



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA**

**Cristiane Parisoto Masiero**

**Demanda x Capacidade Instalada: Contribuições do LM no  
Enfrentamento da Crise na Hemodiálise de um Hospital  
Público**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Ildeberto Muniz de Almeida  
Coorientador: Prof. Dr. Marco Antonio Pereira Querol

**Botucatu  
2018**

Cristiane Parisoto Masiero

**Demanda x Capacidade Instalada: Contribuições do LM no  
Enfrentamento da Crise na Hemodiálise de um Hospital Público**

*Projeto integrado à Pesquisa Temática: “Acidente de trabalho: Da análise sócio  
técnica à construção social de mudanças”*  
FAPESP, Proc. 2012/04721-1 (Temático)

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Medicina, Universidade Estadual Paulista  
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de  
Botucatu, para obtenção do título de  
Mestra em Saúde Coletiva, área de  
concentração: Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Ildeberto Muniz de Almeida  
Coorientador: Prof. Dr. Marco Antonio Pereira Querol

Botucatu  
2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Masiero, Cristiane Parisoto.

Demanda x capacidade instalada : contribuições do LM no enfrentamento da crise na hemodiálise de um hospital público / Cristiane Parisoto Masiero. - Botucatu, 2018

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Ildeberto Muniz de Almeida

Coorientador: Marco Antonio Pereira Querol

Capes: 40602001

1. Hemodiálise. 2. Insuficiência renal crônica. 3. Atenção terciária à saúde.

Palavras-chave: Atenção terciária à saúde ; Insuficiência renal crônica; hemodiálise.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela força que me move em busca de novos desafios.

Aos meus filhos ISRAEL, NICOLAS e NICOLE, por todos os momentos que tiveram que esperar mais um pouquinho.

Ao meu esposo, ISRAEL que me apoiou durante todo o tempo e sem o qual eu não teria conseguido.

Aos meus pais, por sempre acreditarem em minha capacidade.

Aos meus sogros, pelo apoio e retaguarda.

Aos meus colegas de mestrado, KELI, JULIANA, JAMILE, ECLEA, DANI, VICTOR, MARCELO, ANA, PATY, ERICA E LISI por partilharem dos bons momentos e também as ansiedades.

Aos meus colegas de trabalho do CEREST, em especial, CESAR MANSÃO, ROSELI POYAY E NATASHA OLIVEIRA pela colaboração no conjunto do trabalho.

A MARCIA REIS por acreditar e apoiar todo o desenvolvimento da fase de campo do trabalho.

Ao meu orientador ILDEBERTO ALMEIDA (PROF. PARÁ) pelo seu apoio, pela paciência ao ensinar e compreensão pelas minhas dificuldades.

Ao meu coorientador MARCO QUEROL, pela disponibilidade e ricas contribuições.

Ao RODOLFO VILELA e PROFA. SAYURI pelas contribuições no decorrer da pesquisa.

Ao ANGELO SOARES, pela generosidade e receptividade durante meu estágio no Canadá.

A MARGARETH ALMEIDA, pela gentileza e apoio para a realização do meu estágio no Canadá.

Aos professores DIONÍSIA DO AMARAL E ADRIANO DIAS, pelos ensinamentos durante as reuniões do grupo de estudos.

Aos meus colegas da FSP, em especial a AMANDA MACAIA, MANOELA REIS e SANDRA BELTRAN por compartilharem seus conhecimentos sobre o LM.

Aos colegas da disciplina sobre LM, em especial ao meu grupo: SIMONE, RAFAEL, ECLEA, JAIRON e HELIO, pelas discussões que muito contribuíram para minha pesquisa.

A PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU por apoiar as ações do CEREST, dentre suas atribuições de coordenação de projetos de promoção de saúde dos trabalhadores.

Ao HOSPITAL ESTADUAL DE BAURU, por permitir a realização dessa pesquisa e fornecer todo apoio necessário.

A DRA. DÉBORA MACIEL ROSA e THAIS COUTO por todo apoio dentro e fora do hospital e por acreditarem na construção coletiva.

Aos trabalhadores e pacientes do setor de hemodiálise, pela participação na pesquisa.

Ao GOVERNO DO CANADÁ pela bolsa de estudos do PROGRAMA EMERGING LEADERS OF AMERICA que oportunizou meu estágio no Canadá.

Aos meus amigos SIMONE e FELIPE, minha família no Canadá e por nos acolher tão bem.

A FAPESP pelo incentivo ao PROJETO TEMÁTICO.

Aos funcionários da UNESP LUCIENE e WAGNER, por responderem com paciência a tantas dúvidas.

A LAURA SEPANNEN, JAKKO VIRKUNEN e REIJO MIETTINEN pelo conhecimento sobre a Teoria da Atividade e Laboratório de Mudanças.

Ao grupo de pesquisa que muito contribuiu para ampliar meu conhecimento.

Por fim, agradeço a conspiração do mundo que fez com que tudo se encaixasse em uma sincronia perfeita. Agora começo a compreender que o tempo mostra os porquês da vida!

**MUITO OBRIGADA!**

MASIERO, C. P. **Demanda x Capacidade Instalada: Contribuições do LM no Enfrentamento da Crise na Hemodiálise de um Hospital Público.** 2018. 151 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Saúde Pública. Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2018.

## RESUMO

**Introdução:** A doença renal crônica é um problema de saúde pública global e vem apresentando uma tendência de crescimento. Quando a capacidade renal atinge parâmetros entre 10 e 15%, é necessária a realização de uma terapia renal substitutiva. No hospital em questão, o centro de hemodiálise se encontra com sua capacidade total instalada e a demanda por vagas continua. Os pacientes então começaram a ser internados aguardando pela vaga ambulatorial por períodos que podem chegar a 3 meses. A opção internação pela internação, que pareceu funcionar bem no início, logo criou novas interações antes inexistentes, além de consequências para os pacientes, como infecção hospitalar e depressão. **Objetivo:** Contribuir para a implementação de novas metodologias participativas na busca por soluções coletivas que atinjam os determinantes organizacionais nas atividades da área de saúde. **Método:** Foi utilizado o Laboratório de Mudanças (LM) que possui como base a teoria histórico cultural e o princípio da dupla estimulação e visa a construção coletiva de soluções. O trabalho foi dividido em duas fases: uma de coleta de dados etnográficos, com entrevistas individuais e coletivas, observação in loco e exame de documentos. Na segunda fase foram realizadas oito sessões do LM com um grupo composto em média por quinze pessoas do setor de terapia renal substitutiva e os setores que passaram a interagir após a internação dos pacientes. **Resultados:** A análise da atividade atual demonstrou que os pacientes com problemas renais continuam chegando ao hospital por diversas vias e que os profissionais não possuíam autonomia para negar o paciente pela falta de vaga. A equipe absorve essa demanda e sofre o impacto inicial é a que atende a insuficiência renal aguda (IRA) e equipe a de nefrologistas. Dados históricos demonstram que a equipe se manteve a mesma ao passo que o número de pacientes triplicou. Foram sendo arranjos locais para esses pacientes serem dialisados, ocupando outro setor, o do Centro de Terapia Intensiva (CTI), também com a capacidade esgotada. Essas mudanças levaram a contradições secundárias no sistema de atividade que emergiram durante as sessões do LM. As sessões proporcionaram um momento para discussão desses problemas, a mudança de alguns componentes do grupo para uma visão mais sistêmica da situação e a formação de agência de parte dos envolvidos. Após passar pelas fases de questionamento e construção histórica da atividade, houve a elaboração de proposta de novo modelo mais voltado para o método de diálise peritoneal, onde há maior autonomia do paciente, que pode realizar a diálise em sua casa. A prevenção também foi foco de discussão. **Conclusão:** O Laboratório de Mudanças proporcionou que os participantes ampliassem a compreensão dos problemas vivenciados pelo setor de hemodiálise de forma pessoal para sistêmica. Também possibilitou micro ciclos de aprendizagem expansiva, porém de forma diferente nos diversos atores. Houve a criação de agência manifestadas nas sessões e também fora dela. O LM demonstrou ser um importante método para a construção de mudanças organizacionais de forma coletiva.

**Descritores:** Hemodiálise, Atenção Terciária à Saúde, Insuficiência Renal Crônica.

MASIERO, C. P. **Demand x Installed Capacity: The CL contributions facing the Crisis in a Public Hospital Hemodialysis Center.** 2018. 151 p. Dissertation (Master degree) – Medicine University of Botucatu, Public Health Department., Botucatu, 2018.

## ABSTRACT

**Introduction:** Chronic kidney disease is a global public health problem and the tendency seems to increase. When renal capacity reaches parameters between 10 and 15%, renal replacement therapy is necessary. At the hospital in this study, the hemodialysis center has its full capacity installed and the demand for vacancies continues. The patients then began to be hospitalized waiting for the outpatient vacancy for periods that can reach 3 months. The hospitalization option, which seemed to work well in the beginning, soon created new interactions that did not exist before, as well as consequences for the patients, such as hospital infection and depression. **Objective:** To contribute to the implementation of new collaborative methodologies in the search for collective solutions of organizational determinants in health activities. **Method:** It was applied the Change Laboratory (CL) Method based on cultural historical theory and the principle of double stimulation that aims the collective construction of solutions. The study was divided in two phases: one of ethnographic data collection, with individual and collective interviews, on-site observation and documents examination. In the second phase eight CL sessions were performed with a group consisting of an average of fifteen people from the renal replacement therapy sector and the sectors that started to interact after the patients' hospitalization. **Results:** The analysis of the current activity demonstrated that patients with kidney problems continue arriving at the hospital through several routes and the hospital do not have the autonomy to deny the patient due to lack of space. The team absorbs this demand and suffers the initial impact is that it addresses acute renal failure (ARF) and team of nephrologists. Historical data demonstrate that the team remained the same while the number of patients tripled. Locations were set up for these patients to be dialyzed, occupying another sector, the Intensive Care Center (ICC), also with its full capacity. These changes led to secondary contradictions in the system of activity that emerged during CL sessions. The sessions provided a moment to discuss these problems and the change of some components of the group to a more systemic view of the situation and with the formation of agency on part of those involved. After the phases of questioning and historical construction of the activity, a proposal for a new model was developed that is more focused on the peritoneal dialysis method, that gives more autonomy for the patient, who can perform dialysis at home. Prevention was also on the focus of the discussion. **Conclusion:** The Change Laboratory Method provided the change in the understanding of the problems experienced by the hemodialysis sector in a personal to a systemic way. It also enabled micro cycles of expansive learning, but differently in different actors. There was the creation of agencies manifested in the sessions and also outside of them. CL has been shown to be an important method for building collective organizational changes.

**Key-words:** Hemodialysis, Tertiary Healthcare, Chronic Kidney Disease..



## LISTA DE QUADROS

|   |     |
|---|-----|
| QUADRO 1 – PROCEDIMENTOS REALIZADOS NAS FASES DE COLETA DE<br>DADOS E SESSÕES DO LM .....       | 47  |
| QUADRO 2 – SETORES QUE SE RELACIONAM COM A HEMODIÁLISE .....                                    | 49  |
| QUADRO 3 – PRINCIPAIS MUDANÇAS NA ATIVIDADE DOS SETORES APÓS<br>INTERNAÇÃO DO PACIENTE RC ..... | 66  |
| QUADRO 4 – SEQUÊNCIA DAS SESSÕES DO LM .....  | 67  |
| QUADRO 5 – DISTÚRBIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA.....  | 77  |
| QUADRO 6 – MATRIZ DE MUDANÇA TRS.....   | 101 |
| QUADRO 7 – FLUXO DO PACIENTE .....  | 116 |
| QUADRO 8 – CUSTO DO PACIENTE INTERNADO.....   | 118 |
| QUADRO 9 – EXPRESSÕES DE APRENDIZAGEM DURANTE AS SESSÕES...                                     | 126 |

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|  |     |
|--|-----|
| FIGURA 1 – PREVALÊNCIA ESTIMADA DE PACIENTES EM DIÁLISE NO BRASIL, POR REGIÃO, 2011-2014.....                | 17  |
| FIGURA 2 – DIALISADOR.....   | 21  |
| FIGURA 3 – CATETER DE DIÁLISE PERITONEAL. REPRODUZIDO DE PECOITS, RIBEIRO ET AL. (2015).....                 | 22  |
| FIGURA 4 – DIÁLISE PERITONIAL SENDO REALIZADA ENQUANTO PACIENTE DORME. ....                                  | 23  |
| FIGURA 5 – MODELO DO SISTEMA DE ATIVIDADE ENGESTRÖM (1987, 2015) .....                                       | 37  |
| FIGURA 6 – ETAPAS DO CICLO DE APRENDIZAGEM EXPANSIVA. EXTRAÍDO DE (VIRKKUNEN AND NEWNHAM 2015 , P. 113)..... | 39  |
| FIGURA 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE DIÁLISE NA REGIÃO.....   | 54  |
| FIGURA 8 – HEMODIÁLISE NO "SALÃO" .....  | 56  |
| FIGURA 9 – SESSÃO 1 .....  | 69  |
| FIGURA 10 – VISÃO DOS PROBLEMAS E SUGESTÕES DO GRUPO .....   | 73  |
| FIGURA 11 – LAYOUT DO CTI/EMERGÊNCIA.....  | 89  |
| FIGURA 12 – LINHA HISTÓRICA DA HEMODIÁLISE .....   | 94  |
| FIGURA 13 – ELABORANDO O SISTEMA DE ATIVIDADE DA HD.....   | 97  |
| FIGURA 14 – SISTEMA DE ATIVIDADE DA HD ANTES E DEPOIS DA INTERNAÇÃO....                                      | 97  |
| FIGURA 15 – TRANSFORMAÇÕES NOS CONCEITOS DA ATIVIDADE DA TRS .....   | 130 |

## **LISTA DE ABREVIÇÕES E SIGLAS**

|               |  |
|---------------|--|
| <b>CCIH</b>   | Comissão de Controle de Infecção Hospitalar          |
| <b>CEREST</b> | Centro de Referência em Saúde do Trabalhador         |
| <b>CROSS</b>  | Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde |
| <b>DCNT</b>   | Doença Crônica Não Transmissível                     |
| <b>DP</b>     | Diálise Peritoneal                                   |
| <b>DRC</b>    | Doença Renal Crônica                                 |
| <b>DRCT</b>   | Doença Renal Crônica Terminal                        |
| <b>DRS</b>    | Departamento Regional de Saúde                       |
| <b>FAEC</b>   | Fundo de Ações Estratégicas e Compensação            |
| <b>FNS</b>    | Fundo Nacional de Saúde                              |
| <b>HD</b>     | Hemodiálise  |
| <b>IBGE</b>   | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística      |
| <b>IRA</b>    | Insuficiência Renal Aguda                            |
| <b>LM</b>     | Laboratório de Mudanças                              |
| <b>MAC</b>    | Média e Alta Complexidade                            |
| <b>MDG</b>    | Millenium Development Goals                          |
| <b>MPT</b>    | Ministério Público do Trabalho                       |
| <b>OMS</b>    | Organização Mundial de Saúde                         |
| <b>OS</b>     | Organização Social                                   |
| <b>PCR</b>    | Parada cardíaco-respiratória                         |
| <b>RH</b>     | Recursos Humanos                                     |
| <b>SA</b>     | Sistema de Atividade                                 |
| <b>SAMU</b>   | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência             |
| <b>SBN</b>    | Sociedade Brasileira de Nefrologia                   |
| <b>SESMT</b>  | Serviço de Engenharia e Segurança do Trabalho –      |
| <b>SUS</b>    | Sistema Único de Saúde                               |
| <b>TAC</b>    | Termo de Ajustamento de Conduta                      |
| <b>TAHC</b>   | Teoria da Atividade Histórico-Cultural               |
| <b>TFG</b>    | Taxa de Filtração Glomerular                         |
| <b>TRS</b>    | Terapia Renal Substitutiva                           |
| <b>UTI:</b>   | Unidade de Terapia Intensiva                         |

---

**SUMÁRIO**

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>APRESENTAÇÃO .....</b>   | <b>12</b> |
| <b>2</b> | <b>INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>14</b> |
| 2.1      | A Doença Renal Crônica .....  | 15        |
| 2.2      | Justificativa do Estudo .....   | 18        |
| <b>3</b> | <b>OBJETIVOS .....</b>  | <b>20</b> |
| 3.1      | Objetivo Geral .....  | 20        |
| 3.2      | Objetivo Específico .....   | 20        |
| <b>4</b> | <b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>  | <b>21</b> |
| 4.1      | Terapias Renais Substitutivas .....   | 21        |
| 4.1.1    | <i>Hemodiálise</i> .....  | 21        |
| 4.1.2    | <i>Diálise Peritoneal</i> .....   | 22        |
| 4.2      | O Paciente Renal Crônico que faz Hemodiálise .....  | 24        |
| 4.3      | O Trabalho no Setor de Saúde e suas Dimensões .....   | 26        |
| <b>5</b> | <b>CONCEITOS TEÓRICOS .....</b>   | <b>37</b> |
| <b>6</b> | <b>METODOLOGIA .....</b>  | <b>41</b> |
| 6.1      | A Aprendizagem Expansiva como Transformação do Objeto .....                                 | 41        |
| 6.2      | Formação de Agência dos Participantes .....   | 43        |
| 6.3      | Procedimentos .....   | 44        |
| 6.3.1    | <i>Negociação e coleta de dados</i> .....   | 44        |
| 6.3.2    | <i>Formação de Equipe Multidisciplinar Conjunta (EMC)</i> .....                             | 48        |
| 6.3.3    | <i>Delineando as sessões do Laboratório de Mudanças</i> .....                               | 48        |
| 6.4      | Questões Éticas .....   | 50        |
| <b>7</b> | <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>   | <b>52</b> |
| 7.1      | Fase de Negociação e Coleta de Dados Etnográficos .....                                     | 52        |
| 7.1.1    | <i>Fluxo do paciente de nefrologia</i> .....  | 59        |
| 7.1.2    | <i>O Estado como regulador das vagas hospitalares</i> .....                                 | 60        |
| 7.1.3    | <i>O problema da falta de vagas e a internação</i> .....                                    | 62        |
| 7.1.4    | <i>A opção pela internação, a ocupação de leitos do hospital e suas consequências</i> ..... | 63        |
| 7.2      | Escolha dos Participantes das Sessões Do LM .....   | 67        |
| 7.3      | Sessões do Laboratório de Mudanças .....  | 68        |
| 7.3.1    | <i>Sessão de apresentação (14/9/2017)</i> .....   | 68        |
| 7.3.2    | <i>Primeira Sessão (28/09/2017)</i> .....   | 69        |

---

|        |  |     |
|--------|--|-----|
| 7.3.3  | <i>Segunda sessão (05/10/2017)</i> .....   | 80  |
| 7.3.4  | <i>Terceira Sessão (26/10/2017)</i> .....  | 88  |
| 7.3.5  | <i>Quarta Sessão (09/11/2017)</i> .....  | 98  |
| 7.3.6  | <i>Quinta Sessão (23/11/2017)</i> .....  | 101 |
| 7.3.7  | <i>Sexta Sessão (30/11/2017)</i> .....   | 104 |
| 7.3.8  | <i>Sétima Sessão (06/12/2017)</i> .....  | 108 |
| 7.3.9  | <i>Oitava Sessão (13/12/2017)</i> .....  | 118 |
| 7.3.10 | <i>Reunião com Diretoria do Hospital (19/12/2017)</i> .....  | 120 |
| 8      | <b>DISCUSSÃO</b> .....   | 123 |
| 9      | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....  | 132 |
|        | <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA</b> .....   | 134 |
|        | <b>ANEXOS</b> .....  | 140 |
|        | Anexo A – Termo de Anuência Instituição .....  | 140 |
|        | Anexo B – Protocolo de aprovação do comitê de ética em pesquisa .....                                    | 141 |
|        | Anexo C – Proposta elaborada pelo Grupo participante das sessões do<br>Laboratório de Mudança (LM) ..... | 145 |
|        | <b>APÊNDICES</b> .....   | 146 |
|        | Apêndice A – Termo de Responsabilidade .....   | 146 |
|        | Apêndice B – Instrumento de Coleta de Dados Profissionais da<br>Hemodiálise .....                        | 149 |
|        | Apêndice C – Questionário representantes setores do hospital .....                                       | 150 |

## **1 APRESENTAÇÃO**

A minha trajetória profissional se deu basicamente no serviço público. Poucos meses após me graduar em Odontologia na FOB – USP em Bauru, em dezembro de 1991, ingressei no serviço público do mesmo município. Também comecei a trabalhar em consultório particular de uma conhecida, que veio a se tornar uma grande amiga. Na Prefeitura, trabalhei como dentista em unidades básicas de saúde, no setor de urgência odontológica e em escolas de ensino infantil. Desde 1994 também trabalhava em um consultório odontológico localizado no “Ambulatório de Saúde do Trabalhador”, nome atribuído ao antigo “Instituto Municipal de Saúde do Trabalhador”. O Instituto foi fruto de um período de lutas em que Bauru se destacou nacionalmente por seu Programa de Saúde do Trabalhador, criado em 1985 pelo então Prefeito Tuga Angerami (1983-1987). O programa trouxe à tona a situação de intoxicação por chumbo de trabalhadores de fábricas de baterias do município, situação até então desconhecida. Nessa época, Bauru ficou conhecido como um grande centro de lutas pela saúde pública, não só na área de saúde do trabalhador, mas também na luta antimanicomial, com o “Manifesto de Bauru”, que completou 30 anos em 2017. Todos esses fatos antecederam a Constituição Federal de 1988 e a legislação que instituiu o Sistema Único de Saúde – SUS<sup>1</sup>. Em 1989 foi inaugurado o Instituto, um prédio grande, construído com recursos federais, com laboratório para análise de metais pesados. Infelizmente com a sucessão de governos, o prédio foi perdendo sua finalidade original e o espaço ocupado por diversas especialidades. Em 1994 foi inaugurado um consultório odontológico para atender trabalhadores de empresas, onde eu ingressei para trabalhar no turno noturno. Em 2004 após a criação da RENAST<sup>2</sup> o local foi habilitado como um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST – com atuação regional. Permaneci na equipe, não mais como dentista, mas sim como parte de uma equipe multi-profissional com atuação em vigilância em saúde do trabalhador. Aos poucos fui me apropriando do conhecimento pela área e me apaixonei. Nessa época, já com 1 filho e grávida do segundo, decidi por seguir somente como servidora pública, deixando

---

1 BRASIL. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. 1990.

2 Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

definitivamente meu trabalho no consultório. Assumi a chefia do CEREST por 3 anos, mas optei por retornar à equipe técnica e me aprofundar nos estudos sobre saúde do trabalhador. Me envolvi bastante na atuação em conselhos locais: intersindicais, comissões municipais de emprego e de prevenção e erradicação do trabalho infantil. Em 2012, já com 3 filhos, fiz o curso de especialização em Saúde do Trabalhador e em 2015 outra especialização em Educação Permanente em Saúde. Os cursos despertaram em mim a vontade de prosseguir, me levando a buscar o mestrado acadêmico em Botucatu, algo que parecia inviável a essa altura. Escolhi Botucatu pela excelência na área de Saúde do Trabalhador, pois já conhecia o Prof. Pará e a Profa. Cecília Binder de cursos anteriores. Comecei a frequentar grupos de estudo e a cursar algumas disciplinas como aluna especial. Minha motivação aumentava a cada dia. Durante esse período, soube da Metodologia do Laboratório de Mudanças, como uma possibilidade de aplicação nas questões do trabalho. Levei a proposta à minha chefia, que me apoiou, também buscando agregar novas metodologias possíveis de aplicação nas nossas práticas de vigilância em saúde do trabalhador. Me interessei, com um foco inicial de estudo em um serviço de Call Center, tema que já fora foco de meu Trabalho de Conclusão de Curso na especialização. Porém, as negociações com a empresa não caminharam conforme o esperado e de repente surgiu o interesse e a oportunidade de aplicar o LM em um hospital público, mais especificamente no setor de hemodiálise. Um novo desafio estava posto, juntamente com minha necessidade em me apropriar de todo arcabouço teórico conceitual que envolve a metodologia do LM, algo muito novo para mim. Com um mergulho (de cabeça) nas novas águas profundas, apresento o resultado do estudo e espero que ele possa contribuir de alguma forma para a sociedade e para nosso trabalho no CEREST. Em minha vida, tanto pessoal quanto profissional, posso afirmar que foi um divisor de águas!

## 2 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (Brasil, 2014a) define Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) como sendo doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que de um total de 58 milhões de óbitos ocorridos por todas as causas em 2005, 35 milhões estão relacionadas a doenças crônicas (WHO, 2005). Esse número representa o dobro de mortes por doenças infecto-contagiosas, incluindo HIV/Aids, tuberculose e malária, condições maternas e perinatais e deficiências nutricionais combinadas. Ainda segundo estimativas, já eram responsáveis por 63% dos óbitos no mundo em 2008. Estima-se que em 2030, 52 milhões de pessoas morrerão de doenças crônicas. Ainda segundo a OMS, as doenças crônicas afetam a qualidade de vida dos indivíduos afetados, causa morte prematura e gera grandes e subestimados impactos econômicos nas famílias, comunidades e sociedades em geral (WHO, 2005).

No Brasil, os dados seguem essa mesma perspectiva, tendo sido as DCNT a causa de aproximadamente 72,6% das mortes em 2013 (SIM 2014).

Dados mais recente da OMS indicam que mais de 82% são mortes prematuras por DCNT ocorrem em países de renda média e baixa em um contexto onde essas mortes poderiam ter sido evitadas por ações preventivas. (WHO, 2014)

A Assembleia da OMS, reconhecendo esse imenso impacto de ordem social, econômico e de saúde pública causado pelas doenças crônicas, principalmente em países mais pobres, adotou um plano de ação global para a prevenção e controle das doenças não transmissíveis 2013-2020 (Conhecido como Plano Global de Ação contra as DCNT), incluindo nove metas voluntárias globais e um plano global de acompanhamento. (WHO 2014).

Porém, apesar de todos os esforços governamentais e mundiais para a prevenção e projeção de decréscimo dos óbitos pelas DCNT, ainda há uma perspectiva de aumento da taxa de mortalidade por DCNT, relacionado por fatores relacionados ao crescimento populacional somado a um aumento da expectativa de vida das populações. A doença renal crônica, abordada nesse estudo, acompanha essa tendência de crescimento.



## 2.1 A Doença Renal Crônica

A **doença renal crônica** (DRC), como uma DCNT, também vem crescendo reconhecidamente como um problema de saúde pública global (Coresh *et al.*, 2007).

Os rins têm a capacidade de regular a quantidade de água e minerais do nosso corpo, assim como remover resíduos metabólicos e controlar a acidez para manter nosso organismo em equilíbrio. Quando a função renal se encontra gravemente comprometida, o excesso de líquido não é removido e se acumula no organismo. Do mesmo modo há a elevação dos níveis de potássio no sangue que leva à arritmias cardíacas que podem ser fatais (Riella, 2003). Além disso, os resíduos metabólicos não são devidamente excretados, causando acúmulo de ureia, amônia, ácido úrico, uratos, creatinina no organismo. O acúmulo desses metabólitos leva a sintomas de perda do apetite, náuseas, vômito, mal-estar, problemas de coagulação, sonolência e até coma (Daugirdas *et al.*, 2007).

Na prática clínica, a função renal pode ser avaliada pela Taxa de Filtração Glomerular (TFG). Quando essa taxa cai para níveis entre 10-15% o paciente passa para um estágio denominado de **Doença Renal Crônica Terminal** (DRCT), uma situação permanente e irreversível. Nesses casos há a necessidade de uma Terapia Renal Substitutiva (TRS) (Carneiro *et al.*, 2015).

Dentre os principais grupos de risco para a DRC estão os hipertensos, diabéticos, idosos, pacientes com doenças cardiovasculares, familiares de pacientes portadores da DRC e pacientes que fazem uso de medicação nefrotóxicas (Bastos *et al.*, 2010). A TRS pode ser realizada de três maneiras: transplante renal, diálise peritoneal e hemodiálise. O transplante renal pode ser de dois tipos, de acordo com o doador: doador vivo ou doador falecido.

Coresh *et al.* (2007) estimam que nos Estados Unidos 9,6% da população adulta não institucionalizada apresenta DRC. Eles citam vários autores<sup>3</sup> reforçando a ideia da alta prevalência da doença na Ásia, Europa e Austrália respectivamente.

Dados de 2010 estimaram 2,618 milhões de pessoas tratadas de DRC há época no mundo. Outros dados apontam que entre 4,902 milhões e 9,701 milhões

---

3 (ZEEUW, HILLEGGE AND DE JONG, 2005; CHEN, WILDMAN, GU *et al.* 2005; HALLAN, CORESH, ASTOR *et al.* 2006; CHADBAN, BRIGANTI, KERR *ET AL.* 2003)

necessitam de algum tipo de TRS e não conseguem acesso, levando a concluir que pelo menos 2,284 milhões de pessoas podem ter morrido prematuramente pela falta de acesso ao tratamento (Liyanage *et al.*, 2015).

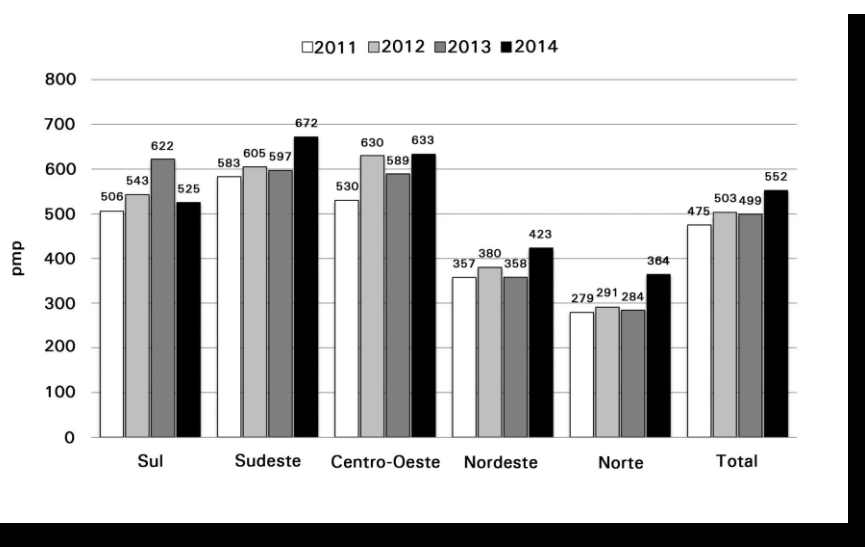
De acordo com o United States Renal Data System (2016), em 31 de dezembro de 2014, a prevalência de casos de DRCT era de 678.383 nos Estados Unidos, com um aumento de 3,5% sobre 2013 e um aumento de 74% em relação ao ano de 2000. A taxa de prevalência atingiu 2.067 por milhão de pessoas (pmp) (~0,21%), um aumento de 2,6% sobre o ano de 2013 e um aumento de 54,1% sobre o ano de 2000.

Liyanage *et al.* (2015) realizaram um importante trabalho numa revisão sistemática abrangente obtendo dados de 193 países mais Taiwan e Hong Kong, incluindo dados de 93% da população mundial, estimando a utilização de terapia renal substitutiva no mundo. Os dados apontam que de 2010 até 2030 há projeção de crescimento do número de pessoas utilizando TRS de 2,618 milhões para 5,439 milhões, mais que o dobro. Os dados de 2010 apontam que metade ou menos das pessoas que necessitam de TRS no mundo têm acesso ao tratamento. O autor enfatiza a urgência em iniciativas que criem modelos preventivos inovadores principalmente em países de subdesenvolvidos e em desenvolvimento.

Diversos esforços vêm sendo feitos em busca de soluções para o problema. Em 2016 a Sociedade Internacional de Nefrologia reuniu em Vancouver, no Canadá, 85 especialistas do mundo com o propósito de identificar e priorizar ações-chave para os próximos 10 anos em pesquisas, cuidados clínicos, criando planos de ação em diversos níveis para prevenir e controlar a doença (Levin *et al.*, 2017). Esse esforço colaborativo global vem de encontro a uma tentativa de amenizar um problema de saúde pública que possui como pano de fundo situações de difícil compreensão: a DRC provoca uma perda da qualidade de vida do paciente; aumenta o risco de doenças cardiovasculares; traz comorbidades como aumento da pressão arterial, diabetes e problemas no sistema imunológico; seu tratamento apresenta um alto custo para os sistemas de saúde com os quais diversos países não conseguem arcar. Foram traçadas dez estratégias divididas em quatro subtemas: 1. Melhorar identificação e fatores de risco da DRC; 2. Melhorar a compreensão das causas e das consequências da DRC; 3. Melhorar os resultados com o conhecimento atual; 4. Desenvolver e testar novas estratégias terapêuticas.

De acordo com Censo Brasileiro de Diálise publicado em 2016, o número estimado de pacientes com DRCT no Brasil em julho de 2014 era de 112.004, representando um aumento de 20.000 pacientes em um período de 4 anos (92.091 em 2010). Esse número triplicou em 14 anos (42.695 em 2000). A hemodiálise é a opção de tratamento mais utilizada no Brasil enquanto terapia substitutiva das funções renais. É realizada em clínicas ou hospitais especializados. A taxa de prevalência de tratamento dialítico em 2014 foi de 552 pacientes por milhão da população (pmp), variando por região entre 364 pacientes pmp na região Norte a 672 pacientes pmp na região Sudeste (Figura 1) (Sesso *et al.*, 2016).

Tomando como base a região sudeste, onde estão concentrados o maior número de estabelecimentos especializados em hemodiálise (Junior e Mendes, 2015), houve um aumento na prevalência estimada de pacientes em diálise, de 583 pmp em 2011 para 672 pmp em 2014, um aumento de 15,2% em um período de 3 anos.



**Figura 1 – Prevalência estimada de pacientes em diálise no Brasil, por região, 2011-2014.**

Esse aumento impacta fortemente no orçamento da saúde, no caso do Brasil, recai principalmente sobre a saúde pública, responsável pela maior parte dos centros de diálise no país. Segundo dados do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil, 2011), as ações e procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar consomem cerca de 40% dos recursos da União alocados

no Orçamento da Saúde (Média e Alta Complexidade– MAC e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – Faec)

Uma análise do Financiamento do Ministério da Saúde através do Fundo Nacional de Saúde (FNS), demonstra que os investimentos em TRS vem aumentando, com uma concentração de recursos próximo de 50% daquele destinado à Média e Alta Complexidade (MAC). Parte se deve ao baixo índice de transplantes, entre eles o renal (responsável por 6,79% dos recursos da MAC) e parte por poucas empresas fornecerem o maquinário e insumos necessários, com maior poder de negociação com o Ministério da Saúde, caracterizando um oligopólio. (Junior and Mendes 2015). A baixa taxa de transplantes incentiva o aumento da utilização da hemodiálise.

Conforme apresentado por Junior e Mendes (2015) a região sudeste além de concentrar o maior número de centros especializados em hemodiálise e conseqüentemente de pacientes em tratamento da DRCT, também apresenta aumento da prevalência de pacientes em diálise. Essa tendência de aumento é vivenciada na unidade de diálise do hospital estudado, onde a exemplo de outros centros do Brasil, os serviços de hemodiálise se encontram com a demanda maior que a capacidade instalada, gerando um colapso por falta de vagas, num setor essencial à vida humana. Com a falta de vagas, os pacientes passaram a ser internados nas enfermarias do hospital por um período de até 3 meses ou mais até o surgimento de uma vaga ambulatorial. A internação do paciente ao mesmo tempo que atende exigências legais da regulação da assistência e a necessidades de saúde dos próprios pacientes, cria interações e possibilidades de situações percebidas como negativas principalmente por integrantes de outros serviços que passam a lidar com os internados. A internação também cria carga adicional de trabalho que afeta a própria equipe da hemodiálise.

## **2.2 Justificativa do Estudo**

O trabalho em saúde tem sido objeto de estudo por várias perspectivas nas áreas de ciências sociais, psicologia, antropologia, saúde pública (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997). No trabalho em saúde tanto o trabalhador quanto o objeto do trabalho são humanos, onde o cuidar do outro se funde e contrapõe com o cuidar de si próprio (Osório *et al.*, 2005).

A intensificação do trabalho coloca em conflito o cuidar de si e o cuidar do outro e trabalhador se move subjetivamente e enquanto observador de seu próprio trabalho se torna protagonista nas mudanças, no trabalho vivo em saúde (Merhy, 2002; Osório *et al.*, 2005).

Muito já se avançou na área de saúde do trabalhador. De concepções reducionistas, hegemônicas, uni ou multicausais a hoje visões multiprofissionais, interdisciplinares e interssetorial buscando pela compreensão das relações trabalho, saúde-doença em toda sua complexidade, levando-se em consideração a dimensão social e histórica do trabalho e da saúde-doença. (Laurell e Noriega, 1989; Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997; Merhy, 2002)

Algumas metodologias de análise, embora sistêmicas e organizacionais, tais como a ergonomia da atividade (Guérin *et al.*, 2001), ainda mantém o conhecimento nas mãos de poucos “especialistas”, que realizam recomendações para melhorias ou mudanças organizacionais. O trabalhador é estimulado a participar e oferece informações sobre práticas que histórica e habitualmente utiliza ao lidar com variabilidades que explicam o sucesso de suas intervenções anteriores e tendem a ser facilitadas em soluções futuras. No entanto, na construção de soluções, sua agência tende a ser sempre menor que aquela do especialista.

A proposta é de utilização do método do Laboratório de Mudanças, baseado na Teoria da Atividade Histórico Cultural, com pesquisas ainda recentes no Brasil, datados de pouco mais de cinco anos (Virkkunen *et al.*, 2014).

Embora a organização do trabalho no setor de saúde apresentem características comuns em diversos países (Hirata e Guimarães, 2012), são poucos os estudos que aplicaram o Laboratório de Mudanças no setor de saúde no Brasil (Seppänen *et al.*). Esse fato evidencia um campo a ser desenvolvido.

O LM visa contribuir para a implementação de metodologia participativa na busca por soluções coletivas de determinantes organizacionais na atividade da hemodiálise frente à crise vivenciada no setor, chegando a um diagnóstico de contradições que ensejem mudanças na atividade. Também se espera que os participantes sejam protagonistas de movimentos iniciais em busca de um novo modelo que satisfaça as necessidades, criando uma “célula germinativa” do novo modelo. (Virkkunen, Jaakko; e Newnham, Denise Shelley, 2015)

### 3 OBJETIVOS

Esse estudo visa responder os seguintes problemas de pesquisa:

- Como o Laboratório de Mudanças pode promover a busca por construção de soluções coletivas na organização da atividade de hemodiálise?
- Foram identificadas manifestações de aprendizagem e agência durante a intervenção?
- Quais são as lições, aprendizados que poderão ser incorporados para a utilização de um novo modelo na gestão de outros centros de diálise no contexto das políticas de saúde de média e alta complexidade do Sistema Único de Saúde?

#### 3.1 Objetivo Geral

- Avaliar se o método do Laboratório de Mudanças auxilia num processo coletivo de compreensão, análise e recuperação da crise de oferta x demanda vivenciado no setor de hemodiálise de um hospital público.

#### 3.2 Objetivo Específico

- Avaliar os micro ciclos de aprendizagem expansiva e as expressões de agência dos atores, compreendendo as contradições históricas que levaram a situação e aos problemas atuais, com vistas a subsídio para transformação da atividade em serviço de hemodiálise;
- Avaliar a potencialidade da aplicação do método num serviço de saúde, as dificuldades encontradas no processo e lições aprendidas;
- Contribuir para a implementação de novas metodologias participativas na busca por soluções coletivas de determinantes organizacionais nas atividades da área de saúde.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

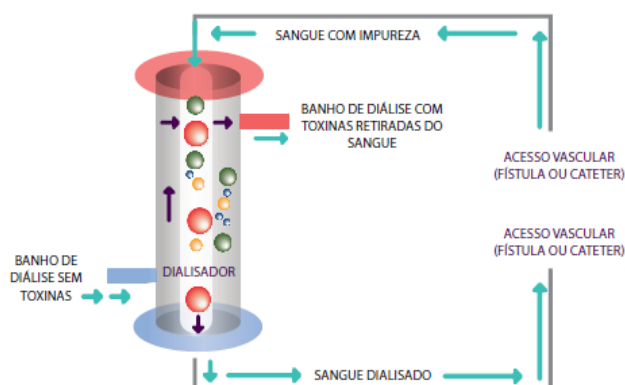
Nesse capítulo iremos apresentar os tipos de TRS utilizadas no Brasil e suas particularidades. Discorreremos um pouco sobre o paciente com doença renal crônica e suas características passando para as dimensões do trabalho em saúde e o trabalho na hemodiálise. Na sequência será apresentada a justificativa do estudo.

### 4.1 Terapias Renais Substitutivas

Conforme citado anteriormente, para repor a função renal perdida, além do transplante renal, ainda subutilizado no Brasil (Sesso *et al.*, 2016) utiliza-se tanto a diálise peritoneal (DP) quanto a hemodiálise (HD), que são eficientes métodos substitutivos da função renal e amplamente empregados.

#### 4.1.1 Hemodiálise

A hemodiálise é um processo no qual o sangue do paciente é retirado e filtrado ao passar por uma máquina. Essa máquina possui um filtro, chamado de dialisador, que desempenha a função do rim. Geralmente é realizada em clínicas e hospitais especializados 3 vezes por semana com sessões que duram de 3 a 4 horas. No Brasil é o tipo mais frequente de TRS.

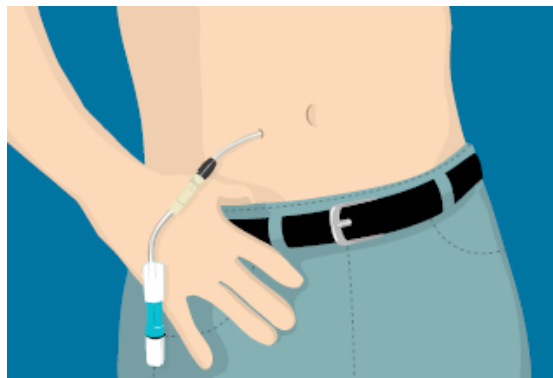


**Figura 2 – Dialisador**

Fonte: Pecoits, Ribeiro et al. (2015)

#### 4.1.2 Diálise Peritoneal

Nesse tipo de diálise é utilizado o filtro natural do organismo humano, que é o peritônio, é uma membrana que recobre os órgãos e a parede abdominal. O processo ocorre com a inserção, através de um pequeno procedimento cirúrgico, de um cateter na cavidade abdominal. Através desse cateter, que possui uma parte externa de cerca de 10 a 15 cm, (fig.1) será infundido um líquido, a solução de diálise. Uma vez em contato com o peritônio que é semi-permeável, as impurezas que estão concentradas no sangue passam pelo peritônio e vão para a solução peritoneal que se encontra na cavidade abdominal. Isso ocorre até que as duas soluções entrem em equilíbrio. Após esse processo, a solução é drenada da cavidade abdominal, removendo também o excesso de líquido do paciente (Daugirdas *et al.*, 2012).



**Figura 3 – Cateter de diálise peritoneal. Reproduzido de Pecoits, Ribeiro et al. (2015)**

Esse processo pode ser manual ou automatizado. Quando feito manualmente, o paciente ou um cuidador troca a solução de 3 a 5 vezes ao dia. Na forma automatizada o cateter é conectado a uma máquina que realiza as trocas (3 a 5) enquanto o paciente dorme. (fig.2). Os resíduos da solução vão diretamente para um ralo. As contra-indicações clínicas são poucos, mais concentradas em presença de hérnia abdominal





**Figura 4 – Diálise peritoneal sendo realizada enquanto paciente dorme.**

Fonte: Pecoits, Ribeiro et al. (2015)

Estudos recentes demonstram que pacientes que realizam a diálise peritoneal automatizada possuem uma qualidade de vida semelhante àqueles que utilizam a hemodiálise como terapia renal substitutiva (Greco Arenas *et al.*, 2009) Porém, a diálise peritoneal ainda é pouco utilizada.

Abensur (2014) cita dados do censo brasileiro de nefrologia de 2013, onde o Brasil apresenta 9,3% de seus pacientes em terapia de diálise peritoneal. Esse percentual é considerado baixo. O autor atribui esse fato à vários fatores: um deles se deve à formação médica. Pelo baixo índice de DP, esses pacientes são menos acompanhados durante a residência médica. Além disso, como a terapia é toda realizada no domicílio do paciente, o acompanhamento desse paciente se dá somente uma vez por mês. Outro fator diz respeito à menor margem de lucro dessa modalidade de TRS. No caso do SUS, o autor cita não existir código que financie a peritonite, principal complicação da DP, quando há uma infecção no peritônio, muitas vezes levando o paciente a perder o método. A falta de profissionais que realizam a implantação do cateter de DP também é considerada uma dificuldade. Por outro lado, o autor cita estudos<sup>4</sup> que evidenciam o aumento da quantidade de pacientes

---

4 Wong CM, Ng KP, Keng TC, Lim SK, Tan SY. Impact of interventional nephrology on outcome and penetration rate of a CAPD program. *Perit Dial Int* 2011;31:194-6.

em DP quando há a presença de nefrologistas com experiência em implante de cateter abdominal.

Dados do Inquérito Brasileiro de Diálise de 2014 (Sesso *et al.*, 2016) indicam que em julho de 2014, 91,4% dos pacientes em diálise crônica faziam tratamento por hemodiálise e 8,6% por diálise peritoneal, sendo que, desta, a diálise peritoneal automatizada (DPA) era a modalidade predominante. Esses dados diferem quanto à fonte pagadora, sendo uma porcentagem de diálise peritoneal maior nos pacientes pagos pela saúde suplementar (9,9%) em comparação aos reembolsados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (8,4%).

Ambos os estudos apontam dados semelhantes, abaixo da meta preconizada pela Portaria MS no. 389 de 2014 (Brasil, 2014b), a qual estipula o aumento anual gradativo, com relação de 4 pacientes em HD para cada paciente em DP ao final de 2 anos da implantação da política:

“(...) c) Meta: Aumento anual gradativo, com relação de para cada 4 pacientes em HD ter 1 em DP ao final de 2 anos após a implementação da política.”

O uso da DP como primeira modalidade de tratamento em pacientes que atendam critérios clínicos apresenta diversas vantagens, tais como preservação de função renal residual, melhor qualidade de vida e menor custo. (Chaudhary *et al.*, 2011)

## 4.2 O Paciente Renal Crônico que faz Hemodiálise

Conforme citado anteriormente, como a DRC não apresenta perspectiva de cura, o paciente que apresenta a falência das funções renais necessita de acompanhamento de cronicidade por profissionais de saúde. A hemodiálise, enquanto tratamento de auxílio às funções renais, consiste no deslocamento do paciente para clínica ou hospital de 2 a 4 vezes por semana, permanecendo no serviço por 4 a 6 horas em média. O impacto do diagnóstico e do tratamento pode levar esse paciente a grande desgaste emocional pelo fato de ter que se submeter a tratamento que o limitará física e socialmente (Thomas e Alchieri, 2005).

Marin (2013) em sua obra filosófica nomina a doença como o primeiro intruso na vida de um paciente. Outros intrusos virão na sequência, com tratamentos, agulhas infiltrando medicamentos e as máquinas, citando Hervé Guibert na descrição da insuportável posição de passividade psíquica e existencial, num exemplo da relação de paciente com câncer e a máquina de ressonância magnética. (p.112)

*IRM: investigation à résonance magnétique. Couché, um cathéter dans la veine le visage scotché et recouvert d'une grille, enfourné jusqu'au pieds dans un caisson-cercueil ou un system de ventilation donne une illusion d'air et un trompe-l'oeil en miroir une illusion d'espace, la paroi à deux centimètres du visage immobilisé, pendant trente minutes, bruits assourdissants. On voudrait rendre un homme fou qu'on ferait difficilement mieux. Derrière l'écran opaque, sur leurs écrans les neurologues voient ce que je ne vois pas: l'intérieur de mon cerveaus, couche par couche, ils savent ce que je ne sais pas, et ils ne me disent rien.*

*RM: Ressonância magnética. Deitado, um cateter na veia o rosto tampado e recoberto com uma grade, enornado até os pés em um sistema de caixa-box onde um sistema de ventilação passa a ideia de ar e ao olhar o espelho numa ilusão de ótica de espaço, a parede a dois centímetros do rosto imobilizado durante trinta minutos, ruídos ensurdecedores. Se quiser enlouquecer um homem não há método melhor. Atrás do écran opaco em suas telas, os neurologistas veem o que eu não vejo: o interior de meu cérebro, camada por camada, eles sabem o que eu não sei, e eles não me dizem nada.*

Fazendo a associação dessa relação paciente x máquina, na hemodiálise a máquina que ao mesmo tempo filtra seu sangue e salva sua vida, também cobra seu preço: o mantém preso por 4 horas durante 3 vezes por semana. Se somarmos essas horas, no decorrer de 1 ano, esse paciente ficará em contato íntimo com essa máquina por 576 horas. São 24 dias inteiros em contato com a máquina ou quase 1 ano inteiro dedicado à hemodiálise para o paciente que está há 10 anos nessa situação.

Como não se sentir estranho a tantas invasões na esfera privada do sujeito? O paciente não é mais dono de si mesmo. A doença crônica dita as regras, é o intruso juntamente com os procedimentos invasivos, as condutas, as máquinas. Ele não se reconhece. Ele vê sua vida controlada por outros, como uma marionete, onde a medicina controla o boneco (Marin 2013,p. 114). Outro aspecto abordado pela autora diz respeito às interações hospitalares entre pacientes em acomodações coletivas, o que torna mais invasiva ainda a experiência da doença: Na hemodiálise, podemos fazer a associação com a situação vivenciada pelo paciente no salão.

Geralmente os serviços são dispostos de maneira que em um amplo salão se encontram instaladas diversas máquinas de hemodiálise, uma ao lado da outra, onde o paciente permanece durante sua diálise (figura 5).

É frequente a ocorrência de maus súbitos, como queda da pressão arterial, câibras, desmaios, episódios de dor e até mesmo uma parada cardiorrespiratória. Essas situações são visualizadas e vivenciadas pelos pacientes colegas de turno, que convivem durante longo período de tempo. Qual o sentimento ao ver colega passando mal ou até mesmo na sessão seguinte, visualizar seu leito vazio, disponível ou substituído por outro por ocasião do óbito? Se imaginar no futuro em situação semelhante afeta imensamente a parte psíquica desse paciente. A dor do outro se mistura com sua dor. O ruído das máquinas, que apitam todo momento, alertando a equipe de qualquer pequena alteração já faz parte da rotina desse paciente. A sua relação com a equipe de saúde também é de fundamental importância e será abordada adiante.

#### **4.3 O Trabalho no Setor de Saúde e suas Dimensões**

O trabalho do cuidado em saúde já emprega nos Estados Unidos mais do que indústrias automobilísticas e siderúrgicas juntas (Soares, 2012). No Brasil, o setor de serviço teve um amplo crescimento nas últimas décadas. Na área da saúde o perfil de crescimento foi semelhante. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE, 2009), no Brasil existem 3.078.518 de trabalhadores na área da saúde, representando 4,3% da população ocupada no país. Tais dados demonstram a força de trabalho humano no setor e o quão fundamental ela se faz, lidando com vida e morte, saúde e doença.

O cuidado (*care*<sup>5</sup> em inglês) abordado de forma genérica, é definido por Fisher e Tronto (1990) como “uma espécie de atividade que inclui tudo o que fazemos para manter, continuar e reparar o nosso “mundo” para que possamos viver tão bem quanto possível.”

O trabalho de cuidar do outro, segundo Soares (2012) envolve diferentes dimensões e atividades, criando uma interação entre o trabalhador e o indivíduo para quem se produz o serviço. Dentre essas dimensões, uma das primeiras a

---

5 Tradução livre

serem identificadas é a dimensão física, na qual o cuidado é utilizado para deslocar, segurar e movimentar a pessoa cuidada. Outra dimensão é a cognitiva. O cuidador se apropriará de conhecimento para poder administrar medicações, verificar seus horários, saber identificar sinais de alterações da normalidade da pessoa cuidada, entre outros. O autor no intuito de compreender melhor o trabalho do cuidador, também identifica e contempla outras dimensões: a dimensão sexual, a dimensão relacional e por fim a dimensão emocional.

### **Dimensão sexual**

A dimensão sexual envolve no ato de cuidar, a utilização do corpo do trabalhador na produção do cuidado em um contexto diferente do que ocorre na produção industrial. Wolkowitz (2002) traz à tona a necessidade de se evidenciar a ação da utilização do corpo em trabalhos além daqueles normalmente abordados, em que o trabalhador tem que se utilizar de seu próprio corpo para atender as expectativas de seus empregadores ou de seus pares, agora envolvendo o cuidado, cura, embelezamento e prazer de outro corpo. Assim, esse uso do corpo do outro como local de trabalho, envolve contato direto e contato mais íntimo, em posição supina e com o corpo nu, em contato com seus orifícios e muitas vezes seus fluídos, a exemplo de profissões como dentistas, médicos, profissionais de enfermagem, cabeleireiras, esteticista, tatuadores, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, babás, domésticas, entre outras. A autora cita situações envolvendo racismo e outras formas de abuso, principalmente quando a pessoa cuidada se encontra em um status social mais alto (p. 501). Ela nos traz a abordagem de Foucault da relação de poder onde o cuidador geralmente possui o domínio do corpo de seu paciente, que pode estar na posição supina, debilitado ou emocionalmente enfraquecido por sua fragilidade. Não obstante, esse contato também pode causar experiências de vulnerabilidade nos trabalhadores da saúde, conforme abordado por Soares (2012), ao trazer uma narrativa do constrangimento de uma enfermeira, acostumada a trabalhar somente na maternidade, após transferência de setor ter que lidar com cuidados de pacientes homens.

Claire Marin (2013) identifica no trabalhador de saúde uma relação entre pessoas que exige que o cuidador ultrapasse seus limites habituais, face ao cansaço físico e mental, face ao nojo e à repulsa que algumas situações de cuidados possam exigir, face ao medo da dor, de encara um paciente gravemente ferido, face a

situações apavorantes, face à morte. Essas características exigem do trabalhador da saúde muito de si, física e psicologicamente, do seu eu. A proximidade física e emocional pode causar sentimentos tanto de repulsa como de compaixão. Assim, as situações do cuidado não se encontram somente nas mãos da medicina e dos limites da doença, mas também na pessoa do cuidador: de sua paciência, tolerância, compreensão física e emocional diante da situação. São o que a autora classifica de relações complexas e tensas.

### **Dimensão relacional**

A dimensão relacional é muito presente no trabalho de cuidar. Na hemodiálise essa dimensão é muito relevante dado o longo período de convivência entre os pacientes e seus cuidadores. Esses trabalhadores utilizam o que Goffman (1967, apud Soares, 2012) define como qualificações sociais: “a capacidade de evitar embaraço para si e para o outro”. As qualificações sociais englobam um conjunto de comportamentos e ações, desenvolvidos na prática cotidiana.

O trabalho da equipe de enfermagem da hemodiálise conforme descrito por Hayes e Bonner (2010), é desenvolvido em ambiente considerado mais estável, quando comparado a outras categorias de enfermagem hospitalar, onde o contato com pacientes é bem mais intenso. Embora haja menos contato direto com o corpo do paciente na hemodiálise, o longo período de convivência entre paciente e cuidador nos remetem à outras características relacionais. Campos e Turato (2003) analisaram as relações interpessoais entre paciente de hemodiálise e cuidador de saúde do ponto de vista dos pacientes, através do método clínico-qualitativo. Após análise de sete entrevistas semiestruturadas com pacientes, surgiram relatos de maior proximidade com a equipe de enfermagem que com a equipe médica. O autor atribui esse fato ao maior período de contato que o enfermeiro tem junto ao paciente, desde sua recepção na unidade, o momento da pesagem, da punção de uma fístula e de acompanhamento do tratamento. As relações com a equipe médica foram classificadas pelos entrevistados como mais técnicas e formais, ao passo que a relação com os profissionais de enfermagem serviu como elo de ligação na equipe. Já Binkley (1999) ressalta a importância da proximidade da equipe de enfermagem renal com o paciente e sua família para o suporte necessário ao fim da vida. Essa relação é trazida por ele como geralmente sendo muito próxima, por vezes focada numa pessoa da confiança do paciente e de seus familiares. Apesar da dificuldade

do próprio profissional em lidar com a perda daquele paciente, ele ainda tem que continuar dando todo o suporte a seus familiares.

Sturesson e Ziegert (2014) realizaram estudos sobre a atuação da equipe de enfermagem de modo a satisfazer as necessidades emocionais do paciente. É exigido das enfermeiras de hemodiálise uma habilidade emocional para lidar com o paciente renal crônico, que exige sua empatia e sensibilidade. O autor estudou as experiências das enfermeiras com o paciente renal crônico na fase de transição entre o acompanhamento e o início da hemodiálise, fase em que a vida do paciente vira de cabeça para baixo, o deixando conectado por longo período de tempo, senão por toda sua vida à uma rotina hospitalar três vezes por semana. Através da análise de 8 entrevistas com as enfermeiras de 4 hospitais do sul da Suécia, o autor concluiu que esse suporte implica em uma jornada emocional para as enfermeiras. Que embora existam esforços para o apoio, reconhecendo as necessidades individuais dos pacientes, a experiência profissional não fornecia conhecimentos para o suporte emocional em casos de suporte em situações existenciais de sofrimento. O trabalho demonstrou a necessidade de utilização de atos intuitivos pelas enfermeiras no manejo com esses pacientes e a importância do suporte entre colegas de trabalho nas trocas de experiências. O fator tempo também foi citado como importante na fixação do relacionamento profissional X paciente renal.

O cuidado paliativo é de fundamental importância para os pacientes renais crônicos em hemodiálise. Young (2009) destacou essa importância numa revisão da literatura e entrevistas com especialistas na área. Considerando que a taxa de mortalidade em pacientes renais crônicos terminais é por vezes maior que em muitos tipos de câncer, com perspectiva de aumento dessa taxa com o avanço da idade, assim como a presença de comorbidades, encurtando a expectativa de vida, a perspectiva do cuidado paliativo se faz necessária. O autor considera que esse trabalho coloca o papel das enfermeiras renais numa situação mais clara, de repensar sua integração enquanto profissional de nefrologia a respeito do cuidado paliativo. Ele exalta a necessidade do exercício da compaixão, da ética e da efetividade nesse cuidado.

O cuidado paliativo do paciente de hemodiálise exige do profissional de saúde lidar com o sofrimento em seu trabalho. Certamente esse profissional está exposto diariamente a situações de experiências dolorosas para a condição humana, demandando enorme esforço emocional.

Marin (2013, p. 94) escreveu sobre o cuidado sem cura:

*... O sentimento do cuidador é por vezes um esforço em vão, de um trabalho sem reconhecimento. Se a partida existe mesmo com o cuidado, o sofrimento do paciente, existe igualmente, de uma forma muito reconhecida, o sofrimento do cuidador. Se o cuidado repara e reconforta, ele também é fonte de tensão, de decepção, de insucesso no plano terapêutico e igualmente no plano humano...*

O humor pode ser uma das formas encontradas para se lidar com situações de sofrimento. Patenaude e Brabant (2006) realizaram uma revisão da literatura sobre a utilização do humor nas relações entre pacientes e cuidadores da perspectiva de ambas as partes. Dentre as características da utilização do humor no cuidado em saúde, os autores relataram que o mesmo é contextual, situacional e espontâneo. O humor por parte do cuidador depende de sua intuição e sensibilidade, experiência e personalidade. Por outras vezes, o paciente pode se utilizar do humor em sua vida cotidiana e proporcionar a abertura para que o cuidador participe nesse humor. Em situações embaraçosas e difíceis, o humor poderá ajudar a minimizá-las. Por outro lado, em situações graves, o humor poderá parecer inapropriado. Cada situação exigirá do enfermeiro uma avaliação subjetiva de como agir, se utilizando ou não do humor. O humor proporciona ao cuidado em saúde uma característica de dignidade e estima, uma maneira de facilitar para o paciente ao lidar com situações de stress, com o distanciamento de situações negativas, podendo estreitar as relações entre o cuidador e o paciente.

Katz e Johnson (2013) por sua vez, estudaram o fenômeno da *coutertransference* nos cuidados paliativos de doenças terminais. (*end of live care*). Os profissionais podem ser profundamente afetados pela perda, sentir-se devastados, afetando suas vidas particulares e profissionais. O conjunto de experiências e valores de ética, influências socioculturais, histórias pessoais e noções pré-concebidas são inevitavelmente trazidas para o trabalho do profissional de saúde. A imparcialidade dificilmente seria aplicada sem o conjunto de experiências vivenciadas pelo profissional. Freud (1910) foi quem primeiro definiu *coutertransference*, como sendo a possibilidade de problemas não resolvidos do profissional poderem interferir negativamente no tratamento do paciente, um obstáculo ao tratamento, que o profissional teria que superar para exercer seu ofício satisfatoriamente. Com o passar dos anos, diversos autores estenderam essa definição para a totalidade de sentimentos experienciados pelos profissionais de



saúde através dos pacientes, conscientes ou inconscientes juntamente com suas próprias experiências de vida.<sup>6</sup> Assim, atualmente a *coutertransference* é considerada natural, apropriada para interação com os pacientes, mostrando o lado humano do profissional, desejada e inevitável. É a base da empatia, compaixão e interação profissional de saúde e paciente.

Espera-se de profissionais de saúde que a empatia seja parte fundamental de seu trabalho. Vários conceitos enaltecem as características inatas ou adquiridas da empatia e as suas diferentes características: emocionais, cognitivas, comportamentais e morais. Vioulac *et al.* (2016) citam Yu and Kirk (2008) na descrição da empatia, refletida na habilidade em se compreender as experiências e emoções do outro. De acordo com Morse *et al.* (1990), a empatia é a base da enfermagem e ajuda a equipe no alívio da dor do paciente, permitindo que eles mantenham sua dignidade e integridade. Vioulac *et al.* (2016) em seu estudo, avaliaram a interação entre a empatia e o stress no trabalho de enfermagem em unidades de hemodiálise da França. Os autores entrevistaram 23 enfermeiras em três unidades distintas em 2014. Como resultado, as enfermeiras reconheceram como especiais o seu relacionamento com os pacientes, devido à cronicidade da doença e do longo período de tempo que passam juntos, inclusive com envolvimento na esfera privada. O autor relata que esse fato é corroborado por outros autores, citando Dowling (2008) e Bennett (2011). Em relação ao stress, os agentes estressores mais citados foram a dificuldade em se gerenciar o tempo com os pacientes, as emergências e o trabalho técnico.

O sofrimento emocional do profissional de enfermagem da hemodiálise pode ser percebido exacerbado também ao cuidar de pacientes pediátricos. Mellor *et al.* (2015) estudaram as percepções da equipe de enfermagem à não aderência das crianças ao tratamento de hemodiálise e as dificuldades éticas as quais os profissionais se deparam ao ter que usar de estratégias para essa aderência, tais como persuasão e coerção, principalmente entre adolescentes. Os autores também relatam o quanto a perda de um paciente pediátrico ou jovem pode causar impactos para esses profissionais, despertando sentimentos de compaixão e sofrendo a perda desse paciente como se fosse alguém da família.

---

6 Katz and Johnson apud Beitman, 1983; Kernberg, 1965; Langs, 1983; Shubs, 2008.

Porém, nem sempre essa relação paciente x cuidador desperta somente relações de vínculo e empatia. O setor saúde situa-se entre aquele com maior índice de estudos sobre a violência no trabalho (OPAS, 2009). Os dados apontam para um elevado índice de violência no trabalho em saúde em todo o mundo, sendo que em 69% dos casos de violência consistem em episódios envolvendo os pacientes. A violência, resultado de vários determinantes, é caracterizada por Krug *et al.* (2002) no *World Report on Violence and Health* da Organização Mundial de Saúde – OMS – como resultado da interação complexa de fatores, individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais.

Cordenuzzi *et al.* (2017) pesquisaram estratégias utilizadas pelos trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise em casos de situações de violência com pacientes. O autor identificou através de uma análise qualitativa, realizando grupo focal com oito trabalhadores, as principais estratégias utilizadas pelos trabalhadores para lidar com a violência, classificando-as nas seguintes categorias: tolerar a violência pela condição de saúde do paciente; contornar as situações de conflito e ceder à solicitação do paciente; adotar um posicionamento de rejeição à violência; e se afastar do paciente agressor. Nessa análise, percebemos o esforço do trabalhador para controlar suas emoções frente à uma situação adversa, assim como exemplificou Arlie Hochschild (2003) em seu livro *The Managed Heart: Commercialization of human feeling*, no qual apresentou estudo realizado com as comissárias de bordo, ao lidar com passageiros inconvenientes ao mesmo tempo em que tem que continuar apresentando comportamento educado, no controle de suas emoções e com o sorriso no rosto conforme as regras de comportamento e slogan da empresa aérea.

### **Dimensão emocional**

A dimensão emocional está intimamente ligada à dimensão relacional do trabalho. Segundo Soares (2011), ela está muito presente no setor de serviços, porém raramente é considerada. Hochschild (2003) define a dimensão emocional do trabalho como uma tentativa de gerir uma emoção ou o esforço para alterar a qualidade ou quantidade de uma emoção, a fim de criar uma aparência facial ou corporal que é observada publicamente. Segundo a autora, manejar emoções privadas como amar e odiar significa mergulhar num universo interior profundo.

A autora descreve em inúmeras passagens, sentimento de culpa vivenciados por indivíduos por não estarem com um determinado sentimento esperado para a situação vivenciada. Um dos exemplos, o sentimento de alívio de uma viúva ao perder o marido, por poder se expressar e ter uma vida de controles e satisfações ao invés de sofrer e chorar. O choro pode vir como uma representação forçada para a situação. Outro exemplo, uma jovem mulher relata situação vivenciada em sua infância, quando tinha 9 anos e se sentiu importante ao receber atenção no funeral do irmão de 14 meses. Ela aborda as regras dos sentimentos esperados para situações específicas e a contradição vivenciadas por pessoas que se sentiram diferentemente do esperado Hochschild (2003, p. 66). Esse trabalho que mobiliza a emoção para seguir regras de empatia e amizade é classificado por Wharton e Erickson (1993) como sendo um trabalho integrador. Além do integrador, o autor ainda classifica o trabalho em mais duas categorias, conforme o tipo de emoção que ele mobiliza: o trabalho dissimulador e o diferenciador na tradução de Soares (2012), onde o primeiro dá ênfase na expressão de neutralidade e o segundo a ênfase está na expressão irritação e hostilidade para gerar um sentimento de insegurança e medo no paciente.

Soares (2014) os exemplifica com situações vivenciadas em ambientes do trabalho em saúde: primeiro, uma enfermeira irritada com o paciente que a tratava por “querida”, o que a irritava, por querer manter-se a uma distância profissional e receber o tratamento que dava aos pacientes, os tratando por senhor e senhora. Assim mesmo ela tratava seu paciente cordialmente (trabalho emocional integrador). No segundo caso, outra enfermeira que procurava comportar-se com neutralidade mediante situações ao ser questionada pelo paciente sobre seu prognóstico. Mesmo sabendo que o paciente não tinha muito tempo de vida, refere que caso o tratasse com muita amabilidade, iria transparecer o sentimento de pena, ao passo que se o tratasse de modo mais ríspido poderia ser taxada de desumana (trabalho emocional dissimulador). Por fim, o terceiro exemplo, também de uma enfermeira que tenta ser durona com um jovem paciente, a fim de que ele avançasse no tratamento (trabalho emocional diferenciador).

Toda essa ginástica emocional invisível (pois no trabalho prescrito não há espaço para envolvimento e vínculos) exigem uma sobrecarga emocional desse trabalhador. Podemos aqui discutir o fato de como “exigir” compaixão, um sentimento na atuação de um profissional? Para Hochschild (2003), manejar

emoções privadas como amar e odiar significa mergulhar num universo interior profundo. Quando se pega essas emoções e as joga em mercado de peixe, para ser vendido como trabalho humano, eles ficam amarrados aos padrões sociais exigidos (p. 13). Esse padrão apresenta menos envolvimento pessoal, mas ao mesmo tempo faz com que quem está o representando se distancia daquele que o recebe. Por isso mesmo é mais suscetível de causar estranhamento, adquirindo aspecto de falsidade para quem o recebe.

Essa gangorra emocional traz à tona a necessidade de reconhecimento do sofrimento mental e necessidade de suporte emocional para os profissionais de saúde. A necessidade de suporte emocional foi abordada por Brown (2013) ao realizar um estudo comparando três especialidades de equipe de enfermagem, pautado na ideia de que cada uma delas possui um nível de engajamento emocional e diferenças emocionais por especialidade, baseado no relacionamento emocional que mantém com os pacientes. O estudo comparou, através da aplicação de um questionário, enfermeiros da hemodiálise com seus pares nos setores de emergência e cuidados paliativos, com a hipótese de cada grupo possua necessidade de interação distinta com os pacientes que atendem, exigindo diferentes esforços emocionais. O autor encontrou como resultado, que os enfermeiros renais envolvem uma quantidade significativa de esforço emocional em seu trabalho, reconhecendo em seus colegas de trabalho a mais importante fonte de apoio emocional devido à disponibilidade e um senso de experiência partilhada. Entretanto, o estudo comparativo demonstrou que os enfermeiros renais não reconhecem tão prontamente seu dispêndio emocional e possuem menor procura pelo apoio de seus colegas de trabalho, estando menos preparados para gerenciar situações emocionais difíceis, devido aos altos níveis de envolvimento emocional positivos com os pacientes.

A satisfação no trabalho da equipe de hemodiálise foi abordada em diversos estudos<sup>7</sup>. Dentre os fatores geradores de sofrimento e prazer citados por Prestes *et al.* (2010) se encontram: presenciar o sofrimento do paciente, sofrer com sua agressividade, sentir-se impotente e ter dificuldades no relacionamento com os colegas de trabalho, gerando sofrimento e gostar do que faz e ser reconhecido, ter

---

7 (Flynn, 2006; Prestes, 2010e Hayes, 2010).

um plantão sem intercorrências e poder ajudar o paciente como fontes geradoras de prazer respectivamente.

Flynn *et al.* (2009) realizaram um estudo transversal para investigar e correlacionar os efeitos da carga de trabalho, as necessidades de cuidado dos pacientes e o ambiente de trabalho com burnout em equipe de enfermagem de hemodiálise nos Estados Unidos. Os resultados indicaram que os preditores estavam relacionados a um aumento da probabilidade de burnout e as enfermeiras com burnout apresentavam maior tendência a planejar mudança de emprego. Dada a especialização desse profissional para lidar com a alta tecnologia e especificidades do doente renal crônico, a rotatividade desses profissionais apresenta um problema para os centros de nefrologia, assim como o absenteísmo

Estudos recentes apontam a importância assumida pelo fenômeno das faltas ao trabalho entre os diferentes segmentos de trabalhadores da saúde, com ênfase para a situação de profissionais de enfermagem. Mudaly e Nkosi (2015) apresentaram extensa lista de causas do absenteísmo desses últimos profissionais: “problemas familiares, falta de motivação para comparecer ao trabalho, mal estar, [...] favoritismos, gerências de enfermagem não amigáveis, jornadas longas, aumento da carga de trabalho, condições de trabalho insatisfatórias, falta de equipamentos, seleção de treinamentos e promoções injustas, equipes reduzidas, falta de sistemas de recompensas e decisões incoerentes.”

Marinato *et al.* (2010) realizaram uma revisão integrativa da literatura sobre o absenteísmo dos profissionais de enfermagem no período de 2003 a 2008. Após análise temática, os autores elencaram as principais causas de absenteísmo: transtornos mentais, doenças do aparelho respiratório, reprodutor, geniturinário, osteomuscular, acidentes de trabalho, entre outras. Também constataram no estudo que o dimensionamento adequado de pessoal é um importante instrumento para minimizar o absenteísmo na enfermagem, repercutindo diretamente tanto na promoção da saúde dos trabalhadores como na prestação adequada do cuidado aos pacientes.

A decisão de comparecer ao trabalho estando doente, o presenteísmo, também tem sido apontado como tema emergente em estudos. Para Halbesleben *et al.* (2014) absenteísmo e presenteísmo seriam estratégias usadas pelos empregados para lidar com as tensões dialéticas da relação entre supervisor e subordinado. Para eles compreender a natureza daquelas tensões, seu contexto, e

as estratégias empregadas para manejo de tensões poderia influenciar decisões dos empregados de comparecer ao trabalho.

Dentro desse contexto de relações complexas, a crise no setor de hemodiálise com o aumento da demanda por tratamento com TRS somado ao fato do setor se encontrar com a capacidade total instalada, vem agravar a situação. No capítulo seguinte serão apresentados os conceitos teóricos base do Método Laboratório de Mudanças e no capítulo que trará a metodologia, discorreremos sobre o Laboratório de Mudanças.

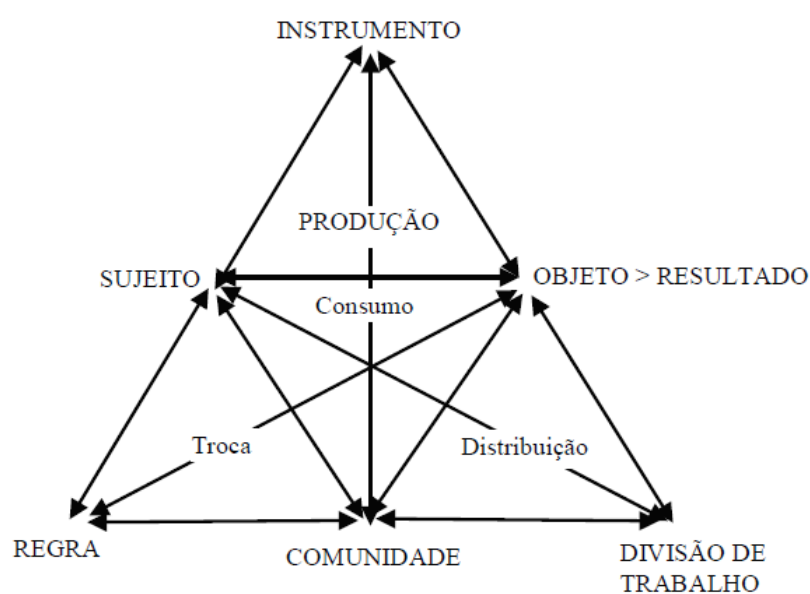
## 5 CONCEITOS TEÓRICOS

A Teoria da Atividade Histórico Cultural (TAHC) teve início nas décadas de 1920 e 1930 pelos psicólogos russos Vygotsky e Leontiev.. Em sua breve trajetória, Vygotsky destaca a importância de um método que fosse capaz de identificar a complexidade do Homem e suas funções psicológicas, objeto da psicologia no seu entender (Vygotsky, 1978).

Aguiar e Ozella (2006) se referem à metodologia de Vygotsky, contrária às visões reducionistas, objetivista e subjetivista do Homem e suas funções psicológicas. Nessa perspectiva, o mesmo é estudado no seu processo histórico. O homem constituído na e pela atividade, revelando suas expressões: a historicidade social, a ideologia, as relações sociais, o modo de produção.

Nesse sentido, com base na Teoria da Atividade Histórica Cultural (TAHC) buscaremos melhor compreender as origens organizacionais do trabalho

A teoria da atividade como concebida atualmente por Engeström (2011) pode ser compreendida com a ajuda de cinco princípios: a unidade básica de análise é um sistema de atividade (coletivo, mediado por artefatos e orientado por um objeto) que se relaciona com outros sistemas de atividade; multi-vocalidade dos sistemas de análise; historicidade; contradições como fontes de mudanças e desenvolvimento e por fim possibilidades de transformações expansivas nos sistemas de atividade.



**Figura 5 – Modelo do Sistema de Atividade Engeström (1987, 2015)**

O sistema de atividade (figura 5) apresenta os seguintes elementos:

a) o sujeito: se refere a um indivíduo ou subgrupo de pessoas, das quais serão analisados os pontos de vista sobre o objeto;

b) objeto: constitui a “matéria-prima” ou “espaço problemático” no qual a atividade é direcionada. O objeto se transforma em resultados com a ajuda dos outros elementos do sistema de atividade: dos instrumentos, isto é, ferramentas e signos;

c) comunidade: compreende os indivíduos e subgrupos que compartilham o mesmo objeto;

d) divisão do trabalho: corresponde a divisão de tarefas (horizontal) e a divisão hierárquica, de poder e status (vertical);

e) regras: todas as normas, legislações, regulações e padronizações que limitam as ações no sistema de atividade Engeström e Sannino (2010)

Segundo o princípio da multi-vocalidade, um sistema de atividade é sempre uma comunidade com múltiplos pontos de vista, costumes e interesses. A divisão do trabalho cria posições diferentes em cada um dos participantes, que trazem sua própria vivência. Essa multi-vocalidade é multiplicada quando vários sistemas de atividade interagem. Podemos dizer que um sistema de atividade é um núcleo em uma rede de sistemas de atividade funcionalmente interdependentes, conectados por meio de combinações necessidade-objeto específicas (objeto comum) Virkkunen, Jaakko; e Newnham, Denise Shelley (2015).

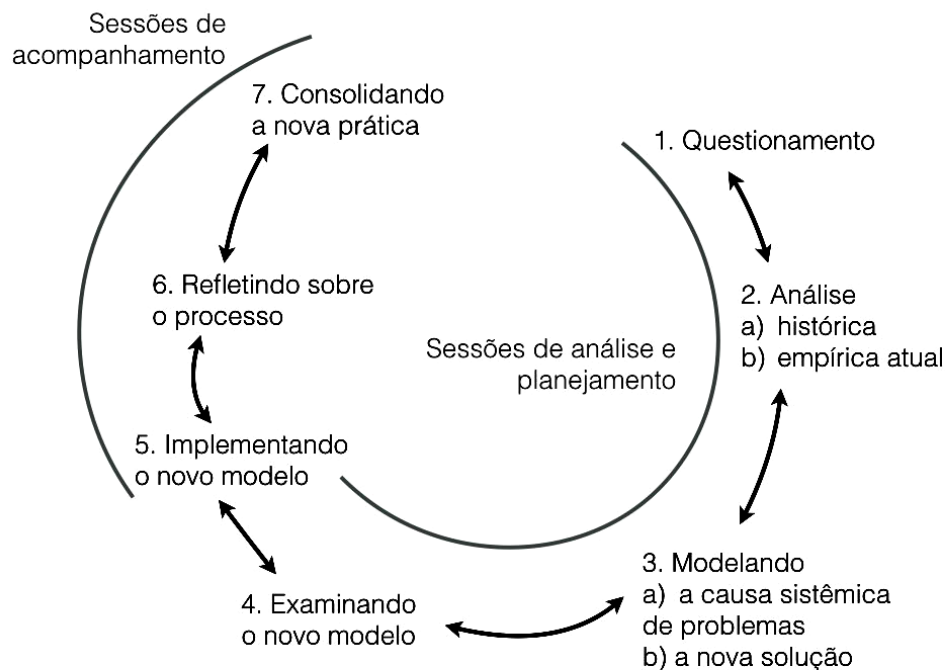
Segundo Engeström (2001), o objeto da atividade é um alvo em constante mudanças. As relações ilustradas no modelo são relações internas: o objeto e outras partes só existem devido às relações mútuas mediadas pelos artefatos. Os denominados artefatos culturais podem ser por exemplo, uma ferramenta, uma regra ou uma divisão do trabalho, desde que o sujeito a utilize para lidar com o objeto (Virkkunen, Jaakko; e Newnham, Denise Shelley, 2015, p. 90).

Esse sistema de atividade, coletivo apresenta mudanças no decorrer do tempo, caracterizando o terceiro princípio, o da historicidade. Essas mudanças serão foco de análise para avaliação da origem de problemas e contradições encontradas. As contradições como fonte de mudanças e desenvolvimento caracterizam o quarto princípio: as formas de atividade humana são o resultado da aprendizagem cultural e da evolução que ocorrem em ciclos de mudança qualitativa. O autor ainda destaca o



quarto princípio com base no fato de uma contradição não ser considerada um problema ou conflito (Virkkunen, Jaakko; e Newnham, Denise Shelley, 2015, p. 137) mas sim tensões acumuladas historicamente entre os sistemas de atividade.

No quinto e último princípio foca nas contradições históricas como fontes de transformação e desenvolvimento e a possibilidade de transformação expansiva dos sistemas de atividade.



**Figura 6 – Etapas do Ciclo de aprendizagem Expansiva. Extraído de (VIRKKUNEN and NEWNHAM 2015 , p. 113)**

O ciclo de aprendizagem expansiva pode ser descrito conforme Engeström e Sannino (2010) nas etapas abaixo:

A primeira ação é a do questionamento, criticando ou rejeitando alguns aspectos da prática e conhecimentos atuais.

A segunda ação consiste em analisar a situação através de questionamentos: por que a atividade está dessa maneira, encontrar contradições. Uma das formas dessa análise é a construção da história até chegar a atividade na forma atual ou da análise empírica atual, construindo as relações internas do sistema. A modelagem das contradições internas no sistema é o primeiro passo para a terceira fase, a da modelagem de um novo modelo.

A quarta fase envolve o exame de um novo modelo, que se irá se concretizar com novas ferramentas e Virkkunen, Jaakko; e Newnham, Denise Shelley (2015, p. 147).

A quinta fase é a implementação de um novo modelo, uma experimentação prática com os novos elementos. Essa fase geralmente demanda um tempo maior, para que a equipe experiencie na prática o modelo criado e desenvolva ajustes necessários. Nesse momento, a equipe interventora se afasta por 2 meses para que o novo modelo possa ser testado.

A sexta e a sétima etapas envolvem a reflexão e a consolidação da nova prática com o novo modelo desenvolvido. Todo o processo de aprendizagem expansiva é compreendido como uma construção sucessiva de soluções para as contradições.

## 6 METODOLOGIA

Foi realizada pesquisa qualitativa com utilização do Laboratório de Mudanças – LM – método para intervenções formativas em atividades de trabalho que se baseia na colaboração entre pesquisadores e trabalhadores, com lastro na teoria da Atividade Sócio Histórico-Cultural desenvolvida por Vygotsky, Leontiev, Luria e seguidores.

O método foi desenvolvido na década de 1990 por grupo de pesquisadores do CRADLE; Centro de Pesquisa em Atividade, Desenvolvimento e Aprendizado, da Universidade de Helsinki, Finlândia (Engeström, 2006). O LM funciona como um microcosmo no qual novos potenciais modos de trabalho podem ser experimentados e experienciados (Engeström, 1987, 2015).

A aplicação do Laboratório de Mudanças visa a mudança de uma atividade com a criação de solução construída coletivamente onde haja possibilidade para a aprendizagem expansiva (Virkkunen, Jaakko; e Newnham, Denise Shelley, 2015, p. 133).

### 6.1 A Aprendizagem Expansiva como Transformação do Objeto

A ideia de intervenção formativa está associada à noção de oportunidade para aprendizagem que emerge na conexão criada entre o LM em desenvolvimento e atividade prática desenvolvida no serviço de TRS. A manifestação primária da aprendizagem expansiva é a transformação do objeto da atividade coletiva, que gera uma ou várias contradições dentro do sistema de atividade.

O princípio fundamental para a aplicação do Laboratório de Mudanças é a necessidade de solução para problemas atuais, essenciais e com possibilidade de posterior desenvolvimento na atividade (Virkkunen e Newnham, 2015). Para isso, se faz necessária a coleta de dados acerca da atividade, tanto para que os pesquisadores compreendam a situação atual para o planejamento das sessões, como para servir de dados a serem usados como espelho posteriormente nas sessões. Essa coleta envolve, segundo os autores:

- *A origem e a história da forma atual da atividade;*
- *O objeto da atividade;*
- *As opiniões variáveis de profissionais e gerentes acerca do objeto e propósito da atividade;*

- *Mudanças em curso importantes no tocante aos clientes e às suas necessidades;*
- (...)
- *Os problemas e as perturbações experienciados no trabalho cotidiano;*
- (...)
- *As mudanças importantes que afetam a atividade e que estão ocorrendo atualmente ou que se sabe que serão implementadas no futuro próximo;*
- *As ideias variáveis dos profissionais e gerentes quanto ao futuro da atividade e à necessidade e às possibilidades de seu desenvolvimento.*

Ao discutirem a atividade prática, os participantes têm a oportunidade de identificarem os problemas como contradições do sistema e associarem suas origens à história da atividade, organizadas com apoio de noções do ciclo de aprendizagem expansiva e conceitos da Teoria da Atividade Histórico-Cultural (TAHC), esboçando propostas de nova atividade.

Para expandir esse objeto, é necessária criação de novas ferramentas e diferentes formas de organização social ao seu redor (Querol *et al.*, 2014). Um novo conceito é criado idealmente, de uma forma abstrata, chamada de célula germinativa de uma nova forma de atividade. (Virkkunen, Jaakko; e Newnham, Denise Shelley, 2015). Os atores que podem aprender nesse tipo de intervenção são, por excelência, aqueles envolvidos nas sessões do LM.

Podemos avaliar que um ciclo de expansão se inicia quando um modelo de atividade existente e começa a ser questionado. Assim, o ciclo se encerra quando há a criação de uma nova atividade que se encontre relativamente estável (Engeström e Sannino, 2010). Esse ciclo expansivo maior pode levar meses ou até anos, sem desconsiderar a possibilidade de estagnação ou regressão.

Por outro lado, ciclos menores de aprendizagem podem ser considerados, segundo Engestrom (1999) apud Engeström e Sannino (2010) como sendo potencialmente expansivos.

Os participantes são estimulados a refletirem sobre situações vivenciadas em seu cotidiano através da estimulação dupla. O Método da Estimulação Dupla consiste na aplicação de dois estímulos: o primeiro poderá ser um dado que reflita a problemática a ser estudada e acenda nos participantes a necessidade de que algo necessita ser mudado. O segundo estímulo, um artefato neutro, que possua potencial de solucionar o problema apresentado (Querol *et al.*, 2011).

Para as ações de aprendizagem expansiva é necessário que os participantes se distanciem temporariamente da forma como a atividade atual é conduzida para em colaboração poder envisionar e transformá-la. Ela pode ser visualizada no decorrer das sessões no discurso dos participantes, inicialmente questionando a atividade da forma como se encontra e depois mudando sua visão, inicialmente de forma individual para uma compreensão sistêmica da situação. Essa análise será realizada durante as sessões do LM e aprofundada no capítulo discussões.

## **6.2 Formação de Agência dos Participantes**

Um dos objetivos da intervenção do Laboratório de Mudanças é a formação da agência transformadora dos participantes. (Virkkunen, 2006).

Engeström (2006) reconceituou o conceito de agência trazido por Vygotsky, como sendo o uso de artefatos externos para redefinir uma situação. Para Engeström (2006), agência pode ser compreendida como iniciativas de ações individuais ou coletivas para se transformar a atividade da maneira como ela se apresenta atualmente.

É reconhecido que para a formação de agência seja necessário se romper barreiras organizacionais para transformar a atividade. Geralmente as ações de agência são de iniciativa de pessoas ligadas à gerência ou especialistas e não envolvem os atores principais da execução das ações. (Virkkunen, 2006). Tais construções verticais têm se demonstrado problemáticas no decorrer do tempo e pouco duradouras, apresentando alto índice de falhas ( Ciborra, 2002, Beer et al. 1990 apud Virkkunen, 2006)

O princípio da multi-vocalidade apresentado na metodologia do LM evoca vários atores ligados diretamente ao objeto estudado na transformação da atividade e espera-se com isso a formação de agência dos envolvidos. (Virkkunen, Jaakko; e Newnham, Denise Shelley, 2015). O Laboratório de Mudanças, enquanto uma metodologia colaborativa vem apoiar e guiar essas ações, que podem ser reconhecidas através de iniciativas concretas de mudanças na atividade

**A formação de agência transformadora** conforme definida por Virkkunen (2006): "Romper com a situação apresentada e tomar a iniciativa de transformá-la"<sup>8</sup>. pode ser reconhecida através de ações de iniciativas concretas de mudanças. Nesse estudo a compreensão de agência foi reconhecida em ações que ocorreram durante as sessões e predominantemente fora delas, de forma paralela, como apresentaremos a seguir.

## 6.3 Procedimentos

### 6.3.1 *Negociação e coleta de dados*

#### **Seleção do setor a ser estudado**

Uma unidade hospitalar apresenta diversos setores que atendem uma gama de especialidades. O Hospital estudado, administrado por organização social (OS) que administra também outros serviços de saúde na região, realiza atendimentos de forma referenciada em Média e Alta Complexidades a pacientes exclusivamente oriundos do Sistema Único de Saúde – SUS de uma região que abrange 68 municípios no interior de São Paulo, uma população estimada em 1,8 milhão de pessoas. O Hospital possui aproximadamente 1.200 funcionários, sendo 200 médicos, 93 enfermeiros, 345 técnicos e auxiliares de enfermagem e 50 outros profissionais de saúde, além de pessoal técnico-administrativo e de serviços gerais. Dispõe também de médicos residentes e estudantes que estão terminando o curso de medicina<sup>9</sup>.

A negociação com o hospital teve início em maio de 2016 com a busca para “campo” para meu estudo de mestrado que veio de encontro com a busca pela assistente social do setor de recursos humanos do hospital de metodologias que pudessem auxiliá-la em tentativas de soluções para problemas complexos inseridos na dinâmica de um serviço hospitalar. Durante reuniões do Núcleo de Educação Permanente e Humanização houve o encontro e o interesse de ambas as partes. Foi agendada uma reunião com a diretora do hospital para apresentação do método. Foi apresentada a proposta de aplicação do método do Laboratório de Mudanças - LM

---

8 Tradução livre para o português: 'breaking away from the given frame of action and taking the initiative to transform it'.

9 Ref. Website da instituição.

para contribuir para a aprendizagem colaborativa no setor eleito e expectativas de transformação da atividade (Virkkunen e Newnham, 2015). O pedido foi bem acolhido e a direção mostrou-se muito interessada no uso da metodologia do LM, alegando experiência anterior negativa com técnica de planejamento estratégico.

A ideia apresentada foi de escolha de um setor em comum acordo (pesquisadora e hospital) em uma unidade em que tenham ocorrido mudanças no objeto da atividade de forma mais intensa e que possam ser reconhecidas por apresentar problemas. A escolha foi realizada por sugestão da gerência do hospital em consonância com as gerentes de enfermagem e supervisoras, como sendo o da assistência de saúde a pacientes com doença renal crônica no hospital.

O critério de escolha, segundo os representantes do serviço hospitalar, além do absenteísmo apontado inicialmente, incluiu o fato de se tratar de setor visto como fechado, com maior dificuldade de comunicação externa, com equipe composta predominantemente por servidores mais antigos e especializados, atualmente em crise com histórico de reclamações entre chefia e servidores. A chefia do setor foi consultada a respeito, demonstrando-se interessada e motivada a novas construções coletivas. O hospital se comprometeu a oferecer o suporte necessário (local para reuniões, acesso a informações, permissão para participação nas sessões, etc.) para a realização da pesquisa.

A pesquisa foi dividida em duas fases. A primeira fase consiste na coleta de dados etnográficos e a segunda fase nas sessões do LM propriamente ditas. O Quadro 1 representa um resumo dos principais procedimentos realizados em ambas as fases.

A coleta de dados etnográficos possui o intuito de conhecer a atividade desenvolvida, suas características e obtenção de informações preliminares para a criação de hipótese do problema. São realizadas entrevistas, onde as mesmas foram utilizadas como dados espelhos nas sessões. As entrevistas segundo (Virkkunen e Newnham, 2015) tem a perspectiva de coletar dados dos problemas concretos atuais, da história da atividade e das tentativas de solução no decorrer do tempo. A hipótese do problema pode mudar conforme os pesquisadores evoluam na coleta dos dados etnográficos.

A coleta de dados teve início em agosto de 2016. Além de análise de documentos, tais como planilhas de sessões de hemodiálise, também foram realizadas observações do processo de trabalho para se conhecer a rotina da

hemodiálise, pois a pesquisadora não tinha familiaridade com esse processo e entrevistas. Os objetivos das entrevistas foram conhecer em profundidade o setor de hemodiálise, como é organizado o trabalho, o que envolve o atendimento ao paciente renal crônico e agudo no hospital, as interações dos profissionais de saúde com seus pacientes e com outras equipes de saúde do hospital. Algumas entrevistas foram realizadas de forma coletiva, buscando-se reunir profissionais com rotinas semelhantes para coletarmos os diferentes pontos de vista. Foi aplicado um questionário (Apêndice C) nos setores que de alguma forma interagem com a nefrologia para buscar informações a respeito de possíveis dificuldades e conflitos nas interações.

Foram realizadas 8 entrevistas coletivas e 9 entrevistas individuais em roteiro semi-estruturado (apêndice B), num total aproximado de 25 horas de gravação. As entrevistas foram feitas com profissionais que trabalham na hemodiálise do salão, enfermeiras do salão, enfermeiras da internação, enfermeira da IRA – insuficiência renal aguda, médicos nefrologistas e pacientes, tanto do salão como pacientes internados. Também foram realizadas reuniões com a gerência do hospital. As informações advindas das entrevistas foram transcritas e analisadas e serão apresentadas no capítulo resultados.

O paciente com a doença renal, enquanto objeto comum desses profissionais, foi entrevistado em relação à sua rotina na hemodiálise, relações com o setor e seus funcionários e sentimentos acerca de sua doença crônica. Para os pacientes que se encontram internados nas enfermarias no aguardo de vaga no salão, foi abordada na entrevista sua condição de internação, interações com equipes do hospital, outros pacientes e familiares.



**Quadro 1 – procedimentos realizados nas fases de coleta de dados e sessões do LM**

| <b>Fase</b>                  | <b>Estratégia</b>                             | <b>Atores/instrumentos</b>   | <b>Objetivos</b>  | <b>Duração</b>  |
|------------------------------|---|--|---|---|
| Coleta de dados etnográficos | Entrevistas individuais e grupais             | Médicos nefrologistas, equipe de enfermagem da nefrologia (salão e IRA) e das enfermarias, serviço social, psicologia, pacientes e gerência. | Compreender o trabalho na hemodiálise, coleta de dados espelho, compreender as relações entre hemodiálise e demais setores, buscar a história do setor.                                 | Média de 1h para entrevistas individuais e 1 e ½ a 2h para as entrevistas grupais               |
|                              | Análise documental                            | -diversos documentos e planilhas   | Avaliar evolução quantitativa das sessões de hemodiálise no tempo; -índices de absenteísmo do setor comparado aos demais; -analisar origem dos municípios dos pacientes da hemodiálise. | 6 meses<br>50 horas   |
|                              | Observação do trabalho in loco                | Salão, salinha IRA e internação.   | Compreender o trabalho da hemodiálise.  | 1 ano em campo.<br>32 visitas no hospital<br>68 horas   |
|                              | Revisão de literatura                         | Trabalhadores de saúde da hemodiálise.   | Compreender aspectos emocionais que envolvem o trabalho com o doente renal crônico.   | Estágio de 6 meses no Canadá.<br>620 horas  |
|                              | Planejamento                                  | Orientador, grupo pesquisa do CEREST e assistente social hospital  | Planejar ações coleta de dados  | 11 Reuniões quinzenais por skype (durante estágio Canadá)<br>17 reuniões semanais no Brasil     |
|                              | Aplicação de questionário                     | Representantes de 39 setores que se relacionam com a hemodiálise.  | Compreender a relação do setor com a hemodiálise em busca   | 30 Dias<br>12 horas   |
| Sessões do LM                | Sessões do Laboratório de Mudanças            | Grupo selecionado após coleta de dados etnográficos  | Percorrer as fases do ciclo de aprendizagem expansiva (questionamento, análise histórica e atual até modelagem)   | 8 sessões<br>Média de 2h de por sessão<br>15 horas de gravação                                  |
|                              | Reuniões do grupo de planejamento das sessões | Grupo ampliado de planejamento (pesquisadores CEREST e 4 representantes do hospital)   |   | 10 Reuniões com intervalos semanais ou quinzenais (média de 1 h e meia por reunião)<br>13 horas |

### **6.3.2 Formação de Equipe Multidisciplinar Conjunta (EMC)**

O grupo de planejamento inicial foi formado pela pesquisadora principal, 1 pesquisador ligado ao projeto, 3 membros integrantes do CEREST e 1 representante do RH do hospital. As reuniões eram feitas semanalmente na fase de coleta de dados, com duração de 1 hora a 1 hora e meia e teve como função detalhar e aprimorar o planejamento, auxiliar na coleta de dados, tomar decisões e eventuais definições necessárias para a condução da intervenção.

Após a fase de coleta de dados, esse grupo foi ampliado e também agregou a enfermeira supervisora da hemodiálise, a gerente das enfermarias e psicóloga de referência da hemodiálise. A equipe passou a se reunir para discutir e planejar as sessões semanalmente. As reuniões tinham duração média de 1 hora. Quando necessárias, eram realizadas reuniões paralelas entre os pesquisadores, pois os membros do hospital tinham maior dificuldade de liberação de horário devido à rotina de trabalho na instituição.

### **6.3.3 Delineando as sessões do Laboratório de Mudanças**

A seleção dos participantes para as sessões do LM seguiu a lógica do convite para os representantes dos setores que atualmente possuem o mesmo objeto em comum, ou seja, a assistência ao paciente renal crônico internado: atualmente a equipe de nefrologia e demais setores relacionados a esse objeto após o advento da internação desse paciente no aguardo de vagas. (**Quadro 2**).

**Quadro 2 – Setores que se relacionam com a hemodiálise**

| <b>Setores que se relacionam com a hemodiálise</b> |  |    |   |
|--|--|----|---|
| 1  | Diretoria Executiva e administrativa   | 22 | Central de Material Esterilizado            |
| 2  | Auditoria Médica   | 23 | Centro Cirúrgico                            |
| 3  | SCIH Serviço de Controle Infecção Hospitalar                                     | 24 | UTI Adulto e UTI P.                         |
| 4  | Núcleo de Ensino e Pesquisas   | 25 | UTI Coronariana/ UCO/ Hemodinâmica          |
| 5  | Assessoria Financeira e de Custos / Patrimônio                                   | 26 | Clínica Pediátrica / UTQ/ Clínica Queimados |
| 6  | Núcleo de Gestão Hospitalar e SAME   | 27 | Clínica Médica - 4E e 4D                    |
| 7  | Faturamento Hospitalar   | 28 | Clínica Cirúrgica - 5D e 5E                 |
| 8  | Contratos  | 29 | Clínica Médica - 3E /Quimioterapia          |
| 9  | Central de Abastecimento/ compras/ Gerência de Suprimentos                       | 30 | Serviço de Higiene e Limpeza                |
| 10   | Gerencia Recursos Humanos/ Serviço Especializado em Saúde e Medicina do Trabalho | 31 | Serviço de Psicologia                       |
| 11   | Gerência de Serviços/ telefonia/ protocolo/ transporte/ recepção principal       | 32 | Serviço Social                              |
| 12   | Gerência de Manutenção Predial   | 33 | Núcleo de Vigilância Epidemiológica         |
| 13   | Gerência Tecnologia da Informação  | 34 | Gerência Riscos/Hospital Sentinela          |
| 14   | Coordenação da Unidade Diagnóstico/Terapêutico / Hematologia e Hemoterapia       | 35 | Gerência de Engenharia Clínica              |
| 15   | Central de Atendimento/ Agendamento Consultas e Exames                           | 36 | Serviço Nutrição Dieta/ Lactário            |
| 16   | Qualidade  | 37 | Farmácia                                    |
| 17   | Agendamento Cirúrgico  | 38 | Farmácia de Alto Custo – MEDEX              |
| 18   | Endoscopia   | 39 | Laboratório de Análises Clínicas            |
| 19   | Centro de Terapia Renal Substitutiva – Hemodiálise                               | 40 | Laboratório de Patologia                    |
| 20   | Unidades de Diagnóstico  | 41 | Almoxarifado                                |
| 21   | Emergência / GL/ Acolhimento e Ambulatório / Eletroencefalograma / PFP           | 42 | SAU - Serviço de Atendimento ao Usuário     |
|  |  | 43 | Transporte                                  |

O delineamento das sessões foi planejado de acordo com as fases preconizadas na metodologia do Laboratório de Mudanças de modo a seguir as fases de questionamento, análise e modelagem.

As sessões foram planejadas de modo que os pesquisadores estimulassem os participantes a realizarem algumas tarefas, incentivando sua participação. As tarefas foram propostas através do método da Dupla Estimulação

proposto por Vygotsky (1978). Como primeiro estímulo foram preparados dados acerca do objeto em questão, o paciente crônico internado aguardando pela vaga. Por receio de exposição aos pacientes, nas primeiras sessões foi evitada a projeção de imagens em vídeo do mesmo e foi levada a transcrição do discurso como dado espelho. Esse cuidado foi tomado por se tratar de metodologia recente no Brasil e pelo ineditismo de espaços amplos de discussão em ambientes de trabalho, criando um certo receio nos pesquisadores sobre a exposição dos pacientes, embora tenha havido o consentimento tanto do paciente quanto da instituição para as filmagens. Conforme a intervenção evoluiu, os pesquisadores se sentiram mais à vontade para utilizar os vídeos enquanto dados espelhos.

Durante as sessões, os pesquisadores estimulam as ações de questionamento dos aspectos críticos da prática atual, sua evolução histórica até a fase atual e a perspectiva de criação de um novo modelo, através da análise das contradições internas que o sistema atual apresenta (Virkkunen, Jaakko e Newnham, Denise Shelley, 2015). Espera-se que em cada fase haja microciclos de aprendizagem.

Todas as sessões foram gravadas em áudio e vídeo e transcritas posteriormente. Após cada sessão a pesquisadora principal procurava ouvir ou assistir as sessões no mesmo dia ou no dia seguinte. Ela realizava um relato das impressões e repassava para seu orientador e grupo de planejamento. O relato e as discussões da sessão anterior serviam como base para análise e planejamento da sessão seguinte. Na impossibilidade da participação do orientador nas reuniões de planejamento presencialmente ou por Skype, eram realizadas reuniões paralelas de orientação e acompanhamento da evolução dos achados do estudo.

Durante a redação dos resultados do estudo, foram utilizadas as transcrições das falas e analisadas as temáticas surgidas durante o discurso. As informações foram organizadas para a análise de situações que demonstrem dados relevantes ao estudo, tais como os micro ciclos de aprendizagem ou expressões de agência dos envolvidos, por exemplo.

#### **6.4 Questões Éticas**

Os aspectos éticos relacionados ao desenvolvimento de pesquisas foram respeitados de acordo com as normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de

Saúde (Resolução CNS 466/2012, envolvendo pesquisas com seres humanos).

Para a realização da pesquisa foi obtida primeiramente autorização formal da instituição hospitalar permitindo acesso dos pesquisadores ao local durante o período da pesquisa (anexo A).

Os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos dos objetivos e metodologia, receberam o Termo de Responsabilidade, assinado pela pesquisadora e uma testemunha, onde a mesma se comprometeu a cumprir com os preceitos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos (Apêndice A).

A execução do projeto ofereceu riscos mínimos aos participantes.

Está prevista a devolutiva para servidores e instituição, compromisso assumido já no pedido de autorização.

Enquanto pesquisa, essa intervenção está vinculada ao Projeto de Pesquisa Temático sob coordenação do Prof. Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela e tendo enquanto um dos pesquisadores principais o Prof. Ildeberto Muniz Almeida, da Faculdade de Medicina de Botucatu, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. O Projeto é denominado “Acidente de Trabalho da Análise Sócio Técnica à Construção Social de Mudanças” – FAPESP (2012/04721-1) aprovado em março de 2013 com vigência até março de 2018. O projeto possui aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Protocolo No. 11886113.5.0000.5421).

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A demanda inicial da diretoria do hospital dizia respeito ao absenteísmo de equipe de enfermagem. Conforme os dados foram sendo coletados e ao se analisar as planilhas de faltas dos funcionários, notou-se que as faltas no setor de hemodiálise eram menos frequentes que em outros setores do hospital. Embora a hemodiálise não fosse o setor com maior índice de absenteísmo, as faltas de funcionários apresentam um alto impacto no setor, pois somente os funcionários do mesmo setor conseguem cobrir a falta de seus colegas, devido à necessidade de especialização e conhecimento do funcionário.

Conforme as conversas evoluíram, surgiram relatos de dificuldades ligadas a interações entre funcionários da nefrologia e outros setores do hospital, relativos a conflitos, classificando a nefrologia como fechado e exigente. Esse histórico recente de queixas sugeriu crise nas interações entre setores do serviço após a decisão de se internar o paciente renal crônico para aguardar vaga ambulatorial para a hemodiálise. A partir desse momento, novas interações surgem entre os setores envolvidos e o paciente internado.

Dividiremos os resultados em duas etapas: 1) fase de negociação e coleta de dados e 2) sessões do LM propriamente ditas.

### 7.1 Fase de Negociação e Coleta de Dados Etnográficos

Na fase inicial da negociação, foram realizadas reuniões com um grupo composto pela assistente social do setor de recursos humanos, que foi a interlocutora entre o hospital e a equipe de pesquisadores, acompanhando e apoiando toda a intervenção, a gerente de enfermagem, técnica do serviço de engenharia e segurança do trabalho (SESMT) e supervisora do RH. Durante essas reuniões foram apresentados dados referentes ao setor de hemodiálise (HD), tais como índices de absenteísmo, listagem de trabalhadores divididos por turnos, número de sessões de diálises mensais, entre outros. Também foram realizadas duas reuniões com a diretoria executiva para a validação da proposta da pesquisa.

Durante as reuniões com a diretoria, num primeiro momento foi exposta a situação de crise atual do setor de hemodiálise, com queixas relativas à conflitos entre a supervisão de enfermagem e trabalhadores. Destacamos que em meio a

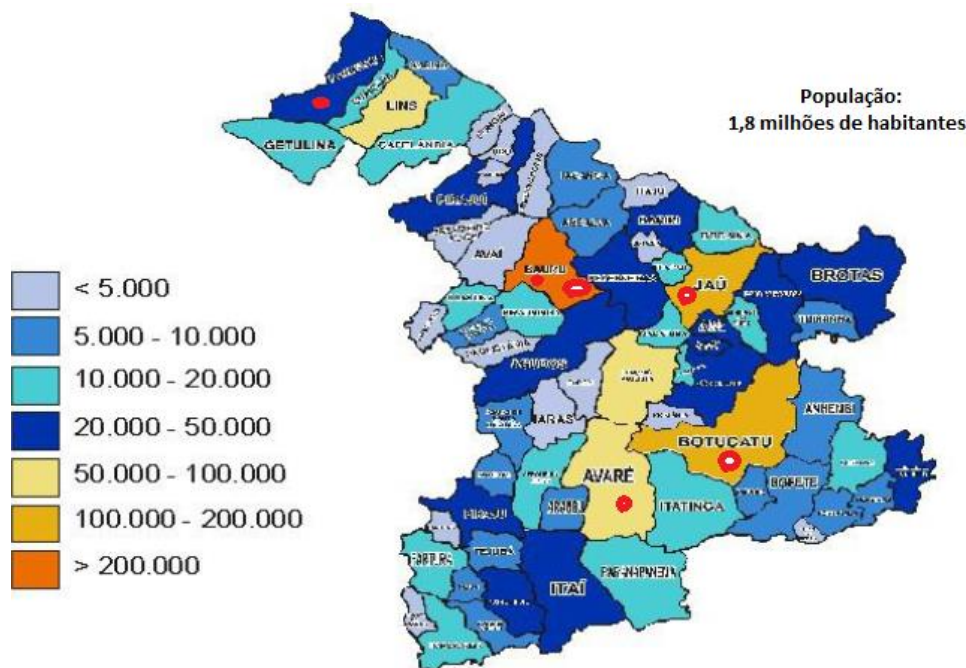
coleta de dados a supervisora foi transferida para outro setor num rearranjo de organograma que abrangeu todo o hospital. Houve um receio por parte dos pesquisadores que esse fato pudesse ser atribuído à pesquisa, uma vez que estávamos realizando entrevistas coletivas. Vale ressaltar que durante as entrevistas não houve relato de queixas da referida chefia. Ao contrário, após sua saída, houve uma reação da equipe na nefrologia em defesa de sua permanência com ameaça de paralisação do setor. Após esses fatos e por estarmos em época de final de ano, os pesquisadores interromperam a coleta de dados até a nova chefia assumir e a situação normalizar.

Na segunda reunião já surgiram expressões de conflitos entre equipes (hemodiálise, internação e centro de terapia intensiva, comissão de infecção hospitalar, etc) decorrente da internação do paciente crônico. Durante a coleta de dados, tais questões emergiram pelo fato da hemodiálise realizar seus atendimentos de forma sistematizada, com horários de “ligar” e “desligar” o paciente no salão, cobrando de certa forma, que outros setores os atendessem prioritariamente nas demandas, como por exemplo, a expedição de medicamentos na farmácia, quando necessárias, o transporte imediato de pacientes internados nas enfermarias para realizar a hemodiálise na salinha, etc. Outros conflitos diziam respeito à queixas relativas a episódios de infecção hospitalar em pacientes da nefrologia, usualmente maiores que em pacientes de outras especialidades (United States Renal Data System, 2016). Isso ocorre por esse paciente permanecer com acesso vascular por longo período e muitas vezes apresentando outras comorbidades. Esse risco é potencializado pelo longo período de internação em situação de aguardo de vaga para atendimento de hemodiálise ambulatorial.

Para avaliar essas possíveis dificuldades no relacionamento, se buscou ouvir dos setores as queixas relativas à hemodiálise. Foram levantados 43 setores com respectivamente 39 responsáveis, com os quais a hemodiálise possui relação direta (**Quadro 2**). Foi elaborado um questionário (apêndice C), no qual se perguntou sobre as interações entre o setor específico e a hemodiálise, abordando possíveis situações de dificuldades ou problemas entre os mesmos.

O setor de hemodiálise do hospital em questão atende à demanda de uma região composta por 68 municípios. Na mesma região existem mais 05 serviços de hemodiálise que atendem pelo Sistema Único de Saúde – SUS (Figura 7), sendo um deles no mesmo município do hospital estudado. O Departamento Regional de

Saúde – DRS, que segundo a legislação: “é responsável por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação inter setorial, com os municípios e organismos da sociedade civil” (SÃO PAULO 2006), realiza a distribuição dos pacientes renais crônicos que necessitam de vagas para nefrologia. O paciente pode ser renal agudo ou já um renal crônico, quando evoluiu para a necessidade de TRS. As vagas são distribuídas para os serviços de acordo com a micro-região ou proximidade do centro de nefrologia.



**Figura 7 – distribuição dos serviços de diálise na região**

### **História e organização da nefrologia no hospital**

O serviço de hemodiálise no hospital estudado teve início em 2007, com dois turnos: matutino e vespertino. A inauguração oficial se deu em 2008. Nessa época a equipe era composta por 4 enfermeiros e 6 técnicos de enfermagem e a capacidade instalada era de 10 máquinas. O setor foi crescendo de acordo com a demanda até chegar ao seu limite em 2011.

Antes da inauguração, em 2008, o serviço teve início em uma sala ao lado do setor do Centro de Terapia Intensiva (CTI), adaptada para a instalação das máquinas de hemodiálise, com pontos de água tratada, onde eram atendidos poucos pacientes.



Existem duas formas de TRS no hospital: a hemodiálise e a diálise peritoneal. A equipe de hemodiálise é subdividida, com atendimento ao paciente renal crônico, num ambulatório denominado “salão” e o atendimento ao paciente com insuficiência renal aguda (IRA) nas UTIs (infantil, unidade de queimados, UTI adulto e CTI).

### **Salão**

A hemodiálise é realizada no hospital ambulatorialmente, num salão composto atualmente por 33 máquinas fixas, que necessitam de ponto de água para seu funcionamento (Figura 8)

A água utilizada na hemodiálise exige controle rigoroso de acordo com as legislações para que não haja risco de contaminação para o paciente. Nesse setor trabalham 54 técnicos de enfermagem, 7 enfermeiros e 8 médicos nefrologistas, atendendo 197 pacientes em 3 turnos: manhã (6h às 12h), tarde (das 11h às 17h) e noturno (das 16h às 22h). Os pacientes são divididos em duas turmas: uma que realiza a hemodiálise às segundas, quartas e sextas e outra às terças, quintas e sábados.

A rotina de cuidado com esses pacientes consiste em “instalá-lo”, ou seja, conectá-lo à máquina de hemodiálise através de seu acesso vascular (fístula ou cateter) junto aos capilares ligados ao dialisador, que faz o papel dos rins do paciente, acompanha-lo pelo período da diálise (geralmente 4h) e “desliga-lo” da máquina. Os momentos de ligar e desligar os pacientes são os momentos que demandam mais atenção por parte do trabalhador: separar as linhas para ligá-las corretamente e realizar a programação da máquina de acordo com a prescrição médica. Cada trabalhador fica responsável por ligar, desligar e acompanhar 4 pacientes, limite imposto pela RDC N° 11 de 2014 (Brasil, 2014c).

Os horários da equipe da tarde coincidem em 1h com a saída da equipe da manhã e a entrada da equipe da noite. Nesses momentos há a colaboração entre as equipes de turnos diferentes no ligar e desligar os pacientes. Durante as entrevistas ficou clara a colaboração entre as equipes, inclusive nas trocas ou dobradas de horário. O turno da manhã é tido como o mais tranquilo pelos funcionários e o da tarde o pior, tanto por ficar entre dois turnos, como por ter pacientes em condições de saúde mais frágeis, acamados ou com comorbidades.



**Figura 8 – hemodiálise no "salão"**

A equipe do salão convive com o paciente renal crônico por longo período de tempo, às vezes durante anos.

Nas entrevistas com a equipe de enfermagem surgiram relatos, conforme estudou Soares (2012), sobre a exigência emocional necessária para o trabalho, em função da longa convivência com os pacientes, criando relações afetivas e vínculos na esfera privada, com sentimento de perda diante de sua morte, como alguém de sua família, com sentimentos de cansaço e desgaste emocional:

*Técnica 1: A maioria a gente tem amizade até fora... com alguns daqui tem festa (...). Tem sempre um ou dois que eu não me dou e sempre os mesmos que elas [apontando para 3 colegas] também não se dá [sic] [risos]. (...). Tem uns pacientes chatos, tem paciente que perturba por nada.*

*Técnica 3: Nem todos os dias estamos bem, mas precisamos esquecer os problemas lá fora se possível e cuidar das pessoas no qual estão precisando de nossas ajuda. (...) gosto muito do que faço, me sinto muito útil, tem dia que quero ir embora e não voltar mais, principalmente quando paciente morre... (...) a gente tem um vínculo com o paciente tanto da hemodiálise quanto diálise peritoneal. 99% dos pacientes da diálise peritoneal tem o meu celular, se eles precisarem, qualquer horário eles vão ligar, seja por máquina, por dor de barriga, seja lá como for, então eu conheço eles e eles me conhecem.*

Por outro lado, o longo período de convivência com esses pacientes pode trazer dificuldades ao se lidar com um paciente mais difícil. Essas situações

corroboram o descrito por Vioulac (2016), que traz o stress para o trabalhador de enfermagem da hemodiálise.

*Técnica 2: Tem uns que são muito poli-queixosos ... ele acha que a dor dele é a maior de todo mundo e quer mais atenção.*

*Técnica 1: Tem um paciente nosso quer que fica um enfermeiro só pra ele... ele grita... xinga... esperneia(...). Ele tem câimbra aqui [apontando a perna direita] a mão dele tá livre [se referindo a mão esquerda] ele pode passar a mão...mas ele quer que você vem passar, você que é paga pra isso, (...).*

## **IRA**

A equipe IRA – insuficiência renal aguda - é composta por 8 técnicos de enfermagem que trabalham 24 horas em turnos de 6h diurnas ou 12h noturnas. Essa equipe atua, conforme já citado, nas UTIs (infantil, unidade de queimados, UTI adulto e emergência), onde realizam os procedimentos de hemodiálise nos pacientes que se encontram em situação de insuficiência renal aguda. Atualmente essa mesma equipe atende pacientes crônicos que se encontram internados porque não conseguiram vaga ambulatorial na hemodiálise (salão). No momento da coleta, esse número era de 12, mas pode variar semanalmente, seja com a entrada de novos pacientes necessitando de uma TRS, seja por liberação de vaga no salão. Essa equipe sofre o impacto direto da chegada de novos pacientes em situação de emergência no hospital, mesmo sem leitos, a chamada vaga zero<sup>10</sup>, situação em que o paciente tem que ser atendido, mesmo sem a existência de vaga, pois corre o risco de morte.

## **Mudança da atividade e hipótese de surgimento de contradições – a “salinha”**

A necessidade de internar paciente em situação de espera de vaga ambulatorial de hemodiálise levou a equipe a buscar um espaço para dialisá-lo. O paciente não poderia ser dialisado na enfermaria em que se encontra internado (ficam concentrados no 4º. ou 5º. andar, dependendo da disponibilidade de vagas),

---

10 A vaga zero é a possibilidade dentro das diretrizes da regulação médica em urgência e emergência, em que o médico regulador decide os destinos hospitalares, não aceitando a inexistência de leitos vagos para garantir o atendimento em situações de urgência. SAÚDE., B. M. D. (2002). PORTARIA Nº 2.048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF. **219:** 32-54.

pois há a necessidade de um médico e enfermeiro presentes no local. Além disso, há a necessidade de pontos de água tratada, com critérios de rigorosos de controle. Desse modo, foi montada uma sala, ao lado do setor de CTI – Centro de Terapia Intensiva, antes chamado de emergência, com 4 máquinas fixas instaladas. Esse local é denominado de “salinha” pelas equipes. Lá os pacientes crônicos e agudos internado são dialisados conforme a demanda do dia. Em dias com maior número de pacientes renais agudos, esses têm prioridade, pois se trata de pacientes mais graves e com mais comorbidades. Desse modo, não há um horário fixo para o atendimento dos pacientes. Há um nefrologista responsável pelo atendimento dos pacientes agudos que passam visita durante o dia e realizam a prescrição. No período noturno, os plantões ocorrem à distância e caso haja alguma intercorrência, o nefrologista é acionado.

No atendimento na “salinha”, anexa ao CTI,

*Enfermeira da IRA: [...] E a gente vai por urgência...sempre começando pelos pacientes mais graves... “ah não tem nenhuma urgência”... vamos tocando os pacientes ali da salinha... mas se aparecer alguma urgência você tem que ir pra urgência...*

*Pesquisadora: E no caso do paciente passar mal como acontece aqui no salão? o médico que assiste é o médico da urgência?*

*Enfermeira da IRA: Da urgência (...) não tem nefrologista lá...(...) o suporte seria enfermeira e o médico que está na urgência... isso é um grande dificultador... porque além deles não serem especialistas a gente ali parece que está incomodando... porque virou um serviço a mais pra eles (...) se é uma (...) câimbra... uma hipotensão... o funcionário primeiro liga pro médico que está aqui no salão da hemodiálise e ele pede a conduta do médico daqui... nós também temos os médicos nefrologistas passando nas UTI’s, avaliando os pacientes que vão dialisar no dia... a gente sabe quem é o médico... ou liga pra aquele médico e ele dá a conduta... precisou de alguma coisa da parte da enfermagem(...) eles ligam pra mim, aí eu vou até lá pra resolver o problema.*

Esse ajuste à uma necessidade de mudança criou interações antes inexistentes e vistas como potencialmente problemáticas para diversos setores do hospital.

**Técnico IRA1:** *Na verdade(...) a gente não tem nem espaço nem máquina pra dialisar todos esses pacientes que veio. Antigamente não tinha um lugar pra dialisar esses pacientes que não tem vaga e aí do nada surgiu uma salinha: vamos “socar” esses pacientes lá e vamos dialisar [todos riram]. (...) Eles colocavam 4, 6 pacientes pra dialisar lá naquela salinha lá (...) antes não tinha isso, porque não tinha tudo isso de paciente. As vezes eram dois, três pacientes(...) ficava naquela de pedir um leito lá no CTI/emergência...pra gente descer o paciente (...).ai a demanda foi crescendo e não tinha mais*

*como emprestar um leito... Ai foi onde eles cederam o espaço lá da emergência pra gente...aí começamos com quatro leitos lá (...).depois começou a aumentar...aumentar...aumentar...e a hora que a gente viu...a gente já estava enfiando seis pacientes lá...mesmo que não podia...porque a gente não ia conseguir dar conta da demanda dos pacientes (...) qual que é o problema maior...a dificuldade que a gente tem de aceitação do setor que a gente vai lá pra poder dialisar, porque a gente da IRA sempre vai precisar da casa dos outros... que na verdade eu não acho que seja casa dos outros...a casa é nossa...porque a gente só presta um serviço diferenciado que eles não tem a mão de obra...*

### **Ambulatório de pré diálise**

O hospital também possui um ambulatório de nefrologia que acompanham os pacientes com algum tipo de insuficiência renal encaminhados pela rede de atenção básica à saúde. São acompanhados pacientes que se encontram na fase 3 e 4 da DRC. Nesse ambulatório os pacientes com problemas renais são acompanhados até o ponto em que se tornam crônicos e necessitem de uma TRS. Nesse momento, é passado para o paciente e seus familiares o diagnóstico da necessidade de uma TRS, apresentadas as opções e na sequência a escolha do método, que pode ser a hemodiálise ou a diálise peritoneal. Também são realizados diversos exames para se avaliar os critérios de inserção desse paciente na fila para transplante renal. Atualmente dois médicos atuam nesse serviço no hospital.

#### **7.1.1 Fluxo do paciente de nefrologia**

Como se constrói a fila de pacientes que necessitam de atendimento de nefrologia até sua chegada ao serviço? O paciente pode dar entrada no serviço de nefrologia por diversas maneiras:

- Ambulatório de pré-diálise do hospital: o paciente que já realiza acompanhamento pelo ambulatório e que chegou ao limite das funções renais.
- Paciente que é internado com outras patologias, como por exemplo, queimados, “pé diabético” (interna para o setor vascular), cardiologia etc, em situação de IRA e posteriormente se tornam pacientes renais crônicos;
- Paciente que finaliza no serviço como “vaga zero” (risco de morte) e entra através da urgência do hospital;

- Paciente que vem como demanda judicial

A demanda por vagas de TRS no hospital é alta. Conforme citado, o hospital atende região de 68 municípios.

O próprio ambulatório de pré-diálise do hospital acaba sendo uma fonte geradora dessa demanda. Quando o paciente renal crônico evolui para a fase terminal (T4 ou T5) e necessita de uma TRS, o hospital informa o DRS, que oferta vaga no serviço regionalmente onde houver disponibilidade. Geralmente esses pacientes manifestam interesse em permanecer no próprio local onde já são acompanhados pelos mesmos nefrologistas por já existir uma relação de vínculo e confiança na equipe, que é a mesma que atua na hemodiálise. O hospital informa o DRS.

### **7.1.2 O Estado como regulador das vagas hospitalares**

A responsabilidade com relação à regulação, no que tange às referências intermunicipais (que acabam abrangendo parte dos procedimentos de média e praticamente toda a alta complexidade), é do gestor estadual, inclusive quanto ao desenho das redes.(BRASIL 2011). No Estado de São Paulo esse papel cabe à Secretaria Estadual de Saúde através dos Departamentos Regionais de Saúde - DRS.

Foram realizadas duas entrevistas com representantes do DRS, responsável pela distribuição das vagas regionalmente, para os 68 municípios. O Departamento possui conhecimento da existência de pacientes internados e alega que as vagas existem e estão disponíveis em município localizado a 130 Km de distância do município do hospital estudado. Sobre a problemática da negativa do paciente em aceitar o tratamento fora do domicílio, a supervisora da regulação relatou:

*DRS regulação: (...) O problema maior de estar internado é na região de [nome do município]...a gente não vê essa procedência nas demais regiões...e aí uma outra coisa que está sendo trabalhada é da gente (...) fazer um termo de compromisso do serviço... do paciente para ele entender que quando ele chegar no hospital, que ele vai aceitar ir para a referência...aí a gente pode encaminhar esse processo pra [cita nome de 3 município na região] e colocar esse paciente...a gente entende essa questão da distância que eu acho que é bem cultural...ele não quer ir pra essa região...(...) prefere ficar*

*lá internado esperando sair a vaga em [cita o município de origem]... que a gente sabe que é muito complicado...paciente dialisado a gente não sabe quanto tempo que ele vai ficar na máquina. ... então realmente é cultural.*

Foi apresentada para as representantes do DRS no início da entrevista, a proposta da Metodologia do Laboratório de Mudanças e possibilidade de convite para a participação em algumas sessões, porém, o convite fora enfaticamente declinado.

Atualmente, o Departamento Regional de Saúde – DRS, não encaminha sua demanda para o hospital estudado, por ter conhecimento da existência uma demanda interna (pacientes internados) que irão preencher as vagas que vierem a ser disponibilizadas ambulatorialmente (salão).

O Estado como regulador das vagas regionalmente compreende a negação de tratamento em outro município (distante 130 Km de sua residência) por parte do paciente como sendo característica “cultural”. Todavia, vários fatores estão “em jogo” e não são considerados.

A doença renal crônica é irreversível e um tratamento implica no paciente viajar três vezes por semana, muitas vezes com transporte público, tendo que aguardar o horário de tratamento de outros pacientes e a se submeter a sessões que duram entre três a quatro horas cada. Isso pelo resto de sua vida ou até que ele consiga um transplante renal. Há relatos de pacientes que aceitam o tratamento fora e no dia seguinte já solicitam transferência para seu município de origem. As transferências dificilmente ocorrem, pois necessitam de disponibilidade de vaga.

Outro critério citado por pacientes é a preferência pelo tratamento no hospital estudado. No município existem dois serviços que realizam hemodiálise, porém a preferência é pelo serviço estudado, mais novo e reconhecido por sua excelência.

Conforme dito anteriormente, o vínculo com o serviço e com a equipe também deve ser considerada. A grande maioria dos pacientes acompanhados pelo ambulatório de pré-diálise prefere permanecer na instituição para ser acompanhada pela mesma equipe.

Esses pacientes, somados aos que entram no serviço pela urgência como renais agudos e cronificam, aos pacientes que chegam de vaga zero e àqueles que vem de demanda judicial, acabam por sobrecarregar o setor.

### 7.1.3 O problema da falta de vagas e a internação

Após a coleta inicial de dados, os pesquisadores chegaram a um diagnóstico preliminar de que as dificuldades nas relações entre a hemodiálise e os demais setores poderiam ter origem no fato de que antes os pacientes que eram acompanhados pelo ambulatório de nefrologia do hospital, quando necessitavam de TRS geralmente conseguiam vaga no próprio hospital ou em outra instituição do município. Porém, atualmente, com a demanda por vagas acima da oferta e com a recusa de tratamento fora do domicílio, passou-se a internar os pacientes para realizar o procedimento de hemodiálise enquanto o mesmo aguarda a liberação da vaga ambulatorial por 3 meses ou mais.

O relato de surgimento de conflitos após o advento das internações de pacientes no aguardo de vagas levou os pesquisadores à buscarem maiores informações com o objeto da atividade conjunta, conforme preconizado por Virkkunen and Newnham (2015, p. 142). Nesse sentido, foram entrevistados e filmados pacientes que realizavam hemodiálise no salão e pacientes internados. O material da filmagem e gravações foram utilizados também como dados espelhos nas sessões.

As entrevistas realizadas com os pacientes internados para aguardar vaga ou que já passaram por essa situação revelaram sentimentos de frustração e isolamento, por se encontrarem bem de saúde e ao mesmo tempo necessitando ficar internados somente para “segurar seu lugar na fila” pois não receberiam alta hospitalar por necessitarem da hemodiálise. Eles são privados de sua rotina, ao mesmo tempo que possuem um sentimento de gratidão pela equipe que os atende e acolhe:

*Paciente 1: Quando você está em casa você tem uma rotina totalmente diferente...aqui você fica privado de muitas coisas (...). eu fazia caminhada duas vezes por semana na rua....aqui é só dentro do corredor (...) eu só posso ir para o outro quarto...não tem jeito ...[sorrindo] e as amizades que eu tinha também... porque a gente estava sempre saindo (...) tinha um churrasquinho pra gente ir de domingo...e aqui é totalmente diferente: comidinha do hospital só e dormir durante o dia [sorrindo].(...) Aqui você fica trancado..., você não tem opção nenhuma... então é difícil...até pra falar fica difícil [segurando o choro], porque...a vida lá fora é outra.*

*Paciente 2: O problema é chegar até aqui. Depois que chega aqui é bem tratado.*



#### **7.1.4 A opção pela internação, a ocupação de leitos do hospital e suas consequências**

Na entrevista com os médicos nefrologistas emergiu o sofrimento da equipe ao ser obrigada a internar o paciente para poder atendê-lo e mantê-lo vivo ao mesmo tempo que se culpa por intercorrências nas condições de saúde desse paciente em função do longo período de internação, tais como infecção hospitalar ou depressão.

A equipe também sofre por aumento da carga de trabalho, principalmente aos fins de semana, quando os profissionais tem que atender os pacientes agudos internados nas Unidades de Terapias Intensiva – UTIs (adulto, pediátrica e queimados), pacientes crônicos internados no aguardo da vaga (número varia entre 10 e 15) e pacientes que chegam na urgência, que embora seja referenciada (atende demandas internas ou encaminhadas pelo sistema de regulação), é “porta aberta” para serviços de nefrologia e oncologia. Também há os pacientes que finalizam como “vaga zero”, quando o setor de urgência necessita de vaga para aquele paciente em função de sua gravidade. Esse paciente potencialmente apresenta algum grau de insuficiência renal. O hospital é obrigado a atender, mesmo sem leitos disponíveis. Além da rotina de avaliação detalhada do quadro de saúde, os médicos também têm que realizar micro procedimentos cirúrgicos, tal como passar um cateter (acesso venoso em paciente recém admitido) para viabilizar a hemodiálise.

*Médico nefrologista 2 (...) Chegou ao absurdo de um médico ver de 35 a 38 pacientes no fim de semana e hoje tem um problema muito grande na equipe da nefrologia... chegou num ponto de todo mundo falar “eu não quero mais fazer uma cobertura num final de semana”...a gente fez um acordo de cavalheiro e todo mundo vai ter que ajudar... tem pessoas que já pediram pra sair da escala e vai chegar num ponto que as pessoas vão falar “eu vou sair do hospital” (...)a última cobertura que eu fiz eu voltei na sexta-feira de madrugada e no domingo de madrugada CROSS<sup>11</sup> e vaga zero... então assim... isso tem sobrecarregado demais a equipe médica(...) da pessoa que é mais tranquila do mundo chegar e falar pra gente “meu, vocês me conhecem...”, (...), uma semana antes [do plantão de fim de semana] “eu estou insuportável na minha casa”...tá gerando na verdade...a gente fala tensão pré cobertura”...*

---

11 Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde, criada pelo **Decreto nº 56.061, de 2 de agosto de 2010**

Também foram entrevistadas as enfermeiras da enfermaria onde os pacientes crônicos permanecem internados com o intuito de se obter mais dados sobre a interação com os pacientes internados e os impactos da internação na rotina do setor. O momento em que esse paciente é internado coincide com o momento do diagnóstico da doença crônica terminal, causando um impacto em sua vida e de seus familiares:

*Supervisora da internação: No início eles vem sem noção nenhuma do que vai acontecer com eles...que ele vai se submeter a um tratamento hemodialítico três vezes por semana (...) eles ficam estressados, muitas vezes hostis (...) eles permanecem aqui dois, três e até quatro meses pra conseguir essa vaga. Pra equipe é bem complicado. Acaba gerando um estresse pra gente aqui...*

*Enfermeira internação 2: quando dizem pra ele que ele vai fazer hemodiálise pelo resto da vida é uma outra questão (...) eles são pegos de surpresa: "você vai fazer hemodiálise". o paciente chora...a família se desespera....situação bem difícil...*

As enfermeiras relatam dificuldades ao lidar com esse paciente e também na rotina de transportá-los para dialisar:

*Supervisora da internação: Eles ficam bravos...se revoltam...acham que a culpa é do hospital...tem uns pacientes que são difíceis de lidar...lidar por conta do stress dele (...) ele acha que porque ele é um paciente de hemodiálise e ele conhece o médico tem que ser feito o diferencial e o tratamento é igual pra todos os pacientes...(..) tem que ter todo um jogo de cintura pra lidar os pacientes de hemodiálise...*

*Enfermeira internação 2: a gente acaba meio que levando pro outro lado pra não ter que bater de frente com o paciente...é um estress na equipe...a equipe fica mais cansada...*

*Supervisora da internação: Tem que descer "lá embaixo"...lá perto da emergência...a gente desce aquele corredor inteiro....tem que ir em duas pessoas....porque tem que ir com a cama.....você imagina 12 pacientes...é praticamente todo dia...*

A internação impacta não somente na enfermaria, mas no hospital em geral. Esses leitos ocupados sem a real necessidade de tratamento hospitalar acabam reduzindo a rotatividade de leitos em uma situação já difícil da atenção terciária. A falta de leitos nas instituições hospitalares é uma situação que constantemente é alvo de crítica de meios de comunicação. Historicamente a atenção hospitalar apresenta uma demanda reprimida, com oferta de vagas aquém da demanda, por diversos motivos: alto custo econômico, necessidade de procedimentos de diagnóstico complementar e por ser altamente especializada (Sapata *et al.*, 2006).

A responsável pelo gerenciamento de leitos colocou a situação atual vivenciada pelo hospital em relação aos leitos em geral. Ao mesmo tempo que o paciente renal crônico ocupa um leito de internação sem necessidade real de estar internado, há pessoas aguardando a vaga hospitalar há dias nos serviços de urgência. Aqui a equipe visualiza uma situação de *double bind*, traduzida como vínculo duplo para o português ou dilema. (Virkkunen e Newnham, 2015) citam Bateson na definição de uma situação em que os atores enfrentam situações inaceitáveis e sem saída em seu sistema de atividade, indicando um impasse a ser solucionado:

*Gerente de acolhimento: (...) A gente tem 365 leitos na instituição e a gente pega plantão com 98% de ocupação... acima do limite que era pra estar (...) só que você também não tem onde pôr... aí tem paciente internado que poderia ir de alta [nefrologia]... mas também não vai e o paciente que tá lá na ala do pronto socorro esperando vaga pra entrar.*

Como consequência da falta de leitos, muitos pacientes acabam buscando a via judicial para garantir o acesso ao atendimento terciário. O paciente que entra com solicitação judicial passa na frente dos demais pacientes que aguardam pela vaga, mas o critério nesse caso, nem sempre atende à gravidade e urgência do caso.

*Responsável pelo gerenciamento de vagas: O oficial de justiça (...) entrega na porta aqui do hospital nos finais de semana (...) algumas vezes eles colocam intimando a DRS e a diretora do Hospital (...), porque eles entendem que aquela patologia tem que ser pra cá... então eles querem que o paciente interne aqui (...) nesses casos a gente chama o paciente... passa na frente de todos os outros que estão esperando vaga porque tem um tempo... traz o paciente pro hospital ou vai ser presa.*  
*(...) Eu cuido de todos os 335 leitos do hospital mais o CROSS que é externo... então a gente tem que trabalhar com a demanda interna nossa que é de ambulatório que a quantidade não é tão pequena... não só da nefro...*

Os dados etnográficos revelaram distúrbios e perturbações na atividade de atenção ao paciente renal crônico em diversos níveis e interligadas, agravados com a necessidade de internação de pacientes crônicos em virtude da falta de vagas ambulatoriais na instituição.

Na tentativa de se avaliar a dimensão dos conflitos nessas interações, ainda na fase de coleta de dados foram aplicados questionários por e-mail aos 39 representantes dos 43 setores (**Quadro 2**). Os questionários foram enviados por e-

mail e após um prazo de 15 dias, as pessoas que não haviam respondido foram lembradas e convidadas a responder. Também foi oferecido o recolhimento dos questionários respondidos no local de trabalho, caso o entrevistado assim desejasse. Foram obtidas 11 (25,5%) respostas. Nas respostas, não houve manifestações de queixas ou conflitos com o setor. Apesar do índice de resposta ser considerado baixo, optou-se por dar continuidade e aprofundar possíveis conflitos entre as equipes durante as sessões. Abaixo um quadro resumo (**Quadro 3**) das principais hipóteses de mudanças após a internação dos pacientes, que serão melhor discutidas durante as sessões do LM:

### Quadro 3 – Principais mudanças na atividade dos setores após internação do paciente RC

| Setor                     | Antes da internação  | Distúrbios relatados após a internação   |
|---------------------------|--|--|
| <b>CTI/emergência</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Atendimento referenciado para emergências</li> </ul>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Atendimento de portas abertas para os pacientes que são acompanhados ambulatorialmente para hemodiálise e diálise peritoneal;</li> <li>Socorrer intercorrências dos pacientes crônicos internados que dialisam na salinha;</li> <li>Ruído das máquinas de HD e avariação das paredes pelo transporte constante das mesmas;</li> <li>Reposição do carrinho de emergência (de quem é o paciente)</li> </ul> |
| <b>Enfermaria</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Não havia paciente com DRCT internado</li> </ul>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Transporte de pacientes até o térreo para dialisar na salinha</li> <li>Curativo do cateter</li> <li>Atribuição da infecção do paciente ao setor</li> <li>Perda dos leitos para o paciente da HD</li> </ul>  |
| <b>IRA</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Dialisava somente pacientes agudos, geralmente nas UTIs e CTI.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Dialisar o paciente sem respaldo da equipe médica e de enfermagem</li> <li>Sensação de invasão do espaço alheio;</li> <li>Conflitos decorrentes de atuação frente à intercorrências</li> </ul>  |
| <b>Pacientes</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Conseguiam vagas ambulatoriais para HD</li> </ul>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Transtornos emocionais</li> <li>Aumento do índice de infecção hospitalar</li> </ul>   |
| <b>Nefrologistas</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Plantão para atender IRAs</li> </ul>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Plantão para atender IRAs + crônicos internados (último dado: 14 pacientes)</li> <li>Aumento da carga de trabalho nos plantões aos fins de semana.</li> </ul>   |
| <b>Acolhimento/leitos</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Maior disponibilidade de leitos.</li> </ul>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Agravamento da disponibilidade de leitos com menos rotatividade.</li> </ul>   |

## 7.2 Escolha dos Participantes das Sessões Do LM

A escolha dos participantes nas sessões do LM seguiu a lógica de formar um grupo unindo os trabalhadores da HD, representados por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, e representantes dos demais setores que interagem com a HD. O serviço de engenharia e segurança e medicina do trabalho – SESMT foi convidado a participar por solicitação do RH para que o setor tivesse maior conhecimento das interações entre os trabalhadores do hospital e possíveis impactos na saúde e absenteísmo.

Alguns setores se destacaram durante a fase de coleta de dados etnográficos relatando distúrbios após a internação do paciente renal crônico. Os representantes desses setores, representados no Quadro 3, foram convidados a compor o grupo para as sessões do LM. O Quadro 4 traz um resumo das sessões:

**Quadro 4 – Sequência das sessões do LM**

| Sessão       | Data  | Conteúdo   |
|--------------|-------|--|
| Apresentação | 14/9  | Apresentação dos pesquisadores e da metodologia; Compromisso da gerência do hospital com a intervenção.  |
| 1            | 28/09 | Breve apresentação da metodologia (já realizada em reunião anterior) e participantes;<br>Questionamento: distúrbios em cada setor representado em função da internação do paciente;<br>Dado espelho: relato de paciente sobre sentimento de “parecer estar em uma prisão sem grades” por estar internado compulsoriamente para aguardo da vaga.      |
| 2            | 05/10 | Continuação dos dados especulares acerca das perturbações após prática de internar o paciente.   |
| 3            | 26/10 | Início da construção da linha histórica da hemodiálise. (convite para participação de funcionários antigos). Se possível, apresentar o sistema de atividade aos participantes.<br>Modelar a forma anterior da atividade. Modelar a forma atual da atividade e suas principais contradições internas, que emergem em forma de problemas e distúrbios. |
| 4            | 09/11 | Construção da linha histórica da hemodiálise (continuação);  |
| 5            | 23/11 | Modelagem: Buscar ideias de maneiras possíveis de mediar as contradições encontradas, de modo a solucioná-las ou melhor gerenciá-la. Possíveis soluções.   |
| 6            | 30/11 | Modelagem: Preparar um plano de implementação experimental do novo modelo.   |
| 7            | 06/12 | Apresentação pelos grupos dos planos elaborados. Discussão de possíveis obstáculos e necessidades à sua implementação.   |
| 8            | 13/12 | Negociação com a gerência do hospital e a organização no plano de implementação do novo modelo.  |

Durante as sessões serão analisados os micro ciclos de expansão e manifestações de expressões de agência dos participantes. Nas considerações finais avaliaremos a aplicação do método do Laboratório de Mudanças no contexto de uma instituição hospitalar pública no Brasil, as dificuldades e lições aprendidas no decorrer do estudo, além de seus limites.

### **7.3 Sessões do Laboratório de Mudanças**

#### **7.3.1 Sessão de apresentação (14/9/2017)**

Um dos princípios do método do Laboratório de Mudanças, além da situação de necessidade de mudanças de atividade, é o protagonismo dos atores envolvidos no processo de transformação da atividade. Uma vez definido o setor da intervenção e após toda a fase de coleta de dados etnográficos, os pesquisadores decidiram realizar uma reunião de apresentação prévia à primeira sessão.

A finalidade dessa reunião foi a de firmar o compromisso do grupo envolvido, numa tentativa de reduzir o esvaziamento gradual das sessões, uma vez que a rotina acelerada de trabalho do hospital pode levar à dificuldade na participação das pessoas. Também foi levado em consideração o fato do grupo ser composto por trabalhadores de outros setores que não possuem como objeto direto de sua atividade a terapia renal substitutiva, podendo haver situações de menor envolvimento.

A reunião começou com a apresentação dos participantes e na sequência, da metodologia. Foi apresentado também o termo de compromisso dos pesquisadores com os preceitos éticos e riscos mínimos aos participantes. Foi firmado um compromisso de sigilo do grupo na participação, evitando exposição de pacientes ou colegas de trabalho.

A direção do hospital se fez presente, expressando seu apoio à intervenção e enfatizando a importância do estudo para construção de soluções coletivas. A mesma se disponibilizou a participar, porém, ao mesmo tempo ponderou que sua presença poderia inibir falas, prejudicando o aprofundamento nas discussões. Demonstrou abertura ao diálogo e motivação para a aplicação do LM como oportunidade de aprendizagem coletiva:

Diretora do hospital: *Eu acho excelente a proposta, uma ferramenta diferente... é uma metodologia finlandesa... eu achei muito legal. Vocês não vão perder tempo de forma alguma (...) o que eu acho mais importante no método em si... nessas sessões... é a gente falar o que pensa. A sensação que a gente tem daquele problema. Porque às vezes a gente não quer falar...porque alguém disse e eu penso diferente...aí não vai adiantar nada. É exatamente o confronto de ideias... de pensamentos... pra gente poder junto reconstruir e tentar achar soluções (...). É um convite de verdade (...). Além de ser um projeto de pesquisa de estudo em si... é uma excelente oportunidade pra gente achar uma solução que a gente não vem achando (...). A gente pensando junto... vai ter sucesso!*

O discurso da gestora do hospital deixa claro o ambiente favorável em que a mesma ocorreu. O apoio do gestor é de fundamental importância na aplicação do LM, inclusive para as discussões futuras sobre uma possível nova forma de atividade, onde o apoio da gestão validando as decisões do grupo são imprescindíveis.

Ao fim da reunião, outras pessoas ligadas ao hospital vieram se unir ao grupo de planejamento inicial: a gerente de enfermagem, uma técnica de segurança do trabalho que atua no SESMT, mas que já atuou como técnica de enfermagem da hemodiálise e a psicóloga da hemodiálise. A enfermeira supervisora da HD também se propôs a compor o grupo, porém nunca participou das reuniões de planejamento.

### 7.3.2 Primeira Sessão (28/09/2017)



**Figura 9 – sessão 1**

A ideia dos pesquisadores era primeiramente testar a hipótese levantada durante a coleta de dados etnográficos, dos conflitos existentes entre os setores ali

representados, agravados após a internação dos pacientes com doença renal aguardando vaga para TRS ambulatorial. A metodologia e os participantes já haviam sido apresentados em reunião anterior, porém foi realizada uma breve retomada.

Embora toda a problemática a ser abordada tenha sido explicada na reunião de apresentação, o grupo manifestou dúvidas a respeito do objeto da intervenção, que para eles estaria muito mais focado nos relacionamentos entre equipes e não nas origens do problema. Também foi questionado o foco inicial da pesquisa, centrada no absenteísmo.

Enfermeira supervisora: *E assim, pra gente o colaborador mesmo seria os outros setores...ele é bem palpável pra gente trabalhar, e esse progresso paciente, falta de vaga, e esse assunto lá na frente, isso é um coisa que a gente não vai conseguir resolver agora, então assim, eu tinha entendido que o nosso foco seriam mais colaboradores(...). Sim, mas aí como laboratório de mudança isso é uma coisa que a gente não consegue resolver, não depende da gente... e aí seria o foco? [se referindo à discussão sobre a falta de vagas e necessidade de internação do paciente].*

Médico nefrologista 1: *Mas a gente vai trabalhar a repercussão disso nos diversos setores; "ah, a enfermagem sobrecarrega, então como é que? Agora a questão paciente, vaga isso vai fugir da nossa conduta...*

Pesquisadora: *Depende só de uma criação novas de vagas?*

Vários: *Sim, totalmente. Ponto de rede.*

Enfermeira supervisora: *Trazer isso pro funcionário, mas assim a gente entrar na discussão da vaga eu acho que é uma coisa que a gente vai ficar rodando em volta do rabo. Me corrija se eu estiver errada, mas eu estou com esse sentimento.*

A pesquisadora justificou que a demanda inicial para o estudo era o absenteísmo da equipe. Que após longo período de coleta de dados o objeto da intervenção foi sendo ampliado, com a hipótese levantada pelo grupo pesquisador de que os aspectos relacionais entre as equipes diversas possam ter se agravado após o advento da internação do paciente de hemodiálise no aguardo de vaga ambulatorial, criando interações antes inexistentes. Que iriam discutir essa hipótese no grupo nessas primeiras sessões. Esse fato demonstra uma aprendizagem por parte dos pesquisadores, que após ir a campo e iniciar a coleta de dados verificou que o absenteísmo se apresenta como uma consequência em uma organização do trabalho com anomalias. Nova negociação com a gerência foi realizada para o prosseguimento do estudo.

Na sequência da sessão, foi apresentado ao grupo o slide da figura de um iceberg (Figura 9), denotando a ideia de que as sessões do LM buscam que os



participantes aprofundem o olhar para os aspectos “ocultos” do problema abordado, saindo da parte visível que se encontra na superfície. Que o grupo poderá desenvolver outras ideias possíveis para solucionar ou melhorar a atividade, além da criação de novas vagas para HD.

Como o princípio central do Laboratório de Mudanças é seguir o objeto e lhe dar voz, foi apresentado como dado espelho ao grupo um slide com a transcrição da fala de um paciente que ficara 110 dias internado sem outras comorbidades, apenas aguardando vaga ambulatorial para realizar hemodiálise:

*“Quando você interna, você pensa que vai ficar 10, 15 dias. Aí você vai vendo, vai passando 1 mês, 2 meses, 3 meses. Eu fiquei 110 dias. Aí mudou tudo. Aí caiu o chão mesmo. Se você tem filho pequeno, não pode ver família, passa por necessidade. Meu filho (de 3 anos) ficou 1 mês e meio sem ver eu. Quando ele me viu, ele ficou paralisado. Ele falava: não tem papai...*

*(...) Minha rotina era a mesma coisa que uma cadeia. Eles colocam você e você não pode sair dali. É tipo uma cadeia...só não tem a grade”.*

A voz do paciente esquentou a sessão, com reações primeiramente de questionamento do objeto da intervenção, gerando dúvidas, pois a única solução vista pelo grupo em relação à internação por falta de vagas é o aumento da oferta de vagas, apontando também a falta de governabilidade do grupo ou do hospital na tomada de decisões a esse respeito.

O nefrologista reagiu à fala do paciente manifestando frustração ao ter que tomar a decisão de internar o paciente como última alternativa, após recusa de tratamento em unidade fora do município ou diálise peritoneal, realizada no próprio domicílio. Ao mesmo tempo o médico justificou que o paciente sempre é esclarecido sobre a falta de previsão de surgimento da vaga. A necessidade da internação foi justificada para a manutenção da vida desse paciente, com ponderações nas consequências emocionais tanto para os pacientes como seus familiares.

*Médico nefrologista 1: (...) A gente precisa indicar a diálise, isso é o começo do começo do estresse(...)até sei quem [é] o paciente (...), ele foi muito bem e devidamente orientado sobre quantos dias aquilo poderia acontecer [se referindo ao tempo de internação]. Foi ofertado vaga pra ele em outros serviços e ele não quis ir (...) por ser em outras cidades. Mas ai quando a gente lê o relato do paciente parece que é o fim e parece que a gente tá matando eles e não é essa realidade, na realidade a gente não tem o que fazer com o doente que não sobrevive mais com o seu próprio rim, ele depende de uma máquina e ele morre sem ela, (...) a gente oferta outros métodos.. diálise peritoneal.. eles não aceitam (...).a gente oferece vagas quando sai em outras regiões (...) Não é justo também com a instituição ser responsável por uma coisa em que a gente não pode obrigar o doente a ir mas que ele reclame e se mantém nessa*

*postura... ai a gente explica pra ele “olha, o senhor vai ter que ficar internado”, na verdade (...) essa orientação ela é feita desde o ambulatório de pré diálise (...),mas no dia em que eles tem que internar eles realmente sofrem com isso e a gente também.*

A fala do nefrologista denota uma reação de justificativa sobre a decisão de internar, diante do relato do paciente. O impacto direto das internações recai sobre as equipes de nefrologista, principalmente nos plantões aos finais de semana e sobre a equipe IRA, que compreende os técnicos que executam o procedimento de hemodiálise no paciente, acumulando com a diálise nos renais agudos nas UTIs, atribuição original dessa equipe.

*Médico nefrologista 1: Ai você interna esses doentes... eles ficam ai... eles geram um número de doente que a gente tem que acompanhar... então a gente acaba acompanhando 30, 35 doentes... no final de semana você passa sozinho visita em todos esses doentes... então isso gera uma sobrecarga enorme de trabalho na equipe da nefrologia... na equipe médica. (...) ai a gente vai vendo que eles ficam chatos... deprimidos e isso vai deprimindo a gente... ai vai sobrecarregando as meninas... os técnicos porque tem que dialisar...se não tem máquina...se quebra uma máquina é uma preocupação(...) tem outros doentes que são agudos... os que estão em UTI que também precisam dialisar (...) então isso vai virando uma bola de neve que ai vai interferir em cada setor que a gente for passando “ai lá vem a nefrologia o que você vem fazer aqui”, todo mundo acaba odiando um pouquinho a gente nos setores por onde a gente passa.*

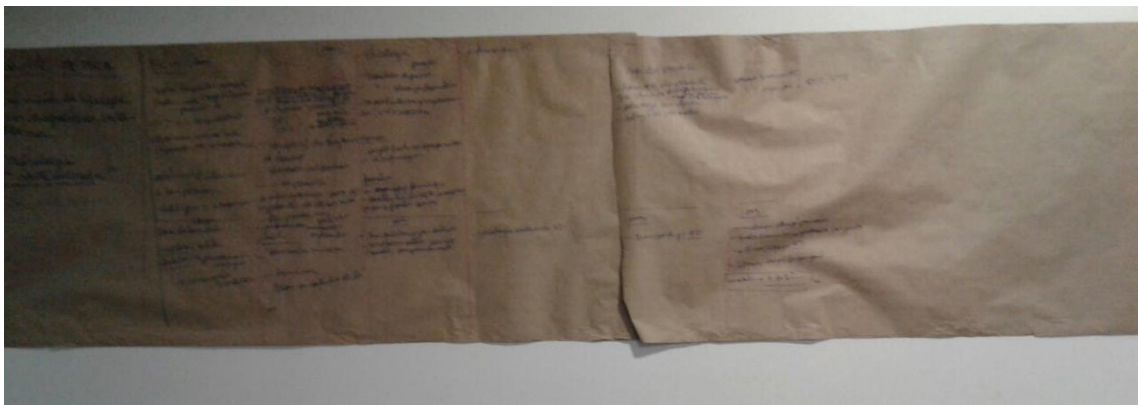
O advento de infecções hospitalares em decorrência da internação também é sentido pela equipe de nefrologia, manifesta através de sentimento de frustração:

*Médico nefrologista 1: E ai começa a infecção de cateter, (...) porque ele fica exposto a maior infecção e a gente atormenta a CCIAH (...), se ele ainda pega uma infecção você fala “meu Deus... o que que eu fiz” ...“puxa vida, talvez se ele estivesse em casa não tivesse pego [a infecção]”.*

Na sequência, começaram a ser discutidas as consequências da internação dos diversos pontos de vista, seguindo o princípio da multi-volcalidade (Virkkunen e Newnham, 2015). Os pontos de vista serão apresentados a seguir:

### **Discutindo o problema da internação compulsória no aguardo de vagas por vários ângulos**

Para promover a discussão da problemática da internação, foi entregue ao grupo um papel com espaço para respostas às questões: “Quais as mudanças e interferências em seu trabalho após a necessidade de assistência ao paciente renal crônico através da internação pela falta de vagas? Em sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar essa situação?” O grupo teve 15 minutos para elaborar as respostas e na sequência as apresentou. A pesquisadora então ia anotando as respostas em um quadro com colunas dos setores representados, separando as respostas também por conflitos e possíveis soluções. As respostas obtidas foram sintetizadas pela anotadora em folhas de papel fixadas na parede para melhor visualização (Figura 10). Após a sessão, os dados foram sintetizados conforme exposto no Quadro 5.



**Figura 10 – visão dos problemas e sugestões do grupo**

### **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)**

Do ponto de vista da Comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH), a internação do paciente renal crônico apresenta um problema muito sério, com o aumento de risco de infecção hospitalar por manter acesso venoso aberto. O médico responsável pela comissão se manifesta em relação a esses pacientes, primeiramente relatando:

*Médico da CCIH: (...) Meu problema em relação aos pacientes da diálise... como eu trabalho com infecção hospitalar... é que eles infectam muito. Todo e qualquer paciente crônico ele fica muito tempo no hospital...então ele aumenta muita a chance de fazer processo infecciosos...pacientes renais crônicos muito mais (...) quando a gente melhora o [tipo] cateter a gente diminui mas não resolve ... o jeito de resolver é tirar ele do hospital.*

### Ponto de vista da equipe do CTI/emergência

O CTI é a unidade onde atualmente são dialisados os pacientes crônicos internados. Eles são atendidos em uma sala dentro do setor, onde começou a funcionar a hemodiálise antes da inauguração do setor, em 2007 e em seguida foi desativado. Após o início da internação dos pacientes esperando vaga, a “salinha”, como é chamada, foi reativada por já apresentar a instalação de água tratada para abastecer as máquinas de HD e por ter equipe médica e enfermeiro presentes. O técnico em HD realiza a diálise de 4 pacientes ao mesmo tempo, limite imposto pela RDC N° 11 de 2014 (Brasil, 2014c). Geralmente são dialisados 4 pacientes pela manhã e 4 pacientes à tarde. Conforme já explanado, não há horário certo para a diálise desse paciente. Os pacientes em IRA são priorizados, por se encontrarem em condições piores de saúde e os crônicos dependem da escala organizada no dia. A equipe IRA trabalha em turnos ininterruptos.

A situação da realização da hemodiálise na salinha do CTI/emergência foi pontuada como sendo problemática por vários motivos:

1. Consequências emocionais tanto os pacientes quanto para seus familiares;
2. Local inadequado por ser pequeno para atender 4 pacientes;
3. Em caso de intercorrência o técnico se encontra sozinho, necessitando do respaldo da equipe médica do CTI;
4. Incômodo na equipe do CTI pelos sinais de alarme constantes das máquinas de hemodiálise;
5. Avariação de paredes com a movimentação de máquinas e camas onde são transportados os pacientes da internação até a salinha;

Foi relatado que no dia da sessão do LM, pela manhã, um paciente que dialisava juntamente com mais 3 na salinha, teve uma parada cárdio-respiratória. A técnica de hemodiálise estava sozinha com os pacientes e chamou a equipe do CTI para socorro. Como o espaço é pequeno, não há lugar para se colocar biombo e não houve espaço para entrar com o carrinho de emergência. Por sorte, o paciente já estava desligado da máquina de HD e foi possível reanima-lo fora da sala.

*Enfermeira supervisora HD: Foi pegar [biombo] mas assim, o paciente estava isso de distancia isso [indicando com os dedos a uma curta distância] um do outro e ai ele vê você entubar um paciente ... você massagear ... chocar ... e o nosso foco é atender*

*agora ... mas você olhava pra eles ... você vai embora angustiado ... liga pra psicologia que já dá um atendimento.*

Pesquisador: Quem socorre nessa hora?

Supervisora CTI: *A unidade ... o CTI (...) que é do lado (...) que é ali dentro... não é nem do lado ... é dentro mesmo.*

Enfermeira supervisora HD *ela já tem uma equipe restrita [se referindo à supervisora do CTI] que é dela pelo número de pacientes dela... ela desloca a equipe pra isso.*

Supervisora CTI: *Porque é uma situação de emergência ... então a gente tem que atender(...) desestabiliza a unidade...mas é paciente do hospital ... tem que atender (...) coloca no seu banco de dados ... nos seus registros: solicitação do CTI ... retirar o paciente da hemodiálise de lá...*

Apesar das manifestações de insatisfação e distúrbios apresentados, a tendência de tentativa de solução do problema por parte na nefrologia parecia caminhar no sentido de ampliar a salinha para atendimento dos pacientes internados:

Nefrologista 1: *(...) sinto te dizer ... vai ter mais bico lá [de água para instalar máquinas de HD].*

Supervisora CTI: *Não não ... vamos tirar os bicos todos...*

Gerente de enfermagem: *Nós vamos aumentar ... nós fomos ver pra aumentar...*

### **Ponto de vista da psicologia**

A psicóloga atende os pacientes da nefrologia de forma referenciada, mediante solicitação médica ou da enfermagem. O mesmo ocorre com os pacientes internados. Sua jornada de trabalho é dividida entre a Hd e outros setores do hospital. Seus relatos ao acompanhar os pacientes internados, dão conta de episódios de estresse pós traumático na maioria dos pacientes internados (estado de vigília noturna, pesadelos):

*É desesperador ... (...) tem todas essas repercussões emocionais que agravam ... que precisam inclusive de intervenção medicamentosa e não precisaria de uma internação comum (...) é uma repercussão emocional muito importante e que se agrava e não precisaria se agravar desse jeito (...) tem todas essas repercussões nessas famílias também ... tem novos arranjos que eles precisam se organizar...*

Foram relatadas experiências de resistência de pacientes em caso de necessidade de nova internação por intercorrência. Foram pacientes que ficaram internados por longo período de tempo, com reações de pânico. Outros aspectos abordados pela psicologia:

1. Projeção da raiva do paciente nos médicos;
2. Dificuldade dos pacientes internados que são da região e muitas vezes a família acompanha sem ter condições;
3. Visão dos pacientes quanto à excelência do hospital estaria criando a resistência em aceitar atendimento em outro serviço de HD.

### **Ponto de vista da enfermaria onde os pacientes ficam internados**

O setor de internação foi representado pela enfermeira supervisora do andar onde os pacientes ficam internados. A mesma pontuou problemas relacionados ao transporte do paciente do andar até a o térreo, na salinha.

*Supervisora da internação: (...) na minha unidade o que pesa pra gente é a longa permanência (...) a sobrecarga da equipe da enfermagem...o transporte dos pacientes da hemodiálise...porque mesmo que o paciente “é” independente ... a gente tem que levar a cama...*

*Enfermeira supervisora HD: (...) quando a gente faz a programação de diálise do paciente as vezes ela muda ou eu não sei o horário que vai ser isso ... de repente a dra. prescreveu e precisa montar naquele horário (...) então eu ligo lá: “preciso do paciente agora”.*

*Supervisora da internação: É ... isso estressa.. (...) mas às vezes a gente fala “não tem como descer agora ... por causa disso ... disso ... disso ... daqui uns 20 minutos eu desço”.*

Quadro 5 – distúrbios e sugestões de melhoria

|  | Mudanças no trabalho   | Possibilidades de melhoria  |
|--|--|---|
| <b>EQUIPE MÉDICA</b>                         | <ol style="list-style-type: none"> <li>Sofrimento da equipe (desde o momento que dá o diagnóstico para o paciente, sobre a necessidade de hemodiálise até a noticiada falta de vagas e internação)</li> <li>Nefrologia “se sente odiada”, culpada e angustiada.</li> </ol>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>Prevenção</li> <li>Possibilidade de Bauru gerenciar suas vagas</li> </ol>                            |
| <b>SCIH (controle infecção)</b>              | <ol style="list-style-type: none"> <li>Infecção hospitalar recorrente.</li> <li>Catéteres como fontes de infecção <ul style="list-style-type: none"> <li>curta (urgência) ruim.</li> <li>Permicat</li> </ul> </li> <li>Infecção hospitalar maior que a do ambulatório</li> <li>Possibilidade de infecção óssea (grave, 6 meses de tratamento). Ocorreu em 3 pacientes, mas do ambulatório.</li> <li>O salão também interna seus pacientes mais graves. Apresentam um perfil pior que a maioria.</li> <li>Fila na confecção de fístula (realizada pelo cirurgião vascular)</li> </ol>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>Tirar paciente do hospital.</li> <li>Melhorar qualidade do cateter.</li> </ol>                       |
| <b>CTI/<br/>Ambulatório/<br/>Acolhimento</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>Falta de preparo do médico da emergência para lidar com paciente da HD.</li> <li>Internações compulsórias de acordo com RDC (tem que internar onde pode fazer a HD)</li> <li>Falta de envolvimento da Rede Básica (reduzir a chegada do paciente). Buscar conhecer a efetividade dos programas de prevenção.</li> <li>Falta de protocolos institucionais.</li> <li>A nefro apareceu, automaticamente o paciente deixa de ser da clínica médica.</li> <li>Parada cardíaca na “salinha”.</li> <li>Incômodo das máquinas apitando.</li> <li>Incômodo do barulho das máquinas (apitam o tempo inteiro)</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>Protocolos médicos.</li> <li>Home care.</li> </ol> Tirar a salinha de lá.                            |
| <b>Psicologia</b>                            | <b>PACIENTES</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pacientes com transtornos depressivos.</li> <li>Transtorno de estresse pós traumático.</li> <li>Necessidade de intervenção medicamentosa (normalmente desnecessária).</li> </ol> <b>EQUIPE</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Projeta frustração na equipe médica e de enfermagem.</li> </ol> <b>FAMÍLIA</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Re-Organização familiar.</li> </ol> Excelência do HEB/insegurança em ir para outros serviços.  | <ol style="list-style-type: none"> <li>Ambulatório pré-diálise</li> <li>Melhoria de outros serviços (qualidade, comprometimento)</li> </ol> |
| <b>Enfermagem da HD</b>                      | Necessidade de apoio psicológico ao paciente e familiares  | <ol style="list-style-type: none"> <li>Psicologia exclusiva da HD</li> </ol>  |
| <b>INTERNAÇÃO</b>                            | <ol style="list-style-type: none"> <li>Angústia do paciente.</li> <li>Transporte do paciente (na cama) às vezes em cima da hora (atrapalha equipe de enfermagem da internação: tem que parar e levar o paciente)</li> <li>Sobrecarga da unidade.</li> </ol> Estrago nas paredes.   | <ol style="list-style-type: none"> <li>Contratação de transporte para a HD.</li> </ol>  |
| <b>GERÊNCIA ENFERMAGEM</b>                   | <ol style="list-style-type: none"> <li>Estresse do paciente.</li> <li>Estresse das equipes, CTI e UTI.</li> </ol>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>Melhorar atenção primária.</li> <li>Matriciamento: protocolos conjuntos.</li> </ol>                  |

O aumento crescente da fila de espera por vagas e a capacidade instalada aquém dessa demanda surgiu como uma fonte de preocupação do grupo, que visualiza que a prevenção poderia ser melhor trabalhada nas equipes de atenção básica e dentro do próprio hospital:

*Supervisora do CTI: (...) O que que está levando esse paciente [de hemodiálise]? Então a gente não tem uma estrutura da atenção básica pra fazer a prevenção do diabetes ... a prevenção da hipertensão ... então é ali que começa o problema ... e nós como somos terciários ... operacional em termos de hospital ... a gente vai pegar a ponta do iceberg.(...).*

*A gente vai acabar sobrecarregando um serviço porque prevenção existe um gasto alto e a gente fica só com as campanhas que é a tentativa de conscientizar a população pra minimizar a questão do paciente renal ... o potencial do renal crônico. (...). Quantos pacientes nossos não são potenciais renais crônicos que a gente não está vendo e ele vai ser gerado*

Como alternativa à HD, foi ponderado que o aumento da opção de outro método de TRS, a diálise peritoneal, poderia melhorar a situação da fila. Membros da equipe de nefro constataram uma suposta resistência à adesão ao método:

*Enfermeira supervisora da internação: Eles têm resistência à diálise peritoneal.*

*Médico nefrologista 1: Não fazem diálise peritoneal...*

*Enfermeira supervisora: (...) Depende de ter um cuidador (...) ter uma estrutura familiar (...) de alguém querer cuidar dele (...) mobiliza toda a família (...) não é porque ele não quer ou ele tem uma contra-indicação fisiológica ...*

*Médico nefrologista 1: Mas não sei ... mas a gente poderia trabalhar melhor talvez na parte da psicologia ... que até interna um paciente pra por um Tenckhoff [cateter abdominal para DP] ... vai embora volta e depois não quer mais fazer diálise peritoneal ... ai é mais um que vai pra fila.*

Ao final da sessão, a discussão acerca da descentralização da regulação de vagas tomou corpo. A equipe possui o sentimento de falta de clareza na administração regional das vagas, uma vez que a regulação é realizada por um órgão regional, o DRS e o hospital também é referência para atendimento da região. A equipe vê que poderiam ser feitos ajustes para atendimento de pacientes em unidades mais próximas de seus locais de residência, considerando alguns pacientes que realizam hemodiálise no hospital e possuem centros mais próximos. Foi ponderado também questões de vínculo e confiança no atendimento prestado pelo hospital como influentes na decisão do paciente. Discutiu-se também sobre a necessidade de fiscalização e melhoria de outros serviços, pois o hospital acaba



abarcando o atendimento não programático de pacientes de outros serviços, em situações de urgência.

Ainda assim, a clareza e controle sobre a regulação de vagas foi considerada relevante. Como tarefa, uma pessoa do grupo, responsável pelo acolhimento, ficou de buscar informações sobre outros modelos de regulação, usando como exemplo a regulação do município de São Paulo, através do “disk-rim”, que é uma lista única que distribui as vagas para a região da Grande São Paulo.

Na reunião de planejamento da segunda sessão, ao se abordar a crise instalada pelo excesso de demanda pela TRS, dentre as possibilidades de solução do problema foi discutido o aumento da diálise peritoneal, onde o paciente realiza o tratamento em casa, diariamente e geralmente enquanto dorme. A atuação mais intensa de uma equipe multidisciplinar no ambulatório de pré-diálise foi vista como sendo importante no acompanhamento do paciente, pois ele se encontra em uma fase da DRC em estágios 4 e 5 e logo irá necessitar da TRS. Nessa fase o paciente passa por consulta médica para o acompanhamento da função renal residual através da alimentação controlada e medicação.

No momento do diagnóstico da necessidade da TRS sempre há o choque do paciente e seus familiares diante da notícia. A atuação da equipe multidisciplinar poderia auxiliá-los a uma escolha melhor do método de TRS e buscar aumentar a adesão à DP, ainda considerada baixa no hospital, com cerca de 30 pacientes ao passo que em hemodiálise se encontravam 197 pacientes no momento da intervenção. Esse acompanhamento poderia consequentemente reduzir o número de internações.

A Portaria MS no. 389 de 2014 (Brasil, 2014b) estipulou meta de aumento anual gradativo da DP ao final de 2 anos da implantação da política, com relação de 4 pacientes em HD para cada paciente em DP. Atualmente essa proporção é de 6,5 paciente em HD para cada paciente em DP. Durante a reunião foi citado que existem serviços de TRS onde a diálise peritoneal é fortemente indicada.

Ao fim da primeira sessão percebeu-se o reconhecimento do problema do paciente internado e visões individuais em como resolvê-los, conforme previsto por Virkkunen (2006). Para a segunda sessão se planejou continuar o questionamento e ampliar para uma visão mais sistêmica.

### 7.3.3 Segunda sessão (05/10/2017)

No início da segunda sessão, a pesquisadora principal fez uma breve apresentação para retomada, ressaltando a importância dessa fase de questionamento do problema e resumindo o que fora discutido na sessão anterior. Foram apresentados alguns componentes novos ao grupo.

O plano para a segunda sessão foi traçado de modo a continuar na fase de questionamento do problema, abordando as várias dimensões relativas a ele, explorando suas raízes. Optou-se por não prosseguir para a análise histórica por receio de se perder aquilo que fora construído nas sessões anteriores, uma vez que entre a segunda e a terceira sessão haveria um intervalo de 3 semanas devido à dificuldade de agenda dos pesquisadores.

Durante a primeira sessão, houve a unanimidade em se reconhecer a internação do paciente para espera de vaga ambulatorial de hemodiálise como uma fonte geradora de conflitos antes inexistentes e com várias consequências em cada setor, inclusive para o próprio paciente.

Dentre as novas interações, uma que se destacou foi com a equipe do CTI/emergência. Tanto do ponto de vista de atendimento emergencial ao paciente da nefrologia quanto pela presença dos técnicos em sala anexa para dialisar os pacientes internados. A discussão se manteve bastante centrada na inadequação do local e situações de distúrbios, principalmente nos casos de intercorrência com pacientes.

Após episódio citado na primeira sessão, de parada cardiorrespiratória (PCR) do paciente na salinha, foi reduzido o número de pacientes que realizam HD de 4 para 3 por turno, com o aumento de um turno na utilização do local: os pacientes dialisavam em dois turnos (manhã e tarde) e passaram a realizar a HD em três (manhã, tarde e noite). A situação pode ser considerada uma tentativa de solução de uma contradição secundária. pois com a PCR, não houve espaço para entrada do carrinho de emergência, onde ficavam dispostas 4 camas. A contradição primária poderia ser identificada como sendo a internação do paciente por falta de vagas. Posteriormente verificaremos que essa mudança trouxe outras contradições para a equipe IRA que atua no turno noturno, que emergiram nas sessões subsequentes.

Supervisora do CTI: *Tá ficando só três pacientes lá agora, né (...)?*

Nefrologista 1: *Tá, agora tá...diminuiu...(...) tá ficando 3 em 3 turnos...(...) ficavam quatro [pacientes] em dois turnos...a gente só mudou...(...) a gente diminuiu o número de pacientes por horário pra ficar mais organizadinho ali...pra não ficar tão apertado...(...) porque aquele dia foi meio tumultuado...tava com quatro e estava mais apertado... [se referindo ao dia que houve a PCR].*

Supervisora do CTI: *Por conta do atendimento de emergência...o paciente parou lá dentro...a gente não conseguia entrar com o carrinho de emergência...*

Nefrologista 1: *Na verdade não conseguiu... (...) a gente pensou numa hipótese dos pacientes estarem todos ligados...(...) com essa disposição ficou bem melhor.*

Além disso, outra queixa do CTI/emergência, que é um setor que recebe pacientes “referenciados” em situações emergenciais, ou seja, através da central de regulação de vagas, diz respeito à procura espontânea pelo serviço por pacientes da nefrologia e oncologia, um paciente que chega sem a necessidade de regulação, pois para essas duas especialidades o serviço de emergência é “porta aberta”, ou seja, o paciente pode procurá-lo, que será atendido. Essa chegada não programada do paciente acaba levando a queixas, embora esteja prevista na legislação que rege o serviço de hemodiálise. (Brasil, 2014c)<sup>12</sup>

Supervisora do CTI: *a questão dos paciente que chegam no acolhimento... o paciente é porta aberta... a gente sabe que na portaria [legislação] a gente é porta aberta... “é paciente que está dialisando?” vai ter que entrar e nesse momento a gente não tem leito disponível... o médico não está preparado para receber aquele paciente (...) não está na programação (...) desestrutura a situação (...) os pacientes da diálise e da onco [oncologia] que tá em quimioterapia (...) é porta de entrada pra esses pacientes.*

Essa questão não está diretamente ligada à internação, mas reflete no setor do CTI. Os relatos trazem que os médicos emergencistas do CTI não se sentem seguros para atender esses pacientes, que seriam “de responsabilidade” dos nefrologistas, pois já são acompanhados pelos mesmos. A situação evoluiu para a discussão sobre o papel do atendimento médico na emergência como tal e não como especialidade, com a visão do paciente como um todo, pertencente ao hospital, pois em situação de emergência todos teriam capacitação para

12 Art. 5º. Da Portaria 389 de 13 de março de 2014: g) prestar cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência ou encaminhamento das pessoas com complicações agudas da DRC ou da TRS a outros pontos de atenção, quando necessário, de acordo com a Portaria nº1.600/GM/MS, de 6 de junho de 2011;

atendimento. Houve sugestões de retomada de protocolos ou estabelecimento de fluxograma.

Médico Nefrologista 1: *Acho que o problema (...) é isso “pacientes da nefro”, não é um paciente da nefro, é um paciente do hospital, tá internado aqui (...)... discordo um pouco em relação a essa questão do médico [não se sentir seguro para atender] porque ele tem capacidade, estudou e sabe tratar qualquer intercorrência clínica ... e a gente está sempre lá pra um auxílio pra especialidade...*

Supervisora CTI: *Concordo, também acho, (...) que um emergencista tem que atender qualquer coisa que aparece na porta (...) eles tem a resistência (...) naquele momento ele não entende que aquele paciente é dele... (...) nem da nefro e nem da onco (...) “mas não tem nada, o que tá escrito?”, “não tem nada escrito”... não tem que ter escrito...ele tá com algum sintomas e precisa ser atendido.*

Pesquisador: *ai você sugeriu o protocolo...*

Supervisora CTI: *O protocolo...eu falo o protocolo médico e tem... eu acho que já tem... só que eu acho que não coloquei direito pra eles entenderem como é esse processo...*

Médico Nefrologista 1: *Talvez um fluxograma, ou alguma coisa assim.*

Outros setores se manifestaram em relação ao cuidado dos pacientes renais. O curativo do cateter parece ter sido uma fonte de conflitos, pois não havia quem assumisse seu cuidado, uma vez que o paciente circulava entre diversos setores e era reconhecido como sendo da nefrologia. O problema somente foi resolvido com a intervenção da CCIH, pois a falta de limpeza adequada do cateter era fonte de aumento de infecção. Esses cuidados com o paciente passaram de uma atribuição somente da HD para o compartilhamento com outros setores: enfermagem da internação nos andares e CTI com repercussões também nos índices de infecção hospitalar atribuídos para cada setor.

Supervisora CTI: *até no serviço de enfermagem a gente tem uma dificuldade interna (...) discutindo (...) quem faz o curativo do cateter (...) é... porque, o CTI por exemplo o funcionário entende que é paciente da nefro...*

Enfermeira CCIH: *(...) então a gente conseguia fechar a infecção só pra eles[nefrologia]...ninguém quer colocar a mão.*

Supervisora CTI: *Já que é eles que manipulam... já que é eles que mexem e instala o paciente e desinstalam.... eles então façam o curativo...(...) Então como que ficava... o que ficava aqui não é de um e nem do outro... ficava sem ninguém...*

Enfermeira CCIH: *ela tem...porque eu cobro de quem o curativo? É da hemodiálise ou é do quarto andar que está com paciente? Daí nunca tinha o dono do cateter... daí a gente acordou que ficaria que se abrisse na unidade... a unidade faz... se abrisse no quarto andar... o quarto andar que faria...todo mundo coloca a mão hoje...(...) se soltasse durante a hemodiálise daí eles vão devolver o paciente pra [internação] com o curativo certo...e se no banho molhasse a*

*[enfermagem da internação] troca e faz o curativo e a infecção acabou...*

Supervisora CTI: *Porque ela põe o índice de infecção pra unidade, e ninguém gosta de ter o índice de infecção alta.*

Nesse momento, parte da história começou a emergir: a salinha do CTI foi escolhida para dialisar os pacientes internados porque já havia os bicos de água, pois foi onde o setor de hemodiálise começou antes da inauguração do salão:

Supervisora CTI: *Essa salinha... na verdade ela teve um período que ela parou de ser usada... porque lá que começou hemodiálise...os primeiros bicos de água que abriu... a hemodiálise começou lá naquele lugar... aí fez a unidade...*

Médico Nefrologista 1: *É por isso que a gente usou lá da outra vez... porque já tinha o ponto.*

Supervisora CTI: *(...) como aumentou a demanda utilizaram...porque já tinha os bicos prontos...*

Assistente Social RH: *O espaço físico inadequado é devido a história... começo da história?*

Médico Nefrologista 1: *É que na verdade aqui era um hospital... ficou terciário e aí é um serviço que foi precisando... não tinha jeito.*

Supervisora CTI: *A complexidade... a gente viu que... aí na época a gente falou “tem que ser feito uma hemodiálise”*

Médico Nefrologista 1: *E naquela época Botucatu estava sem vaga... aí a gente abriu aqui e trouxe uns 15 ou 16 pacientes de Botucatu... aí depois eles ampliaram lá e os pacientes voltaram pra lá...porque eles faziam quarto turno lá... aí os do quarto turno vieram pra cá(...) aí na época fechou Lins... eles vieram pra cá... aí abriu Promissão... eles voltaram pra lá... e aí foi.*

O pesquisador então quis aprofundar sobre as origens da demanda pelo serviço de nefrologia e as vias de acesso do paciente ao setor, as quais haviam sido levantadas anteriormente durante a fase de coleta de dados etnográficos:

1. Ambulatório de nefrologia;
2. Paciente internado com outro agravo em situação de IRA e que posteriormente se torna renal crônico;
3. Vaga zero e
4. Mandato judicial.

### **Ambulatório de nefrologia**

O ambulatório de nefrologia seria o abastecedor natural da hemodiálise ambulatorial. Isso implica dizer que o paciente que apresenta alguma disfunção renal é encaminhado pela rede de atenção básica para o ambulatório, onde é acompanhado por médicos nefrologistas. Quando a taxa de filtração dos rins cai

para níveis entre 10-15% o paciente passa para um estágio denominado de DRC Terminal (DRCT) e é necessária uma Terapia Renal Substitutiva (TRS) (Carneiro, Pecoits et al. 2015). Atualmente já existe uma demanda reprimida para o acompanhamento ambulatorial de nefrologia, com períodos de espera de meses ou anos. O grupo discorreu sobre esse fato, percebendo o aumento da demanda e agravamento da situação geral do paciente quando finalmente sai sua vaga.

Foram abordados aspectos falhos na atenção a esses pacientes, seja na atenção pela rede básica de saúde, na prevenção de doenças de base da doença renal crônica, seja no acesso do paciente à atenção terciária:

Pesquisador: A parte de nefrologia ambulatorial não é problema?

Representante da regulação: *É um problema crônico ... a parte da nefro geral... do adulto que não tem vaga e tudo mais...*

Médico Nefrologista 1: *Consulta de nefro.*

Pesquisador: Então tem uma demanda reprimida também de nefrologia?

Representante da regulação: *Tem... ambulatorial.*

Pesquisador: Isso também pode estar contribuindo se os pacientes se agravarem, ou não?

Médico Nefrologista 1: *Ah, eu não sei, acho que não, parte sim porque talvez se tivessem no ambulatório ele poderia ter um seguimento melhor (...)*

O grupo entende que há falta de investimento na rede de atenção básica à saúde:

Enfermeiro SESMT: *(...).hoje a preocupação do governo federal é criar UPA [unidade de pronto atendimento] e não se cria UBS [unidade básica de saúde]...*

Nefrologista 1: *E a UBS vai tentar fazer a atenção básica...*

Psicóloga: *Não investe nessa atenção primária.*

O grupo teceu algumas reflexões sobre pacientes jovens, hipertensos, diabéticos, em idade produtiva e que não se preocupam com a saúde, caracterizando como um dos grupos com necessidade de maior atenção para prevenção:

Nefrologista 1: *Mas se você tem um diabético de 20 anos... hipertenso de 15 anos e ele nunca fez uma creatinina... você já tem que identificar que tem um erro aí... tinha que ter feito, e a gente vê... muitos não sabem...*

Psicóloga: *(...) Eles estão (...) no momento da vida muito produtivo (...) de muito trabalho ..., muito de prover ... tem filho ... tem família ... culturalmente ainda no Brasil a gente não tem muita questão de procurar a rede básica ... (...) eles procuram a unidade quando eles estão com uma dor crônica ou quando eles tem um mal estar (...) ai eles chegam no momento muito ruim aqui...*

Nefrologista 1: *Eu acho [que] o adulto jovem tem uma cabeça assim “isso não vai acontecer comigo (...) na verdade como eles estão cada vez mais cedo obesos ... diabéticos ... plurimetabólicos(...) mais cedo eles estão chegando nessa fase (...) é um perfil de ambulatório que a gente vê bastante...esses pacientes que tem seus 35 ou 40 anos trabalha em excesso... come tudo errado... não faz exercício... tá hipertenso ... diabético (...) mas ele não se preocupa muito.*

### **Paciente internado com outro agravo em situação de insuficiência renal aguda - IRA**

Outra situação relatada de entrada do paciente renal no hospital se refere a pacientes que pelo tipo de agravo apresentado, já se espera que venha a desenvolver uma IRA e dão entrada em um serviço terciário que seja capaz de se responsabilizar pela TRS, caso seja necessária.

Médico Nefrologista 1 *É porque a orientação é da portaria que rege o serviço de diálise... se ele internar num lugar.. você tem que se responsabilizar pelo tratamento de diálise dele lá... como que a gente faz isso... então a gente manda aqui porque aqui a gente consegue.*

### **Vaga zero**

O hospital recebe pacientes de vaga zero <sup>13</sup>, ou seja, situação em que o paciente tem que ser atendido, mesmo sem a existência de leitos, pois corre o risco de morte. A situação de vaga zero foi discutida dentro de um contexto de uma crise no atendimento terciário no município e região, que traduz a realidade de uma crise no país todo (Sapata *et al.*, 2006).

Supervisora acolhimento de leitos (...) *tem paciente que está na UPA faz 10 dias esperando uma vaga (...) ele teria que vir mas não tem vaga pra todo mundo... então em média hoje fica 50 ou 60 dependendo do dia... teve uma sexta feira que tinha 90 pacientes (...) na região esperando vaga e não tinha nenhum leito no hospital (...) eles vão se agravando... então paciente que era pra vir pra cá pra fazer uma avaliação da nefro... (...) ele fica lá na UPA com médico intensivista que não se atenta nessa parte renal... o paciente vai piorando... na hora que ele chega aqui ele já está muito ruim porque ele já passou 10 dias esperando vaga então ai finaliza vaga zero.. mesmo finalizando a gente ainda espera 1 ou 2 dias pra chamar porque aqui não tem onde colocar e vai rezando pra ter alta... paciente da UTI melhorar e mandar pro setor (...) maioria dos*

---

13 A vaga zero é a possibilidade dentro das diretrizes da regulação médica em urgência e emergência, em que o médico regulador decide os destinos hospitalares, não aceitando a inexistência de leitos vagos para garantir o atendimento em situações de urgência. SAÚDE., B. M. D. (2002). PORTARIA Nº 2.048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. *Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF.* **219:** 32-54.

*pacientes hoje que estão pedindo vaga tá com alteração de creatinina(...) se você tem 30 pedidos...15 tem alteração de creatinina...metade.*

Pesquisador: Então na sua leitura... você concorda com isso... que a própria crise do sistema hospitalar que está vivenciando tá fazendo com que esses pacientes fiquem mais tempo desassistidos e está agravando realmente...

Médico Nefrologista 1: *É que na verdade...essas complicações... o rim é um órgão que (...) sofre as consequências das outras coisas irem se deteriorando...então ele acaba sendo uma vítima...*

### **Entrada via judicial**

As discussões ficaram em torno da busca judicial pelas vagas para se conseguir vaga hospitalar: o grupo exemplificou que o critério não é a gravidade, como na regulação de vagas, e sim quem procura pela justiça, com consequências muitas vezes de casos menos urgentes serem atendidos em detrimento de outros que podem até ir a óbito com a espera nos serviços de emergência:

Gerente de acolhimento de vagas: *Você interna uma infecção de urina e deixa um pé diabético (...) com necrose e precisa amputar lá... na hora que ele chega aqui ele já está numa situação caótica...em vez dele amputar o dedo ele amputa a metade da perna.... mas o juiz mandou internar aquele outro*

Foram relatados alguns casos de tentativa de “atalho” para se conseguir a vaga no hospital: pacientes acompanham em consultório particular, porém, quando chega a necessidade da TRS, o próprio médico o orienta a procurar uma unidade de pronto atendimento do SUS para dar entrada no serviço mediante vaga zero. Houve relato de caso em que o paciente chega com carta de recomendação médica e até mesmo fístula confeccionada. Os casos são levados à diretoria e quando se trata de casos encaminhados por médico do próprio hospital, é aberta uma sindicância para apurar os fatos. Com essa postura da direção, os relatos são de decréscimo de ocorrências. Quando o médico é externo à instituição, não há muito o que se fazer e o paciente acaba entrando na instituição, que não pode negar atendimento ao paciente.

Pesquisador: tem alguma outra forma de chegada do paciente da hemodiálise que vocês percebem que não é a via... vamos dizer assim... normal... a via correta ou a via habitual dele chegando...

Médico Nefrologista 1: *Mas jeitinho chega direto.*

Representante acolhimento de leitos: *Já teve caso do paciente passar em ambulatório de particular... a médica do ambulatório já fazer fístula no paciente... dar cartinha pro paciente lá em [cita município da região] (...) abre a ficha e pede vaga no [hospital].*



Psicóloga HD: *E fazia acompanhamento lá no [outro hospital do município]... no ambulatório de lá ...eles adoram fazer isso.*

Médico Nefrologista 1: *A gente já pegou paciente que recebeu alta num serviço que não tem ambulatório que tinha que bater aqui “não, me mandou vim aqui pra acompanhar aqui no ambulatório agora”, “como assim”, entendeu.... Tipo isso, acontece direto...*

As tentativas de acesso ao serviço de HD do hospital refletem a resistência do paciente no tratamento fora do município de residência, mas também foi levantada a hipótese sobre a preferência pelo hospital e a opção pela internação no aguardo de vagas estar relacionada à excelência do atendimento:

Representante acolhimento de leitos: *Os pacientes de (...) [município do hospital], eles não querem sair [do município] tanto da hemodiálise, quanto da internação*

Assistente Social HD 1: *Eles não entendem que é regional.*

Representante acolhimento de leitos: *“aqui tem hemodiálise porque que eu tenho que ir pra [município na região]? Não quero ir.”*

Pesquisador 2: *E tem essa (...) eu ouço muito falar, hospital [se referindo ao hospital estudado] é muito melhor...então eles não querem ir pra outro lugar porque aqui é melhor do que...*

Médico Nefrologista 1: *Ah mas aí já é uma coisa que a gente acaba sofrendo porque a nossa qualidade vai cair e por um ônus de ser bom (...) já caiu... e vai cair cada vez mais...porque você vai enfiando... enfiando... enfiando.... gente, não tem jeito você fazer a mesma coisa com xis e com 5 vezes xis*

Conforme já abordado, com a regulação de vagas para atendimento terciário sendo realizada de forma regional através do sistema CROSS, as vagas ambulatoriais para hemodiálise existem, porém, a distribuição dos serviços regionalmente não coincide com o local de residência dos pacientes que necessitam do tratamento. O aumento do número de vagas ambulatoriais é uma solicitação da instituição hospitalar, porém, existe a dificuldade em se liberar recursos pelo alto custo. Nesse sentido, houve a crítica dos gastos com os pacientes internados aguardando por vagas para HD em relação à negativa na ampliação do setor de HD do hospital:

Nefrologista 1: *(...) Eles deveriam olhar esse problema com mais atenção...ver o quanto você está gastando de não gerar vaga desse paciente...que gasta o valor que ele fica internado tudo...com certeza dentro desses tantos anos... no mínimo cinco ou quatro anos que está com esse problema...(...).já dava pra ter construído uma hemodiálise (...) é infecção...é antibiótico...é leito...é falta de vaga...é o que ele fica aí comendo...bebendo e custando internação.*

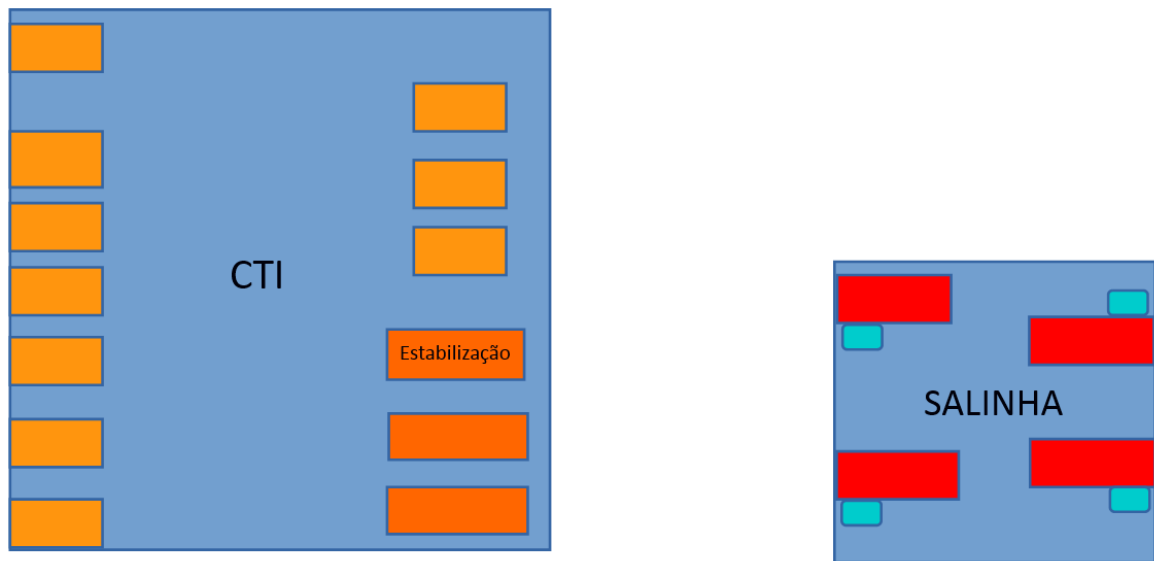
Ao final da sessão os participantes mais antigos da hemodiálise ficaram de trazer informações sobre fatos e evolução do setor no tempo. A médica nefrologista ficou de formalizar um convite a uma enfermeira que a ajudou a montar o setor para auxiliar na construção da linha histórica.

#### **7.3.4 Terceira Sessão (26/10/2017)**

O planejamento para a terceira sessão foi traçado para a construção da linha histórica do setor de terapia renal substitutiva. Porém, o grupo chegou com alguns novos integrantes. Conforme já citado, houve um período de 3 semanas de intervalo entre a segunda e a terceira sessão. Esse fato causava uma certa preocupação no pesquisador, pelo receio de esfriamento da discussão. (Virkkunen e Newnham, 2015)

Um fato curioso ocorreu nesse período de intervalo: ao invés do esfriamento da discussão, ela tomou corpo durante a terceira sessão. Aparentemente os relatos de queixas principalmente da utilização da salinha da emergência para a diálise dos pacientes crônicos internados e suas consequências para aquela equipe promoveu uma reação por parte da equipe IRA, que não estava representada nas sessões anteriores. Na terceira sessão compareceram a enfermeira e um técnico de enfermagem da equipe. Após a apresentação e breve retomada das sessões anteriores, mais uma vez sendo explicada a importância da fase de questionamento, foi dada a voz aos novos integrantes.

A primeira parte da fala do técnico faz emergir a história do início da diálise dos pacientes crônicos internados. O mesmo relata que no início dialisavam nos próprios leitos do CTI e com o aumento da demanda passou-se a dialisar na salinha anexa ao próprio CTI. O setor conta com 10 leitos mais 3 leitos para estabilização de pacientes (Figura 11). Com o aumento da demanda, atualmente os leitos de estabilização são utilizados como leitos também. No início da internação dos renais crônicos, esses 3 leitos ainda eram vagos e eram utilizados para dialisar os pacientes. Com o aumento da demanda do próprio CTI e dos pacientes renais crônicos internados, a diálise passou a ser realizada na salinha.



**Figura 11 – layout do CTI/emergência**

O técnico então instala os pacientes na máquina de diálise de acordo com a prescrição médica e realiza a hemodiálise. O técnico relatou que chegaram a ser dialisados seis pacientes simultaneamente na salinha, mesmo usualmente sendo quatro e atualmente, após episódio de PCR, três pacientes:

A segunda parte os relatos referem-se à continuidade dos problemas com a equipe do CTI e agravamento da situação nos casos de intercorrências. A situação se manteve ainda em uma fase emocional focada numa visão pessoal:

**Técnico IRA1:** *então a gente tem essa dificuldade...de entrar na casa...no setor...deles né...pra gente poder fazer um serviço que é pro paciente (...) pra um problema que o paciente tem que não é só a hemodiálise (...) a gente é uma equipe que não tem enfermeiro...a gente tem enfermeiro até meio dia (...) a gente não tem suporte suficiente pra dialisar todos esses pacientes (...) quem que atende? [nas intercorrências] O combinado.....atende.[se referindo a equipe do CTI]..e a gente resolve o problema...vem, faz massagem, reanima o paciente ou...se não reanimou...e aí...como que fica? A gente fica as vezes em um...dois funcionários lá na salinha e o paciente foi a óbito...quem que prepara esse corpo...e os outros pacientes que estão ali...como que faz... é o problema que vai englobando (....) é de uma dimensão...que você fala...é coisa de louco (...) e a gente não tem esse suporte...não tem funcionário...não tem base pra isso...*

**Enfermeira IRA:** *Tudo isso que ele tá falando tá ocorrendo no mesmo momento que ele tá dialisando outros pacientes...essa é a maior dificuldade...[supervisora do CTI entra na sala] se ele estivesse só com esse paciente...era uma coisa...mas tudo isso com três pacientes...quatro pacientes que estão ali com ele...entendeu...*

Essa situação se repete como ocorreu nas duas primeiras sessões, com a manifestação dos setores envolvidos com a internação, principalmente com colocações repetitivas do representante do CTI/emergência dos inconvenientes gerados com a alocação de pacientes na salinha para realizar a hemodiálise.

Segundo Virkkunen e Newnmam (2015), o pesquisador-interventor possui a tarefa de transformar o envolvimento emocional em uma análise intelectual da situação, buscando as causas sistêmicas da situação problemática, sem que haja acusações entre os indivíduos, o que interrompe o processo de aprendizagem.

A construção da história da hemodiálise auxiliou nesse sentido, ao mostrar aos participantes as origens das decisões no tempo, nesse caso, a escolha do local justificada por ter sido o início da hemodiálise no hospital, já com pontos de água para instalação das máquinas e com a presença permanente de médico e enfermeiro para dar retaguarda ao técnico de enfermagem nas intercorrências.

Houve um momento de comparação do CTI com as unidades de UTIs, onde a equipe IRA não vivencia os mesmos problemas e a enfermagem assume os cuidados do paciente. Foi compreendido então que nas UTIs, os pacientes estão internados no setor, pertencem àquela equipe médica e de enfermagem, as quais assumem o cuidado desse paciente. No caso do CTI, o paciente está internado no 4º. ou 5º. andar e é transportado para o setor somente para dialisar, não “pertencendo” a ninguém. Além disso, esses pacientes foram alocados numa sala anexa e não fazem parte dos 13 leitos do CTI. Os técnicos de HD dialisam os pacientes sozinhos, com socorro da equipe do CTI somente em casos de intercorrências. Tal fato foi corroborado pela supervisora do CTI e pelo médico da CCIH:

*Enfermeira IRA: Na verdade é assim...o paciente vem lá do quarto andar (...) fazer hemodiálise, ele desceu nessa salinha lá na emergência(...) o problema é teu...passou a ser da hemodiálise...então se tem que fazer medicação o problema é seu...se tem que pedir dieta o problema é seu...se o paciente tem uma intercorrência o problema é seu (...) só que você sente que também ele não é nosso...a gente está prestando um serviço pra ele de hemodiálise (...) então eles ficam sem suporte sem respaldo... (...) eles vão pra uma uti dialisar um paciente (...) se ele tem algum problema lá...ele tem um médico...ele tem um outro enfermeiro lá que ele vai pedir ajuda né (...).o paciente ele só pode dialisar no local onde tenha um médico e um enfermeiro...por isso que nossa sala é dentro da emergência [CTI].....mas é a mesma coisa que a uti falar..."ah...já que você tá aí fazendo a hemodiálise do paciente agora...então se precisar trocar é você que vai trocar...*

Supervisora CTI: *Essa estrutura no CTI não é adequada para isso (...) a visão do profissional que está dentro do CTI é entendido que tem intruso dentro do serviço deles ...(...) e aí vem uma demanda... uma parada... algo que não estava no meu planejamento de trabalho hoje... “esse paciente é da hemodiálise”... o que eles entendem são 13 leitos....*

Médico da CCIH: *(...) o que eles entendem na verdade ... o cti é uma unidade fechada... a hemodiálise no meu ponto de vista ...quando ela entra lá... ela não faz parte da unidade fechada e aí você vai ter um impasse... a uti é o que você falou ... o paciente é de lá... ele já é da uti.*

Supervisora CTI: *Quando o profissional chega para trabalhar na divisão de trabalho lá do cti... ele entende que pode ter 10 leitos para ele trabalhar lá dentro ou 13... que são os 3 leitos de estabilização que já virou 13 leitos de uti...*

O grupo teve a percepção de um comportamento de indiferença e individualismo das equipes como reflexos da rotatividade e sobrecarga de trabalho no hospital em geral, semelhante ao que ocorre no país, onde os hospitais trabalham em seu limite de capacidade operacional (Sapata *et al.*, 2006). Perceberam que ideal seria se cada setor estivesse dimensionado de acordo com sua função:

Gerente de enfermagem: *(...) hoje a gente fez uma reunião e ela [se referindo à enfermeira da IRA] colocou um número que era de 2014 de pacientes... é o triplo hoje com o mesmo número de pessoas... tanto de técnicos de enfermagem e de médicos.... então a equipe está sobrecarregada... deveria ter sim essa organização que é do cti... é do cti... o que é da diálise são deles... só que um técnico de manhã para esse número de IRA que eles fazem é impossível...*

Psicóloga HD: *(...) parece que tá todo mundo está fazendo um favor para eles pra nefrologia, (...) o que a gente percebe nos últimos anos (...) que muitas coisas perderam o sentido...inclusive a nível institucional também(...) a gente percebe cada vez mais todo mundo trabalhando de uma maneira muito isolada... pensando no seu (...) tá se perdendo o sentido da proposta de todo mundo que é trabalhar na área da saúde. (...) os sentidos gerais estão se perdendo e eu acho que isso colabora para tudo isso que está acontecendo (..) gente...é um sintoma de sobrecarga das questões relacionadas ao trabalho da saúde.*

A história dos problemas mais uma vez surgiu no grupo, ao se questionar as origens das mudanças ocorridas, mas rapidamente o problema volta para a discussão da situação atual, com a chegada de pacientes sem controle algum da equipe:

Assistente Social RH: *então você falou uma coisa que me chamou a atenção [se referindo ao nefrologista 1] (...)... essas mudanças foram construídas ou elas foram impostas... será que houve uma consulta... Médico Nefrologista 1: Necessidade...demanda...*

Médico da CCIH: *Demanda: temos um problema hoje...o paciente está passando mal...você não tem onde colocar...não dá tempo de planejar nada...*

Supervisora CTI: *nós não estamos aguentando o acolhimento.....não tem solução...estamos trabalhando com a faca no pescoço...algum motivo tem pra aquilo estar acontecendo...*

Gerente de enfermagem: *quando montou a equipe da IRA...era tudo certo...os cateteres todos certos...foram tendo perdas...começou a aumentar...não vamos mais dar conta...vamos tirar isso...foi tudo sendo conversado... só que chegou um momento em que passou dos limites...muito*

Supervisora acolhimento de leitos: *(...) a equipe toda esta num estresse que quando você abre a boca pra falar...ela quer te matar..."oh, vai um paciente pra você..."mas outro...eu não quero...se for acamado eu não quero..." todo o hospital...não é um setor ou outro...perdeu aquilo cuidar do doente...(...) virou briga de setor com setor....vamos ter que talvez resgatar isso...o paciente não é do fulano...não é da beltrana...não é dela... é do hospital...*

A discussão voltou para o foco da reposição do carrinho de emergência: a reposição era feita pelos funcionários do CTI. Com a mudança de supervisão passou a ser cobrado da equipe que dialisa o paciente (IRA), que já é reduzida. O CTI diz que não pode repor o carrinho, pois o paciente não é do setor dele. Por sua vez, a IRA se denomina um prestador de serviço para aquele paciente que também não reconhece como sendo dela e que está internado no 4º. Andar. A equipe de nefrologia da hemodiálise por sua vez, responde pelos 33 pacientes do salão. Assim, o grupo chegou à conclusão que ninguém se responsabiliza por esse paciente. Ele não é da responsabilidade de ninguém, embora nos casos de intercorrências graves o médico do CTI preste socorro. Assim, foram encontradas várias situações de contradição.

Médico da CCIH: *Você tem dois médicos no CTI...mas esses dois não são responsáveis pela diálise...o paciente que complica na diálise...ele é um paciente que pra gente...ele é muito complicado...a gente não entende...o que acontece...aí o nefro tá lá no salão...aí dá zica no salão você não pode sair...e o cara da emergência "não...o CTI não é responsável...o CTI é o CTI...uma unidade fechada..." então quem é o responsável por esse paciente...ninguém...você coloca ele dentro de uma unidade fechada e....." então quem é o responsável por esse paciente...ninguém (...) o médico do CTI...a responsabilidade dele é cuidar do CTI...(...) se o paciente pára, se tem uma urgência... na urgência não é o problema...na parada (...) o problema é o dia a dia...*

Enfermeira IRA: *Porque tem não responsável por esse paciente...*

Médico da CCIH: *se não existe o responsável...você não tem de quem cobrar...(...) .coloca um médico responsável...e isso (...) da parte médica você precisa de uma referência...que não é nem da hemodiálise...nem do cti...*

### **Modelando o sistema de atividade**

A discussão em torno dos distúrbios na divisão do trabalho ensejou a apresentação do modelo do sistema de atividade enquanto atividade humana. Os participantes puderam visualizar que existem outros elementos a serem considerados no conjunto e um dos elementos, aqui denominado a divisão do trabalho estava em contradição com outros elementos do SA.

O grupo iniciou a elaboração do SA da hemodiálise na fase atual, mas sem concluí-lo. A pesquisadora sentiu necessidade de retomada do conceito posteriormente e passou ao panejado para a sessão: a construção da linha histórica da atividade, com base em documentos e dados que foram trazidos para a sessão. A pesquisador possuía um rascunho dos dados levantados na fase de coleta de dados para auxiliar nessa construção (Figura 12).

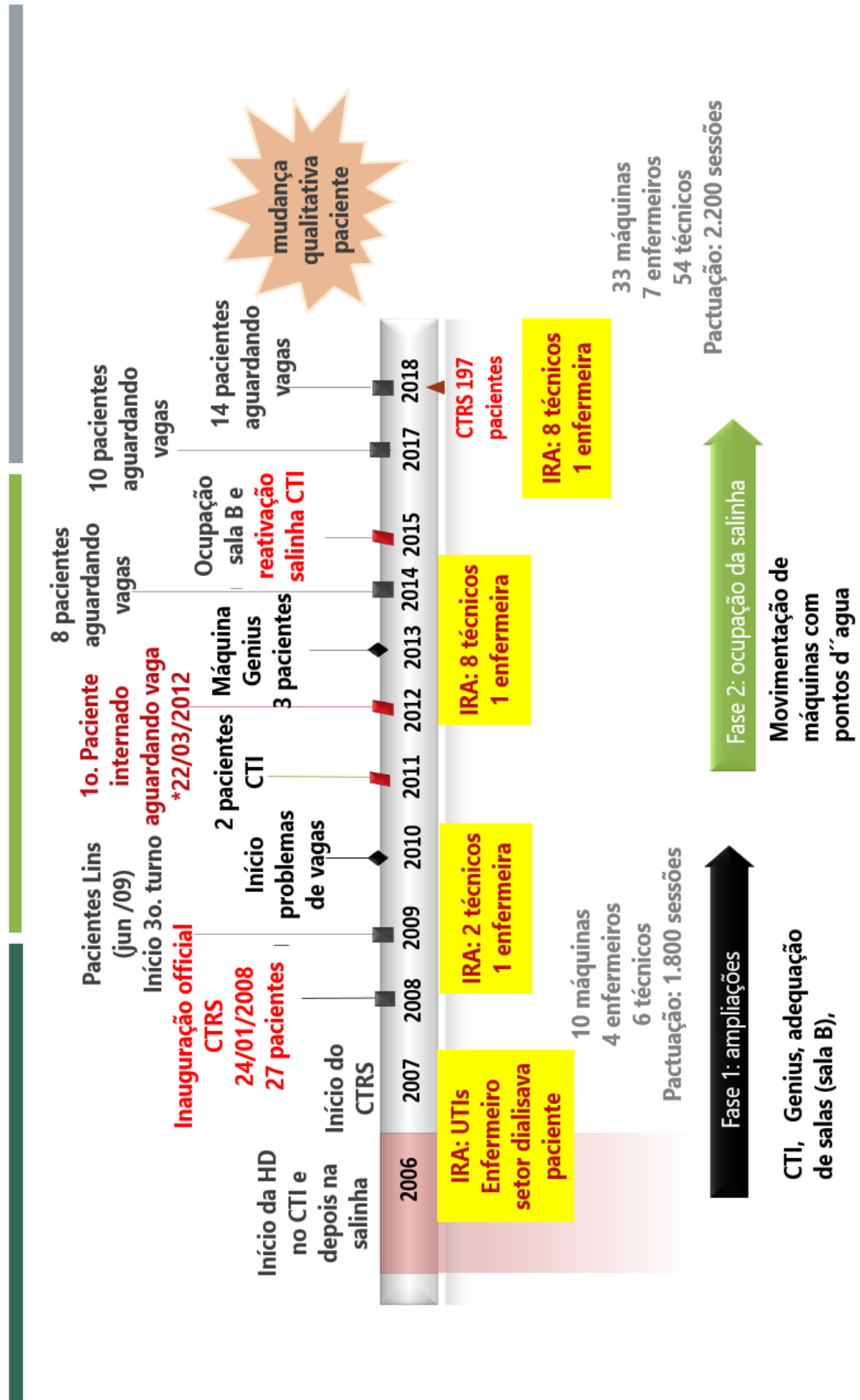


Figura 12 – linha histórica da hemodiálise



A nefrologista que trabalha na hemodiálise desde o início no setor trouxe documentos com dados sobre sua história. Ao se traçar a linha história da hemodiálise, verificou-se que o setor passou por duas fases: na primeira fase, conforme a demanda pelo serviço aumentava, eram feitas ampliações. Demandas tais como o fechamento de um centro na região fez com que os pacientes fossem transferidos para o hospital e aberto o terceiro turno. As ampliações foram sendo realizadas gradativamente, com adaptações de salas que possuíam outra função originalmente forma sendo ocupadas com máquinas e pacientes. Assim também o número de sessões de diálise foram repactuadas para suprir a necessidade orçamentária.

Na segunda fase já não havia mais para onde ampliar o setor. Em 2010 começaram os problemas com vagas, mas de forma que ainda não impactava muito na rotina. Um ou outro paciente permanecia aguardando pela vaga e dialisando em leitos emprestados pelo CTI. Em 2012 houve a necessidade de internação do primeiro paciente aguardando vaga ambulatorial. Desde então o número foi crescendo, uma vez que a demanda continua e o hospital não possui um mecanismo em que possa negar vaga ao paciente, pois o tratamento é necessário para a manutenção da vida e o paciente chega à instituição em situação de urgência, mesmo sem leitos disponíveis.

Durante a construção da linha histórica a pesquisadora notou a ausência da evolução da atividade da diálise peritoneal. Não foi visto como relevante esse fato para o grupo, por não depender da criação de vagas. Porém, como fora uma questão levantada como possível alternativa à HD ambulatorial pelo grupo durante a primeira sessão, a pesquisadora questionou a orientação da Portaria MS 389 de 2014 (Brasil, 2014b) a qual preconiza como meta uma determinada proporção de diálise peritoneal:

Pesquisador: Do ponto de vista da peritoneal...saber qual foi a evolução (...) a RDC 11 de 2014 fala também que existe uma previsão para quatro pacientes que fazem a hemodiálise se ter um de peritoneal...é uma previsão de crescimento...esse crescimento acompanhou o crescimento aqui?

Médico Nefrologista 1: *Porque é assim... a gente cresce...cai...porque a DP [diálise peritoneal] ela sai*

Técnica 3: *nós estávamos pondo toda segunda-feira cateter...agora não tem máquina...aí o problema já é da Baxter.[empresa fornecedora da máquina de DP]..não é mais da gente...aí deu uma parada...porque não tem máquina pra dialisar o paciente...*

Enfermeira IRA: *A gente tem 22 pacientes...aí a gente vai pra 29...aí dos 30 não passa...aí a gente cai pra 20...24...28...*

A enfermeira da IRA, que também é enfermeira da DP, justificou a recente dificuldade com o prazo de entrega de máquinas para novos pacientes de DP. As máquinas são cedidas em regime de comodato<sup>14</sup> diretamente com o paciente. A empresa realiza a entrega de todo o suprimento utilizado pelo paciente (soluções, etc). Em entrevista anterior, essa questão já havia surgido: o prazo de entrega da máquina era de aproximadamente 15 dias, tempo para adequação e treinamento do paciente no método, mas atualmente a empresa tem demorado de 50 a 60 dias para conseguir entregar a máquina. Tal fato se agrava com o oligopólio no fornecimento de máquinas para diálise no Brasil. (Junior e Mendes, 2015)

Ainda no quesito ferramentas, a máquina de hemodiálise da marca Genius surgiu na linha do tempo uma facilitadora da atividade da IRA, pois é portátil e não necessita de ponto fixo de água. Atualmente o hospital possui uma máquina, que se encontra em etapa de retirada do uso pelo alto custo dos suprimentos comparados aos da máquina fixa.

Em relação à regulação das vagas, que aqui pode ser considerada uma regra do sistema de atividade, relatos anteriores sugerem que o hospital tinha um controle maior da entrada dos pacientes, procurando coordenar a distribuição de vagas de acordo com a demanda e até recusando a entrada do paciente no serviço por falta de leito. Atualmente há a sensação de falta de controle da entrada dos pacientes em função de legislação da vaga zero em casos de urgência (Saúde., 2002)

Pesquisador: *Em relação à regulação...com o sistema CROSS...melhorou...piorou...*

Médico Nefrologista 1: *Na verdade hoje a gente não tem regulação...no começo a gente tinha...tudo era reportado pra nefro e a gente tentava barrar e aí depois não existe por isso...(...) antes assim...ligava pra gente falava "olha...tem um paciente aguardando...hoje não...já chega e tá..."*

---

<sup>14</sup>Segundo o artigo 579, do Código Civil, "comodato é o empréstimo gratuito de coisas não fungíveis". É um contrato unilateral por meio do qual uma pessoa empresta a outrem coisa infungível, a título gratuito, para que esta use o bem e depois o restitua. É classificado como empréstimo de uso, enquanto o mútuo é considerado empréstimo de consumo. Tal restituição deve ser procedida no tempo acordado pelas partes. GONÇALVES, Carlos Roberto. Direito Civil Brasileiro - Contratos e Atos Unilaterais. v. III, São Paulo: Editora Saraiva, 2004.

Médico Nefrologista 1: (...) é que a gente não consegue se programar (...) uma coisa assim...descomunal (...) hoje vem entra...vem entra...vem entra...  
 (...) o maior problema é que não se fecha a porta...e sendo que assim...a gente tem que entender que tudo tem um limite...só que aqui não existe o limite...o limite é o céu...vai enfiando...enfiando...enfiando (...).

Ao final da sessão, o grupo começou a elaborar sistema de atividade atual da terapia renal substitutiva e como ele era no passado.



Figura 13 – Elaborando o sistema de atividade da HD

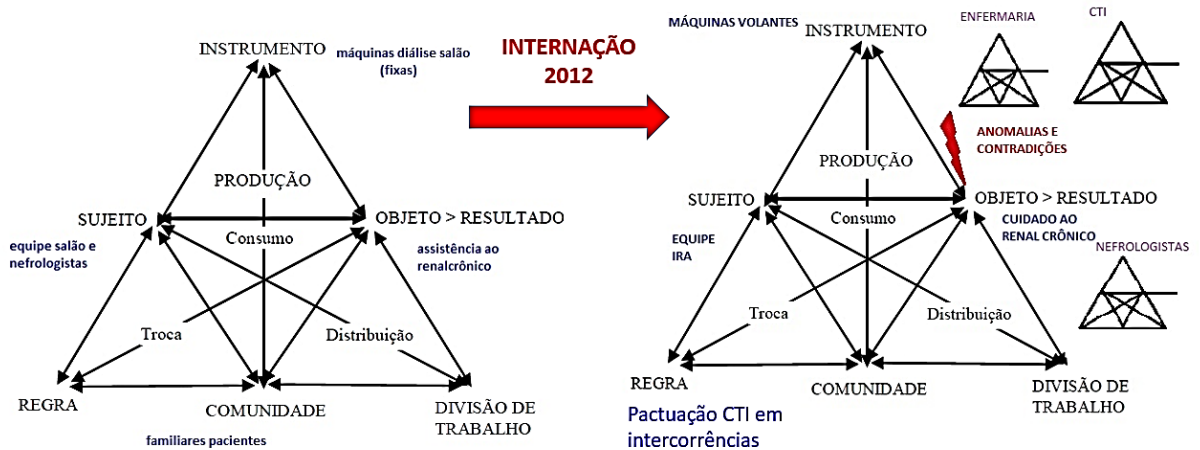


Figura 14 – Sistema de Atividade da HD antes e depois da internação

### **Movimento de agência paralela às sessões do LM**

Após a terceira sessão, onde a fala do técnico da IRA foi muito marcante em relação ao sentimento da equipe IRA de não pertencimento e “invasão do espaço do outro”, falta de suporte de enfermagem e equipe médica em casos de intercorrência, levou a gerente de enfermagem que estava presente na sessão, a tomar a iniciativa de tentar melhorar a situação. Assim, a mesma se reuniu com as enfermeiras da HD para dialogar em busca de um local para melhor acomodar essa equipe. Foi sugerida a utilização de uma sala anexa ao almoxarifado da hemodiálise, que atenderia as expectativas da equipe em estar dentro do setor, com respaldo dos nefrologistas do salão. A proposta foi levada à diretoria e quando chegou ao conhecimento da equipe médica, houve reação de resistência.

A equipe médica se reuniu e procurou a diretoria, manifestando seu descontentamento com a decisão, pois impactaria diretamente na rotina dos nefrologistas, que incorporariam em sua rotina de trabalho a responsabilidade pelas intercorrências dos pacientes crônicos internados. Esse movimento acabou gerando uma situação de impasse para a diretora e uma ruptura entre as equipes de enfermagem e médica da nefrologia. Os pesquisadores tiveram conhecimento desse fato durante as reuniões de planejamento e foi foco de discussões posteriores no grupo do LM, sobre a importância das discussões no grupo e construções coletivas de soluções.

#### **7.3.5 Quarta Sessão (09/11/2017)**

A quarta sessão foi planejada para a continuidade da construção da linha histórica da atividade de terapia renal substitutiva e para finalizar o sistema da atividade atual e como ele era no passado.

A nefrologista não pôde comparecer à sessão, que ficou prejudicada do ponto de vista da história, pois a mesma é uma das únicas que está desde o começo da unidade.

Um novo técnico de enfermagem da equipe IRA compareceu à sessão. Houve mais uma vez queixas em relação ao aumento da carga de trabalho dessa equipe após a internação de pacientes crônicos aguardando vagas. A enfermeira supervisora do setor, responsável pela elaboração da escala, reforçou essa ideia:

*Enfermeira IRA: A equipe nunca foi aumentada... ela é o mesmo número de pessoas desde que começou o serviço do IRA né, e aí o fluxo triplicou, todo ano tem um aumento, são mais de 1000 pacientes por ano e a equipe é a mesma e está absorvendo*

O número de funcionários da equipe IRA se manteve constante desde o início das atividades do setor, que agregou a diálise dos pacientes crônicos e também os pacientes que chegam na emergência de vaga zero. Foi constatado no decorrer do tempo um aumento no número dos pacientes internados. Na última coleta de dados eram 10 pacientes e nessa sessão já eram em número de 14. Em entrevista anterior, a nefrologista já havia informado que essas vagas somente são liberadas em caso de óbito, transplante ou transferência (raras). Que um mês ou outro acontece de vários pacientes irem a óbito ou serem realizados mais transplantes que o usual e a fila “andar”, porém rapidamente o número de internados volta a crescer.

Os relatos de sobrecarga de trabalho da equipe IRA continuam. Surgiram relatos de piora na situação de trabalho da equipe IRA após a decisão em se dialisar o paciente na salinha também no período noturno (fato ocorrido após a PCR de paciente e impossibilidade de entrada do carrinho de emergência). Essa situação se agrava com a falta de médicos nefrologistas do salão no período noturno para intercorrências nefrológicas, sendo a orientação feita à distância pelo nefrologista plantonista. Assim, muitas decisões imediatas têm que ser tomadas pelos técnicos. A equipe do CTI, ao lado da salinha os socorre somente em casos de urgência, como por exemplo uma parada cardiorrespiratória. Esses fatores são somados à relatos de falta de profissionais nas escalas: a escala normal contempla dois funcionários IRA trabalhando à noite, porém surgiram relatos do técnico ficar sozinho à noite de forma recorrente, atendendo nas UTIs, salinha e emergências que possam chegar:

*Pesquisadora: e é rotina assim você ou outra funcionaria ficar sozinha de madrugada?*

*Técnica IRA 4: na IRA nós somos em dois.... mas sempre tem folga né... de um de outro...férias (...) tem dias que a gente trabalha 18 horas direto para ajudar a equipe porque nós somos em unidos... "ah tem muito", então vamos lá, vamos fazer e acaba sobrecarregando, nós estamos sobrecarregadas (...) por exemplo, as vezes a gente está em duas... mas as vezes eu to sozinha e chega uma emergência....não tem como deixar o paciente já instalado na máquina e fazer aquele de emergência, tem que esperar...*

Outra situação problemática é o tempo que se gasta para acionar a equipe de engenharia clínica, responsável pelo deslocamento das máquinas. Os técnicos respondem à distância pelos plantões noturnos. Assim, embora exista uma programação diária de diálise dos pacientes, uma necessidade de mudança implica em acioná-los e aguardar o chamado ser respondido para realocar o maquinário.

Houve uma época em que os próprios técnicos realizavam o transporte das máquinas para agilizar o trabalho, porém após algumas situações de problemas com as máquinas ficou definido que o transporte somente seria realizado por pessoas responsáveis pelas máquinas.

O grupo manifestou a facilidade no uso de outro tipo de máquina, uma que não necessita de ponto de água, da marca Genius, que embora com maior custo de insumos, facilita a rotina dos técnicos, pois atualmente eles compreendem que o número de máquinas está subdimensionado para atender a demanda atual de pacientes.

A rotatividade de profissionais caba sendo um problema enfrentado pelo hospital, com dificuldade de contratação. Assim, a mesma equipe, que é altamente especializada e treinada para ter uma certa autonomia de trabalho acaba tendo que realizar a substituição em caso de necessidade na escala. A jornada com excesso de horas extras vem sendo acompanhada pelo Ministério Público do Trabalho e implica em dilema para a instituição:

*Enfermeira supervisora HD: Tenho que escolher: deixar o paciente morrer ou fazer o profissional fazer hora extra? Conflitos com MPT (excesso de hora extra dos profissionais). Se der multa, vai sair mais dinheiro ainda.*

Foram acrescentados alguns dados em relação à história da unidade, tais como número de pacientes e funcionários, além das máquinas e montada uma tabela com as mudanças nos elementos do sistema de atividade da TRS no decorrer do tempo (**Quadro 6**).

Quadro 6 – matriz de mudança TRS

| TEMPO                      | PASSADO   | PRESENTE  |
|----------------------------|---|---|
| <b>ELEMENTO DO SA</b>      |   |   |
| <b>Objeto</b>              | Paciente mais independente  | Paciente mais idoso e com mais comorbidades<br>Triplicou o número de pacientes                              |
| <b>Sujeito</b>             | Técnicos de enfermagem IRA (8) enfermeiros e médicos nefrologistas            | Técnicos enfermagem IRA (7)<br>Enfermeiros<br>Nefrologistas   |
| <b>Instrumento</b>         | Máquinas Gambro, Fresenius e Genius   | Máquinas Gambro Fresenius e Genius  |
| <b>Comunidade</b>          | Familiares, Equipe multiprofissional, CCIH, regulação de vagas, acolhimento,  | Familiares, Equipe multiprofissional, CCIH, regulação de vagas, acolhimento                                 |
| <b>Divisão do trabalho</b> | Equipe salão<br>Equipe IRA<br>Equipes UTIs                                    | Equipe salão<br>Equipe IRA<br>Equipes UTIs<br>CTI/Emergência (intercorrências)<br>Equipes internação        |
| <b>Regras</b>              | Distribuição de vagas: competência HEB em negar paciente (por falta de vagas) | Distribuição de vagas: DRS e portaria da vaga zero: o paciente chega e é aceito mesmo sem vagas disponíveis |

### 7.3.6 Quinta Sessão (23/11/2017)

Ao final da quarta sessão, o grupo percebeu nas discussões o foco ainda nos problemas pontuais. Os pesquisadores perceberam que para caminhar para a fase de modelagem havia a necessidade em se trabalhar com um número reduzido de participantes e que estivessem diretamente relacionados com o objeto da atividade da TRS ao paciente renal crônico. Esse grupo seria composto por técnicos(as) de enfermagem, enfermeiros(as), nefrologistas e equipe multiprofissional que atuam no setor (assistentes sociais e psicóloga). A ideia era que esse grupo menor desenvolvesse propostas de um novo modelo, pois estará diretamente vinculado a ela e posteriormente essas propostas seriam validadas no grupo inicial, ampliado. Essa questão é referenciada no método do LM por (Virkkunen e Newnham, 2015, p. 134):

O princípio de convidar todos aqueles que trabalham com o mesmo objeto às vezes contradiz a necessidade de fomentar a discussão aberta e direta no Laboratório de Mudança. Se o número de participantes for superior a 15 ou 20 pessoas, eles não poderão trabalhar de maneira eficaz ao longo do processo e terão de ser

divididos em grupos menores durante algumas partes do processo. Em um Laboratório de Mudança Interfronteiras, é natural que, após uma introdução comum, os participantes que representam organizações diferentes trabalhem parcialmente em grupos separados e se reúnam para discutir suas propostas, para criar o novo modelo e para planejar a sua implementação conjunta.

Uma vez que outra dificuldade encontrada nas sessões anteriores foi a participação de técnicos(as) de enfermagem e enfermeiros(as) do setor sem comprometer o funcionamento da HD, levantou-se a possibilidade em realizar as sessões com a equipe de nefrologia no próprio setor, em uma sala de reuniões anexa a ele, envolvendo mais a equipe da HD, DP e IRA.

Assim, a quinta sessão foi planejada de modo a apresentar as propostas acima e também disparar no grupo uma reflexão sobre o que fora desenvolvido até o momento sob a perspectiva dos participantes

A pesquisadora iniciou a sessão realizando uma breve explanação sobre as sessões anteriores, situando-as no ciclo da aprendizagem expansiva. Foi retomado o sistema de atividade e a matriz de mudanças da atividade. Na sequência a pesquisadora explicou a dificuldade em se caminhar na modelagem com um grupo grande como se apresentava. Todos concordaram com a divisão do grupo. Também foi aceita a ideia de se fazer as próximas reuniões na hemodiálise para incentivar a participação dos trabalhadores do setor. O pesquisador perguntou aos participantes a opinião sobre as sessões até o momento:

*Técnica 3: como entramos pra trabalhar...nem sabemos o que acontece...fiquei dois anos sem saber onde era a UTQ [unidade de tratamento de queimados] (...) quanto ao aumento [de pacientes] quando eu entrei no hospital, eu triava uma média de trinta pacientes por mês...hoje eu tria trinta por dia....e só continuou eu na DP...*

*Médico Nefrologista 1: nem sei, eu me perdi um pouco...a problemática da vaga reflete mais no geral...é um pouco de exposição que eu realmente não estou muito acostumada...pra mim foi um pouco difícil...causou um certo desconforto algumas vezes...mas acho que é importante falar mesmo...*

*Psicóloga HD: (...) o que eu tenho percebido e transitado é que o trabalho e essas relações adoecem...tá todo mundo muito doente...infelizmente...então eu acho que a gente precisa tratar disso...eu acho que se as coisas melhorarem lá ...isso pode dar um pulo para os outros lugares do hospital...porque não é só lá que tem problemas...dificuldades... [se referindo à hemodiálise]...*

*Assistente Social RH: eu acho ótimo tudo isso...porque não é cultural a gente conversar e o que é cultural é a gente levar o problema e culpar alguém (...).mesmo agora que é pra pensar num modelo de atividade...fica um legado pra outras instâncias (...) o que a gente faz aqui... acho que o LM tem isso de você ficar*



*questionando...questionando...peráí..o que eu tô fazendo aqui.(...) eu sei que dá trabalho...que é difícil...mas eu vejo com muito otimismo...acho que o LM vai ter que sofrer alterações pra se adaptar à realidade brasileira...que é desigual.(...) a gente tem que tentar mudar... a gente tem uma história...tem um ranço...uma forma de gestão e de liderança muito linear...e a gente não está acostumado com isso...quando a gente traz esse modelo a gente quebra paradigma.*

As falas refletiram que a intervenção está atendendo primeiramente a uma necessidade de comunicação entre trabalhadores de diversos setores e direção, a qual já vem tomando corpo, segundo os relatos, com a proposta da atual diretoria, de uma gestão participativa. A necessidade de mudanças foi reconhecida, face à percepção de cansaço e adoecimento dos trabalhadores. Ao mesmo tempo, a intervenção foi sentida como “novidade” e houve um certo incômodo por parte de alguns participantes que se sentiram expostos, justificando a falta de familiaridade face ao espaço aberto para discussões.

Nessa reunião houve a participação pela primeira vez de uma outra assistente social que atua na hemodiálise há menos tempo, há dois anos. A mesma ao se apresentar, trouxe um relato emocionado sobre seu início no setor, abordando os aspectos relativos à visão de quem é externo a ele e a grande carga emocional do trabalho na hemodiálise:

*Assistente Social HD 2: Eu trabalhava à noite e quando fui para o dia falaram: “você vai trabalhar na hemodiálise e oncologia...” eu falei: “Deus...” [com expressão de susto] não vou...não vou...eu fiquei muito preocupada (...) você via muito aquela unidade fechada...ninguém chega...ninguém se aproxima...eu estava mais assustada que a equipe (...) e hoje sinceramente...eu amo a hemodiálise...[se emocionou, chorando].*

*[emocionada] você passa na poltrona do paciente e só de você ouvir aquele paciente que é carente de tudo...ele é carente de saúde...da família (...) você sabe tudo o que ele passou para estar ali onde ele tá...uma internação prolongada...sofrimento...às vezes nunca cuidou da saúde...às vezes só o fato de você de você parar (...) e olhar pra ele e ele se sentir valorizado...ele se sente acolhido...ele vai embora daqui feliz...mesmo ficando duas...três horas numa máquina...*

Surgem também relatos de vínculo do paciente com a equipe de hemodiálise do setor:

*Enfermeira supervisora HD: (...) relatam pra gente que gostam da HD...pois é uma maneira de sair da casa dele...*

*Médico Nefrologista 1: teve paciente que transplantou e ficou numa depressão tão grande...era a vida social dele...e o acompanhante*

*que vive uma vida trazendo o paciente...depois quando esse paciente falece ou acontece alguma coisa...ele perde o chão... (...eles te veem três vezes por semana ... outro dia fiquei tão chateada ...falei pra uma paciente: "sua pressão tá alta...sempre alta..." e a mulher: "sabe o que é...doutora... é que eu passei frio essa noite...é que meu filho vendeu meu cobertor pra comprar droga..." eu vou ficar quieta...ela passou frio porque roubaram o cobertor...*

Ao mesmo tempo emergem relatos de consequências desse envolvimento emocional para toda a equipe, conforme relata Soares (2012), sobre o esforço emocional exigido do profissional de saúde.

*Psicóloga HD: Quando a gente tá ali passando falando um oi, quando a doutora (...) passa visita (...) a gente empresta uma parte psíquica pro paciente...a gente oferece a nossa saúde mental naquele momento...por mais que elas façam isso inconscientemente (...) "a gente só escutou..." mas isso ressoa depois de alguma forma (...) por isso a equipe se sente angustiada (...) aflita (...) cansada a ponto de surtar pesado (...) são coisas que a gente não consegue nomear...*

Conforme citado por Prestes *et al.* (2010), presenciar o sofrimento do paciente e o sentimento de impotência são importantes fatores no sofrimento dos trabalhadores de enfermagem na hemodiálise.

Ao fim da sessão, que teve como principal função essa “negociação” de um grupo menor, foi apresentado um vídeo preparado pela psicóloga da HD e agendada a próxima sessão.

### **7.3.7 Sexta Sessão (30/11/2017)**

A principal ideia dos pesquisadores para a sexta sessão era analisar o sistema de atividade da TRS e as contradições entre os seus elementos, e levar um dado espelho do paciente internado. Grande parte desses distúrbios foram sendo discutidos no decorrer das sessões.

O pesquisador fez uma breve retomada, uma vez que havia técnicos e enfermeiros nas sessões, que participaram pela primeira vez. Foi dada voz ao grupo para se apresentar e relatar o que veem como dificuldade ou distúrbio em sua atividade. Surgiram relatos de diferenças no trabalho das equipes do salão e da IRA. Mais uma vez a dinâmica da hemodiálise na salinha foi colocada como uma situação

problemática, e que o técnico assume responsabilidades que não são de sua atribuição:

Técnico IRA 3: ... *Eu posso falar porque eu era do salão e agora estou na IRA, consigo ver a problemática dos dois...no salão a gente não tem funcionários e na IRA a gente não tem nada né, porque mesmo que a gente tem a [enfermeira] aqui... ela fica totalmente sobrecarregada... porque ela não cuida só de nós (...) e como se não bastasse a gente tem um médico que fica de plantão na IRA que não fica com a gente...o médico ele passa...examina o paciente e tchau... então toda e qualquer intercorrência dialítica é nossa...só que eu sou técnica...*

*(...)aqui se o paciente faz hipotensão...sai gritando a enfermeira...se o sistema coagula...sai gritando a enfermeira...lá na salinha se o paciente quiser parar...você se vira...se coagular você troca...a gente tem que olhar e ver o que vai fazer...*

*(...)e ainda que no salão se falta um você pede dobra no salão...e na IRA quem que dobra se ninguém vai para lá...ninguém dobra lá (...) ninguém quer assumir a bucha.*

Enfermeira salão1: *porque eles têm que ser mais independentes...aí ninguém quer ir.*

A equipe IRA recebe o maior impacto das mudanças na atividade no decorrer do tempo. Todos os pacientes que chegam em situação de urgência - os renais agudos que chegam pela urgência ou vaga zero e pacientes crônicos com alguma intercorrência – ficam sob a responsabilidade dessa equipe para dialisar. Esses pacientes são somados aos pacientes crônicos internados, que começaram a surgir em 2011, com a falta de vagas ambulatoriais e parecem ser a maior demanda da equipe atualmente:

Técnico IRA 3: *o problema é que 90% dos nossos pacientes hoje não são IRA...IRA hoje está com dois pacientes...na UTI adulto.*

Pesquisador: *Todos são crônicos?*

Técnico IRA 3: *adulto a gente está com dois (...) na UTI adulto...todos os outros 24 em questão são crônicos...então se for para ver ele não é meu paciente...*

Pesquisador: *mas 24 aguardando vaga?*

Técnico IRA 3: *16 aguardando vaga...*

Ainda assim há relato de mais distúrbios também no salão. Como a ocupação das máquinas precisam ser otimizadas, há casos em que um paciente foi transplantado e no momento não realiza hemodiálise. Porém, sua vaga ainda não foi liberada no sistema até se confirme que o transplante “pegou”. O paciente IRA é então encaminhado provisoriamente para dialisar no salão:

Enfermeira salão1: *se ele [paciente do salão] fez transplante semana passada...então segura a vaga dele até ele ter alta do hospital... então sobra essa vaga [no salão] aí chama alguém do IRA... se o*

*outro morreu... até entrar alguém na vaga... não demora...no mesmo dia...é muito raro no dia seguinte.*

*Técnico IRA 3: a situação é tão complexa, (...) volta e meia eu venho pedir vaga para [enfermeira do salão] para quem tiver de plantão...por estar com muito paciente lá [na IRA] e o que muitas vezes eu ouço (...) é " traz o melhorzinho e que não seja chato"...aí eu te pergunto: eu trabalho sozinha eu não tenho enfermeira para me respaldar, eu não tenho médico para me respaldar...será que o melhor não tinha que ficar comigo?*

Os diálogos prosseguiram sobre o aumento da carga de trabalho no hospital em geral, com redução da proporção profissionais/pacientes no decorrer do tempo e a rotatividade de profissionais. Em função disso o grupo visualiza uma mudança de comportamento dos profissionais, que fazem o seu trabalho, atualmente com mais atribuições que antes, não voltando o olhar para os colegas e diminuindo assim o coleguismo entre as equipes IRA e emergência/CTI e até mesmo entre as equipes IRA e do salão:

*Técnico IRA 3: se o paciente está na nefro ele é meu...eu não quero saber se ele é da clínica... um exemplo... se o paciente tiver vomitado ou evacuado eu não posso largar ele desse jeito porque ele é da clínica (...) porque aqui a gente não é só uma função...no processo todo é técnico... é psicólogo... é nutricionista... a gente faz um pouquinho de tudo para ajudar (...) gente percebe é que (...) a grande maioria tira o corpo fora e eu não sei se é por excesso de carga de trabalho então tenta fazer só o seu e o do outro que se lasque porque a gente vê muito (...) " ah eu não vou lá porque esse daqui é o meu... se os quatro são meus então outros que se dane"*

Após os relatos, o pesquisador apresenta um vídeo de um paciente jovem, internado aguardando vaga, sem comorbidades que justificassem sua internação em ambiente hospitalar. O grupo constata que o paciente já conseguiu sua vaga no salão e ao ouvir o relato, se inicia uma discussão sobre as dificuldades que envolvem a escolha do método de TRS.

*Pesquisador: o senhor se sente bem... o restante da saúde não tem problema? O senhor está internado só pra aguardar vaga?*

*Paciente 1: só pra hemodiálise.*

*Pesquisador: foi oferecido para o senhor algum método de dialise alternativa?*

*Paciente 1: Foi... a peritoneal... onde eu tava morando foi uma assistente social e uma enfermeira... ai elas falaram que o lugar não dava...é uma peça só com banheiro...tinha que ter lugar pra armazenar medicamento...mas eu estava conversando com o Dr [nome] eu sou sozinho...pagar pra uma pessoa pra tar junto comigo não dá (...) então prefiro fazer aqui no hospital mesmo (...) me sinto mais seguro (...) e aqui o cuidado também é outro...lá acho que é meio difícil ter o mesmo cuidado que eu tenho aqui...*

O paciente relativamente jovem, independente levanta questões sobre situações que o levaram à condição de renal crônico, onde se poderia ter atuado melhor em prevenção e as possibilidades de tratamentos, assim como dificuldades encontradas na tentativa de propostas do método de diálise peritoneal. O grupo irá refletir sobre toda a problemática do cuidado a esse paciente, elaborando propostas que visem melhorar a atividade do setor de TRS.

O pesquisador entregou duas pastas com o sistema de atividade, a matriz de mudanças e duas questões disparadoras:

**Tarefa 1.** Na opinião do grupo, quais as opções possíveis para se tentar elaborar um modelo diferente de atendimento ao paciente renal crônico que necessita de terapia renal substitutiva atendido no HEB? Elenque as possíveis soluções.

**Tarefa 2.** Escolham uma ou duas possíveis soluções e elaborem um plano de trabalho. O plano de trabalho poderá contemplar mudanças em diversos elementos do sistema de atividade apresentado.

O grupo ainda focou nas relações entre as equipes IRA e do salão. O fato da técnica presente nessa sessão participar pela primeira vez e trazer várias informações sobre os problemas da equipe IRA acabou levando o grupo para a fase de questionamento novamente. A ausência dos nefrologistas também manteve o foco centrado na enfermagem. As propostas do grupo foram de rodízio entre as equipes de enfermagem do salão e IRA para melhor compreensão dos papéis, treinamentos intra equipe, por técnicos das máquinas de DP. Foi ponderado a falta de tempo das equipes pela escassez de recursos humanos. Outra proposta foi a contratação de pessoal com edital específico de hemodiálise.

*Psicóloga HD: Eu acho que elas poderiam receber treinamento...por exemplo todo o pessoal da IRA com o salão (...) das Enfermeiras que sabem... que fizeram especialização... dava para contar também com as parcerias dos outros técnicos de laboratórios...os profissionais que vem que representam a Baxter [marca da máquina de DP] (...) eu vou até mais além...eu acho que os editais de processo seletivo tinham que ser específico ' edital para hemodiálise'...*

*Técnico IRA 3: Eu acho que essa correria acaba alterando esse modelo aqui (...) porque é tanta gente que hoje que está despreparada trabalhando aqui que até desenvolver uma técnica para fazer um curativo acaba contaminando o paciente (...) ou então não tem funcionário (...)*

Os treinamentos eram realizados pela enfermeira supervisora anterior e a equipe sente a necessidade da continuidade dos mesmos:

*Porque antes a [enfermeira supervisora antiga] fazia assim... ela distribui 10 temas...aí falava " você escolhe o seu"...então você era responsável por aquele tema (...) cada funcionário se virava em buscar material e apresentar e era para todos os funcionários e o médico junto*

Houve sugestões de elaboração de folders sobre a hemodiálise direcionada para funcionários, para divulgar melhor o setor tecnicamente e derrubar tabus e também para esclarecimentos aos pacientes sobre os tipos de TRS, as características de cada uma, o que é a DRC, etc. O grupo ficou de organizar as ideias e apresenta-las na próxima sessão.

### **7.3.8 Sétima Sessão (06/12/2017)**

A sessão foi planejada para trazer o que fora discutido como proposta na sessão anterior a fim de validar na equipe médica e de supervisão de enfermagem que estiveram ausentes. Também a pesquisadora principal tentou ampliar a visão do grupo, que em sua percepção ficou centrada em soluções que visavam melhorar alguns distúrbios existentes em alguns elementos do SA, porém sem visualizar o SA enquanto unidade de análise. Como primeiro dado espelho foi apresentada a fala de uma técnica de enfermagem na sessão anterior: "...no salão a gente não tem funcionários e na IRA a gente não tem nada..."

A própria técnica reconheceu sua fala e a complementou:

*Técnico IRA 3: aqui [se referindo ao salão] tem o [nome] que está de plantão.... tem a Dra. [nome] e tem duas enfermeiras que se precisar tem...o tempo que está acontecendo uma ocorrência que eu vou levar pra comunicar alguém do salão caso o CTI não me atenda pode ser crucial pro paciente...na pior das hipóteses acontecer o pior porque eu não tenho ninguém...*

Houve reação de resistência ao dado espelho levado por um dos nefrologistas e pela enfermeira supervisora da HD, com negação parcial da situação, justificada pela presença da equipe de nefro no salão e respaldo da equipe do CTI para os casos de emergência (ex: parada cardio-respiratória). Relatos de pactuação com equipe para atendimento nesses casos.

Médico Nefrologista 2: *Mas não era pra ter porque o acordo seria o médico da emergência atender... se eles não vão eles vão ter que se justificar...eles que estão errados....*

Enfermeira supervisora HD: *se é uma intercorrência nefrológica tem o plantonista a distância que eles tem o acesso direto... se é uma outra intercorrência o técnico (...) tem que ter o maneja de devolver paciente [significa devolver o sangue para o paciente] (...) mas tipo, tá dentro da emergência daí é responsabilidade daquele médico dali atender...então assim...sempre vai ter o médico...por isso que as vezes você fala...fica meio vago..."ah, ele não tem uma referência de enfermeiro e ele não tem um médico" ...o sentimento é que não tem um só nosso...*

Técnico IRA 3: *Sim, a distância, eu digo assim, que nem do salão... pra gente... eu disse que não tem.*

Enfermeira supervisora: [falando ao mesmo tempo que a técnica] *mas a gente até pode discutir porque quando se criou a IRA a gente não tinha paciente a noite... era um ou outro...uma urgência e hoje devido a quantidade de pacientes essa rotina mudou (...) e sem respaldo nenhum não fica... a gente tem esse respaldo à distância e de um outro profissional que é de outro setor... não é só nosso da hemodiálise.*

Técnico IRA 3: *Ele [se referindo ao nefrologista plantonista da IRA] também fica sobrecarregado porque tem uma lista de pacientes... examinar todo mundo... mais as intercorrências...mais os nossos...*

A pesquisadora principal apresentou então um resumo da história da HD construída nas sessões anteriores como segundo estímulo, para que o grupo visualizasse o aumento de pacientes, criação de novos pontos de HD até o esgotamento das vagas e início da fila. Ao se iniciar a fila, a equipe IRA foi recebendo essa demanda acumulada com o mesmo número de trabalhadores. Após reflexão, foi pontuado também que a demanda de pacientes aumentou para todos os setores, inclusive para o CTI, que pode estar sobrecarregado, passando a discussão para uma visão sistêmica e em cascata do problema. Foi constatado que a equipe IRA está dimensionada para atender os renais agudos e com a necessidade de atendimento dos pacientes crônicos internados, houve a necessidade de mudança na rotina, com aumento de diálise à noite para dar conta desse aumento, com percepção de continuidade do problema. Nesse momento, a equipe fica sem o apoio da nefrologia do salão em casos de intercorrências e o CTI por sua vez também se encontra com capacidade máxima instalada:

Enfermeira supervisora: *Não tem mais aonde a gente colocar [pacientes para dialisar] e até quando a gente vai abraçar, (...) o que que a gente vai fazer...mudar da emergência [CTI] pra outro lugar a gente só vai mudar o problema de lugar e resolver o problema da [supervisora do CTI].*

Médico Nefrologista 2: *a salinha daqui uns dias vai rodar pro terceiro turno, e ai...não vai ter onde por mais pacientes...vai acontecer...está caminhando pra isso...ta virando a noite já...não está dando conta de fazer 24 horas [dialisar todos os pacientes em 24 horas].*

Passou-se então à apresentação das propostas desenvolvidas pelo grupo na sessão anterior:

### **1. Proposta de rodízio da equipe de técnicos do salão para a equipe IRA,:**

Essa proposta vem de encontro à reposição da equipe em casos de vaga na escala de trabalho. Atualmente em casos de férias, folgas ou faltas, o técnico fica sozinho no plantão. A ideia não foi bem aceita pela supervisão de enfermagem, alegando que para o trabalho na IRA há a necessidade de maior autonomia por parte do técnico:

*Enfermeira supervisora HD: e ai a questão de rodízio de um funcionário do salão [paciente crônico] pra agudo [IRA] é uma questão de perfil também,...ele é um funcionário que ele vai ficar lá com o paciente e com o equipamento realmente sozinho...ele tem o médico no hospital...ele tem a enfermeira no hospital...ele vai precisar chamar...precisa de uma pessoa que tenha visão (.....).que ele saiba cuidar do paciente que acabou de sair da UTI que tem uma traqueostomia com uma droga vasoativa ou outras coisas e hoje infelizmente essa mão de obra qualificada a gente não tem aqui dentro (...) eu simplesmente não posso pegar um funcionário que eu quiser e falar "você vai pra IRA"... eu tenho gente que não vai nem com 'reza braba' aqui [no salão] com médico olhando...com 2 enfermeiros olhando e os colegas olhando...*

*Assistente Social RH: Você fala da sua equipe?*

*Enfermeira supervisora: isso...infelizmente essa é a mão de obra que a gente tem aqui hoje em dia.(...) eu vou olhar pro paciente, eu não tenho coragem de colocar um funcionário ruim "ah você vai pra IRA" e se fosse o seu pai dialisando... vou mandar alguém que não tem visão nenhuma... que não tem atitude...que não corre...o paciente vai morrer ou vai ter uma intercorrência...*

Nesse momento fica clara a contradição no discurso da enfermeira supervisora da HD ao negar anteriormente o dado espelho apresentado no relato de sensação de falta de respaldo por parte do técnico da IRA: aqui fica clara a responsabilidade assumida pelo técnico da IRA em relação aos cuidados com o paciente.



### Treinamento interno

A proposta de treinamento visava primeiramente quebrar um tabu sobre a visão de outros setores do hospital sobre o trabalho dos técnicos em hemodiálise, que acham que após instalar o paciente na máquina, os mesmos ficam sem função e também capacitar outros técnicos para cobrir as escalas em caso de faltas. Atualmente somente a mesma equipe consegue cobrir a escala dos colegas, por se tratar de função especializada. A possibilidade de remanejar funcionários também foi levantada:

*Assistente Social RH: Porque eu entendi é que vocês queriam abrir as portas pra treinar as pessoas daqui e até pra despertar o interesse pra desconstruir essa visão negativa que as pessoas tem.*

*Técnico IRA 3: É que ninguém entende a sessão da gente... acha que a hemodiálise não faz nada...foi o que eu ouvi hoje...*

*Enfermeira supervisora: (...) bateu mais de dez pessoas aqui na porta...de funcionários do hospital "porque que eu quero vir pra cá"... "tá, porque você quer vir pra cá?"... "ah porque não trabalha de domingo e ganha mais porque é especializado e ai você vai perguntar pras pessoas...tipo do outro setor "ah como que é essa função?"... "pelo amor de Deus...ela é encostada...tá te dando de graça"...*

*Técnico 5: (...) eu treinei os funcionários...(...) já treinei 4...então... o que acontece... você treinar o funcionário... a enfermeira treinou a equipe só que você tem que ter uma responsabilidade... não consegue ficar olhando os 30 de uma vez... a enfermeira não consegue... no mínimo o que você está fazendo ali você tem que estar responsável por aquele ali... ai você traz um técnico de enfermagem... ele pode estar 8 anos aqui no hospital... se colocar de frente da máquina... Parado. Perdido. Paralisado. Paralisa.*

Foram levantadas várias dificuldades no treinamento para cobertura de escala e remanejamento, entre elas a motivação errada do interessado: não trabalhar aos domingos e achar que o serviço é mais tranquilo, além de funcionários que já apresentaram problemas em outros setores. Outras dificuldades dão conta da equipe já reduzida do salão para treiná-los. Essa equipe é solicitada constantemente a dobrar o turno para cobrir a escala e se encontra cansada. Foi reconhecido um problema num círculo vicioso aqui. Além disso, há a dificuldade ao se lidar com a tecnologia da máquina de hemodiálise, que assusta os técnicos num primeiro momento, até se familiarizarem e outras demandas do setor ("apagar fogo"), deixando o treinamento para segundo plano.

*Técnico 5: Ai você começa a treinar ele, ai você fala "não você não vai tocar em nada, você vai me acompanhar e eu vou fazendo dia a dia", e dá uns 30 dias...é porque o treinamento não é fácil, ... pra*

*essa pessoa que vai vir treinar e pra quem vai estar treinando também.*

*Psicóloga HD: A rotina fica diferente.*

*Técnico 5: Fica pesado.*

*Enfermeira supervisora: Tanto é que antigamente a gente treinava, o funcionário chegava, você dava toda a informação: o que que é hemodiálise..dava aulinha (...) ai “agora você aprender a parte de fazer”... parou, você ia perguntar não entendia nada... assustado... queria ir embora daqui e ficava olhando pra aquilo lá (...) hoje ele passa um semana só observando... se ambientando até ele entender que aquilo não é um bicho de sete cabeça...a gente vai mostrando aos poucos como que faz...depois a gente insere a informação.*

Outro problema é relativo à necessidade de tempo e prática para esse treinamento. Pouco tempo após o treinamento, o funcionário esquece os procedimentos se não trabalhar com a máquina de modo constante:

*Médico Nefrologista 1: eu porque eu já mexi numa máquina e hoje se me mandarem ligar uma máquina eu não sei por as coisas... sei o básico...se você ficar 2 meses sem ver... você não vai voltar aqui e fazer as coisas.*

Ao final a equipe ficou de se organizar e utilizar os próprios funcionários da nefrologia para os treinamentos de técnicos de outros setores com a finalidade de divulgação das atribuições do setor, somente com a finalidade de divulgação e não de remanejamento de pessoal. Essa proposta ficou de ser discutida posteriormente, quando a equipe estiver melhor dimensionada.

### **Proposta de contratação de técnicos por edital específico para a Hd.**

A proposta visava contratar técnicos com edital específico para quebrar a resistência em se trabalhar no setor. Assim, quem prestasse o concurso saberia que iria trabalhar na nefrologia.

Porém, foram pontuadas diversas dificuldades para colocar em prática essa ideia. Uma delas se refere à avaliação do perfil do profissional em relação à empatia e aspectos emocionais relativos à equipe da hemodiálise ao lidar com o paciente crônico: por se tratar de paciente mais “complexo” (muitos de difícil adesão ao tratamento, “turrões”, por vezes mais difícil de lidar). Também características de pro-atividade e tranquilidade ao se lidar com intercorrências são esperadas no cuidado ao paciente dialítico:

*Técnico 5: porque não é só isso ai... porque um paciente renal, (...) ele é complicado... ele é turrão... ele é azedo...é mau humorado,...[risos] então é uma coisa que você tem que*

*saber...então você tem que fazer aquela cara de paisagem e saber levar ele....as vezes você está vendo que ele está complicando tua vida.....*

*(....)Você está vendo que está afundando “não, é só uma aguinha no pescoço vai acabar”...na verdade o coração da gente...ele tá ali...tá segurando firme.*

*(....) a gente quando encontra um doutor no corredor pra tomar um café ou uma água.. a gente pergunta “doutor e aquele paciente meu assim e assim... como é que ele está?”, ele responde...agora se eu pergunto pra um técnico que for da UTI ou CTI “e o paciente?”, “qual...de onde...porque”, (...) o pessoal não gosta de nós aqui debaixo porque a gente tem um envolvimento (...) a gente as vezes chega a sair daqui pra ver o paciente nosso que está internado lá em cima...a doutora passa, todo mundo passa...vai no velório quando morre.*

Embora haja vários relatos de sobrecarga emocional, não se reconhecem nessa situação, conforme concluiu Brown (2013). Mesmo assim, se mobilizam para ajudar pacientes:

*Técnico IRA 3: (...) mesmo estando todos sobrecarregados a gente ainda não consegue ver isso com um peso...é um querendo fazer vaquinha pra ajudar o bingo...o bingo não vai visar minha alegria porque a minha alegria é estar com a minha família...só que um monte de gente não sabe que situação vai estar no natal..*

*Técnico 5: ... a gente vai e pendura um negócio, tá cuidando do paciente...põe uma coisinha pendurada e assim vai...e tira foto com os pacientes...*

Diante das dificuldades na avaliação após a contratação e impedimento de remanejamento para outros setores em caso de falta de perfil, a proposta não foi validada pelo grupo.

Como as propostas acima ficaram centradas em um dos elementos da atividade, talvez aquele melhor visualizado no momento, que era a falta de funcionários no setor na divisão do trabalho, os pesquisadores apresentaram outro estímulo buscando levar a discussão para uma das propostas já levantadas de aumento da DP para redução dos pacientes internados a espera de vagas na HD:

*Pesquisador 3: Vocês agora há pouco estavam falando como queriam trabalhar no sentido da composição da equipe (...) isso é parte da resposta que acabou dando para ir...mas essa pergunta...no caso essa discussão aqui do LM ela procura olhar a situação toda...*

Conforme citado, na sexta sessão não estiveram presentes representantes da equipe médica e supervisão de enfermagem. O médico nefrologista 2 fez um relato histórico do setor da nefrologia, enfatizando a história da

IRA, o aumento da demanda e ao mesmo tempo reagindo à proposta de aumento da DP, relatando as dificuldades encontradas:

*Nefrologista 2: a gente tem que separar muito bem o serviço insuficiência renal crônico, então a maior parte dos hospitais fora do Brasil você tem as vezes até a equipe separadas renal agudo e renal crônico....aqui as pessoas acabam misturando um pouco as coisas... então é serviço de crônico que foi crescendo... que era um serviço foi estruturado pra 200 pacientes e existem um servido de IRA que atende as UTI's então isso foi muito bem dividido também(...) só que (...) o hospital foi abraçando algumas coisas (...) aumentou os leitos de UTI e isso a gente levou várias vezes pra diretoria (...) e conseqüentemente a sobrecarga vem pra questão da insuficiência renal, (...) que impacta na nefrologia... aumentou também o número de crônicos que todo mundo já sabe... (...) não tem mais vaga...(...) diálise peritoneal não é a solução de tudo...a gente já discutiu várias vezes (...) então é fantasia falar que diálise peritoneal vai resolver tudo... nem máquina pra diálise peritoneal(...) (...) e falta no Brasil todo (...) é uma fantasia isso, é limitado o número de paciente que você consegue colocar no peritoneal, fora outros problemas: "eu não quero fazer"...*

*(...) na verdade os crônicos começaram a ocupar os lugares que seriam dos pacientes da IRA. (...) vamos imaginar hoje, se esses crônicos não tivessem internados seria o que? 3 ou 4 pacientes num dia pra você dialisar... (...) provavelmente na parte da manhã você teria resolução e terminaria. Ai (...) isso foi crescendo(...) intercorrência clínica, uma parada cardiorrespiratória, um ataque arritmia, uma convulsão o médico da emergência atende como o médico da UTI atende, nefrologista vai lá e avalia com o nefrologista e dá o suporte com nefrologista, (...) e o paciente que está internado há 3 meses? Isso vai resolver o que? quem vai dar essa retaguarda? Fica 40 pacientes pro nefrologista ver num fim de semana...de semana ficam 3...1000 cateter pra passar... o problema é muito maior...*

A discussão colocou a situação atual com um problema que seria de responsabilidade compartilhada entre os setores, os chamando para sua parte na responsabilidade por aquele paciente:

*Médico Nefrologista 2: vai aumentando a sobrecarga pra eles também e ai fica aquela história de "vocês enfiaram os seus pacientes"....não é meu paciente... não é o paciente da nefrologia...(....) o paciente é do hospital... ele tem coração... ele tem cérebro...ele não tem rim...mas ele pode também ter insuficiência cardíaca...então é um paciente como qualquer outro...essa demanda que foi colocada lá não foi a nefrologia... na verdade foi a falta de estrutura*

*Enfermeira supervisora: Não tem mais aonde a gente colocar e até quando a gente vai abraçar...*

Essa situação se caracteriza como um dilema ou double bind. O hospital não pode se negar a receber os pacientes urgentes, que chegam em vaga zero e

lotam as UTIs, sobrecarregando as equipes. Outra situação relatada foram as dificuldades encontradas nas tentativas de aumento da diálise peritoneal: demora na entrega de máquinas (50 dias), apenas dois médicos atendendo na DP atualmente, dificuldade na implantação de cateter abdominal (os cirurgiões não gostam de realizar o procedimento), dificuldade de aceitação do método pelo paciente e pelos familiares, com percepção de tendência de institucionalização dos pacientes, principalmente os idosos.

Para estimular a reflexão acerca da visão de solução dos problemas levantados sobre as dificuldades com a adesão do paciente ao método peritoneal, os pesquisadores trouxeram como dado espelho o fluxo do paciente desde o ambulatório de pré diálise até a internação (**Quadro 7**). A elaboração do fluxo do paciente foi inspirado no estudo de Kerosuo (2006), onde a autora utiliza o “calendário da saúde” que descreve o histórico da doença do paciente e a linha de cuidados.

O fluxo demonstrou que o paciente que já era acompanhado pelo ambulatório quando chegava à situação de necessidade de uma TRS recebia o diagnóstico médico e pouco tempo depois já tinha que decidir sobre a escolha do método (HD ou DP). O alto índice de negativa do paciente e familiares pelo método DP nos casos que atendem os critérios médicos nos faz criar a hipótese de que a abordagem do paciente possa ser melhorada, com apoio de uma equipe, com os esclarecimentos necessários para um maior suporte na tomada de decisão. A opção pela DP impacta inversamente na proporção de pacientes internados no aguardo de vaga para hemodiálise no município de Bauru.

## Quadro 7 – fluxo do paciente

| DATA   | PROFISSIONAL                       | CONDUTA  |
|--|------------------------------------|--|
| 10/11/2015<br>04/01/2017<br>29/2/2017  | NEFROLOGISTA                       | AValiação DRC ESTADO FINAL<br>Escolha do método: paciente não quer DP. Ansioso. Nega a doença.                         |
| 01/03/2016   | PSICOLOGIA                         | 1º. Atendimento. Paciente cursa<br>2º. Ano de direito.   |
| 09/03/2016   | CIR. VASCULAR<br>(AMB. FÍSTULA AV) | Solicita confecção de fístula AV<br>esquerda   |
| 28/3/2016  | NEFRO (AMB. PRÉ-<br>DIÁLISE)       | Decidido por HD. Já acompanha<br>por psicólogo, mas ainda nega<br>doença.  |
|  | PSICOLOGIA                         | Nega doença.   |
| 23/05/2016   | NEFRO (AMB. PRÉ-<br>DIÁLISE)       | Rotina. Opção por HD (paciente<br>quer D.P.)   |
| 15/06/2016   | CIR. VASCULAR<br>(AMB. FÍSTULA AV) | Confecção de fístula radiocefálica   |
| 18/07/2016   | NEFRO (AMB. PRÉ-<br>DIÁLISE)       | Acompanhamento.  |
| 26/09/2016   | NEFRO (AMB. PRÉ-<br>DIÁLISE)       | Paciente ansioso. Ainda nega<br>doença.  |
| 28/11/2016   | NEFRO (AMB. PRÉ-<br>DIÁLISE)       | Estresse intenso nas consultas,<br>negando doença e o tratamento.  |
| 30/11/2016   | NEFRO (AMB. PRÉ-<br>DIÁLISE)       | Fraqueza   |
| 16/01/2017   | NEFRO (AMB. PRÉ-<br>DIÁLISE)       | Nega sintomas. Mãe o vê mais<br>debilitado, ciente dos riscos de não<br>iniciar TRS. Necessidade de HD:<br>internação. |
|  | PSICOLOGIA                         | Ansioso diante do tratamento.  |
| 19/01/2017; 23/01/2017; 24/01/2017<br>28/01/2017; 30/01/2018;<br>03/02/2017; 08/02/2017<br>18/02/2017; 20/02/2018; 01/03/2017<br>08/03/2017; | SERVIÇO SOCIAL                     | Solicita troca horários de HD<br><br>Recusa vaga em Promissão<br>Pergunta sobre vaga<br><br>Equipe multi KANBAN        |
| 17/03/2017   | PSICOLOGIA                         | Internado há 60 dias. Cansado.   |
| 24/03/2017   | Equipe multi KANBAN                |  |
| 28/03/2017   | SERVIÇO SOCIAL                     | Pergunta sobre sua vaga e demais<br>pacientes  |
| 29/03/2017   | SERVIÇO SOCIAL                     | Pede posicionamento sobre sua<br>situação na lista de vagas.<br>Questiona quem são pacientes de<br>Jaú no CTRS.        |
| 30/03/2017   | SERVIÇO SOCIAL                     | Paciente solicita visita: pergunta<br>sobre vagas  |
| 03/04/2017   | SERVIÇO SOCIAL                     |  |
| 05/04/2017   | PSICOLOGIA                         |  |
| 12/04/2017   | SERVIÇO SOCIAL                     | Pergunta sobre vaga. Diz que se<br>vaga sair para Jaú, recusará.   |
| 28/04/2017   | SERVIÇO SOCIAL                     | Programação de alta hospitalar. Irá<br>para o CTRS do HEB.   |
| 29/04/2017   |                                    | Alta hospitalar  |
| 01/05/2017   | SERVIÇO SOCIAL                     |  |

Além da equipe médica e de enfermagem, há uma equipe multiprofissional que atende o setor. Ela é composta de uma nutricionista exclusiva do setor, duas assistentes sociais que não são exclusivas e uma psicóloga que também não atende exclusivamente o setor. A psicologia somente é acionada em casos em que o médico julgue que o paciente necessite de apoio. Foi questionado ao médico como é realizada essa abordagem com o paciente:

*Pesquisador: Todo esse fluxo aqui eu acho que mostra o acompanhamento desse paciente(...) durante o acompanhamento desse ambulatório de pré diálise... a equipe multi ela não acompanha o paciente?*

*Médico Nefrologista 2 Depende da demanda de paciente... normalmente o nutricionista sempre é encaminhado...pro psicólogo depende da demanda....se o paciente for um paciente de família bem estruturada, paciente aceita melhor a doença, é mais tranquilo, agora se for um paciente já mais... nega, falar “não vou fazer”, (...) chama, (...) as vezes a gente chama a assistente social porque o paciente que já tenha alguma demanda social...quando o paciente se interessa por diálise peritoneal ai a equipe multidisciplinar vai fazer a visita,...*

*Pesquisador: Essa abordagem é feita durante a consulta?*

*Médico Nefrologista 2: Sim.*

*Pesquisador: E eles tem noção assim do que é a diálise peritoneal. Porque eu, eu não sabia o que era peritoneal ...*

*Médico Nefrologista 2 A gente explica...por isso que hoje o número de atendimento de pacientes pré diálise é reduzido... só eu e o doutor [nome] fazemos... a gente atende cinco pacientes por período...na verdade dá mais porque tem os extras...(...) justamente pra isso, pra você perder um tempo com o paciente pra falar o que que é...as vezes você desenha, as vezes você vem pra mostrar a máquina...tem diálise peritoneal do lado...as vezes a gente entra dentro do salão e mostra o que que é hemodiálise, então é uma consulta bem mais demorada*

Foram feitas mais algumas considerações a respeito das dificuldades com familiares assumirem os cuidados de pacientes em DP, dificuldades na cirurgia de inserção de cateter e por fim, que a DP seria uma saída para reduzir as internações, quais tentativas vem sendo feitas. Foi questionada a problemática em não se ter uma psicóloga em período integral no setor de acordo com a recomendação da RDC 11.(Brasil, 2014c)

Outro dado espelho preparado foi a planilha de custos do paciente internado no hospital, da ordem de R\$ 430,00 a diária de internação, sem incluir as medicações utilizada (**Quadro 8**). Cada paciente custa em média R\$ 38.700,00 por um período de 90 dias internado. Dez pacientes custariam anualmente 1.548.000,00. A última informação era de 14 pacientes internados.

**Quadro 8 – custo do paciente internado**

| <b>10 PACIENTES INTERNADOS</b>                | <b>Diária</b>        |  |
|---|----------------------|--|
| Custo do paciente internado em clínica médica | R\$ 430              | o custo não incorpora as sessões de HD |
|   | R\$ 557              | com medicação                          |
| Custo mensal do paciente                      | R\$ 12.900           |  |
| Custo mensal dos 10 pacientes para o hospital | R\$ 129.000          |  |
| Custo de 3 meses de internação (média)        | <b>R\$ 387.000</b>   |  |
| Custo anual de 10 pacientes internados        | <b>R\$ 1.548.000</b> |  |

O grupo então ficou com a tarefa de se dividir com a presença de médicos, enfermeiros e técnicos em cada um. Foram entregues duas pastas com material resumindo as sessões anteriores para ajudar na elaboração das propostas do plano de trabalho.

Foi sugerido escolherem dois temas dentre os levantados anteriormente para serem detalhados. Entre eles figuravam: aumento da DP para redução ou eliminação das internações, trabalho de prevenção (longo prazo), ampliação do setor de HD (longo prazo), treinamento e capacitações para adequar a equipe IRA e quebrar tabus sobre a HD; Mudar a salinha de local.

Os grupos ficaram de apresentar os resultados na sessão seguinte.

**7.3.9 Oitava Sessão (13/12/2017)**

Na oitava sessão os pesquisadores planejaram a continuidade da modelagem com as apresentações dos grupos. Porém, poucas pessoas estiveram presentes. A divisão em dois grupos parece não ter funcionado e os médicos e a psicóloga se reuniram para elaborar uma proposta de um novo modelo. Nessa sessão os enfermeiros e técnicos não estiveram presentes e justificaram suas ausências.

A pesquisadora apresentou brevemente um resumo das discussões na sessão anterior e o grupo passou então a apresentar a proposta elaborada (anexo C).



- Proposta 1: como medida a longo prazo foi apresentada a sugestão de construção de uma nova unidade de diálise para atender uma média de 100 pacientes e adequar a equipe para atender essa população.

- Proposta 2: outra proposta foi a de ampliação de pacientes em DP. Dentre as estratégias para esse aumento, está o melhor acompanhamento do paciente pela equipe multi-disciplinar. O grupo separou os pacientes em dois grupos: aqueles que realizam acompanhamento no ambulatório pré-diálise e os pacientes crônicos que já se encontram internados aguardando vaga.

Nefrologista 1: ...a gente pensou em melhorar um pouco a abordagem dos pacientes internados porque o que gera hoje a grande demanda são os internados (...) pra esses internados (...) a gente não vê uma forma de impor...a diálise peritoneal...mas talvez chegar e conversar (...) que seria a opção...não dar a opção de fazer a HD mais internado (...) pra aqueles que tiverem condições (...) físicas de fazer DP... e aí a gente falaria com a psicologia e com o serviço social pra abordar se eles tem condições mínimas de um aspecto na família...uma rede apoio mínima...na verdade tem que limitar um pouco isso...

Nefrologista 1: *Outra coisa que a gente não tinha colocado aí: a ampliação do setor é muito a longo prazo, todo mundo sabe isso. Mas é tentar adaptar a realidade dos internados de uma forma melhor...talvez achar um local para eles fazerem diálise e otimizar o técnico que a gente já vem conversando... ao invés de fazer 2,3 pacientes, fazer 5,6 por vez, porque eles fazem tudo num período só ...de manhã e a tarde...não ficaria pra noite...aí você não precisaria recorrer a tantas pessoas na retaguarda...porque na verdade de dia sempre tem mais gente aqui no hospital, tem mais nefros...aí a gente até pensou em tentar achar um local ...(...) que fosse possível otimizar isso...fazer mais gente em um mesmo período....conseguir dialisar...mas isso é paliativo porque a gente não quer que eles fiquem internados aqui,*

Dentre as dificuldades possíveis, figura a inserção de cateter peritoneal, corroborando Abensur (2014). Uma possível solução apontada foi a contratação ou pactuação com um médico cirurgião para inserção de cateter abdominal (Tenckhoffen). Um diálogo com a empresa fornecedora de máquina de DP também será necessária para viabilizar o aumento do número de pacientes no método.

Ainda não surgiram sugestões concretas sobre prevenção. Somente durante as sessões foram levantadas questões sobre falhas no atendimento da atenção básica. A atuação da equipe de nefrologia no matriciamento da rede básica de saúde é prevista na legislação (Saúde., 2014) e já existe um grupo condutor de doença renal crônica formado por gestores regionais para tratar de assuntos relativos à redução da DRC. Essa visão preventiva ainda não foi discutida no grupo.

O grupo achou conveniente validar a proposta junto à gerência do hospital antes de elaborar um cronograma de execução. Uma reunião já havia sido agendada previamente, para o dia 19 de dezembro. A pesquisadora propôs a elaboração de uma agenda para uma nona sessão, para devolutiva da reunião com a direção, detalhamento do cronograma e agendamento de sessões de acompanhamento. Por se tratar de período de final de ano e posteriormente férias de diversos participantes do grupo, optou-se pela retomada das atividades na terceira semana de fevereiro. A psicóloga da HD, que participou ativamente da elaboração da proposta ficou de dar uma devolutiva sobre a reunião para membros do grupo que participaram na elaboração da mesma.

### **7.3.10 Reunião com Diretoria do Hospital (19/12/2017)**

Segundo (Virkkunen e Newnham, 2015), no Laboratório de Mudanças a gerência e os outros participantes precisam estar bem-informados quanto ao seu progresso e aos seus resultados intermediários. Uma das maneiras é discutir o processo e travar um diálogo entre os participantes do Laboratório de Mudança e a gerência. É importante que a gerência esteja envolvida na experimentação de novas soluções.

O grupo de planejamento se reuniu com a gerência do hospital para apresentar as propostas elaboradas e o que fora discutido nas sessões. Desde o início do LM, duas reuniões anteriores haviam ocorrido para deixar a gerência a par da situação. Nessa reunião estiveram presentes além da diretora, o grupo de planejamento: a pesquisadora principal, seu orientador, um pesquisador do CEREST, a psicóloga da HD, a gerente de enfermagem, uma técnica do SESMT que já fora da HD e a assistente social do RH. A enfermeira supervisora, embora formalmente fizesse parte do grupo de planejamento, nunca participou das reuniões. A mesma participou de algumas sessões do LM e esteve presente nessa reunião.

A diretora do hospital manifestou sua expectativa com as sessões do LM para melhor compreender os problemas no setor de TRS e que o grupo pudesse construir soluções para mudanças na atividade. Relatou que por ter formação médica em outra especialidade, não dominava por completo a rotina do setor de TRS e assim não se via em situação de opinar, respeitando as decisões de seus colegas especialistas. A internação dos pacientes aguardando vaga aparentemente

é um fato que incomoda a gestora há algum tempo, com repercussões na mídia pela falta de vagas e inclusive com relato de críticas externas ao hospital por adotar tal postura.

Conforme a pesquisadora ia apresentando as discussões ocorridas nas sessões, a diretora ia externando a situação do ponto de vista da gestão do hospital, muito importante dentro do princípio na multi-vocalidade do LM (Engeström, 2001).

Uma delas diz respeito à colocação feita por técnicos da equipe IRA da agilidade dada ao serviço pela máquina da marca Genius (que não necessita de ponto fixo de água). A diretora expôs a visão de outros serviços administrados pela mesma OS do hospital que o veem como “privilegiado” ou o “primo rico” ao utilizar uma máquina de diálise (Genius), que apesar de facilitar o trabalho, apresenta os insumos muito mais caros que os das outras máquinas. A ideia foi reforçada pela avaliação da gerente de enfermagem, que em estudo constatou a utilização da máquina Genius em situações em que outras máquinas estavam disponíveis. Por essa razão a máquina está em fase de retirada do serviço.

Ao ser colocada outra queixa de sobrecarga de trabalho da equipe IRA e médicos nefrologistas no “plantão da infelicidade” aos fins de semana, não houve o reconhecimento de sobrecarga, e sim de aumento da carga de trabalho, ou seja, que o trabalho da equipe IRA aumentou sim, com a internação, porém sem configurar sobrecarga de trabalho. A mesma lógica foi usada diante do relato dos plantões dos nefrologistas. O plantão é pago aos mesmos por esses atendimentos. Nesse momento, a representante do RH colocou que a sobrecarga foi uma queixa presente em todas as sessões do LM.

Nesse sentido, a diretora relatou fato ocorrido com outro setor do hospital, após contratação de técnicos para dimensionar corretamente a equipe para cumprimento de Termo de Ajuste de Conduta (TAC) com o Ministério Público do Trabalho (MPT), sentida pelos funcionários como “dificuldades financeiras” enfrentadas pelo hospital, ao cortar horas extras de funcionários que antes dobravam o turno para cobrir a escala defasada.

Na sequência, a psicóloga apresentou a proposta de plano de trabalho futuro (anexo C). O plano foi muito bem aceito e a diretora ressaltou a sua postura em realizar uma gestão participativa.

Alguns problemas durante o LM foram relatados. Um deles foi a tentativa frustrada de mudança da salinha para o setor de HD. Sua visão é de resistência,

principalmente da equipe médica às mudanças na estrutura inicial de como o serviço foi concebido. A equipe do LM deixou claro que essa resistência é fruto da não participação da equipe médica nas decisões que a envolveria diretamente. (Virkkunen e Newnham, 2015)

Outro fato relatado foi a busca de profissional para realizar o matriciamento da atenção básica, como fruto de discussões no *grupo condutor de doenças crônicas do DRS* e estabelecidos na política integral de atenção ao renal crônico

## 8 DISCUSSÃO

O aumento de pacientes com doença renal crônica terminal, que necessitam de uma TRS criou uma crise no setor de nefrologia do hospital estudado. Com uma demanda maior que a capacidade instalada, os pacientes não conseguem vaga para realizar a HD, tipo mais usual de TRS.

A opção pela internação hospitalar para espera de vagas em 2010, pareceu funcionar bem inicialmente, com poucos pacientes e uma permanência de poucos dias de internação. Contudo, com o passar do tempo a situação foi se agravando frente à baixa rotatividade de vagas. Houve aumento expressivo da carga de trabalho dos nefrologistas nos plantões de fim de semana e principalmente à equipe IRA. A criação de uma sala para dialisar esses pacientes crônicos (no CTI) trouxe necessidade em compartilhar o objeto (paciente renal crônico) com outras equipes. O surgimento da salinha foi uma adaptação à mudança na atividade que acabou causando distúrbios também com a equipe do CTI. Além disso os serviços tentam se adequar em meio a uma crise do setor terciário para lidar com esse aumento de demanda, escassez de trabalhadores especializados, recursos limitados e falta de vagas. Esse fato não caracteriza um problema local isolado, sendo a DRCT um problema de saúde pública global (Levin *et al.*, 2017). Além disso, há o agravante da falta de profissionais especializados e com perfil para se trabalhar e alta rotatividade de profissionais no hospital.

Após o diagnóstico da situação atual no hospital em questão, foi estudada a evolução da atividade na história e analisadas as tentativas de mudanças realizadas.

Tentativas de ações de mudanças já haviam sido notadas na atividade da TRS antes do estudo, porém sem resultar em sucesso ou mudança na atividade.

- Tentativas de aumento da DP; sem muito impacto na internação;
- Reuniões para formação de um grupo condutor de matriciamento das ações de prevenção à DRC;
- Treinamentos anteriores;

Em praticamente todas as sessões do LM, a sobrecarga de trabalho foi citada. Esses relatos foram compreendidos pela gerência hospital como aumento da carga de trabalho, sem configurar sobrecarga. O hospital responde à Termo de

Ajustamento de Conduta junto ao Ministério Público do Trabalho (MPT) sobre essa questão, oriunda de denúncias realizadas pelo sindicato, e busca se adequar com base nas diretrizes de equipe mínima preconizada nas RDC que regem cada setor. Todavia isso ocorre diante de um cenário atual de cortes nos investimentos da saúde pública no país e frente à alta rotatividade de profissionais. No setor da IRA, essa adequação vem sendo dificultada pela necessidade de conhecimento e autonomia do profissional técnico em relação aos cuidados com o paciente.

O esforço emocional do trabalhador da saúde, trazido por Soares (2012) é também reproduzido nos diálogos, corroborando também os estudos de Brown (2013) e Young (2009) sobre a grande carga emocional sofrida pela equipe de enfermagem da hemodiálise. Esses aspectos surgiram diversas vezes no discurso dos trabalhadores, em relação ao vínculo com o paciente ao mesmo tempo que se expressam por sentimentos de cansaço e desgaste emocional por lidarem com pacientes difíceis e por longo período de tempo. O trabalho em saúde na hemodiálise envolve grande esforço emocional e equilíbrio para lidar com situações tais como o luto pela perda do paciente, com o qual a equipe cria vínculo e situações em que o esforço emocional caminha no sentido de lidar com pacientes difíceis, “turrões”, de difícil aceitação de sua condição de saúde irreversível e adesão ao tratamento.

Houve relatos também de mudanças qualitativa nos pacientes, que atualmente chegam em condições piores de saúde ao serviço hospitalar, por entrarem em sua maioria em situação de urgência.

As legislações e diretrizes que regem os serviços de hemodiálise, como por exemplo a Portaria 389 de 2014 (Brasil, 2014b) que prevê a distribuição máxima de quatro pacientes de HD por técnico de enfermagem ao mesmo tempo que fornecem diretrizes para o trabalho, são geralmente seguidas nos critérios mínimos exigidos e não contemplam a realidade das mudanças qualitativas dos pacientes, que requerem maior tempo e dedicação e envolvem o componente emocional, sempre presente no trabalho em saúde. Aqui, vemos claramente que o trabalho prescrito, aquele que está escrito em procedimento ou normas, “como deve ser feito” (Guérin *et al.*, 2001) não condiz com o trabalho real realizado. Entendemos aqui uma contradição em relação às regras e o objeto, pois não considera a situação do trabalho real. Os relatos de queda na qualidade no atendimento estão diretamente relacionados à necessidade em se atender mais e mais pacientes.

Nesse sentido, a falta de controle da equipe de nefrologia em relação aos pacientes que chegam via vaga zero pela urgência e potencialmente com algum tipo de insuficiência renal, agrava essa situação.

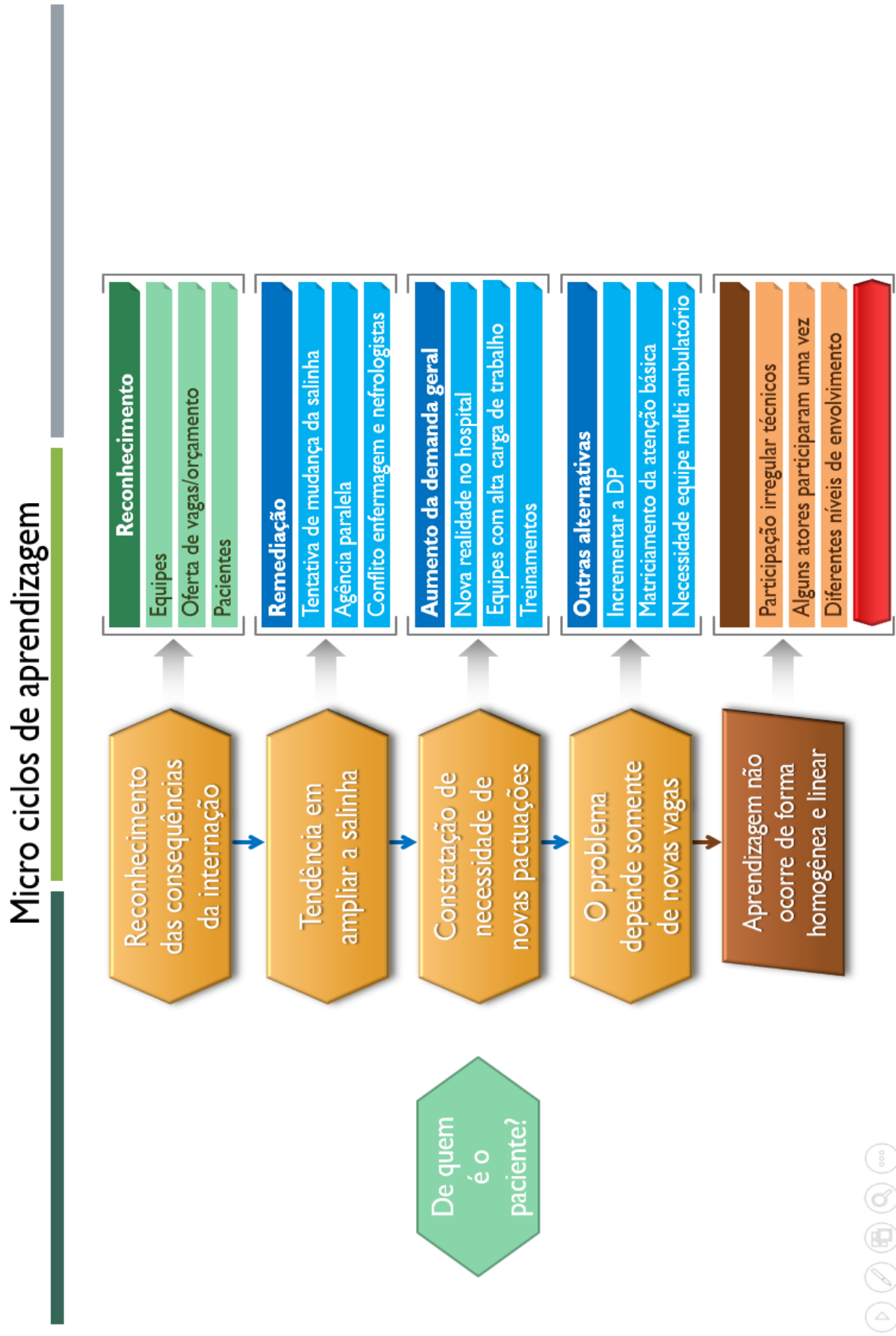
Outros impactos da internação foram apresentados no capítulo resultados. Foram impactos sofridos tanto pelas equipes da internação e CTI quanto pelos pacientes, que manifestaram consequências à internação manifestadas em episódios de depressão e infecção hospitalar.

As ações de aprendizagem expansiva no Laboratório de Mudanças se dão em micro ciclos durante as fases de design e modelagem. O questionamento leva à análise, que por sua vez pode desencadear questionamentos posteriores (Virkkunen e Newnham, 2015). Ainda segundo os autores:

... O ciclo de ações de aprendizagem expansiva efetua o processo de ascensão do abstrato ao concreto. (...) Na melhor das hipóteses, o modelo da nova solução é um conceito teórico ou de *design* que cristaliza as relações iniciais básicas que compõem um novo princípio de satisfação de uma necessidade social; trata-se de uma 'célula germinativa' que suscita uma nova estrutura e forma de uma atividade e gera as diversas manifestações concretas do princípio inicial (Davydov, 1990; Engeström, Nummijoki, & Sannino, 2012).

Para facilitar a visualização do que foi percebido como aprendizagem pelo grupo, está representado a seguir, um quadro com os principais pontos no decorrer das sessões (Quadro 9)

Quadro 9 – Expressões de aprendizagem durante as sessões





Dessa forma, nas sessões foram sendo discutidos os problemas e possíveis soluções à luz da evolução histórica do setor de TRS, suas mudanças quantitativas e qualitativas, tendo como base os elementos do sistema de atividade e busca de uma construção coletiva de uma mudança, se não imediata da atividade, de alguns elementos, pois conforme relatado por (Virkkunen e Newnham 2015 p. 114)

*O ciclo mais fundamental de aprendizagem expansiva consiste em uma transformação qualitativa completa de um sistema de atividade. Tal transformação é um processo complexo que tipicamente leva vários anos e abarca inúmeros ciclos sucessivos menores e paralelos de aprendizagem expansiva, os quais conduzem a uma remediação de alguma parte do conjunto do sistema de atividade*

Assim, o grupo na fase de questionamento iniciou a discussão de forma pessoal. Foi notório o avanço em direção à uma compreensão sistêmica das anomalias apresentadas, com o reconhecimento das mudanças ocorridas no objeto, no caso o paciente (qualitativa e quantitativamente) no decorrer do tempo, passando a ser compartilhado por outras equipes. Esse reconhecimento se deu com maior facilidade nos participantes que acompanharam as sessões desde o início. (Virkkunen e Newnham 2015 p. 156). O mesmo não ocorria com os participantes que chegavam como convidados nas sessões posteriores, principalmente em relação aos técnicos de enfermagem, que se revezavam para poderem participar. Vale ressaltar que a participação dos técnicos da IRA nas sessões ocorreu após retomada na negociação com a equipe, pois a equipe encontrava-se reduzida e em casos de necessidade de reposição da escala, os mesmos funcionários precisavam dobrar seus turnos de trabalho. Por essa razão, não foi possível manter apenas um representante da equipe que participasse constantemente de todas as sessões. Esse fato pode ser considerado uma das limitações do trabalho.

Na primeira sessão do LM, aparentemente as tentativas de solução do problema da diálise dos pacientes internados iam em direção à ampliação da salinha. Após o questionamento e retomadas queixas da supervisora do CTI, já houve uma mudança de visão e ao mesmo tempo readequação da organização da mesma após episódio de PCR de paciente no local. O questionamento prosseguiu com relatos seguidos de aumento da carga de trabalho para a equipe IRA em diversas sessões.

Durante as sessões, a aprendizagem expansiva não se deu de forma cronológica e linear. Durante as duas primeiras sessões, traçadas para o questionamento já surgiram indícios da história da atividade. Por outro lado, na terceira sessão, planejada para a construção da história da atividade, houve o predomínio no início da sessão, de novos questionamentos. Esse fato se deu pela participação de um técnico de enfermagem da IRA pela primeira vez. A participação se deu com fala enfática sobre os problemas vivenciados pela equipe, corroborada em sessões posteriores por outros técnicos, mas também carregada de uma visão pontual de agravamento da situação em função de mudança na chefia no CTI, atribuindo à mesma a responsabilidade pelo mal-estar e falta de “pertencimento” da equipe nesse local de trabalho. Outros membros do grupo já apresentavam discurso de uma visão mais sistêmica da situação.

Esse fato, até certo ponto esperado pelos pesquisadores, também foi notado nas duas sessões de modelagem ocorridas dentro do setor de HD, onde participaram mais técnicos, enfermeiros e médicos. Essas dinâmicas ao mesmo tempo que prolongaram a discussão acerca de fatos já abordados em sessões anteriores, prejudicou em parte as ações de aprendizagem expansiva.

Outra dificuldade encontrada foi a falta de participação de trabalhadores chave na intervenção. Esse fato manifestado por justificativas de “falta de tempo” pode ser relacionado ao cansaço ou descrença em metodologia que leve à reflexão e construção, conforme a proposta. Dificuldade semelhante foi relatada por Osório *et al.* (2005) numa intervenção em hospital.

A ausência do nefrologista na quarta e sexta sessões causou preocupação na equipe de pesquisadores. Essa ausência na sexta sessão, já na fase de modelagem repercutiu na sessão seguinte: houve dificuldade na aceitação das propostas elaboradas pelo grupo, que ficaram mais centradas no sentido de adequação da equipe IRA através de contratações e rodízio de profissionais (sujeitos e divisão do trabalho), além de capacitações para mudança de visão do setor (envolvendo a comunidade).

Conforme citado, a dificuldade na aceitação das propostas construídas pode estar diretamente vinculada à não participação na construção das mesmas. A supervisora de enfermagem teceu comentários a respeito das dificuldades em treinamentos vivenciados na rotina da equipe. Porém, o grupo avançou em direção às propostas iniciais, de alternativas à internação. Novos componentes no grupo

apresentavam diferentes níveis de aprendizagem, por não terem acompanhado todas as sessões. Aqueles que participaram desde o início apresentavam uma tendência a ver o problema de forma mais sistêmica ao passo que aqueles que chegavam na sessão pela primeira vez tendiam a enxergar os problemas de modo pontual.

Esse fato é evidenciado mais uma vez nas falas do nefrologista 2 em sua colocação, durante a sétima sessão de visão de “fantasia da DP como solução milagrosa” (sessão 7 p. 28). Aparentemente as discussões no grupo eram depois conversadas entre a equipe médica, resultando em manifestações de defesa. Os pesquisadores precisaram usar vários dados espelhos tais como o itinerário terapêutico do paciente no ambulatório de pré- diálise e dados sobre os custos da internação para apresentar a problemática da situação atual e falhas nas tentativas de solução do problema.

O diálogo entre as equipes nos períodos de intervalos entre as sessões, que acabou variando de uma a até três semanas (da segunda para a terceira sessão) acabou promovendo uma agência transformadora dos atores manifestada paralelamente às sessões, de forma não participativa, gerando complicadores e resistência por parte daqueles que não participaram na construção da solução proposta, conforme já citado. Podemos aqui supor que o tempo maior entre as sessões pode ter provocado um “aquecimento” nas discussões ao invés de esfriá-la, como esperado. Esse fato corroborou o preconizado pela metodologia em se manter idealmente um intervalo de uma semana as sessões (Virkkunen e Newnham, 2015 ), fato nem sempre possível pela realidade local.

Dentre as ações de agência paralela às sessões podemos citar:

- Gerência de enfermagem: tentativa de mudança da salinha do CTI para a HD, logo após a terceira sessão apresentando como consequência a resistência da equipe médica, que não participou da tomada de decisão e estaria sofrendo diretamente os impactos dessa mudança.

A manifestação de agência, na mudança da salinha de lugar, repercutiu em forma de conflito entre as equipes, com uma visão por parte dos médicos, os quais não participaram da decisão, de decisão “de cima para baixo”, contrariando a proposta, e da parte da enfermagem de “resistência da categoria médica”. Questões relativas à construção coletiva de soluções foram abordadas durante a sétima sessão e exposta também na reunião com a diretoria do hospital.

Desde as primeiras sessões do LM a opção pela DP como alternativa à HD foi rapidamente levantada como uma das possibilidades de solução ou ao menos era encarada como tentativa para amenizar o problema de falta de vagas para HD. Mas equipe encontrava algumas dificuldades em implementá-la. A resistência do paciente foi uma delas, juntamente com condicionantes sociais e familiares. O grupo ao elaborar entre as propostas o aumento da DP para reduzir as internações traçou estratégias para implementá-la, rompendo as barreiras encontradas no cotidiano, vislumbrando soluções. Essa manifestação de agência foi percebida após o ciclo de sessões e se deu maneira irregular entre os participantes.

A prevenção foi outra alternativa proposta pelo grupo, a longo prazo. Porém durante as sessões de modelagem não houve muita importância em se desenvolver essa proposta, pois o grupo entendeu que iniciativas de políticas públicas para a rede de atenção à saúde das pessoas com doença renal crônica (Saúde, 2014) e (Brasil, 2014b) já estavam sendo realizadas pelo hospital, se concretizando com a contratação de nefrologista para ações de matriciamento.

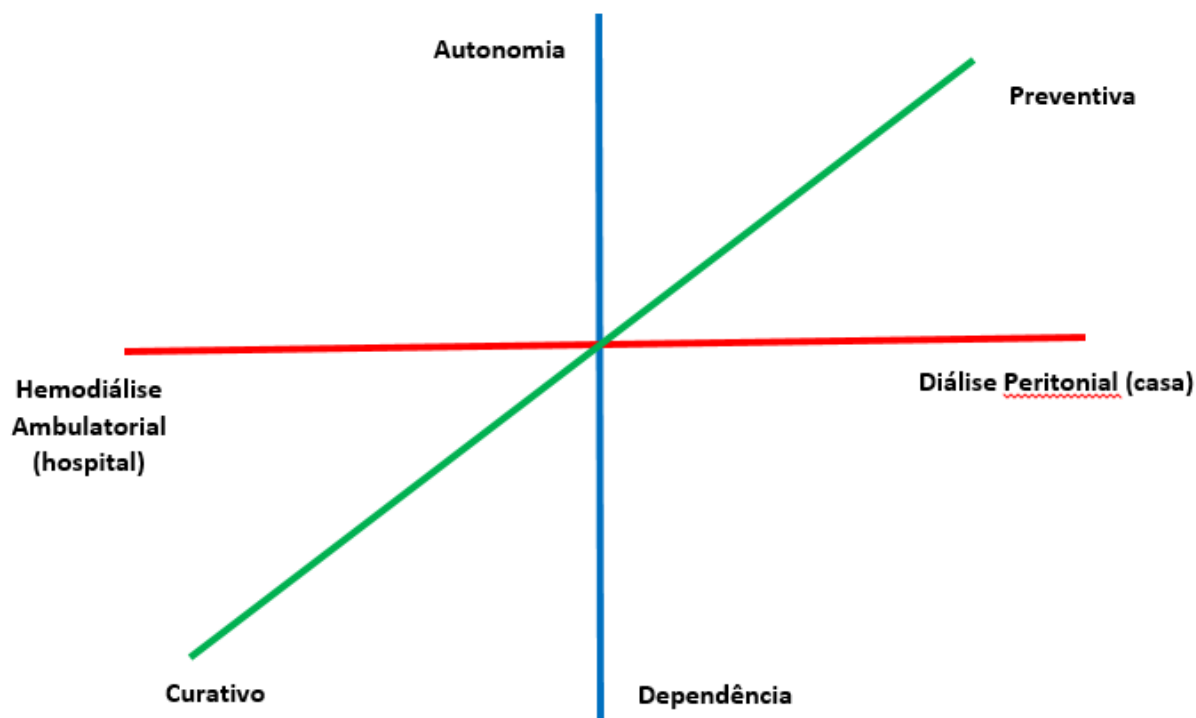


Figura 15 – Transformações nos conceitos da atividade da TRS

O foco no paciente no período pré diálise, onde atualmente apenas dois nefrologistas atuam parece ter sido considerado importante para o grupo. A proposta do novo modelo ainda precisará ser melhor discutida e detalhada com a equipe. Para isso consideramos necessárias sessões adicionais antes da implementação do novo modelo.

## **9 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Embora eu tenha encontrado um campo muito positivo para aplicação do LM, seja ele por apoio da instituição na pessoa da diretora, participação efetiva de uma das trabalhadoras do hospital, motivação do grupo durante as sessões e percepção da necessidade urgente de mudanças. Ainda é uma novidade no contexto das organizações do trabalho no Brasil uma metodologia que dê abertura para a participação dos trabalhadores nas mudanças organizacionais. A maioria das intervenções com aplicação do LM se deu por força de ações judiciais.

Houve no meio do processo do LM decisões gerenciais relativas a substituição de chefias que podem ter de alguma forma interferido na intervenção e que precisaram ser discutidas pelo grupo. Existiu o receio também de atribuição dessas decisões ao LM, fato que colocaria toda a intervenção em descrédito enquanto participativa. Porém, ponderamos que por um lado a urgência na necessidade de mudança seja necessária para a aplicação de um LM, ao mesmo tempo as ações podem ocorrer e ocorreram numa velocidade maior que a própria intervenção. Esse fato pode ser parcialmente atribuído ao espaçamento de duas semanas entre as sessões, retornando a serem semanais nas últimas sessões por essa razão.

Considero que o fato de se tratar de instituição pública também facilitou no processo. Anteriormente já havia ocorrido a tentativa de negociação para aplicação do LM em um call center, porém em determinado momento da negociação os interesses da empresa conflitaram com as propostas da metodologia.

Por fim, considero que a intervenção foi muito rica e o espaço de diálogo criado pelo LM foi extremamente valorizado pelos participantes, pois principalmente em ambiente hospitalar, como o desse estudo, essas situações não são frequentes. Espero dessa forma, ter podido levar essa contribuição à instituição, incentivando novos espaços coletivos de construção.

Considero que as questões propostas nesse estudo foram respondidas. Porém, as conclusões a que cheguei nesse trabalho não considero um conhecimento acabado. Muito foi aprendido e construído durante as reuniões e reflexões sobre o processo de trabalho na hemodiálise, construídas através da análise das falas dos trabalhadores da saúde, dos pacientes e na constatação do início da construção coletiva de novas formas de trabalhar. Porém, ainda temos um

longo caminho pela frente, pois a medida que o conhecimento nos move para mudanças, novas interações e problemas emergem com a mesma rapidez. Espero que esse estudo possa contribuir como base para novos caminhos nas políticas públicas de atenção ao paciente renal, envolvendo cada vez mais profissionais da equipe multidisciplinar nessa construção coletiva.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABENSUR, H. Como explicar a baixa penetração da diálise peritoneal no Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 36, n. 3, p. 269-270, 2014. ISSN 0101-2800.
- AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Núcleos de Significação como Instrumento para a Apreensão da Constituição dos Sentidos. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 26, n. 2, p. 222-245, 2006.
- BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; MASTROIANNI KIRSZTAJN, G. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 2010. ISSN 0104-4230.
- BINKLEY, L. Caring for renal patients during loss and bereavement. **EDTNA-ERCA Journal**, v. 25, n. 2, p. 43-46, 1999. ISSN 1755-6686. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1111/j.1755-6686.1999.tb00035.x> >.
- BRASIL. Portaria nº 483, de 1 de Abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial da União**, 2014a.
- \_\_\_\_\_. Portaria Nº 389, de 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. . SAÚDE, M. D. Brasília.: Diário Oficial da União nº 141 de 25 de julho de 2014. p. 39-44 2014b.
- \_\_\_\_\_. RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 11, DE 13 DE MARÇO DE 2014. MINISTÉRIO DA SAÚDE, A. Brasília 2014c.
- BRASIL, C. N. D. S. D. S. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS. 4: 223 p. 2011.
- BROWN, S. Emotional effort and perceived support in renal nursing: a comparative interview study. **J Ren Care**, v. 39, n. 4, p. 246, 2013. ISSN 1755-6686.
- CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. A equipe de saúde, a pessoa com doença renal em hemodiálise e suas relações interpessoais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, p. 502-506, 2003. ISSN 0034-7167. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672003000500008&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000500008&nrm=iso) >.
- CARNEIRO, É. C. R. D. L. et al. Manejo clínico das doenças renais. v. 3, p. 49, 2015.
- CHAUDHARY, K.; SANGHA, H.; KHANNA, R. Peritoneal dialysis first: rationale. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, v. 6, n. 2, p. 447-456, 2011. ISSN 1555-9041.
- CORDENUZZI, O. D. C. P. et al. Estratégias utilizadas pela enfermagem em situações de violência no trabalho em hemodiálise. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, 2017. ISSN 1983-1447. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472017000200402&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000200402&nrm=iso) >.



- CORESH, J. et al. Prevalence of chronic kidney disease in the United States. **JAMA**, v. 298, n. 17, p. 2038-47, Nov 07 2007. ISSN 1538-3598 (Electronic) 0098-7484 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17986697> >.
- DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. **Handbook of dialysis**. Lippincott Williams & Wilkins, 2007. ISBN 0781752531.
- DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. **Handbook of dialysis**. Lippincott Williams & Wilkins, 2012. ISBN 1451165919.
- ENGESTROM, Y. Innovative learning in work teams: Analyzing cycles of knowledge creation in practice. **Perspectives on activity theory**, p. 377-404, 1999.
- ENGESTRÖM, Y. **LEARNING BY EXPANDING AN ACTIVITY-THEORETICAL APPROACH TO DEVELOPMENTAL RESEARCH** Helsinki: Cambridge University Press, 1987, 2015.
- ENGESTRÖM, Y. Expansive Learning at Work:. **Journal of Education and Work**, v. 14, n. 1, p. 133-156, 2001.
- ENGESTRÖM, Y. Development, movement and agency: Breaking away into mycorrhizae activities. **Building activity theory in practice: Toward the next generation**, v. 1, p. 1-43, 2006.
- \_\_\_\_\_. From design experiments to formative interventions. **Theory & Psychology**, v. 21, n. 5, p. 598-628, 2011. Disponível em: < <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0959354311419252> >.
- ENGESTRÖM, Y.; SANNINO, A. Studies of expansive learning: Foundations, findings and future challenges. **Educational Research Review**, Helsinki, v. 5, p. 1-24, 2010.
- FISHER, B.; TRONTO, J. Toward a feminist theory of caring. **Circles of care: Work and identity in women's lives**, p. 35-62, 1990.
- FLYNN, L.; THOMAS-HAWKINS, C.; CLARKE, S. P. Organizational Traits, Care Processes, and Burnout Among Chronic Hemodialysis Nurses. **Western Journal of Nursing Research**, v. 31, n. 5, p. 569-582, 2009. Disponível em: < <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0193945909331430> >.
- GRECO ARENAS, V. et al. Qualidade de Vida: comparação entre diálise peritoneal automatizada e hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. spe2, 2009. ISSN 0103-2100.
- GUÉRIN, F. et al. Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia. In: (Ed.). **Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia**, 2001.
- HALBESLEBEN, J. R.; WHITMAN, M. V.; CRAWFORD, W. S. A dialectical theory of the decision to go to work: Bringing together absenteeism and presenteeism. **Human Resource Management Review**, v. 24, n. 2, p. 177-192, 2014. ISSN 1053-4822. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrmr.2013.09.001> >. Acesso em: 22 mai 2017.
- HAYES, B.; BONNER, A. JOB SATISFACTION, STRESS AND BURNOUT ASSOCIATED WITH HAEMODIALYSIS NURSING: A REVIEW OF LITERATURE. **Journal of Renal Care**, v. 36, n. 4, p. 174-179, 2010. ISSN 1755-6686. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1111/j.1755-6686.2010.00194.x> >.

- HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. **Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care**. Atlas, 2012. ISBN 8522473803.
- HOCHSCHILD, A. R. **The managed heart: Commercialization of human feeling**. Univ of California Press, 2003. ISBN 052093041X.
- IBGE. **Estatísticas da Saúde: assistência médico-sanitária**. Rio de Janeiro. 2009
- JUNIOR, A. P.; MENDES, A. N. O Fundo Nacional de Saúde e a prioridade da Média e Alta Complexidade. **Argumentum**, v. 7, n. 2, p. 161-177, 2015. ISSN 2176-9575.
- KATZ, R. S.; JOHNSON, T. G. **When professionals weep: Emotional and countertransference responses in end-of-life care**. Routledge, 2013. ISBN 1136749888.
- KEROSUO, H. Boundaries in action. **An Activity-theoretical Study of Development, Learning and Change in Health Care for Patients with Multiple and Chronic Illnesses**. Helsingin yliopisto Käyttätymistieteellinen tiedekunta, 2006.
- KRUG, E. G. et al. The world report on violence and health. **The lancet**, v. 360, n. 9339, p. 1083-1088, 2002. ISSN 0140-6736.
- LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. Hucitec São Paulo, 1989. ISBN 8527100843.
- LEVIN, A. et al. Global kidney health 2017 and beyond: a roadmap for closing gaps in care, research, and policy. **The Lancet**, v. 390, n. 10105, p. 1888-1917, 2017/10/21/ 2017. ISSN 0140-6736. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673617307882> >.
- LIYANAGE, T. et al. Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: a systematic review. **The Lancet**, v. 385, n. 9981, p. 1975-1982, 2015. ISSN 0140-6736.
- MARIN, C. **L'homme sans fièvre**. Armand Colin, 2013. ISBN 220028442X.
- MARINATO, M. C. N. B. et al. Absenteísmo na Enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 160-6, março 2010.
- MELLOR, J. S.; HULTON, S.-A.; DRAPER, H. Adherence in paediatric renal failure and dialysis: an ethical analysis of nurses' attitudes and reported practice. **Journal of Medical Ethics**, v. 41, n. 2, p. 151-156, 2015.
- MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. Editora Hucitec, 2002. ISBN 9788527105804. Disponível em: < <https://books.google.ca/books?id=BVRgAAAAMAAJ> >.
- MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. D. F. Cadernos de Saúde Pública. **Cadernos de saúde pública**, v. 13, p. S21-S32, 1997. ISSN 0102-311X.
- MORSE, J. M. et al. Concepts of caring and caring as a concept. **Advances in nursing science**, v. 13, n. 1, p. 1-14, 1990. ISSN 0161-9268.
- MUDALY, P.; NKOSI, Z. Z. Factors influencing nurse absenteeism in a general hospital in Durban, South Africa. **J Nurs Manag**, v. 23, n. 5, p. 623-31, July 2015.

OPAS/OMS. Violência no trabalho em saúde: um tema para a cooperação internacional em RH em saúde. 2009. Disponível em: < [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=792:violencia-no-trabalho-em-saude-um-tema-para-a-cooperacao-internacional-em-rh-em-saude-2&Itemid=844](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=792:violencia-no-trabalho-em-saude-um-tema-para-a-cooperacao-internacional-em-rh-em-saude-2&Itemid=844) >. Acesso em: 4 julho 2017.

OSÓRIO, C.; MACHADO, J. M. H.; MINAYO-GOMEZ, C. Proposição de um método de análise coletiva dos acidentes de trabalho no hospital. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 517-524, 2005. ISSN 0102-311X.

PATENAUDE, H.; BRABANT, L. H. L'humour dans la relation infirmière-patient: une revue de la littérature. **Recherche en soins infirmiers**, n. 2, p. 36-45, 2006. ISSN 0297-2964.

PRESTES, F. C. et al. Prazer-sofrimento dos trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, p. 738-745, 2010. ISSN 1983-1447. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472010000400018&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400018&nrm=iso) >.

QUEROL, M. A. P.; CASSANDRE, M. P.; BULGACOV, Y. L. M. Teoria da Atividade: contribuições conceituais e metodológicas para o estudo da aprendizagem organizacional. **Gestão & Produção**, v. 21, n. 2, p. 405-416, 2014. ISSN 0104-530X.

QUEROL, M. A. P.; JACKSON FILHO, J. M.; CASSANDRE, M. P. CHANGE LABORATORY: UMA PROPOSTA METODOLÓGICA PARA PESQUISA E DESENVOLVIMENTO DA APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL. **2011**, v. 12, n. 4, p. 32, 2011-12-31 2011. ISSN 2358-0917. Disponível em: < <https://raep.emnuvens.com.br/raep/article/view/143/115> >.

RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. Guanabara Koogan, 2003. ISBN 8527708302.

SAPATA, M. D. P. M.; SOARES, D. A.; SOUZA, R. K. T. D. Utilização dos leitos hospitalares sob gestão pública em Município de médio porte da Região Sul do Brasil, 1998-2002. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, p. 57-67, 2006. ISSN 1679-4974. Disponível em: < [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742006000200007&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000200007&nrm=iso) >.

SAÚDE, B. M. D. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2014.

SAÚDE., B. M. D. **PORTARIA Nº 2.048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência**. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF. 219: 32-54 p. 2002.

SAÚDE., B. M. D. S. S. D. A. À. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. TEMÁTICA., D. D. A. E. E. Brasília: Ministério da Saúde: 37 p. 2014.**

SEPPÄNEN, L. et al. Laboratório Interfronteiras: uma ferramenta possível para a integralidade no atendimento aos acidentados de trabalho.

SESSO, R. C. et al. Brazilian chronic dialysis census 2014. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 38, n. 1, p. 54-61, 2016. ISSN 0101-2800.

SOARES, A. Tão longe, tão perto: o trabalho no setor de serviços. **Revista Latino-americana de Estudos do Trabalho**, n. 26, p. 89-117, 2011.

SOARES, Â. As emoções do care. In: (Ed.). **Cuidado e cuidadoras: As várias faces do trabalho do care**. São Paulo: Atlas, 2012. p.248.

STURESSON, A.; ZIEGERT, K. Prepare the patient for future challenges when facing hemodialysis: nurses' experiences. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**, v. 9, p. 10.3402/qhw.v9.22952, 04/08 2014. ISSN 1748-2623  
1748-2631. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3982113/> >.

SYSTEM, U. S. R. D. **2016 USRDS annual data report: Epidemiology of kidney disease in the United States**. . NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, N. I. O. D. A. D. A. K. D. Bethesda, MD 2016.

THOMAS, C. V.; ALCHIERI, J. C. Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise. **Avaliação Psicológica**, v. 4, p. 57-64, 2005. ISSN 1677-0471. Disponível em: < [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712005000100007&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712005000100007&nrm=iso) >.

VIOULAC, C. Empathy and stress in nurses working in haemodialysis: a qualitative study. **J Adv Nurs**, v. 72, n. 5, p. 1075, 2016. ISSN 1365-2648.

VIOULAC, C. et al. Empathy and stress in nurses working in haemodialysis: a qualitative study. **Journal of Advanced Nursing**, v. 72, n. 5, p. 1075-1085, 2016. ISSN 1365-2648. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12899> >.

VIRKKUNEN, J. Dilemmas in building shared transformative agency. **Activités**, v. 3, n. 3-1, 2006. ISSN 1765-2723.

VIRKKUNEN, J.; NEWNHAM, D. S. **O Laboratório de Mudanças: Uma ferramenta de desenvolvimento colaborativo para o trabalho e a educação**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2015. 424 ISBN 9788563299192.

VIRKKUNEN, J.; NEWNHAM, D. S. **O Laboratório de Mudanças: uma ferramenta de desenvolvimento colaborativo para o trabalho e a educação**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2015.

VIRKKUNEN, J. et al. O Laboratório de Mudança como ferramenta para transformação colaborativa de atividades de trabalho: uma entrevista com Jaakko Virkkunen. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 336-344, 2014. ISSN 0104-1290.

VYGOTSKY, L. S. **Mind in society: The development of higher mental process**: Cambridge, MA: Harvard University Press 1978.

WHARTON, A. S.; ERICKSON, R. I. Managing emotions on the job and at home: Understanding the consequences of multiple emotional roles. **Academy of management Review**, v. 18, n. 3, p. 457-486, 1993. ISSN 0363-7425.

WHO. **Preventing chronic diseases: a vital investment**. WHO, 2005. ISBN 9241563001.

\_\_\_\_\_. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. World Health Organization, 2014. ISBN 9241564857.

WOLKOWITZ, C. The Social Relations of body Work. **Work, employment and society**, v. 16, n. 3, p. 497-510, 2002. Disponível em: <  
<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/095001702762217452> >.

YOUNG, S. Rethinking and integrating nephrology palliative care: a nephrology nursing perspective. **CANNT J**, v. 19, n. 1, p. 36-44, Jan-Mar 2009. ISSN 1498-5136 (Print) 1498-5136 (Linking).

## ANEXOS

### Anexo A – Termo de Anuência Instituição



FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO  
MÉDICO E HOSPITALAR  
FAMESP ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

#### PARECER COMISSÃO CIENTÍFICA FAMESP

NÚMERO: 014/2016  
DATA: 17/08/2016

PESQUISA:

“APLICAÇÃO DA FERRAMENTA LABORATÓRIO DE MUDANÇA EM SERVIÇO DE SAÚDE”

ORIENTADOR(A):

PROF. DR. ILDEBERTO MUNIZ ALMEIDA

AUTOR(A):

CRISTIANE PARISOTO MASIERO

LOCAL DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA:

HOSPITAL ESTADUAL DE BAURU

PARECER:

APROVADO

PENDÊNCIA:

NÃO HÁ

OBSERVAÇÕES:

Somente será permitido o início dos trabalhos na Unidade, após envio do Parecer Consubstanciado à Comissão Científica da FAMESP.

DR. GUSTAVO HIDEKI KAWANAMI  
PRESIDENTE COMISSÃO CIENTÍFICA  
FAMESP

**Anexo B – Protocolo de aprovação do comitê de ética em pesquisa**

USP - FACULDADE DE SAÚDE  
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO - FSP/USP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Aprendizagem Expansiva Através Do Laboratório De Mudanças: A Experiência da Aplicação do Modelo em um Hospital Público

**Pesquisador:** Cristiane Parisoto Masiero

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 82346617.9.0000.5421

**Instituição Proponente:** Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.487.662

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de estudo qualitativo com a utilização do método Laboratório de Mudanças, baseado na teoria da atividade histórico-cultural, no setor de assistência de saúde a pacientes renais crônicos de um hospital público.

As questões de pesquisa se referem à identificação das dinâmicas estabelecidas no trabalho com pacientes com doença renal crônica, o fluxo desses pacientes, bem como das contradições surgidas na história dessa atividade que expliquem as origens de situações vivenciadas pelos integrantes da equipe de enfermagem e demais serviços do hospital com os quais se relacionam como problemas e principais fontes de queixas. A intervenção tem como objetivos a análise dos sistemas de atividade dos setores envolvidos e seu objeto comum, ancorada na teoria histórico cultural da atividade e no método Laboratório de Mudanças (LM), visando a criação de segunda atividade que propicie o desenvolvimento de aprendizagem, alimentando a elaboração de novo desenho a ser testado no futuro, de modo a superar as contradições identificadas como principais explicações para os problemas atuais. No LM os atores percorrem ciclo de aprendizagem expansiva que possibilita identificar as origens de anomalias e disfunções em um ou mais sistemas de atividade, e em seguida, com apoio dos pesquisadores, buscam a criação e teste de soluções para equacionar as contradições identificadas.

**Endereço:** Av. Doutor Arnaldo, 715

**Bairro:** Cerqueira Cesar

**CEP:** 01.246-904

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3061-7779

**Fax:** (11)3061-7779

**E-mail:** coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE  
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 2.487.662

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

- Conhecer as origens organizacionais e sistêmicas do absenteísmo em equipe de enfermagem por meio do estudo da atividade do trabalho no hospital.

Objetivo Secundário:

- Compreender o desgaste e sofrimento no trabalho dos profissionais de saúde que atuam em ambiente hospitalar;
- Colher subsídios para estimular o reconhecimento por parte dos trabalhadores das contradições no sistema de atividade e promover a aprendizagem expansiva de um novo modelo viável de atividade de trabalho.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

A execução do projeto oferece riscos mínimos aos participantes. Para controlar e minimizar esses riscos, a pesquisadora se compromete a garantir o anonimato dos participantes, sigilo das informações relacionadas à privacidade e à participação voluntária, podendo o participante dela se retirar a qualquer momento caso o desejem; inclusive se recusar a responder a qualquer pergunta; terão garantias de sigilo quanto a seus nomes. As sessões serão filmadas e gravadas em equipamento próprio e após transcrição para análise e finalização da pesquisa, as gravações serão totalmente apagadas.

Benefícios:

- Identificar as principais causas de absenteísmo na equipe de enfermagem do hospital;
- Motivar a identificação de contradições nos sistemas de atividade;
- Proporcionar a reflexão da equipe sobre possíveis modificações com vistas a melhorias no trabalho de forma a torná-lo mais significativo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto se refere a uma intervenção formativa vinculada a Projeto de Pesquisa Temático denominado "Acidente de Trabalho da Análise Sócio Técnica à Construção Social de Mudanças" que possui aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Protocolo No.11886113.5.0000.5421).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

**Endereço:** Av. Doutor Arnaldo, 715

**Bairro:** Cerqueira Cesar

**CEP:** 01.246-904

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3061-7779

**Fax:** (11)3061-7779

**E-mail:** coep@fsp.usp.br



**USP - FACULDADE DE SAÚDE  
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO - FSP/USP**



Continuação do Parecer: 2.487.662

Os termos estão adequados

**Recomendações:**

Nenhuma

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pela aprovação

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento  | Arquivo   | Postagem               | Autor                      | Situação |
|---|---|------------------------|----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1024258.pdf             | 08/01/2018<br>21:26:11 |                            | Aceito   |
| Folha de Rosto  | folha_rosto_cristiane.pdf                                 | 08/01/2018<br>21:24:33 | Cristiane Parisoto Masiero | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | sub_projeto_tematico_Cristiane_Masiero_riscos_minimos.pdf | 20/12/2017<br>12:50:07 | Cristiane Parisoto Masiero | Aceito   |
| Outros  | Aprovacao_tematico_coep.pdf                               | 16/11/2017<br>15:25:29 | Cristiane Parisoto Masiero | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Termo_Responsabilidade.pdf                                | 16/11/2017<br>15:19:48 | Cristiane Parisoto Masiero | Aceito   |
| Outros  | carta_inclusao_tematico.pdf                               | 16/11/2017<br>15:14:33 | Cristiane Parisoto Masiero | Aceito   |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura                | Parecer_FAMESP.pdf  | 16/11/2017<br>15:07:27 | Cristiane Parisoto Masiero | Aceito   |
| Cronograma  | cronograma.pdf  | 16/11/2017<br>15:04:12 | Cristiane Parisoto Masiero | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Av. Doutor Arnaldo, 715

**Bairro:** Cerqueira Cesar

**CEP:** 01.246-904

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3061-7779

**Fax:** (11)3061-7779

**E-mail:** coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE  
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 2.487.662

SAO PAULO, 06 de Fevereiro de 2018

---

**Assinado por:**  
**Maria Regina Alves Cardoso**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Doutor Arnaldo, 715

**Bairro:** Cerqueira Cesar

**CEP:** 01.246-904

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3061-7779

**Fax:** (11)3061-7779

**E-mail:** coep@fsp.usp.br

## **Anexo C – Proposta elaborada pelo Grupo participante das sessões do Laboratório de Mudança (LM)**

### **Ampliação do setor de HD**

- 5 Construção da 2ª unidade de diálise
- 6 Mais ou menos 20 pontos – atenderia aproximadamente 120 paciente.
- 7 Equipe adequada as necessidades (RDC)

### **Ampliação da DP**

Para os pacientes internados: importante rever a abordagem do método de maneira multiprofissional, considerando as diversas reações e dúvidas nesse momento.

- Médico avalia se há indicação, após realiza contato com Psicologia e SS para avaliar o paciente e família em relação aos aspectos psicológicos e sociais envolvidos, possíveis defesas emocionais e outras questões que podem favorecer a princípio a escolha e adequação ao método (DP).
- Após, enfermagem realiza atendimento para viabilizar o método (treinamentos, entre outros).
- Importante discussão entre todos da equipe para auxiliar no tratamento indicado e adesão ao mesmo.
- Ter um médico cirurgião de referência para auxiliar no implante do tenckoff
- Aumentar a equipe da DP (enfermagem).

Para os pacientes do Pré Diálise: rever adequação da equipe multiprofissional de referência e exclusiva (nutricionista, AS, Psicóloga...).

1. Atendimento em conjunto com equipe médica para discussão de caso, acompanhamento para melhorar adesão no pré diálise, o que poderá favorecer mais tempo no tratamento conservador.
2. O acompanhamento das especialidades e intervenções específicas irá auxiliar no processo de escolha do método, esclarecimento de dúvidas e desmistificação de crenças distorcidas, entre outras.

## APÊNDICES

### Apêndice A – Termo de Responsabilidade

**Título do Projeto:** "Intervenção formativa em equipe de saúde de Hospital Público de Bauru" como parte de Projeto Temático intitulado **Acidente de trabalho: Da análise sócio técnica à construção social de mudanças** FAPESP (Processo 2012/04721-1).

**Pesquisadora Responsável:** Cristiane Parisoto Masiero

**Orientador:** Prof. Ass. Dr. Ildeberto Muniz de Almeida

**Coorientador:** Prof. Dr. Marco Antonio Pereira Querol

Agradecendo a sua atenção, apresentamos a seguir uma síntese da pesquisa para a qual solicitamos a sua participação.

Este subprojeto tem como objetivo geral compreender as características do trabalho na hemodiálise e seu inter-relacionamento com os demais serviços de saúde do hospital e fora dele. A pesquisa dará suporte para intervenção formativa do Laboratório de Mudanças, com expectativa de mudanças organizacionais, de modo a tornar o trabalho mais dinâmico e significativo, melhorando a eficiência e o bem-estar.

O projeto de pesquisa foi autorizado pela direção do hospital, assim como pelo Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP) da instituição.

Para tanto, será necessário realizar os seguintes procedimentos: a) Levantamento de dados e informações sobre o funcionamento da organização; b) Entrevistas individuais e coletivas com gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde; c) Observação e gravação das atividades desenvolvidas na rotina das atividades desenvolvidas; d) Aplicação da metodologia Laboratório de Mudanças (LM); e) Análise dos dados obtidos; f) Elaboração de propostas com ferramentas a serem testadas e usadas na construção de um novo modelo de atividade; g) Implementação desse novo modelo de atividade.

Estas informações serão levadas pelos pesquisadores ou pelos próprios participantes a um conjunto de reuniões com participação dos envolvidos na intervenção formativa e gerência para discussão, elaboração de propostas de

melhorias das condições e atividades de trabalho dos serviços e posteriormente implementação e teste do novo modelo.

Está prevista a participação nas reuniões, além de representantes da hemodiálise, representantes de outros segmentos com as quais a mesma mantém algum tipo de relacionamento, através de convites aos envolvidos.

A execução do projeto oferece riscos mínimos para os participantes. Para controlar e minimizar esses riscos, o pesquisador garante o anonimato dos participantes, sigilo das informações relacionadas à privacidade e a participação voluntária podendo deixar de participar da pesquisa em qualquer etapa.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento e assistência que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa no telefone (14) 3227-4136, e-mail: cparisoto@uol.com.br.

Após ler e receber diante de duas testemunhas explicações sobre a pesquisa, ficam assegurados os direitos dos participantes conforme segue:

1. Garantia de que sua participação é voluntária e envolve riscos mínimos que serão controlados pelos procedimentos éticos aqui estabelecidos;
2. A pesquisa não envolve desconforto físico, psicológico e nem moral, e por isso, não estão previstos ressarcimentos nem indenizações. Sua participação nesta pesquisa também está isenta de qualquer ônus financeiro;
3. Todas as informações obtidas serão utilizadas de forma a proteger a identidade e privacidade dos sujeitos participantes;
4. Os participantes têm direito a interromper sua participação a participar a qualquer momento de alguma etapa da pesquisa sem qualquer prejuízo ou penalização;
5. As entrevistas serão gravadas e ou filmadas e após a transcrição e análise, os registros serão destruídos;
6. As informações não serão utilizadas em prejuízo das pessoas ou organizações;
7. Ao final da pesquisa os resultados serão informados aos participantes;
8. Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para fins de natureza científica e acadêmica tais como, elaboração de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) de graduação e dissertações e teses de pós-graduação, apresentações em congressos e publicação de artigos científicos em revistas especializadas;
9. Estou ciente que deverei receber resposta a qualquer pergunta e

esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. Para tanto poderei procurar esclarecimentos com o pesquisador responsável e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo - SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Eu, \_\_\_\_\_,  
R.G. \_\_\_\_\_ declaro para os devidos fins que testemunhei a prestação dos esclarecimentos éticos contidos no presente termo de responsabilidade.

Assinatura da testemunha 1: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, R.G.:  
\_\_\_\_\_ declaro para os devidos fins que testemunhei a prestação dos esclarecimentos éticos contidos no presente termo de responsabilidade.

Assinatura da testemunha 2: \_\_\_\_\_

Eu, Cristiane Parisoto Masiero, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável.

---

**Cristiane Parisoto Masiero**

Mestranda em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, área de concentração: Saúde Pública. Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n Bairro: UNESP - Campus de Botucatu CEP: 18618687 - Botucatu, SP PABX: (14) 3880-1001. E-mail: [cparisoto@uol.com.br](mailto:cparisoto@uol.com.br); [ialmeida@fmb.unesp.br](mailto:ialmeida@fmb.unesp.br)

## **Apêndice B – Instrumento de Coleta de Dados Profissionais da Hemodiálise**

- 1) Nome:
- 2) Função:
- 3) Tempo de trabalho:
- 4) Tempo na função:
- 5) Mudanças importantes no hospital em seu tempo de trabalho:
  - a) Equipamentos:
  - b) Gestão:
  - c) Materiais:
  - d) Equipe:
  - e) Pacientes:
- 6) Como você vê o trabalho do setor em geral?
- 7) Como você vê seu trabalho na hemodiálise?
- 8) Em sua opinião, quais os principais problemas no setor?

**Apêndice C – Questionário representantes setores do hospital****Coleta de Dados Projeto de Pesquisa de Cristiane Parisoto Masiero****Informação preliminar:**

As perguntas a seguir são parte de projeto de pesquisa "Intervenção formativa em equipe de saúde de Hospital Público de Bauru" como parte de Projeto Temático intitulado Acidente de trabalho: Da análise sócio técnica à construção social de mudanças FAPESP (Processo 2012/04721-1) desenvolvido pela aluna Cristiane Parisoto Masiero, no âmbito do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu que conta com autorização da Direção do Hospital Estadual de Bauru. A participação do entrevistado só deve acontecer se for de sua livre e espontânea vontade. Em anexo, para seu conhecimento (não há necessidade de assinatura), o Termo Responsabilidade com esclarecimentos de acordo com o Comitê de Ética em Pesquisas. – COEP da Faculdade de Saúde Pública da USP à qual essa pesquisa está vinculada através do projeto temático acima citado. Obrigado!

Orientações: o questionário, sem identificação da pessoa que responde, poderá ser respondido preferencialmente no próprio formulário do word e enviado eletronicamente para o e-mail do remetente <ialmeida@fmb.unesp.br> ou <cparisoto@uol.com.br> ou ainda impresso e respondido manualmente. Nesse caso, passaremos a partir do dia 20/05 nos setores para recolhê-lo.

Setor de origem do entrevistado: \_\_\_\_\_

Função ou cargo: \_\_\_\_\_ Tempo na função/cargo: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Tempo aproximado de trabalho no HEB: \_\_\_\_\_



### **Roteiro de Questões**

1. O serviço em que você atua (ou atuou) tem algum tipo de relacionamento com a hemodiálise?
2. Você tem conhecimento ou se lembra de que tenha ocorrido algum tipo de problema ou dificuldades nesses relacionamentos? Se sim, quais? Por favor, você pode nos contar o que se lembra do que, quando, como e por quais razões aconteceu?
3. Você esteve envolvido direta ou indiretamente em situações de conflito ou dificuldades relacionadas à hemodiálise. Caso sim, e apenas se quiser, descreva com suas palavras o que e como aconteceu. Inclua opinião sobre as causas do ocorrido. Qual o desfecho do caso citado? Houve alguma outra implicação/consequência?
4. Como você avalia o relacionamento de seu setor com a hemodiálise no decorrer do tempo? Houve mudanças? Caso você considere que sim, a que fatores você atribui essas mudanças? Os setores tiveram que realizar alguma modificação para se adequarem a essas mudanças? Quais?

Agradecemos sua participação!