinais e coisa’. Não sei os funcionários mais novos, mas com a gente [...]” (T16)

Contudo, nota-se que, mesmo sem considerar importante a padronização das ações, as profissionais não sabem exatamente onde encontrar as informações necessárias para exercer o cuidado. Por outro lado, diversas necessidades foram apontadas pelas demais participantes com o intuito de qualificar a assistência de enfermagem. A primeira foi a elaboração de uma espécie de guia de fácil acesso para orientar os profissionais a respeito dos principais cuidados e para esclarecer possíveis dúvidas.

“[...] alguma coisa que instrua [...], chegou o paciente, faz tal coisa.” (T3)

“Poderia ter um protocolo [...], isso tem, ‘né’, mas, ‘tipo’, não tem [...] padrão escrito, tu vais ali e olha; ou chegou um novo ali, eu leio e eu sei que é assim que funciona [...]. Esse é o padrão da rotina para cuidar de um paciente cardíaco, [...] porque eu senti dificuldade. Não tem padrão. ‘Tipo’, tem um padrão de boca [...]” (T12)

“[...] um manual, sei lá: quais as principais drogas, os principais cuidados, os principais sinais que podem acontecer [...]. Assim, tu tens alguma coisa [...], uma pasta que tem: o que é nora, o que é nitroprussiato, nitroglicerina; nos drenos, o que tem que cuidar, o que não cuidar. [...] esqueceu, tem ali onde procurar. [...] tenho dúvida, vou lá procurar. [...] na hora do agito [...] ah, vou perguntar, mas daí, ‘né’, tu vais atrapalhar [...] e acaba não perguntando e fazendo coisa errada [...]” (T1)

Pesquisadores defendem que é difícil instituir padronizações em algumas situações que envolvem o trabalho da área da saúde devido à singularidade do encontro entre os sujeitos que o processo de cuidar proporciona. (SCHERER; PIRES; SCWARTZ, 2009). Além disso, as normatizações podem interferir no trabalho vivo, correndo o risco de perder sua capacidade de se conectar às redes rizomáticas⁹. (FRANCO, 2006). Por outro lado, o protocolo é considerado um método de apoio na perspectiva teórico-prática, que auxilia no planejamento dos cuidados a serem prestados no intuito de alcançar a qualidade da assistência. (PAES et al., 2014). Nessa perspectiva, entende-se que a complexidade do contexto, que envolve o cuidado ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca, exige que as ações de cuidado sejam realizadas com um fluxo definido, considerando as possíveis intercorrências.

Diante do cenário apresentado neste estudo, aponta-se ser importante considerar as necessidades referidas pelas profissionais ao relatarem sentir falta de apoio teórico respaldando o processo de trabalho. Portanto, intervenções podem ser realizadas nessa temática sem prejudicar a capacidade criativa, criada nas conexões do trabalho em rede, contribuindo, assim, para a segurança nas práticas do cuidado.

Além da importância de consultar um “guia rápido” com ações específicas, foi observada a necessidade de definir as atividades que cada profissional da equipe de enfermagem irá realizar durante a admissão do paciente. As participantes apontaram dificuldades na divisão de tarefas, no sentido de determinar a ação que cada um deve executar para que não haja duplicidade de cuidado.

“[...] eu acho que a padronização é algo bem bacana para ter como regra, porque daí já se sabe o que fazer, o que esperar do teu colega.” (T9)

“Então, eu acho que sim: uma faz o HGT, outra monitora, outra a primeira coisa, conecta no respirador, verifica a pressão, [...] é importante.” (T6)

“[...] deixar mais ou menos organizado, quem é a pessoa que vai ficar responsável por aquele paciente. Por exemplo, vai fazer tais e tais coisas quando o paciente chegar: anotar os sinais, enquanto a fulana monitoriza o paciente; fazer o HGT; verificar a temperatura. [...] a enfermeira instala a PAM, a aspiração contínua nos drenos. [...] fica uma coisa agilizada. Acho

⁹ Conceito aplicado na ilustração do trabalho em rede, pois este apresenta sistemas abertos de conexão que podem ser estabelecidos em várias direções, como a raiz de um rizoma. (FRANCO, 2016).

que para esse momento teria que ter um protocolo, alguma coisa para instituir o que que cada um vai fazer.” (T11)

Esses relatos chamam a atenção. Nota-se a importância que as participantes dão às funções exercidas na equipe de enfermagem, indicando que estas precisam ser organizadas, ou seja, apresentar ações definidas para cada um dos atores envolvidos no processo de trabalho, que envolve o pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Assim, entende-se que a organização do trabalho em saúde influencia na qualificação da assistência, mesmo considerando as interferências e os interesses daqueles que fazem parte do contexto do cuidado. (GARLET et al., 2009). Vale ressaltar que a organização desse processo ocorre pela adequada delegação de tarefas, princípio pertencente ao gerenciamento do cuidado de enfermagem e da liderança exercida pelo enfermeiro. (CAMELO, 2012).

Atrelada à necessidade de definir a responsabilidade das atividades, surge a preocupação com o número de pessoas que recebem o paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca, pois isso acarreta situações que geram duplicidade de tarefas e que podem ocasionar prejuízos na assistência. Vários profissionais estão envolvidos nesse momento: equipe médica e de enfermagem e fisioterapeutas. Portanto, é necessário organizar o momento de admissão do paciente, conforme relatam as profissionais.

“[...] não precisa ter tanta gente dentro do box. Meu Deus do céu! É muita gente, [...] o anestesista, geralmente o cirurgião, a enfermeira, o médico da UTI, o residente, tem mais um técnico. [...] não tem como tu se mexer dentro do box. [...] eu já vim em dias assim, que tinham seis técnicos dentro do box.” (T12)

“É muita gente, [...] muita gente que só se arrodeia e não sabe fazer nada. Vai ali se tu sabes fazer e com objetividade.” (E3)

Diante dessa situação, as participantes deste estudo consideram importante padronizar o número de profissionais que ficarão responsáveis pela admissão do paciente. Além disso, reforçam que, dessa forma, o atendimento fica mais tranquilo e os outros pacientes que estão na UTI continuam recebendo os cuidados necessários, sem prejuízos.

“[...] talvez a maior ação é não entrar duzentos no box. [...] entram tantas pessoas, [...] às vezes, estás assistindo cardíaco e tem vários pacientes na UTI.” (E3)

“[...] número máximo de pessoas dentro do box, porque quando olhas, estão todos dentro do box e ninguém circulando na UTI. Eu acho que seria interessante criar uma rotina do que cada um faz, delimitar quantas pessoas ficam dentro do box [...]. Essa questão da organização da bagunça na hora de receber, sabe?” (T11)

Nota-se, aqui, o quão necessário é planejar a assistência ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Planejar significa pensar ações e atingir resultados, e, na enfermagem, o planejamento torna-se essencial para sistematizar o processo de trabalho que refletirá na qualidade dos cuidados prestados ao paciente. (LANZONI et al., 2009). Portanto, a existência de um protocolo de atendimento aliado à sistematização da assistência de enfermagem possibilita que a assistência seja exercida de maneira qualificada. (MAIA; SADE, 2012). Lembra-se novamente da importância da implantação de protocolos e padronizações, desde que os mesmos não enrijeçam os trabalhadores (como comentado anteriormente).

Ainda referente à questão da organização e do planejamento quando na chegada de paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca na UTI, as participantes sentiram a necessidade de definir os materiais que devem estar preparados dentro do box para receber o paciente, bem como a testagem dos monitores. Isso porque a falta de equipamentos ou a não observância do bom funcionamento podem provocar estresse na equipe.

“[...] isso era uma dificuldade quando eu comecei a montar o box [...] aí a gente, do mesmo do turno, a gente fez um rascunho e tal, e agora está um pouco mais fácil [...]. Geralmente tem dificuldades [...]. A gente sempre tenta deixar bem ok, mas chegou uma paciente e não funcionava o monitor, não funcionava a PAM, [...] isso é uma dificuldade. A paciente chegou chocada, não tem PAM, aí tu vais colocar uma não invasiva, ela não está nem pegando. Então, tem que testar sempre tudo antes, [...] ter um padrão de montar o box e testar o box, uma rotina certinha que todos façam.” (T12)

“[...] no outro hospital, eles têm uma caixa de cardíaca; [...] tem ali, o padrão, deixar uma cefazolina, dipirona, se eu não me engano, ali no leito. Já aconteceu de chegar o paciente e precisar de solução fisiológica e de ringer e ter pouco descartável. Então, eu acho que isso a gente tem que, talvez, padronizar um número X de ringer, de solução fisiológica; talvez até tenha e eu não conheça, mas que eu saiba, não.” (E4)

Para dar conta da complexidade da assistência, a qual requer atenção criteriosa, qualificação da equipe, conhecimento técnico-científico e trabalho mútuo, o cuidado requer o provimento adequado de materiais. (CASTILHO; GONÇALVES, 2010; OLIVEIRA; CHAVES, 2009). Para admitir um paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca na UTI, esse aspecto deve ser suprido em sua totalidade, ou seja, todos os equipamentos, materiais e medicamentos em condições de serem utilizados devem estar à disposição. Ressalta-se que as profissionais relataram que não há falta de recursos materiais no hospital, mas sim o não provimento adequado dentro da unidade devido à ausência de uma padronização de montagem de box para receber o paciente.

Outro assunto que tem provocado descontentamento entre a equipe de enfermagem é a verificação de sinais vitais de 15 em 15 minutos até a sexta hora do pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. As participantes, além de relatarem que em outras instituições a prática ocorre de forma distinta, afirmam que esse controle tão rigoroso acaba não sendo favorável às suas atividades, deixando-as receosas de se esquecer da verificação, em vista das outras inúmeras atividades que precisam exercer.

“Talvez o que poderia mudar são esses sinais de 15 em 15 minutos até a sexta hora, que em outras instituições não existe. É só aqui [...]. Lá (outra instituição) eles têm o padrão: até uma hora de 15 em 15, depois de meia em meia e, depois, de hora em hora até a sexta. [...] tem muita coisa para fazer, e nesses 15 minutos, às vezes, a gente não consegue ter o controle de tudo, porque daí ele descompensa [...].” (T4)

Poucas referências trazem o intervalo de mensuração de sinais vitais no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca; elas somente explicam a necessidade de monitorá-los para avaliar a condição hemodinâmica do paciente. Bouscher (2008) relata que os sinais vitais devem ser verificados a cada 15 minutos, até que a condição hemodinâmica esteja estabilizada. Smeltezer et al (2014) afirmam que o paciente que realiza cirurgia cardíaca necessita dos mesmos cuidados atribuídos ao período perioperatório de outras cirurgias, incluindo a mensuração dos sinais vitais de 15 em 15 minutos na primeira hora, de 30 em 30 minutos até a segunda hora e, depois, de forma menos frequente. Isso não se aplica à temperatura corporal, que deve ser verificada com intervalo de quatro horas até fechar 24 horas de pós-operatório. A única exceção que os autores fazem é em relação à pressão arterial,

que deve ser mensurada de 15 em 15 minutos até a estabilização e, após, a cada uma ou até quatro horas no período de 24 horas. Maia e Sade (2012) defendem que os parâmetros precisam ser verificados de 30 em 30 minutos até a quarta hora e de hora em hora até a 24^a hora. Já Moraes e et al. (2014) referem que os sinais vitais devem ser mensurados de hora em hora nas primeiras 12 horas. Observa-se que a literatura se mostra controversa diante desse cuidado. Porém, acredita-se que as informações trazidas podem ser modificadas de acordo com as condições clínicas do paciente e com a realidade apresentada pelo perfil daqueles atendidos em cada instituição.

Ainda sobre a necessidade de padronizar ações para qualificar o atendimento da equipe de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca, vários participantes referiram que a passagem de plantão do Bloco Cirúrgico para a UTI deve ser aprimorada. A primeira questão a ser considerada está relacionada à qualificação da comunicação, devendo-se estabelecer quais são as informações consideradas muito importantes para quem assumirá o cuidado na unidade.

“[...] tu sabes que ele fez aquele procedimento, mas não o que aconteceu. [...] uma história pregressa do paciente, quando ele vem do Bloco, ajuda muito para saber o que fazer aqui na UTI. [...] passam o plantão, mas não aquelas informações que podem fazer a diferença na UTI. Eu acho que falta um pouquinho disso. [...] Deveria ser mais aprofundada.” (T7)

“[...] não te passam as intercorrências. [...] passam o número da sonda nasogástrica, da sonda vesical de demora, [...] não interessa para nós. [...] nunca sabem que cirurgia que fez, [...] se foi revascularização do miocárdio. Não te dizem as pontes que foram feitas [...]. Eu gosto de saber, acho importante, porque daqui a pouco, ocorre uma alteração no ECG do paciente, ou o paciente infartou e pode ter ocluído uma safena.” (E1)

A passagem de plantão é uma ferramenta de comunicação indispensável para garantir a assistência de qualidade, a continuidade dos cuidados prestados ao paciente e o planejamento das intervenções de enfermagem. (RODRIGUEZ et al., 2013). Portanto, a comunicação deve ser clara, para que não ocorram falhas, como eventos adversos, e para que seja garantida a segurança do paciente. (ANVISA, 2011).

Em estudo realizado por Bueno et al. (2015) em uma UTI Adulto de um hospital-escola de Goiânia/GO, os resultados apontaram que existem diversas

lacunas nas informações durante a passagem de plantão do Bloco Cirúrgico para a UTI. Itens como nome do paciente, idade, diagnóstico primário, procedimento cirúrgico, intercorrências, uso de oxigênio, drogas vasoativas, pressão arterial média invasiva, drenos torácicos, restrição de decúbito, aferição de pressão arterial em um dos membros e cuidados com curativos foram negligenciados ou pouco lembrados.

Esses achados corroboram com as expressões de insatisfação em relação à passagem de plantão observadas nas falas das participantes desta pesquisa, principalmente em relação às intercorrências que ocorrem durante a realização do procedimento cirúrgico e do diagnóstico primário, os quais influenciam o cuidado a ser exercido na UTI.

O modo como o paciente é transferido para a Unidade também gera angústias. O preparo do paciente e dos equipamentos que o acompanham é uma das etapas do cuidado, e a padronização dessa etapa pode contribuir para que a equipe da UTI possa estabilizá-lo o mais rápido possível. Assim, as entrevistadas consideram que a padronização pode contribuir para a qualificação da assistência de enfermagem.

“[...] por ser um paciente crítico, ele vem muito ‘bagunçado pra’ UTI. Eles jogam assim o paciente em cima da cama e a gente até aqui na UTI, [...] pode até acontecer uma parada enquanto a gente está arrumando e a gente nem vê o paciente parar. [...] a transição do Bloco pra cá, eu acho que é bem complicada. [...] deveriam ter mais cuidado para nós, aqui, agilizar o processo [...] acho que devia ser conversado, ou fazer alguma coisa na passagem.” (T1)

“[...] que vem muito ‘bagunçado’. Agora mesmo [...] o anestesista não conseguia ‘desenredar’ a PAM do acesso. [...] é um perigo de sair tudo fora, ‘né’? Porque está tudo enrolado.” (T14)

As falas das profissionais revelam que, no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, o paciente encontra-se em estado grave, e, por esse motivo, os cuidados no transporte do Bloco Cirúrgico para a UTI devem ser intensos, de modo a otimizar o seu recebimento. Durante o transporte, há um risco maior de morbimortalidade; por isso, o procedimento deve ser planejado não somente em relação aos recursos humanos, mas também à organização dos materiais e equipamentos necessários para promover e garantir a estabilidade hemodinâmica e respiratória do paciente, bem como a vigilância da posição adequada de cateteres, sondas, drenos e tubos

para que esses possam ser manipulados facilmente quando preciso. (LAMBLET; TEIXEIRA; CORRÊA, 2010).

Enfim, nota-se que esta subcategoria foi bastante explorada em vista das necessidades apontadas pelos profissionais. As padronizações que podem ser criadas serão discutidas novamente na apresentação das propostas de intervenção deste estudo, no Capítulo 7.

6.3 RELAÇÕES MULTIPROFISSIONAIS

Nesta categoria são discutidas questões acerca do contexto do ambiente de trabalho na UTI que atende pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca, das quais emergiram três subgrupos: trabalho em redes, dimensionamento de pessoal e falta de vivência profissional em UTI.

6.3.1 Trabalho em redes

Para que os profissionais de saúde possam prestar uma assistência qualificada, é necessário o envolvimento de todos os atores que fazem parte do processo de cuidado. Especificamente na UTI, por ser um ambiente que está em contato iminente com o risco de instabilidade dos pacientes, essa característica de trabalho em conjunto com os membros da equipe é fundamental. Nesse sentido, os profissionais cooperam entre si, a fim de atingir um objetivo comum, que é o cuidado. (ANVISA, 2011).

As técnicas de enfermagem deste estudo relataram ter sido difícil se relacionar com a equipe quando começaram a trabalhar no setor. Mesmo assim, referiram terem recebido auxílio de colegas e demais profissionais.

“[...] tu ficas um pouquinho perdido, como é que funciona. A sincronia com a equipe tu ainda não tens [...]. Aí às vezes ficas um pouquinho perdido, [...] eu tive bastante ajuda dos meus colegas...” (T7)

Mais do que utilizar a expressão “trabalho em equipe”, é preciso considerar o trabalho em saúde como constituído em redes, de forma a permitir que os profissionais executem conexões multidirecionais em sistemas abertos,

relacionando-se entre si e criando ligações em diversas direções, como um rizoma, no intuito de construir o processo de trabalho. (FRANCO, 2006).

Nesse sentido, diante dos relatos das participantes, fica claro o quanto é necessário trabalhar na perspectiva de redes para que haja a produção do cuidado. Essa cooperação é nítida, sobretudo após a equipe estar junta há mais tempo. A união é percebida também pelas técnicas de enfermagem mais novas na unidade, quando relatado o momento de admissão do paciente.

“[...] temos colaboração dos colegas quando o paciente chega [...]” (T9)

“[...] a gente não faz nada aqui sozinho. Tu sempre precisa do colega, do enfermeiro, do médico [...]” (T8)

“[...] eu vejo que um ponto positivo é a colaboração de todos. Chegou a cardíaca [...], todos os médicos, enfermeiros, técnicos, todos se ajudam e é bem ágil a equipe. E eu vejo que todo mundo se ajuda e dá o melhor de si naquele momento.” (T2)

Porém, a equipe percebe que, mesmo contando com o apoio dos colegas, é necessário que os profissionais de enfermagem (técnicos e enfermeiros) que venham a assumir os cuidados do paciente na UTI estejam aptos a fazê-lo, pois são os responsáveis por grande parte da assistência no pós-operatório imediato do paciente submetido à cirurgia cardíaca. O cuidado é prestado de acordo com as particularidades do quadro clínico de cada paciente. Porém, a maioria dos quadros requer a preservação das funções vitais e do estado hemodinâmico. (DUARTE et al., 2012).

“[...] a equipe se ajuda, mas o técnico que assume depois [...] tem aquela responsabilidade maior [...]” (T2)

Nas falas das participantes deste estudo, há vários relatos de que o apoio da equipe foi fundamental no início da trajetória profissional. Contudo, uma delas apontou a existência de fragilidades no relacionamento com a equipe de enfermagem.

“Trabalhar o coleguismo, acho que vai ajudar, vai refletir na qualidade do atendimento e na tranquilidade para receber uma cirurgia. [...] se errou, admitir [...]. Tu tens que ser humilde para dizer: eu não olhei, eu esqueci.

[...] parceria, trabalhar como amiga. [...] a enfermagem tem que trabalhar muito a empatia, para com o paciente e entre colegas [...].” (T18)

A fala da participante relata que a dificuldade de trabalhar com os pares, além de causar atritos na equipe, reflete no cuidado direto prestado ao paciente. A equipe é formada por pessoas que carregam consigo diferentes histórias, saberes e afetos que, juntos, constituem uma relação permeada por diversos sentimentos. (FRANCO, 2006). Em virtude dessa heterogeneidade, conflitos podem surgir, e, para solucioná-los, é necessária a compreensão de todos os atores envolvidos e a negociação permanente entre eles. (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Assim, a fala da participante T18 aponta que existem perfis diferentes na equipe de enfermagem e que ela tenta utilizar a estratégia de compreensão para negociar o modo de trabalho. Nesse sentido, entende-se a importância de se capacitar os profissionais para realizar os cuidados técnicos e proporcionar um espaço para que possam discutir suas angústias e, juntos, encontrarem meios para conviver de forma agradável.

6.3.2 Dimensionamento de pessoal

O dimensionamento de pessoal na UTI em estudo foi referido pelas participantes como um nó crítico relacionado ao cuidado do paciente submetido à cirurgia cardíaca.

Pesquisadores destacam o dimensionamento de pessoal como um processo que planeja e avalia de forma quantitativa e qualitativa o pessoal de enfermagem. Ressaltam, ainda, que deve ser considerada as particularidades de cada serviço de saúde, de forma que proporcione segurança tanto aos usuários quanto aos profissionais. (FUGULIN; GAIDZINSKI; CASTILHO, 2010).

Destaca-se que, para o atendimento de pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, a instituição em estudo recomenda um técnico de enfermagem exclusivo a assistência do paciente nas seis primeiras horas. Essa indicação se deve à necessidade de um controle rigoroso dos sinais vitais e ao risco de instabilidade hemodinâmica existente no pós-operatório de cirurgia cardíaca. As integrantes da equipe de enfermagem afirmam que essa rotina é um ponto positivo em seu trabalho.

“[...] um técnico só com ele, durante essas 6h. Eu acho isso muito importante, porque a instabilidade dele é bem variada [...].” (T1)

“O que eu acho positivo na cirurgia cardíaca, um diferencial em relação às outras, [...] na cirurgia cardíaca fica um técnico só para aquele paciente nas primeiras 6h.” (E3)

Entretanto, nem sempre esse dimensionamento é respeitado, seja por absenteísmo, seja por folga ou férias do pessoal de enfermagem, situações em que o colaborador não é repostado na unidade. Assim, nessas situações, o Índice de Segurança Técnica (IST) preconizado pela Resolução COFEN nº 293/2004 não é respeitado. (BRASIL, 2004). As técnicas sentem que a falta de um dos membros da equipe reflete de forma negativa no cuidado que será prestado ao paciente.

“[...] já teve casos em que não foi possível ficar um funcionário exclusivo para o paciente em pós operatório de cirurgia cardíaca [...] pela falta de funcionário.” (T1)

“[...] que eu acho negativo é que às vezes a gente tem que assumir outro paciente ao mesmo tempo [...] as seis primeiras horas que são as mais críticas, que demandam um cuidado mais intenso, que tu tens que estar todo minuto ali, cuidando [...].” (T11)

“Eu acho que é ruim quando não podes te dedicar só ‘pra’ cardíaca, porque nas seis primeiras horas ela demanda atenção exclusiva [...]. Mas, por exemplo, já vai fazer um ano que ficamos em quatro funcionários, nas folgas e férias de colegas. Então, tens que dividir a atenção da cardíaca com outro paciente. Às vezes, ultrapassam os 15 minutos [...] tens que verificar os sinais vitais de 15 em 15 minutos até a sexta hora [...] daí meio que tu te atrapalha [...].” (T6)

A maioria dos colaboradores que expressaram a existência desse nó crítico trabalham no turno da noite. Nesse período, a equipe de enfermagem é composta por cinco técnicas de enfermagem e uma enfermeira, diferentemente da equipe diurna, que conta com um quantitativo maior de profissionais: seis técnicas de enfermagem pela manhã; seis à tarde; e uma de turno integral. É importante lembrar que a UTI em questão possui dez leitos.

Em relação ao quantitativo adequado para trabalhar em uma unidade de terapia intensiva, a RDC nº 26/2012 afirma que são necessários, a cada turno, um técnico de enfermagem para cada dois leitos e um enfermeiro a cada 10 leitos (ANVISA, 2012), revogando, assim, a decisão da RDC nº 07/2010, que redigia que

deveriam fazer parte da equipe de enfermagem de uma UTI um técnico de enfermagem a cada dois leitos e um em serviços de apoio, bem como um enfermeiro a cada oito leitos por turno. (ANVISA, 2010). Em contrapartida, a Resolução Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 293/2004 leva em consideração o número de horas de cuidado prestadas ao paciente (cuidados intensivos totalizariam 17,9 horas) para dimensionar o pessoal de enfermagem, sendo que de 52 a 56% devem ser enfermeiros e os demais, técnicos de enfermagem.

Se compararmos a realidade dessa instituição com a RDC nº 26/2012, ela estaria adequada, e até disponibilizaria mais profissionais que o recomendado. Porém, em certas ocasiões, principalmente no turno da noite, o dimensionamento não se atém ao proposto. Ao calcular o número de profissionais pela Resolução COFEN nº 293/2004, para trabalhar na UTI em estudo, são necessários 36 profissionais de enfermagem (em média 19 enfermeiros e 17 técnicos), quantitativo inferior ao que é apresentado pela instituição. (BRASIL, 2004).

É importante ressaltar dois pontos. O primeiro é que a maioria das instituições hospitalares realiza o dimensionamento de pessoal embasada na RDC nº 26/2012. Nessa perspectiva, a UTI em estudo está com número adequado durante o turno diurno, mesmo com casos de faltas, férias ou licença de um dos membros da equipe. O segundo ponto é que, durante a coleta de dados deste estudo, uma técnica de enfermagem do turno da tarde estava sendo remanejada como folguista para as duas noites (noite A e noite B).

6.3.3 Vivência profissional no cuidado ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca

O termo experiência, de acordo com Larrosa (2002), é considerado algo que nos acontece, nos passa, nos toca, e não o que acontece ou passa ao nosso redor. Nesse sentido, o mesmo autor alerta quanto ao que muito se ouve falar sobre a relação entre trabalho e experiência, pois a expressão “experiência profissional” é largamente utilizada e conta pontos para quem as tem. Porém, tratam-se de coisas distintas, assim como é errônea a ideia de pensar que se adquire experiência através do saber da prática profissional. (LARROSA, 2002).

A maioria das profissionais deste estudo possuem claramente o pensamento que experiência profissional é sinônimo de conhecimento. Essa ideia é nítida nas

falas das participantes. Mesmo que seus relatos tenham sido transcritos fielmente neste trabalho, para fins de discussão, a palavra “experiência” será substituída por “vivência”, pois esta possui uma significação tripla: ligação imediata com a vida; criação de significado ao contexto global da existência; e incomensurabilidade ao conteúdo da própria vivência. (VIESENTEINER, 2013).

A falta de vivência profissional foi apontada pelas entrevistadas como um dos principais nós críticos enfrentados ao atuar frente ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Essa dificuldade foi sentida tanto pelas técnicas de enfermagem, quanto pelas enfermeiras.

“No início, acho que foi a falta de experiência.” (T3)

“É experiência, experiência... eu não tenho ainda.” (T2)

“Acho que o maior nó crítico é a falta de experiência.” (E3)

O número de cirurgias cardíacas aumentou nos últimos anos, e esse fato deve-se não somente aos avanços tecnológicos conquistados, mas também à contribuição dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem. (CAVALCANTI; COELHO, 2007). Portanto, observa-se o quanto é importante que esses profissionais vivenciem o momento.

Na região em estudo, poucas instituições estão preparadas para assumir uma cirurgia desse porte. Para a maioria das participantes, foi na UTI em estudo que ocorreu, pela primeira vez, a prática do cuidado ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Algumas vieram de outras instituições; outras vivenciam o primeiro emprego após a formação profissional.

“Eu comecei a cuidar de cardíaca aqui [...]” (T10)

“[...] eu não tinha experiência em cardíaca [...] trabalho em outra instituição e lá não tem cardíaca na UTI.” (T17)

A pouca vivência no cuidado ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca provoca sentimentos de angústia e medo aos profissionais. Nesse sentido, ao perceber que o modo como exerce suas atividades não é suficiente para atender aos desafios apresentados na prática cotidiana, a pessoa precisa reconhecer o desconforto vivenciado – e esse desconforto precisa ser amplamente vivido e

assumido para que se tenha o objetivo futuro de produzir transformações. (CECCIM, 2004). Foi exatamente isso o que as profissionais deste estudo fizeram: vivenciaram, admitiram e, acima de tudo, adquiriram experiência ao terem sido tocadas pelas situações que enfrentaram.

É possível entender a preocupação que sentiram ao cuidar do paciente, visto que a situação exige conhecimento para que a assistência prestada seja de qualidade e sem iatrogenias. (SILVA et al., 2009). Os relatos de situações desafiadoras e os sentimentos produzidos são revelados nas falas a seguir:

“[...] por mais que digam como que tens que fazer as coisas, mas acho que não tem alguém mesmo te acompanhando; um pouco de insegurança tu te sente.” (T13)

“Logo no início, quando eu me formei, eu tinha medo, receio de ficar na escala de um paciente cardíaco, por todo o cuidado que exige, [...] fechamento de balanço, sinais vitais [...] me preocupava bastante. Hoje, depois de 13 anos, está um pouco mais calmo.” (T9)

Nota-se ainda, neste estudo, que a falta de vivência profissional está relacionada a outras dificuldades que os profissionais encontram nesse cenário, dificuldades que estão relacionadas principalmente à execução de procedimentos técnicos que o pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca exige, bem como à necessidade de estabelecer prioridades. A existência desse nó crítico precisa ser considerada, pois a literatura aponta que o pós-operatório de cirurgia cardíaca requer uma equipe que realize cuidados de alta complexidade com rápidas decisões – o que é vivenciado na prática. (DUARTE et al., 2012).

“Olha, no início acho que tudo era nó crítico, que a pessoa quando não tem experiência nenhuma, que é a primeira vez que vai assumir um paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca, tudo é difícil.” (T11)

“Eu tinha todas (as dificuldades). [...] porque não sabia nada. Nada, nada nada, nada, nada, nada. [...] fui ficando aos poucos [...] eu não sabia verificar PVC, não sabia nada, não sabia ordenhar os drenos, fui aprendendo, era grande a dificuldade, [...] porque tu não sabes, não tem experiência. (T14)

“Acho que eu, quando eu iniciei, a principal dificuldade era a prioridade. O que é prioritário, quando o paciente da cardíaca chega do pós-operatório, na UTI. O que tenho que cuidar de parâmetros?” (E2)

Parcianello, Fonseca e Zamberlan (2011) afirmam que o enfermeiro precisa estar qualificado para identificar as necessidades dos pacientes cardíacos e para que o planejamento seja baseado na singularidade. Acrescenta-se, aqui, que não só o enfermeiro precisa de qualificação para exercer o atendimento, mas também o técnico de enfermagem, pois esse é o profissional da equipe de saúde que permanece mais tempo com o paciente.

Outro ponto a ser considerado é a falta de vivência no ambiente, que não somente é sentida pelos profissionais que a enfrentam, como também é observada pelos colegas que atuam no serviço há mais tempo. Esse distanciamento entre o conhecimento dos que já trabalham na unidade e os novos integrantes da equipe pode gerar desconforto no grupo.

“[...] às vezes, tem funcionários que não tem a visão que a gente já tem aqui, estando há tanto tempo. Às vezes, não é que não saibam, mas é por não conhecerem.” (T4)

“[...] até aconteceu um fato esses dias e uma colega foi fazer uma coisa muito desnecessária. E uma outra colega disse ‘não faz isso agora’, e aí ela ficou chateada porque ela queria fazer aquilo naquele momento [...]. Então acho que falta, não sei se é visão ou falta de conhecimento, mas acho que falta isso, eles verem o que precisa fazer primeiro, o mais importante para o paciente.” (T3)

Portanto, entende-se que, por mais que os profissionais tenham habilitação para atuar na área ao se formarem, há um distanciamento vivenciado entre a teoria aprendida e o ambiente prático em que são inseridos. A pouca ligação existente entre esses dois eixos torna os primeiros dias de trabalho mais difíceis.

Além disso, a falta de vivência é referida tanto pelos profissionais recém-formados como por aqueles que trabalhavam em outros setores e foram admitidos ou transferidos para a UTI. Aqui, destacam-se as enfermeiras que cobrem folgas, férias ou período de afastamento.

“O primeiro que eu recebi ali [...] o que que eu faço? Porque eu não sabia como começar [...], embora tenha especialização em terapia intensiva, eu nunca tinha recebido um paciente na prática [...] eu sei algumas coisas, mas eu não sei se eu estou fazendo certo [...]” (E9)

Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde pode contribuir com a

qualificação da atuação dos profissionais de enfermagem no cotidiano do cuidado ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Assim, o conhecimento não é adquirido somente na sala de aula, onde muitas vezes os conteúdos são transmitidos por métodos tradicionais, pautados somente na teoria. O ambiente prático de trabalho também proporciona um contexto rico de aprendizagem aos profissionais, sendo possível transformar a prática cotidiana. (BRASIL, 2009). Diante dessa percepção, entende-se que o cenário deve ser valorizado de forma que os profissionais se sintam realmente atores do processo de trabalho e consigam desatar os nós críticos.

6.4 NECESSIDADE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Essa categoria discute aspectos relacionados à necessidade de elaboração de estratégias educativas em saúde e aos meios pelos quais as participantes buscaram aprimorar o seu conhecimento. Duas subcategorias são exploradas: necessidade de Educação Permanente em Saúde; e estratégias individuais para qualificar o trabalho.

6.4.1 Reconhecimento da importância de estratégias de Educação Permanente em Saúde

Nos relatos dos participantes desta pesquisa, percebeu-se a necessidade de mais investimentos em estratégias de Educação Permanente em Saúde para qualificar a prática profissional. As angústias vivenciadas pelas atrizes protagonistas do cuidado vem à tona enquanto falam. Uma das principais queixas é a escassez de práticas educativas. Possivelmente por não conhecerem a diferença entre Educação Permanente e Educação Continuada, denominam ambos de capacitação e treinamento.

“[...] teria que ter mais capacitações para os novos funcionários [...] eu acho que o profissional tem que ser mais capacitado para estar atuando no cuidado desse paciente.” (T1)

“Eu acho que para cuidar da cardíaca na UTI, tinha que fazer um treinamento.” (E3)

“[...] tu entras com experiência em UTI, mas tem muita gente que chega sem nenhum treinamento, nada, [...] tu vais ter que cuidar de um paciente cardíaco [...]” (T12)

Terry e Weaver (2013) afirmam que se os enfermeiros recém-formados forem “jogados aos leões” no ambiente de trabalho sem a orientação e o suporte adequados, resultados muito ruins podem surgir da prática profissional. É possível estender essa afirmação também aos técnicos de enfermagem, que são elos fundamentais na assistência ao paciente. Daí, nota-se a importância de investir em estratégias de Educação Permanente em Saúde.

A dificuldade no manejo com o paciente e a escassez de propostas de Educação Permanente é expressa, principalmente, pelos profissionais que atuam há menos tempo na UTI e no cuidado ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Por outro lado, aqueles que trabalham há mais tempo nesse ambiente percebem a deficiência dos novos colegas e lembram que também sentiram dificuldade logo que iniciaram suas atividades.

“Quem sabe se a gente tivesse um treinamento para as pessoas novas que entram como eu, que nunca tinha trabalhado em UTI [...] às vezes tens que assumir o da cardíaca e outro paciente junto. [...] não tens o treinamento [...] nem sempre podem estar lá junto te ajudando [...]” (T13)

“[...] às vezes as pessoas, coitadas, caem aqui de paraquedas [...]” (T11)

Visto que a aprendizagem significativa ocorre no ambiente de trabalho, nota-se a necessidade de incorporar estratégias que qualifiquem a atividade desses profissionais levando em consideração as situações por eles vivenciadas em sua prática diária. Nesse sentido, a Educação Permanente tem o poder de apresentar estratégias que problematizem o próprio fazer para construir o conhecimento, considerar os profissionais como atores reflexivos e incorporar o aprendizado ao cotidiano organizacional. (BRASIL, 2009).

No entanto, observa-se, nos relatos das participantes, que as práticas educativas que abordam essa temática não costumam ser oferecidas. A carência de estratégias que supram os nós críticos vivenciados no trabalho vivo em ato no cuidado ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca é vista como um sinal de alerta para que a assistência proporcionada seja refletida.

As participantes também percebem o distanciamento entre o que aprendem

na teoria e o que vivenciam na prática profissional. A interação entre essas duas vertentes deve ser valorizada de modo a se complementarem para transformar as práticas profissionais. (SILVA et al., 2010). Além disso, é necessária a integração entre ensino, gestão, atenção e controle social, a fim de garantir a qualidade da formação do profissional. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004/2005).

“[...] o livro fala uma coisa e o que acontece lá dentro é bem diferente. Então, às vezes, ficas em uma situação que tu não sabes o que fazer.” (E6)

“[...] a gente tem dúvida, ‘né’? Mesmo a gente estando aqui há mais tempo. Às vezes, surge dúvida conforme o decorrer da recuperação do paciente, [...] o que que eu faço agora?” (E7)

Observa-se, portanto, a necessidade de incorporar a realidade vivenciada no ambiente prático à teoria apresentada pela literatura. Nesse sentido, ações educativas podem ser pensadas. A educação é definida como um sistema dinâmico e contínuo que constrói o conhecimento a partir do pensamento crítico-reflexivo. (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

Ao levar em consideração essa discussão, as profissionais trazem relatos que vão ao encontro dos pressupostos da Educação Permanente no que diz respeito à continuidade das estratégias de problematização da prática cotidiana. Elas entendem a importância de manter o aprimoramento das práticas educativas.

“[...] eu acho importante pegar tudo o que envolve cardíaca e botar na Educação Permanente, sabe? (T18)

“Não é só porque fulano trabalha aí há três anos que não precisa se reciclar [...] ele sabe como é que é que funciona, mas é importante resgatar isso a todo momento [...]” (T11)

As participantes apontaram a necessidade de realizar essas estratégias em seu próprio ambiente de trabalho, de modo que todos possam participar das ações educativas. Elas ainda fazem comparações com as capacitações que lhe são oferecidas atualmente, na perspectiva da Educação Continuada.

“[...] às vezes tem as capacitações, mas a gente tem que ir lá embaixo com todo mundo, não rola. Vão só dois e ficam dois aqui, [...] se pegares um tempo [...] até quando a gente está aqui conversando, é bem mais

válido. [...] aquelas capacitações, não dão certo. E a gente, quando vai, vai forçado.” (T15)

A partir desse relato, é possível inferir que a técnica de enfermagem não se sente incluída no processo de trabalho da UTI, tampouco protagonista de tudo aquilo que realiza em seu ambiente de trabalho, pois tem a sensação de ser obrigada a participar de atividades educativas que não são pertinentes à sua prática diária. Nesse sentido, não há aprendizagem significativa, pois os nós críticos vivenciados não são alvo de discussões.

A capacitação, amplamente utilizada pelas instituições, nem sempre faz parte de um processo de Educação Permanente em Saúde. (BRASIL, 2009). A capacitação, muito mais utilizada na perspectiva da Educação Continuada, valoriza a transmissão de conhecimento que inibe a reflexão crítica das reais necessidades encontradas no cotidiano de trabalho. (MONTANHA; PEDUZZI, 2010). Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde surge para desinstitucionalizar as práticas tradicionais de aprendizagem, a fim de formar profissionais que possuam habilidades e conhecimentos para atuar no sistema de saúde. Além disso, promove o protagonismo do processo de trabalho, com potência para criar o “novo” e transformar os espaços de cuidado. (CECCIM; BRAVIN; DANTOS, 2009; CECCIM; FERLA, 2008).

Outro ponto que merece ser discutido é a rotatividade de funcionários na UTI da instituição em estudo. A mudança constante da equipe de enfermagem é uma preocupação pontual, pois os novos profissionais demonstram menor conhecimento no cuidado ao paciente crítico e, conseqüentemente, requerem mais acompanhamento.

“Eu acho que mais é isso, a capacitação [...] que como tem sempre essa rotatividade de gente [...].” (T1)

“[...] a gente tem que ter capacitação sobre isso, [...] às vezes, vêm funcionários que não tem experiência. Por mais que a gente ensine, uma capacitação nunca é demais [...] para todos saberem o protocolo, [...] o porquê de tudo isso.” (T4)

Pagno e Faveri (2014) realizaram uma pesquisa com enfermeiros das Unidades de Terapia Intensiva de cinco hospitais de Caxias do Sul/RS sobre os fatores que eles consideravam influenciar na rotatividade da equipe de enfermagem

nesse ambiente de trabalho. Os principais motivos apontados foram: pressão e sobrecarga de trabalho; ausência de reconhecimento profissional relacionado a valores monetários; conflito com outros profissionais; ambiente fechado e complexo; contato com a morte; situações de emergência frequentes; estilo de liderança do superior; quantidade de tecnologia dura; e ausência de recursos que garantam a segurança da assistência a ser prestada. (PAGNO; FAVERI, 2014).

Diante da rotatividade de funcionários, o dimensionamento é reestruturado para dar conta dos cuidados intensivos que devem ser prestados aos pacientes da unidade. Essa situação acarreta sobrecarga de responsabilidades para aqueles que têm maior habilidade no manejo ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Por outro lado, há também o receio de delegar essa função ao profissional que está há pouco tempo no serviço.

“[...] têm muitos funcionários novos sem experiência de ficar com paciente cardíaco, [...] acaba sobrando mais para gente, que já tem um pouco de mais tempo, isso sobrecarrega um pouco.” (T9)

No que se refere à proposta de Educação Permanente apresentada aos participantes durante a entrevista, os mesmos consideraram as estratégias importantes e necessárias. Algumas proposições se destacaram, como as rodas de conversas e a simulação de atendimento ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca. A proposição, que considera a inclusão da enfermeira do Bloco Cirúrgico, foi tão bem aceita que será uma das ações padronizadas como intervenção neste estudo.

“[...] eu acho que essa abordagem do dia a dia é muito importante [...] é um ponto assim, muito, muito, assim, estratégico, ‘né’, porque tu vais abordar nós, o nosso Bloco Cirúrgico, a nossa UTI, o que a gente disponibiliza, o que que a gente está fazendo de errado, no que que a gente pode melhorar.” (E8)

“[...] abertura para roda de conversa acho bem interessante, porque, às vezes, eu posso ter uma visão, a minha colega outra [...] expor um detalhe que vai fazer muita diferença.” (E5)

“[...] eu gostei um monte foi a questão de simular o atendimento ao paciente, que aí tu já pode aliar então a teoria e a prática.” (T7)

A simulação realística é uma alternativa inovadora que pode ser utilizada,

principalmente, para a instrução de profissionais recém formados. (KOBAYASHI; CHEREGATTI, 2014). A simulação proporciona aprendizagem e crescimento profissional a partir de um cenário em que erros podem ser cometidos sem colocar em risco a segurança do paciente. (SANINO, 2012).

Já a ideia de *roda* é pensada para fomentar aprendizagens e estimular trocas em que todos podem recriar a realidade. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Nesse método, cada um tem a oportunidade de contribuir para a construção de uma história partilhada por meio de sua própria história, talentos e vivências. (WARSCHAUER, 2001).

Vale destacar que a aprovação das rodas de conversas pelas participantes deste estudo não foi pensando somente no auxílio mútuo que se tem em relação ao conhecimento científico ou à execução de procedimentos técnicos, mas também na aproximação dos colegas enquanto equipe.

“[...] eu acho que as rodas de conversa vão ajudar muito para trabalhar a empatia com a equipe. [...] é bem interessante reservar um tempo ‘pra’ equipe.” (T18)

“[...] eu acho que tu vais nos ajudar bastante, não só em relação ao paciente, mas nós como equipe também, saber que podes contar com aquele colega também naquela hora, ‘né’?” (T9)

Ainda nessa perspectiva, sugestões para estruturar a proposta de Educação Permanente em Saúde foram registradas. Os participantes relataram o que gostariam que fosse realizado para que tivessem acesso ao aprimoramento de suas práticas cotidianas.

Essa abordagem foi adotada durante a entrevista levando em consideração a ideia da escuta pedagógica defendida pela Educação Permanente em Saúde. Essa escuta indica um processo de mudança, de atualização de saberes e de construção de novos fazeres a partir das problematizações do cotidiano, a fim de alcançar um ensino-aprendizagem que produza sentido. (CECCIM, 2007; CECCIM; FERLA, 2008).

“[...] até mesmo assistir uma cirurgia, revezar e assistir uma cirurgia, um de nós, assim [...] eu acho bem interessante” (T5)

“[...] eu acho que é importante a gente conhecer eletro e manusear assim [...] esses treinamentos de monitor também, eu acho que impactam muito,

sabe, para a pessoa saber [...] até a indicação de vídeos 'pra' gente assistir, sabe?" (T18)

É importante considerar que alguns recursos materiais já são disponibilizados pela instituição para o trabalho realizado no ambiente alvo deste estudo, mas pouco utilizados para o aprendizado contínuo dos profissionais. Esse fator pode ser observado na fala da participante a seguir, que sente a necessidade de se manter atualizada acerca de novos assuntos que surgem pertinentes ao tema em questão.

"Eu acho que ter, assim, um aproveitamento de horas, de minutos de folga, 'tá' ali com vídeos informativos de orientação, ou ter acesso no próprio computador, porque o nosso computador hoje não serve 'pra' nos ensinar nada [...]. A gente não tem acesso a nada, porque eu acho que é tão importante uma hora de folga, tu teres acesso a uma informação ou que eles postem, deixem ali uma pasta para gente ler artigos novos ou coisas novas que estão saindo." (T18)

Aliar a tecnologia da informação à Educação Permanente pode ser uma ótima estratégia de ensino-aprendizagem. Um exemplo da possibilidade de uso dessa estratégia foi pensado por Galvão e Püschel (2012) ao criarem um aplicativo multimídia em plataforma móvel com o objetivo de ensinar a mensuração da PVC. Segundo os autores, o uso de instrumentos tecnológicos, como os computadores, são considerados uma metodologia inovadora para auxiliar na melhoria das estratégias educacionais. (GALVÃO; PÜSCHEL, 2012).

Após a discussão proporcionada por esta subcategoria, fica clara a necessidade de incorporar estratégias de Educação Permanente em Saúde ao cotidiano do serviço vivenciado pelas profissionais que fizeram parte deste estudo. É preciso que essas profissionais adquiram uma aprendizagem significativa. Desse modo, pode-se transformar a prática com a participação dos protagonistas do cuidado, valorizando seus conhecimentos. (CECCIM; FERLA, 2008; OLIVEIRA, et al., 2011). Nesse sentido, o Capítulo 7 apresenta um programa de Educação Permanente em Saúde voltado para o cuidado ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca.

6.4.2 Estratégias individuais para qualificar o trabalho

Diante das adversidades enfrentadas no dia a dia da profissão e da complexidade de se cuidar de um paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca, os profissionais percebem a necessidade de buscar estratégias para qualificar sua prática profissional. A qualificação auxilia o trabalhador a adquirir conhecimentos teórico-práticos para exercer sua função. (KOBAYASHI; CHEREGATTI, 2014).

O mundo globalizado exige profissionais atualizados e que estejam preocupados com o aprendizado constante. (VIANA, 2011). Na enfermagem, nota-se a necessidade em se manter informado para exercer uma prática de cuidado de acordo com as novidades publicadas.

Nesse sentido, um dos subsídios mais procurados pelas profissionais deste estudo para aprimorar seu trabalho diário foi a pesquisa em livros, artigos científicos e internet. Até mesmo aplicativos de celulares foram lembrados como meio de contribuir para o enriquecimento do conhecimento adquirido.

“[...] a primeira vez que eu vi um paciente de cirurgia cardíaca ali na UTI já tinha passado das seis horas, meu Deus, fiquei em pânico [...] dreno de mediastino, dreno de tórax, aquela incisão enorme, meu Deus, fui pra casa pesquisar [...] ler tudo o que se tem que fazer, o que se tem que observar em relação ao conjunto [...]” (E6)

“[...] consulto um artigo [...] procuro na internet, procuro uma coisa confiável, numa fonte boa [...]” (E3)

“[...] cheguei a baixar aplicativos, [...] não é específico, mas te dá uma noção geral que te ajuda a nortear o cuidado com o paciente de cirurgias cardíacas [...]” (T7)

Ainda em relação à procura de meios para auxiliar nas dúvidas que surgem diariamente, as participantes relatam terem procurado o apoio de colegas de trabalho. Essa ajuda é encontrada nos diversos profissionais de saúde que atuam na UTI. Os mais lembrados foram os técnicos de enfermagem que atuam há mais tempo no serviço, os enfermeiros e os médicos.

“[...] eu, por exemplo, fico um pouco, às vezes fico dois, três meses sem vir, e uma das coisas que eu faço é ficar mais tempo ali, ficando com as meninas, que elas têm mais experiência [...]” (E8)

“Às vezes a gente tem dúvida que a gente tira com as enfermeiras ou com os médicos [...]” (T4)

“[...] eu, sempre que precisei, procurei auxílio até mesmo do próprio cirurgião.” (E1)

A partir desses relatos, pode-se deduzir que as profissionais buscam auxílio com os colegas para se sentirem mais seguras em relação à assistência que estão prestando ao paciente. Portanto, ressalta-se o quão importante é o apoio prestado pelos parceiros de equipe. Tais momentos de compartilhamento de saberes e vivências devem ser cada vez mais estimulados, pois é a partir da valorização do conhecimento prévio dessas profissionais e de suas experiências que se torna possível transformar a prática profissional. (BRASIL, 2009).

Essa sede pelo conhecimento é sentida diariamente. As profissionais relatam que esse processo é contínuo. Quando há novas situações no serviço, os cuidados necessários para determinado paciente são pesquisados, de modo que se tenha um atendimento de qualidade.

“Até agora, assim, eu ouço alguma coisa, alguma palavra que eu não conheço ou que eu não lembro, eu vou, pesquiso.” (T3)

“[...] o que eu acho muito legal é que a gente está sempre buscando, porque no momento que tu acha que sabe muito, às vezes tu pode pecar pelo excesso de achar que sabe.” (E8)

É interessante destacar que, apesar de a maioria das enfermeiras possuírem uma especialização, nenhuma delas relatou ter procurado cursos de pós-graduação para qualificar sua prática profissional no cuidado ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca, mesmo aquela que realizou especialização em circulação extracorpórea. As técnicas de enfermagem também não buscaram outros cursos. Esse fato pode estar relacionado à dificuldade de se encontrar meios para alcançar a atualização profissional. Não há um número preciso de especializações nessa temática no Brasil, e observa-se que é escassa a literatura que relaciona capacitações profissionais nessa temática. (KOBAYASHI; CHEREGATTI, 2014).

Portanto, é possível perceber, por meio desses relatos, que, para suprir as necessidades, a Educação Permanente em Saúde se faz pertinente nesse ambiente. A atualização e a transformação fariam parte do dia a dia das

profissionais, que vivenciariam estratégias de ensino-aprendizagem no próprio local de trabalho.

A seguir, apresenta-se a proposta de intervenção deste estudo.

7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção deste estudo foi elaborada a partir das necessidades apontadas pelas profissionais de enfermagem acerca da qualificação do cuidado ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca. O Programa de Educação Permanente em Saúde foi constituído por três elementos:

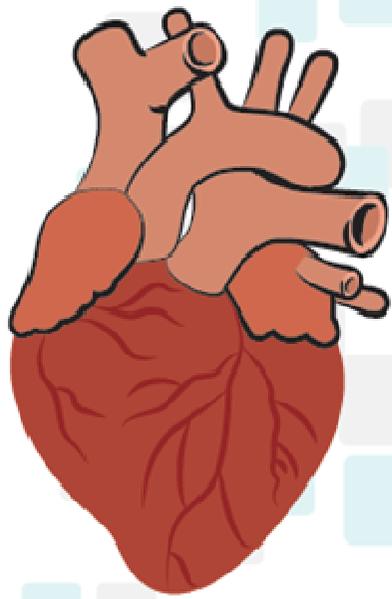
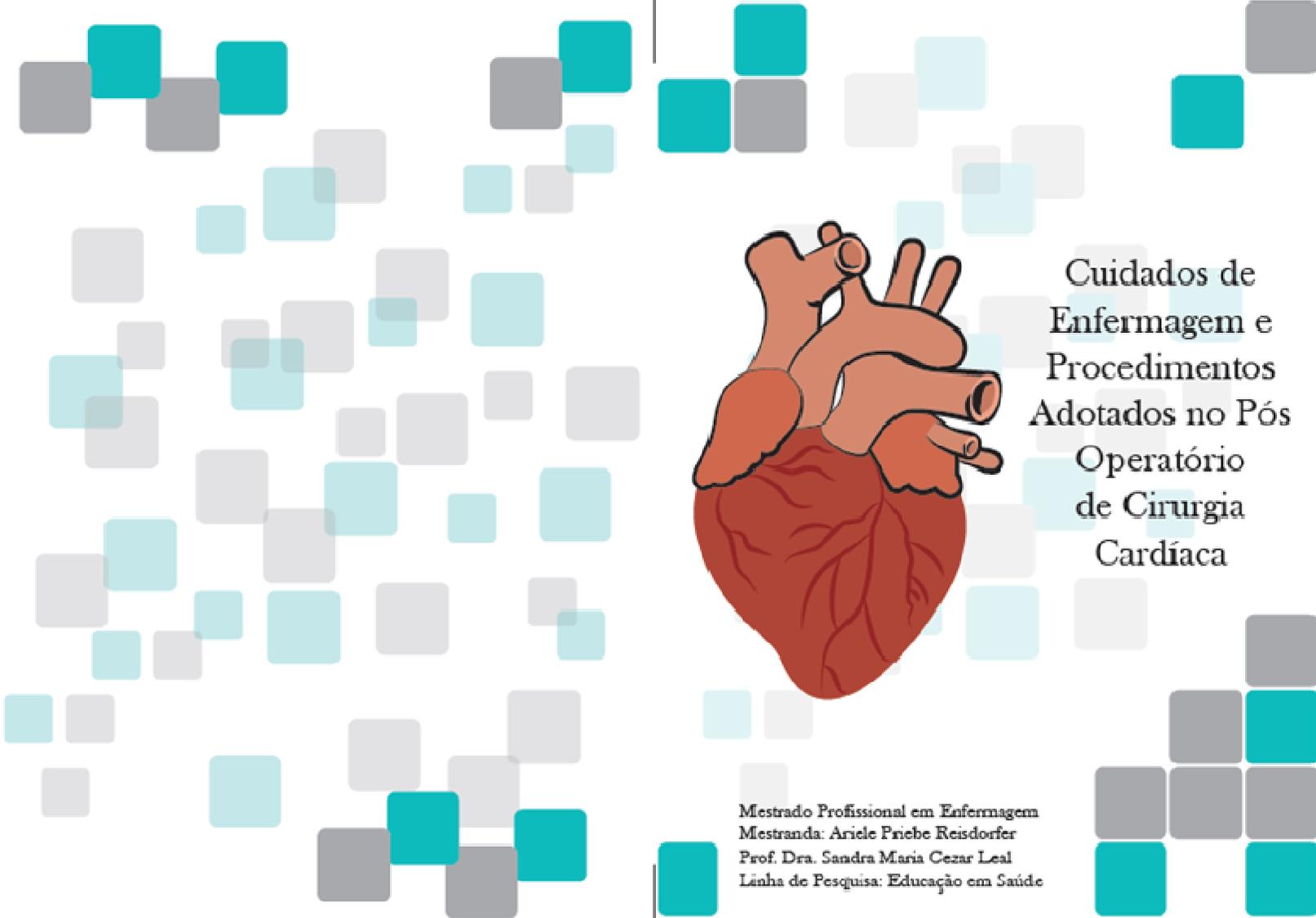
- a) uma cartilha de orientação sobre os cuidados de enfermagem e os procedimentos adotados no pós-operatório de cirurgia cardíaca;
- b) um *checklist* de passagem de plantão do paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca do Bloco Cirúrgico para a UTI Adulto;
- c) dois cronogramas de ações educativas para a equipe de enfermagem: um para os profissionais que já atuam no serviço e outro para os novos colaboradores.

7.1 CARTILHA DE ORIENTAÇÃO SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM E OS PROCEDIMENTOS ADOTADOS NO PÓS OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

As participantes do estudo relataram a necessidade de existir uma espécie de manual ou protocolo de fácil manuseio e acesso para orientar a prática profissional em relação aos cuidados ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Dessa forma, foi elaborada uma cartilha, apresentada a seguir, que aborda os seguintes tópicos: definição de cirurgia cardíaca; preparação do box de UTI para receber o paciente; modo de admissão do paciente; intervalo de verificação de sinais vitais; sinais de complicações; e principais drogas administradas.

As orientações estão embasados em referenciais teóricos, mas também na realidade apresentada pelo setor (por exemplo: as drogas de primeira escolha para a manutenção da pressão arterial do paciente, solicitadas pela equipe médica que compõe o quadro de colaboradores da instituição).

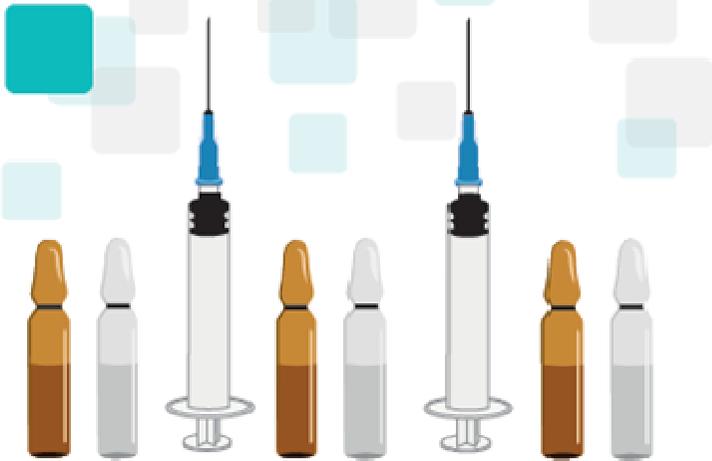
Por fim, considera-se que esta proposta de intervenção, possa contribuir para a qualificação do cuidado ao paciente submetido à cirurgia cardíaca. A cartilha será entregue, primeiro para os participantes deste estudo. Além disso, tem a previsão de ser distribuída aos novos profissionais que participarem do programa.



Cuidados de
Enfermagem e
Procedimentos
Adotados no Pós
Operatório
de Cirurgia
Cardíaca

Mestrado Profissional em Enfermagem
Mestranda: Ariete Priebe Reisdorfer
Prof. Dra. Sandra Maria Cezar Leal
Linha de Pesquisa: Educação em Saúde

Quais são as principais drogas administradas via endovenosa e para que servem?



- Adrenalina: vasoconstritor
- Dobutamina: utilizada para aumentar o débito cardíaco.
- Nitroglicerina: vasodilatador venoso e coronariano. Reduz o consumo de oxigênio pelo miocárdio.
- Nitroprussiato de sódio: vasodilatador. É utilizado para diminuir a pressão arterial em casos de hipertensão persistente.
- Noradrenalina: vasoconstritor. Geralmente, é a medicação de primeira escolha, administrada em bomba de infusão, para aumentar a pressão arterial.
- Vasopressina: hormônio antidiurético, vasoconstritor.

10

Preparando o box para receber o paciente

Para receber o paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca, é necessário montar o box com os seguintes materiais:

- Monitor multiparamétrico (testar antes de receber o paciente)
- Repirador (testar antes de receber o paciente)
- Filtro
- Cufômetro
- Suporte para soros e medidas de pressão arterial média (PAM) e pressão venosa central (PVC)
- Réguas para medida de PAM e PVC
- Bolsa pressurizada para PAM
- Transdutor
- Termômetro
- Equipo de PVC
- Estetoscópio
- Bombas de infusão
- 5 equipos para bomba de infusão
- 3 equipos macrogotas
- 2 extensores de 40cm
- 5 cânulas
- 5 seringas de 10ml
- 3 seringas de 20ml

3

Preparando o box para receber o paciente

- 3 seringas de 1ml
- 10 agulhas 40x12
- 20 eletrodos
- 10 pacotes de gazes
- 2 cadarços
- 2 soluções fisiológicas 0,9% 100ml
- 2 soluções fisiológicas 0,9% 250ml
- 2 soluções fisiológicas 0,9% 500ml
- 2 soluções de água destilada 1000ml
- 2 soluções de glicose 5% 250ml
- 2 dispositivos para transferência de soluções
- 2 ampolas de noradrenalina
- Umidificador de oxigênio
- Vacuômetro
- Ambú
- Silicone para oxigênio
- Silicone para aspiração das vias aéreas
- 10 sondas de aspiração das vias aéreas
- 10 luvas estéreis para aspiração de vias aéreas
- 10 silicones para conectar os drenos torácicos em aspiração contínua

4

Quais são os sinais de complicações que devo identificar precocemente?

- PAM < 60 mmHg ou > 105mmHg
- Pressão arterial sistólica (PAS) <90 mmHg ou > 140 mmHg
- Sangramento em drenos torácicos > 100ml/h
- Sangramento excessivo em ferida operatória
- Oligúria (< 0,5 ml/Kg/h)
- Nível de saturação de oxigênio baixo (<90%)
- Bradicardia (< 60 bpm) ou taquicardia (>100 bpm)



9

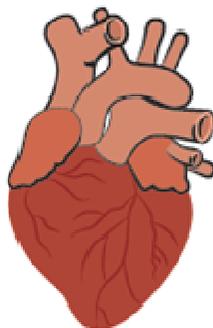
Qual o intervalo de verificação de sinais vitais?

Os sinais vitais devem ser verificados a cada 15 minutos até a sexta hora. Após, verificar de hora em hora até a décima segunda hora.

Além disso, é importante avaliar as pupilas e realizar aspiração de vias aéreas sempre que necessário.

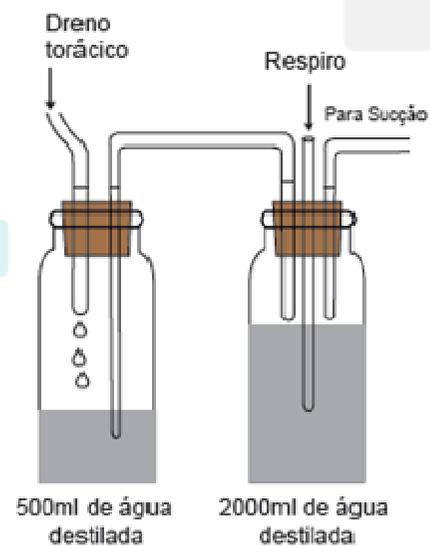
A ordenha dos drenos deve ocorrer de hora em hora ou sempre que o profissional suspeitar de obstrução por coágulos.

- Observação: se após a sexta hora, o paciente apresentar instabilidade hemodinâmica, continuar verificando os sinais vitais a cada 15 minutos até sua estabilização.



8

Modo de colocar os drenos em aspiração contínua.



5

Como é realizada a recepção do paciente?

Para receber o paciente em pós operatório de cirurgia cardíaca, é necessário que um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem estejam presentes dentro do box. Suas atividades, por ordem de prioridade, são:

Enfermeiro:

- Avaliar as condições gerais do paciente;
- Montar o circuito e zerar PAM;
- Montar o circuito de PVC;
- Revisar acesso venoso central (AVC), acessos venosos periféricos (AVP), drenos torácicos e curativos;
- Solicitar código de internação à Central de Regulação de Leitos e incluí-lo no sistema eletrônico da Central.



6

Como é realizada a recepção do paciente?

Técnico de enfermagem 1

(ficará responsável pelos cuidados do paciente durante seu turno de trabalho):

- Monitorizar;
- Verificar sinais vitais;
- Colocar a sonda vesical abaixo do nível da cintura;
- Realizar ECG;
- Posicionar o paciente no leito, manter a cabeceira elevada;

Técnico de enfermagem 2

(auxiliará o técnico de enfermagem 1):

- Colocar os frascos de drenagem torácica/mediastino na posição adequada.
- Marcar com uma caneta no próprio frasco, o volume de drenagem desde a saída do bloco cirúrgico até a chegada na UTI e colocar em aspiração contínua, quando solicitado pelo médico;
- Realizar o teste de glicemia capilar;
- Organizar as bombas de infusão;

Obs.: Nessa instituição, aspectos relacionados à ventilação do paciente são de responsabilidade do médico e/ou fisioterapeuta.



7

7.2 CHECKLIST DE PASSAGEM DE PLANTÃO DO PACIENTE EM PÓS OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA DO BLOCO CIRÚRGICO PARA A UTI ADULTO

Conforme relato das participantes, a passagem de plantão de pós-operatório de cirurgia cardíaca do Bloco Cirúrgico para a UTI Adulto é superficial. Diante desse cenário, foi elaborada uma proposta de *checklist* para a passagem de plantão, feito de forma escrita, para que seja possível detalhar o procedimento com as informações pertinentes. Portanto, se alguma informação for omitida durante a passagem via telefone, ela constará no instrumento escrito.

Dessa forma, espera-se contribuir para a qualificação dos profissionais no que diz respeito à passagem de plantão de forma adequada. A seguir, o modelo é apresentado.

Dispositivos:			
<input type="checkbox"/>	Dreno pleural	Quantidade	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Dreno mediastinal		
<input type="checkbox"/>	CVC	Local	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	PAM invasiva	Local	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	AVP	Quantidade	<input type="text"/> Local e calibre <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	SVD		
<input type="checkbox"/>	SNG		

Ventilação:			
TOT		Comissura labial	<input type="text"/>
VM: modo	<input type="text"/>	FiO2	<input type="text"/> PEEP <input type="text"/>

Ferida operatória	
<input type="checkbox"/>	somente em região torácica
<input type="checkbox"/>	região torácica + _____

Transfusão de hemocomponentes			
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> CHAD	Quantidade	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Plaquetas	Quantidade	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Plasma	Quantidade	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Crioprecipitado	Quantidade	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> não			

Observações gerais

Realizado passagem de plantão à UTI Adulto para o enfermeiro: _____

Enfermeira responsável do BC

7.3 CRONOGRAMA DE AÇÕES PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM

A partir dos relatos da necessidade de estratégias educativas para orientar o cuidado no pós-operatório de paciente submetido à cirurgia cardíaca, foi elaborado um cronograma de Programa de Educação Permanente para a equipe de enfermagem da UTI Adulto. As ações educativas foram pensadas, primeiramente, para os novos colaboradores na instituição. Para eles, será necessário apresentar a instituição, revisar os procedimentos de enfermagem e especificar os cuidados ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Da mesma forma, o colaborador inicialmente auxiliará nos cuidados ao paciente crítico, para depois prestar assistência ao paciente cardiopata. Para as profissionais que já fazem parte dessa equipe, foram pensadas estratégias para qualificar o trabalho, as quais podem ocorrer mensalmente ou conforme a necessidade da equipe. Essas propostas são descritas nos quadros 4 e 5.

Ressalta-se que esse programa será iniciado pela equipe de enfermagem. Porém, há o desafio de compartilhar as ações educativas, com todos os profissionais da equipe multiprofissional, para que a Educação Permanente seja desenvolvida em sua totalidade.

Quadro 4 - Cronograma do Programa de Educação Permanente em Saúde sobre os cuidados ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca para as integrantes da equipe de enfermagem da UTI Adulto

OBJETIVO	ATIVIDADE EDUCATIVA
Compreender os sentimentos e nós críticos vivenciados pelos profissionais ao cuidar do paciente submetido à cirurgia cardíaca.	Roda de conversa com a equipe de enfermagem.
Estimular o trabalho em redes e a ajuda mútua.	Assistir ao filme “Fuga das Galinhas” e discutir a relação com a prática profissional.
Reconhecer a importância da humanização ao paciente e à sua família.	Discussão sobre aspectos relacionados aos sentimentos vivenciados pelo paciente ao acordar após a cirurgia cardíaca, bem como o acolhimento de seus familiares na UTI e a análise do que a equipe pode oferecer como contribuição nesse contexto.
Revisar os cuidados de enfermagem ao paciente em pós operatório de cirurgia cardíaca.	Discussão de artigos publicados acerca do tema e relação desses com a prática desenvolvida.
Estabelecer os materiais necessários para preparar o box de UTI, a fim de assegurar a admissão adequada do paciente.	Discussão sobre os materiais necessários que devem estar dentro do box; após, simular a preparação dos mesmos.

(continua)

(conclusão)

OBJETIVO	ATIVIDADE EDUCATIVA
Estabelecer a função de cada profissional na admissão do paciente.	Simulação da admissão do paciente em pós operatório de cirurgia cardíaca.
Compreender as principais complicações que podem ocorrer no pós operatório de cirurgia cardíaca.	Discussão de estudos publicados sobre o tema e simulação de possíveis intercorrências e tomadas de decisão.
Compreender o procedimento cirúrgico.	Roda de conversa com enfermeira do Bloco Cirúrgico e visita ao setor.
Conhecer os cuidados referentes à transfusão de hemocomponentes.	Roda de conversa com a enfermeira da Agência Transfusional.
Conhecer as contraindicações de alimentação nas primeiras horas do pós operatório da cirurgia cardíaca.	Roda de conversa com a nutrição.
Realizar o eletrocardiograma e manusear o monitor multiparamétrico de forma adequada.	Aula prática com o representante da empresa que fornece o aparelho de eletrocardiograma e o monitor multiparamétrico, para falar a respeito de suas funções e modo de utilizá-los.
Compreender a importância do cuidado prestado ao paciente em pós operatório de cirurgia cardíaca na UTI para a sua recuperação.	Roda de conversa com pessoa que já passou por cirurgia cardíaca, a qual irá relatar seus sentimentos e percepções acerca dos cuidados que lhe foram prestados pela equipe de enfermagem.

Fonte: Elaborado pela autora.

As atividades descritas no quadro 4 serão mediadas pela enfermeira responsável pelas estratégias de Educação Permanente do hospital.

Quadro 5 - Cronograma do Programa de Educação Permanente em Saúde sobre os cuidados ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca para os novos colaboradores da equipe de enfermagem da UTI Adulto

DIA	OBJETIVO	ATIVIDADE EDUCATIVA	JUSTIFICATIVA
1º	Conhecer o ambiente de trabalho	Visita ao hospital, aos serviços disponíveis e aos setores-chave que se comunicam com a assistência (Recursos Humanos, Medicina do Trabalho e Controle de Infecção).	Inteirar-se ao ambiente de trabalho e às instruções dos setores-chave sobre a política da instituição, a prevenção de acidentes de trabalho e o uso correto de EPI's como proteção e prevenção de infecções cruzadas.

(continua)

DIA	OBJETIVO	ATIVIDADE EDUCATIVA	JUSTIFICATIVA
2º	Familiarizar-se com o sistema eletrônico	Aula sobre manuseio do sistema eletrônico (Tasy) utilizado pela instituição.	Aprender a manusear o prontuário eletrônico do paciente e a realizar tarefas como solicitação de medicamentos e materiais à farmácia, solicitação de materiais esterilizados, liberação de prescrição médica e dieta dos pacientes, evolução e prescrição de enfermagem (enfermeiros) e impressão de relatório de custos (enfermeiros).
3º	Compreender a atuação profissional em enfermagem	Roda de conversa e discussão de casos fictícios de aspectos éticos e jurídicos relacionados à atuação do profissional de enfermagem (com auxílio do advogado da instituição); roda de conversa sobre trabalho em redes, cuidado holístico, humanização ao paciente e familiares	Resgatar a importância de atuar de forma ética; realizar registros de forma correta e exercer um cuidado holístico pautado na humanização da relação com paciente e família.
4º	Revisar os procedimentos de enfermagem	Técnicas de simulação dos procedimentos de enfermagem inerentes ao enfermeiro (passagem de sonda vesical de demora, passagem de sonda nasoentérica, coleta de gasometria, curativo de acesso venoso central e de grande porte, instalação de PAM invasiva e PVC) e ao técnico de enfermagem (cuidados com sonda vesical de demora e nasoentérica, banho de leito, curativos, punção venosa periférica e manuseio de PAM invasiva e PVC).	Relembrar e saber como realizar os procedimentos de enfermagem mais comuns em UTI Adulto.
5º	Introduzir a discussão sobre o procedimento cirúrgico cardíaco	Assistir ao filme "Quase Deuses", o qual aborda a história da cirurgia cardíaca, e revisar a anatomia e fisiologia cardíaca.	Conhecer a história da cirurgia cardíaca e relacioná-la com os avanços tecnológicos atuais. Relembrar a anatomia e fisiologia cardíaca para, posteriormente, entender os processos patológicos.

(continua)

DIA	OBJETIVO	ATIVIDADE EDUCATIVA	JUSTIFICATIVA
6º	Conhecer os processos patológicos cardiovasculares	Aula expositiva e uso de metodologia ativa, para compreender os principais processos patológicos cardiovasculares que necessitam de intervenção cirúrgica como tratamento.	Conhecer as principais patologias cardíacas para compreender a necessidade de procedimentos cirúrgicos como tratamento.
7º	Estabelecer os cuidados ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca	Roda para a discussão e simulação sobre os cuidados que devem ser prestados ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca, como: monitoração de sinais vitais; possíveis complicações e seu reconhecimento pelo profissional; instalação de drenos em aspiração contínua e seu manuseio; transfusão de hemocomponentes; recepção do paciente; preparo do box; e principais drogas administradas no pós-operatório imediato.	Estar apto a prestar o cuidado integral ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca.
8º	Revisar os tópicos discutidos anteriormente	Estudar casos fictícios acerca do pós-operatório de cirurgia cardíaca; esclarecer dúvidas. Nesse dia, será entregue a cartilha sobre os cuidados ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca na UTI Adulto.	Assegurar que o profissional esteja seguro para prestar os cuidados inerentes ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca e disponibilizar instrumentos de apoio à sua prática profissional por meio da cartilha.
9º	Inserir o colaborador no processo de trabalho da UTI	Iniciar a atividade na UTI Adulto como observador do processo de trabalho e conhecer as principais atividades e rotinas a serem realizadas.	Conhecer as atividades e rotinas realizadas nesse setor, a fim de exercer o cuidado integral ao paciente crítico.
10º	Permitir que o colaborador se sinta participe do processo de trabalho	Auxiliar o colega (técnico de enfermagem ou enfermeiro) em atividades e procedimentos relacionados ao paciente crítico.	Praticar o cuidado ao paciente crítico e observar suas principais necessidades.
11º	Proporcionar contato com a prática de cuidados ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca	Acompanhar a admissão do paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca e os cuidados prestados a ele nas primeiras horas.	Compreender a dimensão do cuidado prestado ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca e sua importância para assegurar uma boa recuperação.

(continua)

(conclusão)

	OBJETIVO	ATIVIDADE EDUCATIVA	JUSTIFICATIVA
12º	Permitir que o colaborador se sinta participe e responsável pelos cuidados ao paciente em pós operatório de cirurgia cardíaca	Auxiliar na assistência de enfermagem prestada ao paciente em pós operatório de cirurgia cardíaca.	Estar apto a prestar o cuidado integral que o paciente em pós operatório de cirurgia cardíaca demanda.

Fonte: elaborado pela autora

As ações descritas no quadro 5, até o oitavo dia, também serão orientadas pela enfermeira responsável pelas estratégias de Educação Permanente do hospital, com auxílio, quando necessário das enfermeiras que atuam na UTI. Após, ela continuará acompanhando o profissional no setor, porém, ele estará mais próximo aos integrantes da equipe a qual pertencerá. Após, o colaborador assumirá os cuidados aos pacientes quando sentir que está preparado para essa atividade.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cirurgia cardíaca é um procedimento complexo e exige cuidados específicos no pós-operatório. Na UTI Adulto, a equipe de enfermagem assume grandes responsabilidades frente à assistência ao paciente submetido a esse procedimento, devido à instabilidade hemodinâmica que ele pode apresentar.

As participantes apontaram alguns nós críticos na prática profissional do cuidado ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca, dentre os quais, destacam-se aqueles relacionados a procedimentos técnicos e ao pouco conhecimento na área. Também foram apontados nós relacionados ao trabalho em conjunto com colegas e demais profissionais e à inadequação do dimensionamento de pessoal.

A análise dos resultados ressaltou, ainda, que algumas integrantes da equipe de enfermagem, principalmente as mais novas, não se sentem preparadas para cuidar do paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca por terem pouca vivência profissional no ambiente. A rotatividade de profissionais foi considerada um obstáculo para formar uma equipe apta a prestar a assistência qualificada.

Diante de tal cenário, a introdução de estratégias de Educação Permanente em Saúde torna-se necessária para qualificar o trabalho das equipes de enfermagem, pois é na prática diária que os desafios são lançados e o trabalho vivo em ato acontece. A falta de ações que orientem o trabalho da equipe foi sentida pelas profissionais entrevistadas. Devido à escassez de práticas nesse sentido, sente-se que é preciso buscar subsídios para suprir eventuais questionamentos.

Deve-se valorizar os saberes prévios, o conhecimento, as vivências, as crenças, o medo, a insegurança e todos os sentimentos que as profissionais de enfermagem possam sentir frente à responsabilidade do cuidado, levando em consideração a singularidade de cada uma. Esses aspectos devem ser discutidos em roda, a partir de uma escuta pedagógica, como meio de solucionar problemas e transformar a prática.

Nesse sentido, um programa de Educação Permanente em Saúde é importante não somente para suprir o conhecimento de novos colaboradores, mas também para manter aqueles que já atuam no serviço atualizados a respeito das novas práticas adotadas na área. Além disso, também são pensadas para esse grupo estratégias que valorizem o saber de cada um dos atores partícipes do

processo de trabalho e que estimulem o trabalho em redes como alicerce para se prestar uma assistência de qualidade.

Ao levar em consideração as angústias apresentadas pelas profissionais que fizeram parte deste estudo, entendeu-se que, mais do que elaborar um cronograma com estratégias educativas para suprir a carência de orientação na prática do cuidado, seria necessário elaborar outras propostas de intervenções.

Uma dessas intervenções foi a criação de uma cartilha de orientação à equipe de enfermagem, que permitisse acesso rápido e fácil em momentos de dúvidas acerca do cuidado ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca. A importância da elaboração desse material foi apontada pelas profissionais durante a entrevista.

A outra proposta visou contribuir para facilitar a passagem de plantão no momento em que o paciente é liberado do Bloco Cirúrgico e encaminhado para recuperação anestésica na UTI, levando em consideração as condições do paciente e as intercorrências do procedimento cirúrgico. Trata-se de um formulário impresso com as informações referidas nas entrevistas como necessárias para o recebimento do paciente.

Ainda é preciso considerar um dimensionamento de pessoal adequado a fim de proporcionar condições apropriadas para a assistência segura. Esse aspecto não foi alvo de intervenção neste estudo, pois modificações na questão institucional devem ser consideradas. Porém, chama-se a atenção para a discussão, visto que essa foi uma necessidade levantada pelas próprias participantes.

Vale destacar que, durante a realização deste estudo, foi possível perceber dois aspectos importantes na maioria dos estudos publicados acerca da Educação Permanente em Saúde e dos cuidados de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Primeiro, há muita discussão sobre a proposta e os benefícios da Educação Permanente, porém poucos estudos demonstrando sua aplicabilidade. Segundo, o número de publicações considerando o técnico de enfermagem como participante que merece voz no processo de cuidado ainda é escasso. A maior parte das pesquisas é direcionada somente ao processo de trabalho do enfermeiro.

Portanto, esta dissertação buscou identificar as necessidades da equipe de enfermagem, valorizando cada ator envolvido no processo de cuidado e considerando que estes têm a potência para construir o novo no trabalho em saúde. É preciso considerar os espaços de discussão acerca da prática do cuidado e das

estratégias de educação – que supram as necessidades em relação à preparação para a assistência ao paciente – como atos de qualificação das práticas de cuidado.

Para que estratégias de educação sejam pensadas, é importante identificar os nós críticos vivenciados pelos profissionais, a fim de desfazê-los a partir da problematização gerada. Desse modo, em vez de o profissional se sentir obrigado a participar de uma atividade que não faz parte de seu cotidiano de trabalho, ele passa a integrar ativamente o processo de aprimoramento de sua prática diária.

Foi possível notar, durante as entrevistas realizadas, que as profissionais se sentiam motivadas a contribuir – por meio de suas vivências e conhecimentos – para melhorias no processo de trabalho. Além disso, perceberam que estratégias de Educação Permanente em Saúde voltadas à equipe, diferentemente daquelas consideradas tradicionais, podem refletir na qualidade da assistência prestada ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Nesse sentido, as intervenções propostas por este estudo foram elaboradas a partir das necessidades apontadas pela equipe de enfermagem, e espera-se que seja possível, com base nisso, promover um estímulo para o desenvolvimento da autonomia e da responsabilização, a fim de qualificar o trabalho. Assim, a Educação Permanente em Saúde poderá contribuir para a transformação da prática profissional, tornando cada colaborador um protagonista da qualificação do cuidado ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Altera a Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Resolução nº 26, de 11 de maio de 2012. Brasília, 2012.

_____. Boletim informativo: segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. [Internet], v. 1, n.1, p.1-12, 2011. Acesso em: file:///C:/Users/Sandra/Downloads/Boletim_Segurana_do_Paciente_e_Qualidade_e_m_Servios_de_Sade_n_11.pdf

_____. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de unidade de terapia intensiva e dá outras providências. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Brasília, 2010.

ARAUJO; S. D. Balanço hídrico: importância e precisão. In: VIANA, R. A. P. P.; WHITAKER, I. Y. (Org.). **Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas e Vivências**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 443-455.

ATIK F. A. et al. Resultados da implementação de modelo organizacional de um serviço de cirurgia cardiovascular. **Rev Bras Cir Cardiovasc**. São Paulo, v. 24, n. 2, p. 116-25, 2009.

BATISTA, M. A. O. Dor e sedação: cuidados ante o quinto sinal vital. In: VIANA, R. A. P. P.; WHITAKER, I. Y. (Orgs). **Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas e Vivências**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 162-1673.

BOUSCHER, M. A. **Enfermagem médico-cirúrgica**. Tradução por Ivan Lourenço Gomes. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

BRASIL. Conselho Federal de enfermagem. **Resolução COFEN nº 293/2004**. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Rio de Janeiro, 2004.

BRASIL. **Portaria nº 2.712, de novembro de 2013**. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. Diário Oficial da União, 13 de novembro de 2013. 2013a.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2013**. Diário Oficial da União, 13 de junho de 2013. 2013b

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 335, de 25 de novembro de 2003**. Aprova a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde e a estratégia de Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde como instâncias locais regionais e interinstitucionais de gestão de educação permanente. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3 ed. rev. atual. Brasília:

Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 198/GM/MS**. 13 de fevereiro de 2004. 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. Humberto Costa. Ministro de Estado da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão Estratégica e Participativa. **Departamento de Informática do SUS (DATASUS)**. Disponível em <<http://datasus.saude.gov.br/component/search/?searchword=infarto&searchphrase=all&Itemid=236>>. Acesso em 11 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Guia para o uso de hemocomponentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 9, 2009.

BUENO, B. R. M. et al. Caracterização da passagem de plantão entre o centro cirúrgico e a unidade de terapia intensiva. **Cogitare Enferm**. Paraná. v. 20, n. 3, p. 512-18, 2015.

CAMELO, S. H. H. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo, v. 20, n. 1, [09 telas], 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_25.pdf> Acesso em: 21 ago. 2016.

CARVALHO, F. B., et al. **Programa de UTI beira de leito**: procedimentos operacionais em medicina intensiva adulto. São Paulo: Editora Atheneu, 2012, p.43-46.

CASTILHO, V.; GONÇALVES, V. L. M. Gerenciamento de recursos materiais. In: KURCGANT, P. (Coor) **Gerenciamento em enfermagem**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 121-136.

CAVALCANTI, A. C. D.; COELHO, M. J. A linguagem como ferramenta do cuidado do enfermeiro em cirurgia cardíaca. **Esc Anna Nery R Enferm**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 220-226, 2007.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**. Botucatu, SP, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2004.

CECCIM, R. B. Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde! O devir da educação e a escuta pedagógica da saúde. **Interface**. Botucatu, SP, v. 11, n. 22, p. 345-63, 2007.

CECCIM, R. B.; BRAVIN, F. P.; SANTOS, A.A. Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde como política pública. **Lugar Comum (UFRJ)**. Rio de Janeiro, 2009; v. 28, p. 159-180, 2009

CECCIM, R. B.; FERLA, A, A. Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras (online), v. 6, p. 443-456, 2008.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área

da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 16, p. 151-77, 2004/2005.

CHAVES, S. E. Os movimentos macropolíticos e micropolíticos no ensino de graduação em enfermagem. **Interface**. Botucatu, SP, 2014, v. 18, n. 49, p. 325-36.

CIPRIANO, F. G.; DESSOTE, L. U. Drenagem Pleural. **Revista Medicina USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 70-8.

COGO, A. L. P.; ECHER, I. C. Vias de administração de medicamentos. In: TORRIANI, M. S. et al. (Org.). **Medicamentos de A a Z: enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 47-56.

CUNHA, M. B. et al. Avaliação do conhecimento da equipe de enfermagem de um hospital público sobre a prática de curativo. **Revista Interdisciplinar**, Piauí, v. 8, n. 1, p. 83-90, 2015.

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

FARIAS, C. JESUS, R. F. Novas técnicas e métodos de monitorização invasivos. In: VIANA, R. A. P. P; WHITAKER, I. Y. (Org.). **Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas e Vivências**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 243-254.

FERNADES, M. V. N.; ATILI, G.; SOUZA, E. N. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica: implicações para o cuidado de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**; [Internet], v. 11, n.4, p.993-9, 2009. Disponível em <<http://www.fen.ug.br/revista/v11/n4/v11n4a25.htm>>. Acesso em: 21 ago. 2016.

FRANCO, T. B.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO E MATTOS (Orgs.). **Gestão em Redes**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/EURJ-LAPPIS, 2006. p. 459-474.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 152-63, 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2009.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3. ed. São Paulo: Centauro, 2008.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. P.; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: KURCGANT, P. (Coord) **Gerenciamento em enfermagem**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 121-136.

GALAS, F. R. B. G.; HAJJAR, L. A.; MALBOUISSON, L. M. S. Síndrome de baixo débito cardíaco e assistência circulatória mecânica no pós-operatório de cirurgia cardíaca. In: JR. C. V. S.; TIMERMAN, A. STEFANINI, E. (ed.). **Tratado de Cardiologia SOCESP**. São Paulo: Manole, 2009. p. 2611-2628.

GALVÃO, E. C. F.; PÜSCHEL, V. A. A. Aplicativo multimídia em plataforma móvel para o ensino da mensuração da pressão venosa central. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. esp, p. 107-15, 2012

GARLET, E. R. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto Contexto enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 266-72, 2009.

- GOMES, W. J., VILA, J. H. A., GUN, C. Alterações metabólicas e inflamatórias na circulação extracorpórea. In: JR. C. V. S.; TIMERMAN, A. STEFANINI, E. (ed.). **Tratado de Cardiologia SOCESP**. São Paulo: Manole, 2009. p. 2589-2601.
- GONÇALVES, F. A. F. et al. Cuidados no pós-operatório imediato de cirurgias de grande porte. In: VIANA, R. A. P. P; WHITAKER, I. Y. **Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas e Vivências**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 243-254.
- GUIMARÃES, et al. **Manual de bolso de UTI**. 3.ed., São Paulo: Atheneu, 2013.
- GUIZI, G. L. M. et al.; Desenvolvimento e validação da versão em português da Escala de Barreiras para reabilitação cardíaca. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 98, n. 4, p. 344-52, 2012.
- HADDAD, M.C.L; ALCANTARA, C.; PRAES, C. S. Sentimentos e percepções do paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca vivenciados em uma unidade de terapia intensiva. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 4, n. 1. p. 65-73, 2005.
- JESUS, M. C. P. et al. Educação Permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1229-36, 2011.
- KOBAYASHI, R. M.; CHEREGATTI, A. L. Treinamento e qualificação profissional. In: QUILICI, A. P., et al. (ed.). **Enfermagem em cardiologia**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2014, p. 903-18.
- LAIZO, A.; DELGADO, F. E. F.; ROCHA, G. M. Complicações que aumentam o tempo de permanência na unidade de terapia intensiva na cirurgia cardíaca. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 166-171, 2010.
- LAMBLET, L. C.R.; TEIXEIRA, A. P.; CORRÊA, A. G. Transporte intra-hospitalar de pacientes graves. In: KNOBEL, L. **Terapia Intensiva Enfermagem**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2010. p. 85-92.
- LANZONI, G. M. M. et al. Planejamento em enfermagem e saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 430-5, 2009.
- LARROSA, J. B. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**. Espanha, v. 1, n. 19. p. 20-28, 2002.
- LIRA, A. L. B. C. et al. Mapeamento dos cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev Rene**, Fortaleza, 2012, v. 13, n. 5, p. 1171-81.
- LOPES, S. R. S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com. Ciências Saúde**, Brasília, 2007; v. 18, n. 2, p. 147-155.
- LUCIO, V. V.; ARAUJO, A. P. S. Assistência de enfermagem na drenagem torácica: revisão de literatura. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde**, Londrina, 2011, v. 13, n. esp, p. 307-14.
- MAIA, F. O. M.; DESTÁCIO, T. A.; LIDA, L. I. S. Ventilação mecânica: assistência com meta no desmame. In: VIANA, R. A. P. P; WHITAKER, I. Y. **Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas e Vivências**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 366-379.
- MAIA, M. A.; SADE, P, M. C. Cuidados de enfermagem no pós operatório imediato de revascularização do miocárdio. **Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná**, Curitiba, 2012, v. 2, n. 3, p. 18-31, 2012.

- MAIR, V. et al. Avaliação da aderência ao programa de reabilitação cardíaca em um hospital particular geral. **Einstein**, São Paulo, v.11, n. 3, p. 278-84, 2013.
- MAMANIYUJRA, C. M.; AVELAR, M. C. Q. Perfil epidemiológico de pacientes internados com infarto agudo do miocárdio. **Rev Soc Cardiol**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 7-11, 2012.
- MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação Permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 57, n. 5, p. 605-610, 2004.
- MARIK, P. E.; BARAM, M.; VAHID, B. Does central venous pressure predict fluid responsiveness? **Chest Journal**. Estados Unidos, v. 134, n. 1, p. 172-178, 2008.
- MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface**, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MESQUITA, A.; CASTELLÕES, T. M. F. W.; FERRAZ, V. M. Sinais vitais: o que monitorar. In: VIANA, R. A. P. P; WHITAKER, I. Y. (Org.) **Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas e Vivências**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 153-166.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MIRANDA, A. F. A. Avaliação de intensidade de dor e sinais vitais no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 327-33, 2011.
- MONACHINI, M. Monitorização hemodinâmica à beira do leito. In: JR. C. V. S.; TIMERMAN, A. STEFANINI, E. (ed.). **Tratado de Cardiologia SOCESP**. São Paulo: Manole, 2009. p. 1827-1837.
- MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Rev. Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 597-604, 2010.
- MORAIS, E. A. S. et al. Cuidados perioperatórios em cirurgia cardíaca. In: QUILICI, A. P., et al. (ed.). **Enfermagem em cardiologia**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2014, p. 889-901.
- NETTINA, S. **Prática de enfermagem**. 9 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- OLIVEIRA, F. M. C. S. N. et al. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. **AQUICHAN**. Colômbia, v. 11, n. 1, p. 48-65, 2011.
- OLIVEIRA, N. C.; CHAVES, L. D. P. Gerenciamento de recursos materiais: o papel da enfermeira de unidade de terapia intensiva. **Rev. Rene Fortaleza**, Recife, v. 10, n. 4, p. 19-27, 2009.
- PAES, C. O. et al. Protocolo de cuidados ao cliente com distúrbio respiratório: ferramenta para tomada de decisão aplicada à enfermagem. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 303-10, 2014.
- PAGNO, M; FAVERI, F. Rotatividade da equipe de enfermagem: análise dos fatores relacionados. **Revista de Inovação Hospitalar e Inovação em Saúde**. Belo Horizonte, v. 11, n. 2, p. 136-42, 2014.

- PARCIANELLO, M. K.; FONSECA, G. G. P.; ZAMBERLAN, C. Necessidades vivenciadas pelos pacientes pós cirurgia cardíaca: percepções da enfermagem. **Rev. Enferm. Cent. O. Min.**, Minas Gerais, v. 1, n. 4. p. 305-312, 2011.
- PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 41, n.3, p. 478-84, 2007.
- PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface**, São Paulo, v. 13, n. 30, p. 121-34, 2009.
- PIETRO, A.; VIANA, R. A. P. P. Cuidados na aplicação de fármacos: vasoativos e antibióticos. In: VIANA, R. A. P. P; WHITAKER, I. Y. **Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas e Vivências**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 366-379.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- RODRIGUEZ, E. O. L. et al. Mapeamento da passagem de plantão sob a ótica dos profissionais de enfermagem. **Revista Enfermería Global**, Espanha, v. 12, n. 3, p. 219-31, 2013.
- ROMANO, E. R. Prevenção, diagnóstico e tratamento das complicações gastrointestinais no pós-operatório de cirurgia cardíaca. In: JR. C. V. S.; TIMERMAN, A. STEFANINI, E. (ed.). **Tratado de Cardiologia SOCESP**. São Paulo: Manole, 2009. p. 1827-1837.
- SÁ, M. P B. O. et al. Mediastinite no pós-operatório de cirurgia cardiovascular. Análise de 1038 cirurgias consecutivas. **Rev Bras Cir Cardiovasc**. São Paulo, v. 25, n. 1, p. 19-24, 2010.
- SANINO, G. E. C. O uso da simulação em enfermagem no curso técnico de enfermagem. **Journal of Health Informatics**. São Paulo, v. 4, n. esp., p. 148-51, 2012.
- SANTANA, L. M. S. et al. Avaliação do enfermeiro no manuseio da pressão arterial média no CTI. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 63., 2009, Fortaleza, CE. **Anais eletrônico...**Ceará: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2009. Disponível em http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01076.pdf. Acesso em 15 jun. 2016.
- SANTOS, L.; TORRIANI, M. S.; BARROS, E. Erros na administração de medicamentos. In: TORRIANI, M. S. et al. (Org.). **Medicamentos de A a Z: enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 61-78.
- SCEMONS, D.; ELSTON, D. **Nurse to nurse: cuidados com feridas em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n.4, p. 721-25, 2009.
- SILVA, F. F. et al. Um desafio para o controlador de infecção: falta de adesão da enfermagem às medidas de prevenção e controle. **Enfermería Global**. Espanha, v. 12, n. 31, p. 330-43, 2013.
- SILVA, L. A. A. et al. Educação Permanente em Saúde e no trabalho de

enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 557-61, 2010.

SILVA, M. A. S. **Efeitos da intervenção treinamento, avaliação e registro sistematizado no controle da dor pós-operatória de cirurgia cardíaca.** 2007. 192f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SILVA, R. C. L., et al. O significado da tecnologia na assistência de enfermagem em pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. SOCERJ.** Rio de Janeiro, v. 22, n.4, p. 210-18, 2009.

SMAHA, I. N.; CARLOTO, C.M. Educação Permanente: da Pedagogia para a Saúde. In: ANAIS DO VII SEMINÁRIO DO TRABALHO. 1., Marília, SP. **Anais...São Paulo: VII Seminário do Trabalho: 2010.** Disponível em http://www.estudosdotrabalho.org/anais-vii-7-seminario-trabalho-ret-2010/india_nara_smaha_cassia_maria_carloto_educacao_permanente_da_pedagogia_para_a_saude.pdf. Acesso em 23 jul. 2015.

SMELTEZER, S. C. et al. **Tratado de enfermagem medico-cirúrgica.** Traduzido por Brunner & Suddarth's. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

SOARES, G. M T. et al. Prevalência das principais complicações pós operatórias em cirurgia cardíaca. **Rev. Bras Cardiol.** Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 139-46, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes de cirurgia revascularização miocárdia, valvopatias e doenças da aorta. **Arq Bras cardiol**, v. 83, n. 5, p.1-21, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica. **AMIB**, 2013.

TERRY. C. L.; WEAVER, A. L. **Enfermagem em terapia intensiva desmistificada: um guia de aprendizado.** Porto Alegre: Artmed, 2013.

TORRATI; F. G.; DANTAS; R. A.S. Circulação extracorpórea e complicações no período pós-operatório imediato de cirurgias cardíacas. **Acta Paul Enfermagem.** São Paulo, v. 25, n. 3, p. 340-5, 2012.

TORRIANI, M. S. et al. (Org.). **Medicamentos de A a Z: enfermagem.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

VALLE; A. R. M. C. et al. Representações sociais da biossegurança por profissionais de enfermagem em um serviço de emergência. **Esc Anna Nery R Enferm.** Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 304-9, 2008.

VIANA, R. A. P. P. Competências do enfermeiro na terapia intensiva. In: VIANA, R. A. P. P; WHITAKER, I. Y. (Org.). **Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas e Vivências.** Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 110-117.

VIESENTEINER; J. L. O conceito de vivência (erlebnis) em Nietzsche: gênese, significado e recepção. **Kriterion Revista de Filosofia.** Belo Horizonte, v. 54, n. 127, p. 141-55, 2013.

VILA, J. H. A.; GUN, C. Cuidados pós-operatórios em cirurgia cardíaca. In: JR. C. V. S.; TIMERMAN, A. STEFANINI, E. (ed.). **Tratado de Cardiologia SOCESP.** São Paulo: Manole, 2009. p. 2985-2709.

WARSCHAUER, C. **Rodas em rede:** Oportunidades formativas na escola e fora

dela. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

WERLANG, S. C. et al. Comunicação não verbal do paciente submetido à cirurgia cardíaca: do acordar da anestesia à extubação. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 551-56, 2008.

WHITAKER, I. Y., ZANEI, S. S. V., YOSHITOME, A. Y. O idoso na unidade de terapia intensiva. In: VIANA, R. A. P. P.; WHITAKER, I. Y. (Org.) **Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas e Vivências.** Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 517-546.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “CUIDADO AO PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA: Programa de Educação Permanente em Saúde para a equipe de enfermagem da UTI Adulto de um hospital filantrópico de Caxias do Sul/RS”, que está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). A pesquisa será desenvolvida, pela mestranda Ariele Priebe Reisdorfer, sob orientação da Profa. Dra. Sandra Maria Cezar Leal, e tem como objetivo propor um Programa de Educação Permanente em Saúde à equipe de enfermagem da UTI Adulto no cuidado ao paciente submetido à cirurgia cardíaca.

Os participantes do estudo serão os integrantes da equipe de enfermagem que prestam cuidado ao paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Ao concordar em fazer parte do estudo, você participará de uma entrevista semiestruturada com duração de cerca de vinte minutos. As entrevistas serão agendadas respeitando a disponibilidade dos participantes e realizadas em local que possa garantir privacidade. Será registrada por meio digital, cujo áudio será destruído depois de transcrito. Será mantido seu anonimato e a confidencialidade das informações, sendo estas utilizadas somente para fins científicos. Para o tratamento dos dados será utilizada a análise temática.

Será garantida a participação voluntária e esclarecido o direito em retirar este consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem prejuízos ou constrangimento. A não participação nessa pesquisa, não produzirá prejuízo às suas atividades laborais. As informações serão preservadas, mediante atribuições de pseudônimos como E1, E2; T1, T2 e assim sucessivamente, para transcrição das entrevistas.

Os riscos aos participantes desta pesquisa são mínimos e poderão estar relacionados à possibilidade de algum desconforto emocional, relacionado ao tema de pesquisa durante a entrevista. Nestas situações haverá a interrupção da sua participação e a pesquisadora ficará à sua disposição para esclarecer suas dúvidas.

Considera-se que os benefícios deste estudo estão voltados às possibilidades de contribuir na qualificação da equipe de enfermagem no cuidado pós-operatório ao paciente submetido à cirurgia cardíaca.

Este termo está assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma em seu poder e outra com a pesquisadora responsável. Se necessário, poderá pedir esclarecimento do estudo antes, durante ou após a realização do mesmo. Você terá plena liberdade de entrar em contato com as pesquisadoras, mestrandas, Ariele Priebe Reisdorfer (54) 9643-5411 / e-mail: arielereisdorfer@hotmail.com/ endereço: Rua Firmino Pandolpho, 919, ap. 103. Nossa Senhora da Saúde, CEP 95072-175, Caxias do Sul, e orientadora, Prof.^a Dr.^a Sandra Leal (51) 9942-2629 / e-mail: sandra@unisinors.br endereço: Av. Luiz Manoel Gonzaga, 744. Bairro Três Figueiras, CEP 90470-280, Porto Alegre.

Caxias do Sul, _____ de _____ 2016.

Nome do(a) participante

Assinatura do(a) participante

Nome da pesquisadora

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA A ENTREVISTA COM OS INTEGRANTES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Idade:

Sexo:

Formação/Profissão:

Tempo de atuação na profissão:

Tempo de atuação na UTI Adulto:

Tempo de atuação na UTI Adulto deste hospital:

Turno de trabalho:

- 1) Descreva suas experiências no cuidado ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca:
- 2) Quais as principais dificuldades que você acredita que um profissional de enfermagem possa enfrentar no cuidado ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca logo que inicia suas atividades na UTI? E quais ele ainda pode encontrar mesmo atuando há mais tempo?
- 3) Em algum momento você sentiu a necessidade de buscar subsídios relacionados à sua prática de cuidado ao paciente?
- 4) Como você descreve o momento da chegada do paciente à UTI? Considera necessário padronizar ações para a equipe de enfermagem realizar o primeiro atendimento? Quais?
- 5) Estou elaborando uma proposta de Educação Permanente em Saúde, a qual aborda os cuidados da equipe de enfermagem ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca e será concluída considerando as entrevistas deste estudo. Você gostaria de contribuir com alguma sugestão? Qual?