

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ANDRESSA GARCIA NICOLE

**EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO DE ENFERMAGEM NO MANEJO
DO ACESSO VASCULAR PARA HEMODIÁLISE: INTERFACE
COM AMBIENTE DA PRÁTICA E CLIMA DE SEGURANÇA**

SÃO PAULO

2021

ANDRESSA GARCIA NICOLE

**EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO DE ENFERMAGEM NO MANEJO
DO ACESSO VASCULAR PARA HEMODIÁLISE: INTERFACE
COM AMBIENTE DA PRÁTICA E CLIMA DE SEGURANÇA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Daisy Maria Rizatto Tronchin

SÃO PAULO

2021

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ___/___/_____

Catálogo-na-publicação (CIP)
Biblioteca Wanda de Aguiar Horta
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

, Andressa Garcia Nicole
Empoderamento psicológico de enfermagem no manejo do acesso vascular para hemodiálise: interface com ambiente da prática e clima de segurança. / Andressa Garcia Nicole . São Paulo, 2021.
375 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientador(a): Prof.ª Dr.ª Daisy Maria Rizatto Tronchin
Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde.

1. Empoderamento.. 2. Diálise renal.. 3. Ambiente de instituições de saúde.. 4. Segurança do paciente.. 5. Enfermagem.. I. Título

Ficha catalográfica automatizada.
Bibliotecária responsável: Fabiana Gulin Longhi (CRB-8: 7257)

Nome: Andressa Garcia Nicole.

Título: Empoderamento psicológico de enfermagem no manejo do acesso vascular para hemodiálise: interface com ambiente da prática e clima de segurança.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovada em: ____ / ____ / _____.

Banca Examinadora

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Daisy Maria Rizatto Tronchin

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP.

Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Às pessoas submetidas à terapêutica hemodialítica.

Aos profissionais de enfermagem atuantes em serviços de diálise.

A meu amado filho, Henrique, que nasceu e cresceu em meio à pós-graduação. Seu amor me fortalece!

A meu companheiro de vida, Alexandre, que caminhou esta jornada a meu lado, com amor e compreensão.

À minha família, em especial, minha mãe, que sempre me incentivou a tornar meus sonhos realidade.

AGRADECIMENTOS

A Deus e Nossa Senhora Desatadora dos Nós, que foram minha luz, proteção e fortaleza durante o caminho.

À Prof.^a Dr.^a Daisy Maria Rizatto Tronchin, pela empatia, generosidade em compartilhar seus conhecimentos e pela competência e profissionalismo com que conduziu esta jornada. Você me inspira!

À Prof.^a Dr.^a Marta Maria Melleiro, pela acolhida e apoio constantes ao longo desses anos.

Ao Prof.^o Dr.^o Clemente Neves Sousa, pela receptividade e ensinamentos, permitindo-me expandir meus horizontes a respeito do cuidado à pessoa em hemodiálise e da pesquisa em Enfermagem.

Às Prof.^a Dr.^a Edinêis de Brito Guirardello, Prof.^a Dr.^a Marina Peduzzi e Prof.^a Dr.^a Marta Maria Melleiro, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de doutorado.

À Universidade Federal do Espírito Santo, sobretudo à Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação e aos docentes do Departamento de Ciências da Saúde do Centro Universitário Norte do Espírito Santo, por viabilizar minha formação como pesquisadora.

À Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em especial, ao Departamento de Orientação Profissional, pela acolhida e disponibilidade de meios e recursos para que eu pudesse concretizar minha formação.

À Escola Superior de Enfermagem do Porto pela oportunidade, acolhida e estrutura disponibilizada durante a realização de meu Estágio Sanduíche.

Ao Programa de Pós-graduação em Gerenciamento em Enfermagem, incluindo docentes, discentes e corpo técnico-administrativo, pela acolhida, ensinamentos, risos e compartilhamento de experiências.

Ao Grupo de Pesquisa Qualidade e avaliação de serviços de saúde e de enfermagem, atualmente denominado Qualidade e segurança em serviços de enfermagem e de saúde, pelos momentos de convívio e discussões, assim como pelas amizades e parcerias construídas, as quais, desde 2007, vêm enriquecendo minha trajetória acadêmica e profissional.

Aos serviços de diálise, centro de acessos vasculares e profissionais de saúde que tive oportunidade de conhecer em Portugal, pela hospitalidade e partilha de experiências.

Aos serviços de diálise participantes do estudo pela generosidade em autorizar a realização do estudo, abrindo as portas para que pudéssemos nos aproximar dos profissionais de enfermagem atuantes na área.

Aos participantes do estudo pela disponibilidade em compartilhar suas experiências.

A meus queridos amigos e familiares, que entenderam minha ausência, encorajaram-me e torceram por mim.

A todos que, de uma forma ou de outra, me ajudaram a chegar até aqui.

*“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar,
não seremos capazes de resolver os problemas causados
pela forma como nos acostumamos a ver o mundo.”*

Albert Einstein

Nicole, AG. Empoderamento psicológico de enfermagem no manejo do acesso vascular para hemodiálise e a interface com ambiente da prática e clima de segurança [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2021.

RESUMO

Introdução: O contexto de trabalho em serviços de diálise envolve tecnologia complexa, assistência especializada, competência profissional e detém elementos estruturantes concernentes ao empoderamento psicológico, ambiente da prática e clima de segurança, considerados essenciais à efetividade hemodialítica. **Objetivo:** Avaliar o empoderamento psicológico de profissionais de enfermagem no manejo do acesso vascular para hemodiálise e sua relação com o ambiente da prática e o clima de segurança. **Método:** Estudo de métodos mistos, convergente. A coleta de dados ocorreu em janeiro de 2019, envolvendo quatro serviços de diálise no Estado de São Paulo. A vertente quantitativa incluiu 64 profissionais de enfermagem, que responderam a questionários contendo dados sociodemográficos, laborais, manejo do acesso, o *Practice Environment Scale*, o *Psychological Empowerment Instrument* e o Domínio Clima de Segurança do *Safety Attitudes Questionnaire*. A análise deu-se pela estatística descritiva e inferencial. Na vertente qualitativa, participaram 22 profissionais, foram empregadas entrevistas semiestruturadas, transformadas em narrativas e submetidas à análise temática. A integração dos achados em busca de complementaridade gerou metainferências. **Resultados:** Relativo ao manejo do AV, 20% referiram participação na elaboração dos protocolos, 76,56% em programas de aperfeiçoamento e 98,36% reconheceram a implementação de protocolos assistenciais e de segurança. O empoderamento psicológico obteve média geral de 68,86 (dp=10,81), com maior pontuação em “Significado” e menor em “Autodeterminação”. A média geral do ambiente da prática foi 2,92 (dp=0,76), sendo maior em “Relações colegiais entre médicos e enfermeiros” e menor em “Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares”. O clima de segurança alcançou média 71,09 (dp=19,47). Os enfermeiros demonstraram melhor percepção quanto à Autodeterminação ($p=0,007$) e Impacto ($p=0,019$) quando comparados aos técnicos/auxiliares de enfermagem. Foram encontradas evidências de relações significantes entre as subescalas/domínio, com exceção para “Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares” e “Competência” ($p=0,197$); “Adequação da equipe e dos recursos” e “Autodeterminação” ($p=0,067$); e “Relações colegiais entre médicos e enfermeiros” e “Autodeterminação” ($p=0,118$). A percepção do ambiente da prática e clima de segurança explicam em 44% o empoderamento psicológico. Das narrativas, emergiram sete categorias: “Delineando o processo cuidativo: da escolha do AV ao gerenciamento das complicações”, “Recursos institucionais: elementos de infra-estrutura e materiais, aspectos econômicos e dimensionamento de pessoal”, “Desafios para assimilar a especialidade: percorrendo o caminho da qualificação profissional”, “A expressão entre tornar-se especialista e desvelar o sentido do trabalho”, “A tessitura do cuidar sob a ótica do trabalho colaborativo e da valorização do trabalhador”, “Reflexões acerca dos motivos para agir: diferentes perspectivas e comportamentos” e “(Des)compromisso institucional com a segurança do paciente”. A integração dos achados demonstrou que o empoderamento psicológico manifesta-se, sobretudo, pelo significado de cuidar da própria vida do paciente, competência para realizar o cuidado, relevância do trabalho

para manutenção do acesso e autonomia para tomar decisões inerentes à função, influenciadas pelos modelos de gestão, estilos de liderança, estrutura disponibilizada, relações interpessoais, fundamentação do cuidado, políticas de qualificação profissional e abordagem frente ao erro. **Conclusão:** O empoderamento psicológico guarda estreita relação com a categoria profissional, os componentes do ambiente de prática e clima de segurança, requerendo incremento de atitudes e ações, visando a fortalecer os processos decisórios, a autonomia, a valorização do trabalho e a cultura de segurança.

PALAVRAS-CHAVE: Empoderamento. Diálise renal. Ambiente de instituições de saúde. Segurança do paciente. Enfermagem.

Nicole, AG. Psychological empowerment of the nurses in the management of vascular access for hemodialysis: interface with the environment of practice and the safety climate [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2021.

ABSTRACT

Introduction: The context of working in services of dialysis involves complex technology, specialized assistance, professional competence and it has structuring elements about the psychological empowerment, environment of practice and the safety climate, considered essential to the effectiveness of the hemodialysis. **Objective:** To evaluate the psychological empowerment of the nurses in the management of the vascular access to hemodialysis and its relation to the environment of practice and the safety climate. **Method:** The study was a convergent mixed methods research. The data recollection occurred in January 2019, involving four dialysis services in the State of São Paulo. The quantitative aspect included 64 professionals of nursing, who answered to questionnaires containing sociodemographic, labor and access management data, the Practice Environment Scale, the Psychological Empowerment Instrument and the Safety Climate Domain of Safety Attitudes Questionnaire. The analysis was done through descriptive and inferential statistic. In the qualitative aspect, 22 professionals participated; semi-structured interviews were done, transformed in narratives and submitted to the thematic analysis. The integration of the findings in the search for complementarity generated metainferences. **Results:** Concerning the management of AV, 20% referred the participation in the elaboration of protocols, 76,56% in programs of improvement and 98,36% acknowledged the implementation of care and safety protocols. The psychological empowerment had the general average of 68,86 (dp=10,81), with the highest score in "Meaning" and the lowest in "Self-determination". The general average of environment of practice was 2,92 (dp=0,76), the highest being "Collegial relations between doctors and nurses" and the lowest was "Participation of the nurses in the discussion of hospital matters". The safety climate reached the average 71,09 (dp=19,47). The nurses showed better perception in relation to the Self-determination ($p=0,007$) and Impact ($p=0,019$) when compared to the nursing technicians/assistants. Evidence were found of meaningful relations between the sub-scales/domain, with exception to the "Participation of nurses in the discussion of hospital matters" and "Competence" ($p=0,197$); "Adequacy of staff and resources" and "Self-determination" ($p=0,067$); and "Collegial relations between doctors and nurses" and "Self-determination" ($p=0,118$). The perception of the environment of practice and safety climate explains 44% of the psychological empowerment. From the narratives, seven categories emerged: "Outlining the care process: the choice of the AV in the management complications", "Institutional resources: elements of infra-structure and materials, economic aspects and staff sizing", "Challenges to assimilate the specialty: following the path of professional qualification", "The expression between becoming a specialist and unveiling the meaning of work", "The tessiture of caring under the optic of collaborative work and the valorization of the worker", "Reflections about the motives to act: different perspectives and behaviors" and "Institutional (dis)engagement with the safety of the patient". The integration of the findings showed that the psychological empowerment manifests itself, above all, by the meaning of caring for life of the patient, the competence to perform the care, the relevance of the work to the maintenance of

access and the autonomy to make decisions that is inherent to the function, influenced by management models, leadership styles, structure available, interpersonal relations, reasoning of care, professional qualification politics and error approach. **Conclusion:** The psychological empowerment has close relationship with the professional category, the components of the environment of practice and the safety climate, requiring an increase of attitudes and actions, aiming to strengthen the decision making process, the autonomy, the valorization of work and the safety culture.

KEYWORDS: Empowerment. Renal dialysis. Health facility environment. Patient safety. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	–	Ciclo do Empoderamento Psicológico – São Paulo, 2020	51
Figura 2	–	Conceitos dos principais termos referentes à temática segurança do paciente, São Paulo – 2020	60
Figura 3	–	Desenhos de pesquisas de métodos mistos, São Paulo – 2020	73
Figura 4	–	Diagrama procedural do EMM com desenho convergente – 2020	76
Figura 5	–	Diagrama procedural do EMM convergente aplicado no presente estudo, São Paulo – 2020	93

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** – Distribuição das frequências de respostas dos participantes, acerca do registro de sinais clínicos de complicação do acesso arteriovenoso no prontuário, São Paulo – 2020 99
- Gráfico 2** – Distribuição da frequência de respostas dos participantes, segundo a implementação de protocolos assistenciais relativos ao manejo do AV, São Paulo – 2020 100
- Gráfico 3** – Distribuição das frequências de respostas dos participantes, conforme a implementação de protocolos destinados à segurança do paciente, São Paulo – 2020 101

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Matriz de integração dos resultados quantitativos e qualitativos e as metainferências relativas à percepção dos profissionais de enfermagem frente aos componentes do manejo do AV, ao ambiente da prática e ao clima de segurança – São Paulo, 2020 160
- Quadro 2** – Matriz de integração dos resultados quantitativos e qualitativos e as metainferências relativas à percepção dos profissionais de enfermagem acerca do empoderamento psicológico no manejo do AV e sua interface com o ambiente da prática e o clima de segurança – São Paulo, 2020 169

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Distribuição das características sociodemográficas e laborais dos participantes, São Paulo – 2020	96
Tabela 2	– Distribuição das médias, desvio-padrão, mediana e intervalo de confiança, de acordo com as subescalas do PEI-Br – São Paulo, 2020	102
Tabela 3	– Distribuição das frequências de concordância e discordância dos profissionais de enfermagem relativo ao Empoderamento psicológico, considerando os itens das subescalas do PEI – Br, São Paulo – 2020	103
Tabela 4	– Distribuição dos valores de tendência central e dispersão dos escores, de acordo com as subescalas da versão brasileira do PES, São Paulo – 2020	106
Tabela 5	– Distribuição das frequências de concordância e discordância dos participantes em relação aos itens da versão brasileira do PES, por subescala, São Paulo – 2020	108
Tabela 6	– Distribuição das frequências de concordância e discordância dos participantes em relação às assertivas do domínio Clima de segurança do SAQ – São Paulo, 2020	111
Tabela 7	– Relação das subescalas da versão brasileira do PES e do domínio Clima de segurança do SAQ e as subescalas do PEI-Br, São Paulo – 2020	113
Tabela 8	– Modelo de predição do escore geral do PEI-Br, de acordo com as médias gerais do PES e do domínio Clima de segurança do SAQ, São Paulo – 2020	115
Tabela 9	– Correlação das subescalas da versão brasileira do PEI e a idade, tempo de experiência em diálise, tempo de atuação	116

no serviço e carga horária semanal de trabalho, São Paulo
– 2020

Tabela 10 Distribuição das médias dos escores das subescalas da 117
versão brasileira do PEI, de acordo com o gênero, o estado
civil, a categoria profissional e outro vínculo empregatício,
São Paulo – 2020

LISTA DE SIGLAS

ANCC	<i>American Nurses Credentialing Center</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AV	Acesso Vascular
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CANNT	<i>Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists</i>
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
COVID-19	<i>Corona Virus Disease – 2019</i>
CVC	Cateter Venoso Central
DRC	Doença Renal Crônica
EA	Evento Adverso
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EMM	Estudo de Métodos Mistos
EUA	Estados Unidos da América
FAV	Fístula arteriovenosa
HD	Hemodiálise
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
KDIGO	<i>Kidney Disease: Improving Global Outcomes</i>
MBA	<i>Master of Business Administration</i>
NPSF	<i>National Patient Safety Foundation</i>

NOTIVISA	Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
NWI	Índice de Trabalho da Enfermagem
NWI-R	Índice de Trabalho da Enfermagem – Revisado
OECD	<i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PAV	Prótese arteriovenosa
PEI-BR	<i>Psychological Empowerment Instrument</i> – versão brasileira
PES	<i>Practice Environment Scale</i>
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PPGEn	Programa de Pós-graduação em Gerenciamento em Enfermagem
PRV	Programa de remuneração variável
PTFE	Enxerto de politetrafluoretileno
Qa	Fluxo intra-acesso
QUAL	Método Qualitativo
QUAN	Método Quantitativo
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SOBEN	Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	22
CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	25
1.1 Motivação para o estudo.....	26
1.2 Contextualização da temática.....	29
CAPÍTULO 2 – OBJETIVOS	31
2.1 Objetivo geral	32
2.2 Objetivos específicos da vertente quantitativa	32
2.3 Objetivo específico da vertente qualitativa.....	32
CAPÍTULO 3 – REFERENCIAL TEÓRICO	33
3.1 A doença renal crônica e o manejo do acesso vascular.....	34
3.2 Empoderamento psicológico.....	46
3.3 Ambiente da prática de enfermagem	54
3.4 Clima de segurança do paciente	59
3.5 Pressupostos teóricos.....	69
CAPÍTULO 4 – MÉTODO	70
4.1 Tipo de estudo.....	71
4.2 Aspectos éticos	77
4.3 Local do estudo	77
4.4 Vertente quantitativa	81
4.5 Vertente qualitativa.....	87
4.6 Integração dos achados.....	91
CAPÍTULO 5 – RESULTADOS.....	94
5.1 Resultados quantitativos.....	96
5.2 Resultados qualitativos	118

5.3 Resultados integrados	158
CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO	176
6.1 Características gerais do estudo	177
6.2 Ambiente da prática e clima de segurança no manejo do av	180
6.3 Empoderamento psicológico no manejo do av: análise interpretativa	197
CAPÍTULO 7 – EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO DE ENFERMAGEM MANEJO DO AV: REPENSANDO A GESTÃO, A ASSISTÊNCIA E O ENSINO	214
CAPÍTULO 8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	220
REFERÊNCIAS.....	227
APÊNDICES.....	250
ANEXOS.....	371

APRESENTAÇÃO



APRESENTAÇÃO

Esta tese aborda o empoderamento psicológico dos profissionais de enfermagem no manejo do acesso vascular para hemodiálise e sua interface com o ambiente da prática e o clima de segurança.

O estudo vincula-se à linha de pesquisa Gerenciamento de ações e de serviços de enfermagem do Programa de Pós-graduação em Gerenciamento em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

No **Capítulo 1 – Introdução**, encontra-se a motivação para seu desenvolvimento, seguida da contextualização da temática.

No **Capítulo 2 – Objetivos**, aponto o objetivo geral desta investigação, assim como os específicos, de acordo com a natureza da pesquisa.

No **Capítulo 3 – Referencial teórico**, apresento o arcabouço teórico que fundamentou a pesquisa, que está organizado nos subcapítulos: “A doença renal crônica e o manejo do acesso vascular”, “Empoderamento psicológico”, “Ambiente da prática de enfermagem” e “Clima de segurança do paciente”. Ademais, reporto os pressupostos para o estudo.

No **Capítulo 4 – Método**, descrevo a trajetória metodológica, com base em um estudo de métodos mistos com desenho convergente, desenvolvida nas vertentes quantitativa e qualitativa, com coleta e análise de dados independentes e simultâneas, equivalência de peso entre os elementos e fusão dos resultados no momento interpretativo, buscando complementaridades para responder à questão de pesquisa mista.

No **Capítulo 5 – Resultados**, encontra-se a descrição detalhada dos achados quantitativos e qualitativos, separadamente, seguida da integração desses resultados em busca de complementaridades. Os achados integrados e as metainferências são apresentados por meio de matrizes de exibição conjunta.

O **Capítulo 6 – Discussão**, envolve a análise das metainferências a fim de compreender o fenômeno de modo ampliado, cortejando-os com os fundamentos teóricos e os achados da literatura.

O **Capítulo 7 – Implicações para a prática**, contempla as contribuições do estudo para a prática assistencial, gerencial e no ensino no intuito de favorecer o empoderamento psicológico dos profissionais de enfermagem no manejo do acesso vascular em serviços de diálise, culminando nas propostas de intervenção.

E, no **Capítulo 8 – Considerações finais**, teço as conclusões deste estudo, bem como as limitações e as recomendações para pesquisas futuras.

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO



1 INTRODUÇÃO

1.1 MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO

Ao rememorar minha trajetória profissional, constato que a preocupação com a qualidade do cuidado às pessoas em hemodiálise (HD) perpassou os diferentes âmbitos de minha formação e atuação na Enfermagem.

No decorrer do curso de graduação, entre 1999 e 2002, busquei aproximação com o campo dos cuidados de enfermagem em nefrologia por meio de estágios extracurriculares em serviços de diálise e atividades de iniciação científica. Estas experiências permitiram-me articular a teoria e a prática e, assim, conhecer o mundo vivido pelos pacientes e familiares, percebendo que expressavam uma nova compreensão de ser-no-mundo após o início da terapia dialítica. Concernente aos profissionais de enfermagem, pude apreender que a relação com o trabalho ultrapassava as dimensões técnico-científicas do processo de cuidar, avançando para os aspectos humanísticos na relação com os pacientes e familiares.

Ao ingressar na vida profissional, em 2003, atuei como enfermeira assistencial em serviços de diálise, para aprimorar meus conhecimentos, em 2005, cursei pós-graduação *lato sensu* em Enfermagem em Nefrologia. Em paralelo ao trabalho assistencial, em 2006, iniciei o exercício da docência em cursos de graduação e pós-graduação, voltados a essa área.

Impulsionada por inquietações envolvendo a qualidade do cuidado de enfermagem em serviços de HD, em 2007, ingressei no mestrado junto ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). A dissertação teve como objeto de estudo a construção e a validação de três indicadores de processo e um de resultado, pautados no Modelo Donabediano, destinados à avaliação do cuidado ao acesso vascular (AV) para HD, a saber: desempenho de cateter temporário duplo lúmen para HD, manutenção de cateter temporário duplo lúmen para HD, monitoramento da fístula arteriovenosa (FAV) e complicações da FAV. Esta investigação constituiu-se um dos primeiros estudos a disponibilizar uma ferramenta, visando a avaliar a qualidade do cuidado com os AV em instituições de terapia renal substitutiva.

No período entre 2008 e 2014, tive a oportunidade de atuar em distintos âmbitos da atenção à saúde, como unidade de assistência médico-cirúrgica, escritório de qualidade e segurança do paciente, auditoria de contas hospitalares e centro de testagem e aconselhamento para prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, além de manter-me no exercício da docência, o que ampliou minha perspectiva acerca das formas de atuação e relevância do trabalho da enfermagem.

Em 2015, iniciei minhas atividades como docente na Universidade Federal do Espírito Santo, onde venho desenvolvendo ações de ensino, pesquisa e extensão nas áreas de Enfermagem médico-cirúrgica, Qualidade em saúde e Segurança do paciente, almejando a formação de enfermeiros comprometidos em assistir com base nos pilares técnico-científicos e ético-políticos da profissão, assim como a produção de conhecimentos para fortalecer a ciência da Enfermagem e o estabelecimento de interlocução entre a academia e os campos de prática.

Nesse contexto, vislumbrei a possibilidade de aprimorar minhas competências como docente e expandir o pensamento crítico diante da realidade ingressando, em 2017, no doutorado junto ao Programa de Pós-graduação em Gerenciamento em Enfermagem (PPGEn) da EEUSP, voltando meus estudos às concepções dos profissionais de enfermagem em relação a seu trabalho no manejo do AV para HD.

A partir de minhas vivências profissionais, identifiquei que a busca pela qualidade do cuidado e a segurança do paciente vêm sendo pautadas, majoritariamente, por melhorias na estrutura dos serviços e nos processos assistenciais, com raros esforços a respeito dos mecanismos psicológicos desenvolvidos pelos profissionais de enfermagem em relação ao trabalho exercido, causando-me uma grande inquietação por considerá-los fortemente imbricados para a consolidação de melhorias efetivas na prestação da assistência.

Entre todos os cenários assistenciais onde atuei, certamente, o serviço de diálise esteve mais alinhado a meus propósitos no exercício da enfermagem, permitindo-me estabelecer vínculo com os pacientes e familiares, tornar-me cada vez mais proficiente ao desenvolver cuidados altamente especializados e acompanhar os resultados para o bem-estar do paciente. Todavia, inúmeras vezes senti-me incapaz e desapontada ao confrontar-me com situações em que não havia mais o que

podéssemos fazer pelos pacientes, sobretudo, quando se tratava da impossibilidade de manter o tratamento hemodialítico por ausência de AV.

Desse modo, percebo que as complicações no AV representam a maior angústia e preocupação aos pacientes, aos profissionais e aos serviços de diálise, tendo em vista a diminuição da efetividade dialítica, a redução na qualidade de vida dos pacientes e o aumento da morbimortalidade.

Na atualidade, embora tenha ocorrido a evolução tecnológica dos equipamentos, dos materiais, das técnicas cirúrgicas e endovasculares, e grande parte das diretrizes frente ao manuseio do AV encontrar-se implementada nos serviços, ainda, são identificados pontos vulneráveis no processo cuidativo, como o envolvimento do paciente na terapêutica, a confecção precoce da FAV, a manutenção do AV e o gerenciamento de complicações. Em vista disso, a temática permanece no cerne das discussões na área da nefrologia, objetivando identificar soluções que promovam a qualificação da assistência e, conseqüentemente, maior sobrevida e funcionalidade aos AV.

Para ampliar minha experiência e conhecer como o cuidado com o AV é desenvolvido em outros cenários, desenvolvi um plano de atividades contendo estudos e visitas técnicas a serviços vinculados à assistência à pessoa com doença renal crônica (DRC), pleiteando por um Estágio Sanduíche na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal, que foi concretizado no período entre abril de 2018 e março de 2019.

Nesse país, os serviços de diálise estão associados, obrigatoriamente, a centros especializados em AV, permitindo maior articulação entre os profissionais, agilidade no encaminhamento dos pacientes e efetividade no tratamento de complicações. Ademais, nos centros de AV, o trabalho é interdisciplinar, efetuado a partir da atuação conjunta entre enfermeiro e/ou nefrologista e o cirurgião vascular durante a avaliação dos pacientes e a tomada de decisão, propiciando atuação ativa dos enfermeiros.

Nos serviços de diálise portugueses que tive a oportunidade de conhecer, percebi que, parte dos enfermeiros, assim como profissionais de enfermagem no Brasil, estavam certos da relevância de seu trabalho no processo cuidativo do AV, enquanto outros mostravam-se desmotivados e indiferentes, o que me levou a

questionar: o que significa para os profissionais de enfermagem assistir a pessoa com AV para HD? Como esses profissionais percebem seu papel e responsabilidades no manejo do AV? Quais são as crenças, valores e sentimentos manifestados pelos profissionais de enfermagem, envolvendo o processo cuidativo do AV? Como esses sentimentos são influenciados pelo contexto socioestrutural em que o trabalho é desenvolvido?

Frente a estas inquietações, dispus-me a realizar este estudo, acreditando que as crenças desenvolvidas em relação ao próprio trabalho no manejo do AV são influenciadas pela visão do contexto socioestrutural no qual o cuidado é produzido, interferindo na qualidade da assistência e na segurança do paciente.

O propósito é fornecer subsídios para que gestores e profissionais de enfermagem em serviços de diálise desenvolvam estratégias gerenciais e assistenciais relativas ao ambiente da prática e à cultura de segurança, que contribuam para o fortalecimento do senso de empoderamento psicológico dos trabalhadores e, assim, promovam a qualificação do cuidado ao paciente em HD.

1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

O ambiente de trabalho em serviços de diálise envolve a dependência de tecnologia complexa, a necessidade de cuidados especializados, a interação entre diversas categorias profissionais no acompanhamento terapêutico, o manejo concomitante de distintas comorbidades, procedimentos invasivos frequentes, além das consequências fisiológicas inerentes à própria DRC, tornando o processo assistencial um desafio constante (Bray et al., 2014; Vieira, Silva, Prates, 2019).

No que corresponde ao manejo do AV, a obtenção da qualidade e da segurança dos cuidados requer a integração de ações sistemáticas, interdisciplinares, ancoradas em evidências científicas e capacitação contínua, com definição clara de papéis e de responsabilidades, envolvimento do paciente e compromisso da liderança dos serviços (Schmidli et al., 2018).

Nessa busca por melhoria da qualidade e da segurança assistencial, é premente que os profissionais estejam convictos de seu papel e de suas responsabilidades para obtenção de melhores resultados aos pacientes. Nessa linha

de pensamento, o empoderamento psicológico representa um elemento fundante para essa concretização, uma vez que é reconhecido como um mecanismo subjacente aos comportamentos nas atividades laborais e emerge da percepção do contexto em que trabalho é desenvolvido (Spreitzer, 1995).

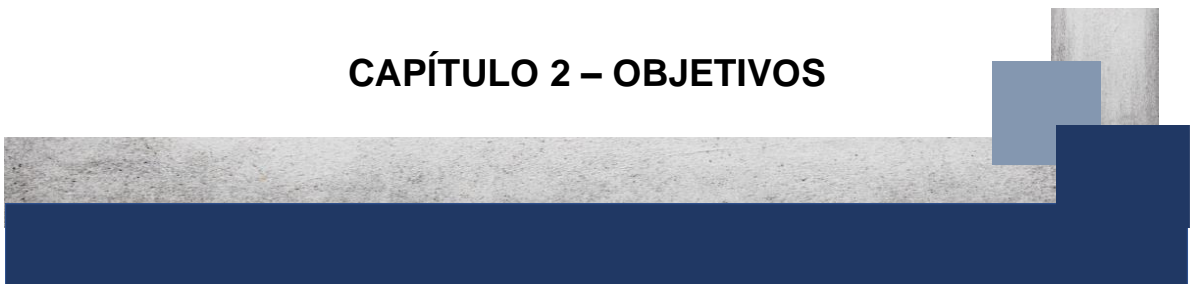
Na perspectiva de Thomas e Velthouse (1990) e Spreitzer (1995), o desenvolvimento do empoderamento psicológico envolve uma compreensão crítica do indivíduo acerca como os elementos contextuais fortalecem ou inibem sua motivação intrínseca para o trabalho. Assim, os julgamentos relativos às características organizacionais envolvem um processo individual de internalização, percepção e interpretação, a partir do qual a vislumbração de um ambiente de oportunidades, em vez de limitações, ao comportamento individual, provoca no indivíduo o sentimento de empoderamento.

Na enfermagem, dentre outros aspectos, o contexto de trabalho é constituído pelos modelos de gestão e estilos de liderança, disponibilidade de recursos, processos assistenciais, relações interpessoais (Aiken et al., 2002) e compromisso institucional com a segurança do paciente (Sexton et al., 2006), configurando-se nos atributos constitutivos do ambiente da prática e do clima de segurança.

Contudo, investigações relativas ao manejo do AV vêm sendo fundamentadas na descrição da estrutura e dos processos cuidadosos, além da mensuração dos resultados obtidos pelos pacientes, com escassez de estudos voltados às concepções dos profissionais no desenvolvimento dessas atividades e à percepção dos fatores socioestruturais intervenientes nessa construção.

Tendo isso em vista e considerando as inquietações emergentes de minha trajetória profissional e o compromisso com o ensino e a prática permeados pela qualidade e segurança, a presente investigação foi delineada mediante os objetivos a seguir.

CAPÍTULO 2 – OBJETIVOS



2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- ❖ Avaliar o Empoderamento psicológico de profissionais de enfermagem no manejo do acesso vascular para hemodiálise e sua relação com o Ambiente da prática e o Clima de segurança.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA VERTENTE QUANTITATIVA

- ❖ Caracterizar os profissionais de enfermagem atuantes nos serviços de diálise, de acordo com variáveis sociodemográficas e laborais;
- ❖ Identificar os componentes do manejo do acesso vascular na prática clínica dos profissionais de enfermagem;
- ❖ Analisar a percepção do Empoderamento psicológico, do Ambiente da prática e do Clima de segurança do paciente; e
- ❖ Verificar a associação da percepção do Empoderamento psicológico e o Ambiente da prática, o Clima de segurança e as características sociodemográficas e laborais dos participantes.

2.3 OBJETIVO ESPECÍFICO DA VERTENTE QUALITATIVA

- ❖ Compreender a experiência dos profissionais de enfermagem no manejo do acesso vascular de pacientes submetidos à hemodiálise, pautada nos atributos do Empoderamento psicológico, do Ambiente da prática e do Clima de segurança.

CAPÍTULO 3 – REFERENCIAL TEÓRICO



3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste Capítulo, encontra-se o arcabouço teórico destinado à compreensão dos conceitos norteadores desta investigação.

3.1 A DOENÇA RENAL CRÔNICA E O MANEJO DO ACESSO VASCULAR

A DRC envolve anormalidades funcionais ou estruturais nos rins, por um período superior a 3 meses, produzindo implicações à saúde do paciente. A classificação varia do estágio 0 a 5, com base na taxa de filtração glomerular, na albuminúria e na causa da doença, sendo a *Diabetes mellitus*, a Hipertensão arterial sistêmica e o processo de envelhecimento os principais fatores de risco (*Kidney Disease: Improving Global Outcomes* – KDIGO, 2013).

Com base em estimativas, acredita-se que cerca de 10% da população mundial apresentem algum estágio de DRC (Levin et al., 2017). Portanto, é imperativo realizar a identificação precoce da doença, no intuito de encaminhar o indivíduo para um serviço especializado, tornando possível estabelecer tratamento conservador para retardar ou interromper a progressão da DRC e o início do tratamento dialítico; tratar comorbidades e prevenir doenças cardiovasculares, ósseas, desnutrição, anemia e acidose; indicar acompanhamento psicológico; apresentar as modalidades terapêuticas, verificando as vantagens e as desvantagens, adequando-as às condições clínicas e ao estilo de vida, favorecendo o planejamento para a terapia escolhida (KDIGO, 2013).

O início desse processo é recomendado, quando o indivíduo apresentar taxa de filtração glomerular em torno de 30 mL/min/1,73m², o que caracteriza o estágio 4 da DRC (KDIGO, 2013; Brasil, 2014a; Lok et al., 2020).

À medida que ocorre avanço da doença, o estágio 5 é instalado, com a presença de sinais e sintomas de insuficiência renal, isto é, incapacidade para controlar a pressão arterial ou o volume hídrico, piora progressiva do estado nutricional refratário às intervenções dietéticas e/ou déficit cognitivo. Nesse quadro, está indicada uma terapia de substituição renal, nas modalidades de HD, diálise peritoneal ou transplante renal. Outra alternativa é associar o manejo conservador aos cuidados paliativos, o que se configura uma opção viável para pacientes idosos que,

devidamente esclarecidos, assim os desejem (KDIGO, 2013; Daugirdas, Blake, Ing, 2016; Silva, Vieira, Prates, 2019; Tavares et al., 2020).

Dados do Censo Brasileiro de Diálise apontam que o número estimado de indivíduos em tratamento dialítico no País, em julho de 2018, constituía-se de 133.464 pessoas, equivalendo a uma prevalência 640 por milhão da população (pmp). Isso representa um aumento de 58% em relação à prevalência verificada em 2009, cujo valor era 405 pmp. Ainda, com base em 2018, dentre os pacientes em diálise, 92,3% submetiam-se à HD, como terapia renal substitutiva, percentual que tem se mantido estável nos últimos anos (Neves et al., 2020).

A HD tem por finalidade a extração de toxinas urêmicas e do excesso de água e eletrólitos, restabelecendo o equilíbrio hídrico, ácido-básico e eletrolítico do organismo por meio de processos físicos de difusão e ultrafiltração. O procedimento ocorre mediante a circulação extracorpórea e o emprego de uma máquina específica, membrana semipermeável, soluções ácida e básica e água tratada, especificamente, para esse fim. Em caráter ambulatorial, geralmente, esse procedimento é realizado 3 vezes por semana, durante 4 horas (Daugirdas, Blake, Ing, 2016).

O tratamento hemodialítico, além de infraestrutura adequada, requer a presença de um AV, como meio entre a circulação sanguínea do paciente e o sistema de HD. Achados da literatura citam que, dentre as tipologias de AV, encontram-se: os acessos arteriovenosos – FAV ou prótese arteriovenosa (PAV), os cateteres venosos centrais (CVC) – de curta ou longa permanência, e os acessos híbridos (Ibeas et al., 2017; Schmidli et al., 2018; Lok et al., 2020).

Considera-se como AV ideal aquele que é capaz de fornecer o fluxo sanguíneo prescrito para a diálise, sem apresentar complicações (Ibeas et al., 2017; Schmidli et al., 2018). Ao mesmo tempo, deve atender às necessidades específicas de cada paciente, de acordo com suas condições clínicas e preferências (Lok et al., 2020).

Nesse aspecto, a FAV vai ao encontro do que é concebido como AV ideal, uma vez que propicia maior patência, melhor funcionalidade e número menor de complicações. Na impossibilidade de sua obtenção, decorrente de complicações morfológicas da rede venosa, preconiza-se a utilização do enxerto arteriovenoso. Os CVC de curta permanência devem limitar-se a situações de emergência e os de longa

permanência para casos de exaustão da rede vascular (Ibeas et al., 2017; Schmidli et al., 2018; Lok et al., 2020).

Não obstante, Lok et al. (2020) recomendam a abordagem centrada no paciente, orientando o desenvolvimento de um plano de vida para o indivíduo com DRC, que contemple o planejamento das modalidades terapêuticas preferenciais, ponderando seus objetivos de vida e suas condições clínicas. Nesse prisma, esses autores indicam que a construção do plano implica a participação da equipe de saúde e do paciente, com registro em prontuário e revisão periódica, onde deve constar: ações para preservação da rede vascular, proposta para inserção ou criação do AV, medidas de contingência frente a complicações e mapeamento sucessório dos possíveis AV, antecipando a ocorrência de eventuais falhas.

No Brasil, conforme os dados do Censo Brasileiro de Diálise referente a 2018, cerca de 20,3% dos pacientes em terapia hemodialítica utilizavam CVC, sendo 9,2% de curta permanência e 14,4% de longa permanência, o que pode ter relação com as dificuldades do sistema de saúde em prover a construção atempada da FAV (Neves et al., 2020).

Tendo isso em vista, considera-se que o manejo do AV constitui um grande desafio aos pacientes, aos profissionais e aos serviços de saúde, uma vez que suas complicações diminuem a efetividade da HD e a sustentabilidade dos serviços de diálise, em função dos elevados custos e das repercussões para a qualidade de vida dos pacientes.

No que corresponde ao CVC, as complicações mais habituais incluem infecção, seja no local de saída do cateter, no túnel ou sepse, estenose de veia central, trombose, embolia, entre outras. Tais eventos podem elevar a submissão recorrente à troca do CVC, diminuição da rede vascular, hospitalização e morte (Ibeas et al., 2017).

Na China, um estudo realizado em 14 centros de diálise identificou taxa de infecção em CVC de 10,58/1.000 cateter-dia, acometendo 56,65% dos pacientes (Wang et al., 2015). Nessa direção, os achados da literatura mostram que as infecções são as complicações mais frequentes no CVC e estão associadas ao aumento de 15 a 33 vezes do número de infecções de corrente sanguínea quando comparadas à FAV (Kliger, 2015; Schmidli et al., 2018).

No Brasil, dados do Estado de São Paulo, relativos a 2016, mostram que a taxa de permanência de CVC por período ≥ 3 meses foi 1,88%; a taxa de infecção associada ao AV, medida por 100 pacientes-mês, correspondeu a 6,78% para CVC de curta duração, 4,27% CVC de longa duração e 0,4% para FAV; a média anual de hospitalização e mortalidade por todas as causas foi 6,41% e 1,46%, respectivamente (São Paulo, 2017).

Embora seja considerada uma opção com menor índice de riscos, a FAV não está isenta de complicações, demonstrando elevada complexidade no processo de preparação, criação e manutenção desse meio de conexão entre o paciente e o equipamento dialítico (Ibeas et al., 2017; Schmidli et al., 2018; Lok et al., 2020).

Em estudo de metanálise, analisando as taxas de falência primária (FAV não funcionantes em até 72h após sua criação), patência primária (intervalo de tempo desde a criação até a trombose ou submissão a uma intervenção para manter ou restaurar o fluxo sanguíneo) e a patência secundária cumulativa (tempo de criação do acesso arteriovenoso até o abandono) observou-se taxa de falência primária de 23%, patência primária de 60% em 1 ano e 51% em 2 anos, patência secundária de 71% em 1 ano e 64% aos 2 anos, o que retrata um cenário preocupante (Al-Jaishi et al., 2014).

Revisão sistemática objetivando avaliar os tipos de complicações da FAV, medidas por 1.000 pacientes-dia, apontou taxa de aneurismas de 0,04; síndromes do roubo de 0,05; e hipertensão venosa de 0,03. A trombose e a infecção foram as complicações de maior prevalência, com taxas de 0,24 e 0,11, respectivamente (Al-Jaishi et al., 2017).

Reconhecidamente, inúmeros fatores concorrem para a ocorrência destas complicações, envolvendo desde os aspectos fisiopatológicos da rede vascular às falhas na assistência à saúde. Tais falhas compreendem erros ou violações, individuais ou sistêmicas, que podem culminar em incidentes que causam danos ao paciente (*World Health Organization* – WHO, 2009).

No Brasil, investigação conduzida por Sousa (2013) identificou que os profissionais de enfermagem relataram ter presenciado ou tomado conhecimento, no período de 12 meses, de 517 eventos adversos (EA) em pacientes submetidos à HD, em um serviço de diálise; a maior parte (28,6%) esteve relacionada ao CVC e 19,7%

ao acesso arteriovenoso, com destaque para a obstrução do CVC e a retirada acidental da agulha.

Ainda se tratando de EA, estudo recente, desenvolvido em serviços de diálise públicos no Distrito Federal, averiguando 152 prontuários e um total de 1.770 sessões, no período de 1 ano, verificou a ocorrência de 1.305 EA, e o maior número esteve relacionado ao AV, representado pelo sangramento da FAV (37,4%), secreção em CVC (21,3%), fluxo sanguíneo inadequado (19,2%), infecção ou sinais de infecção (7,8%), coagulação (7,4%), dentre outros (Rocha, Pinho, 2019).

Destarte, as complicações e os EA no CVC e na FAV são uma realidade nos serviços de diálise, acarretando riscos e/ou danos, especialmente, infecções e obstruções/trombose, podendo levar à perda parcial ou total do acesso, implicando a necessidade de implante de CVC, redução do capital venoso, subdiálise, morbimortalidade e aumento dos custos na terapêutica, sendo fundamental o estabelecimento de estratégias adequadas para o manejo do AV (Al-Jaishi et al., 2017; Ibeas et al., 2017; Schmidli et al., 2018).

Considerando a problemática exposta e que o AV significa a “linha de vida” do paciente, a produção científica, incluindo os *guidelines* propostos por entidades científicas oriundas, por exemplo, da Austrália (Polkinghorne et al., 2013) do Japão (Kukita et al., 2015), da Espanha (Ibeas et al., 2017), conjunto de países europeus (Schmidli et al., 2018) e Estados Unidos da América (EUA) (Lok et al., 2020) recomendam práticas clínicas e gerenciais, baseadas em evidências, visando a garantir sua integridade, obtenção da dose adequada de diálise e longevidade dos acessos.

Nesse enlace, no que corresponde aos cuidados de enfermagem no manejo do CVC, recomenda-se o desenvolvimento de protocolos para conexão e desconexão do sistema de diálise, substituição de curativo e identificação de complicações (Ibeas et al., 2017; Lok et al., 2020).

Para conexão e desconexão, preconiza-se o uso de material estéril, máscaras no paciente e no profissional, limpeza dos conectores com solução à base de clorexidina; se alergia, solução de iodopovidona alcoólica (Lok et al., 2020).

Quanto à substituição de curativos, orienta-se a limpeza do óstio com solução à base de clorexidina, podendo ser aplicado antibiótico tópico, de acordo com a

avaliação clínica. A escolha do material e a frequência de substituição devem ser baseadas no julgamento clínico, podendo ser efetuada com gaze ou curativo transparente, desde que o local seja mantido limpo e seco (Ibeas et al., 2017; Schmidli et al., 2018; Lok et al., 2020).

Concernente ao rastreamento de complicações, Ibeas et al. (2017) indicam o monitoramento clínico e funcional do CVC em cada sessão de diálise, registrando sua evolução ao longo do tempo. Para o monitoramento clínico, preconizam avaliar a presença de infecção (febre e sinais inflamatórios no orifício de saída ou no túnel); características do curativo, como integridade, sujidade, umidade ou presença de secreção; edema em membros superiores ou face (pode indicar trombose venosa central); dor no ombro ou pescoço (sugere quebra do CVC ou alteração repentina na situação clínica do paciente); alterações na integridade da pele (alergia ou lesão por pressão relacionada ao curativo, ao *cuff* ou ao próprio CVC); e a mensuração periódica do comprimento externo do CVC, a fim de monitorar deslocamentos.

Outrossim, o monitoramento funcional do CVC está relacionado à eficácia dialítica, portanto, contempla a mensuração do fluxo sanguíneo, que, dependendo da estrutura e da localização da ponta do CVC, deve ser superior a 300mL/min, pressões dinâmicas, Kt/V – fórmula para mensurar a eficácia dialítica, na qual K = depuração de ureia do dialisador, multiplicada pelo t =volume de distribuição de ureia do paciente e divididos pelo V =volume de distribuição de ureia do paciente, valores inferiores a 1,2 são considerados baixos; taxa de recirculação – valores entre 5 e 10% são sugestivos de alterações no CVC, como mudança na posição da ponta, coágulo no lúmen, bainha de fibrina ou trombose pericaterter (Ibeas et al., 2017).

No que corresponde às FAV e aos enxertos na presente pesquisa, são enfatizadas as recomendações dos *guidelines* quanto à necessidade da construção e implementação de protocolos para cuidados no uso, para monitoramento e vigilância de complicações, assim como para o gerenciamento das intervenções (Polkinghorne et al., 2013; Kukita et al., 2015; Ibeas et al., 2017; Schmidli et al., 2018; Lok et al., 2020).

Dentre os cuidados no uso, a canulação é considerada exitosa quando as duas agulhas são inseridas na veia arterializada na profundidade e ângulos corretos, ofertando o fluxo sanguíneo prescrito, com o mínimo de dor e ausência de

complicações. Em relação às técnicas de punção, a denominada “Escada” (punções com distanciamento padronizado entre as agulhas) é preferível à “*Buttonhole*” (formação de túnel para punção). Esta última deve ser limitada às FAV com trajetos para punção reduzidos e profissionais experientes, tendo em vista os riscos elevados de EA, sobretudo, os infecciosos. Por fim, em ambas as técnicas, os profissionais devem ser qualificados e receber capacitação inicial estruturada, assim como atualizações regulares (Lok et al., 2020).

Nessa perspectiva, Lok et al. (2020) orientam que as primeiras punções e aquelas com maior grau de dificuldade sejam efetuadas pelos profissionais com melhor habilidade técnica, a fim de evitar lesões por infiltração primária no acesso. Sugerem, também, o uso do ultrassom para auxiliar na determinação do local de punção e direção das agulhas, no intuito de evitar as complicações.

Para além da canulação, a complexidade do cuidado ao acesso arteriovenoso para HD implica a estruturação de um processo periódico, sistemático e interdisciplinar de monitoramento e vigilância (Polkinghorne et al., 2013; Kukita et al., 2015; Ibeas et al., 2017; Schmidli et al., 2018; Lok et al., 2020).

O monitoramento refere-se ao exame físico específico do acesso arteriovenoso e à verificação de sinais e sintomas sugestivos de disfunção (Polkinghorne et al., 2013; Kukita et al., 2015; Ibeas et al., 2017; Schmidli et al., 2018; Lok et al., 2020).

As disfunções podem ser classificadas em: complicações relacionadas ao fluxo trombótico, não relacionadas ao fluxo trombótico ou complicações infecciosas, sendo identificadas pela presença de sinais e sintomas relativos à FAV ou enxerto, sem outra causa atribuível, com ou sem variações sustentadas em medições sucessivas, ou alterações no circuito de diálise (Lok et al., 2020).

As técnicas compreendidas pelo exame físico para identificação de disfunção consistem na inspeção, palpação e ausculta, incluindo-se os testes de elevação do braço e aumento de pulso, que devem ser efetuados antes de cada sessão de HD. Os achados sugestivos de disfunção incluem: edema da extremidade ipsilateral; alterações no pulso da FAV, com pulso fraco ou resistente, dificuldade de compressão na área da estenose ou ausência de aumento do pulso, sinalizando estenose de influxo; frêmito fraco ou descontínuo; sopro anormal, com tom agudo; falha no colapso da FAV ao elevar o braço, demonstrando estenose na veia de drenagem

(Polkinghorne et al., 2013; Kukita et al., 2015; Ibeas et al., 2017; Schmidli et al., 2018; Lok et al., 2020).

Vários trabalhos dedicaram-se a avaliar a acurácia do exame físico na detecção de estenoses, sendo demonstrada elevada sensibilidade e especificidade (Campos et al., 2008; Tessitori et al., 2011; Dhamija et al., 2015).

Outros sinais e sintomas são sugestivos de disfunção e devem ser avaliados no momento da punção e durante as sessões de HD: dificuldade de punção em FAV que, anteriormente, não apresentava este problema, desde que realizada por profissionais habilitados; dor excessiva no momento da punção; hematomas frequentes; aspiração de coágulos; incapacidade para atingir o fluxo sanguíneo prescrito; sangramento prolongado após a retirada das agulhas e redução inexplicada do Kt/V acima de 0,2 unidades (Polkinghorne et al., 2013; Kukita et al., 2015; Ibeas et al., 2017; Schmidli et al., 2018).

Pondera-se que tais técnicas não requeiram a aquisição de equipamentos, necessitando do conhecimento, da atitude e da prática dos enfermeiros para integrá-lo, como um elemento constituinte da avaliação de enfermagem no processo assistencial.

Cabe pontuar que, além de permitir a detecção precoce de complicações, o monitoramento pode apoiar os profissionais de enfermagem na tomada de decisão em relação à punção, como o calibre e direção das agulhas, a seleção do local e da técnica de punção, favorecendo a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem (*Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists – CANNT*, 2015).

A vigilância do acesso arteriovenoso é definida como as aferições obtidas por meio de instrumentos especiais, na qual um achado anormal pode sugerir a presença de complicações trombóticas, contudo deve ser considerada um método adicional ao monitoramento clínico. Baseia-se na avaliação do fluxo intra-acesso (Qa), da taxa de recirculação e das pressões dinâmicas e estáticas (Polkinghorne et al., 2013; Kukita et al., 2015; Ibeas et al., 2017; Schmidli et al., 2018).

A avaliação direta do Qa é realizada por meio do ultrassom, que também é empregado para confirmar, localizar e quantificar as estenoses, medir o diâmetro da veia arterializada, o trajeto, a distância entre a pele e a veia, apontar a localização de

novos locais para punção, identificar extravasamentos prévios e a avaliar a maturação. É um método não invasivo, rápido e portátil, por vezes, considerado dispendioso e necessitando da habilidade do operador (Glazer, Saint, Shenoy, 2015; Ibeas et al., 2017). Por outro lado, a medida indireta do Qa pode ser obtida de diferentes formas, como diluição por ultrassom, pelo hematócrito, sódio, temperatura ou diferença de condutividade (Koirala, Anvari, McLennan, 2016; Quencer, Kidd, Kinney, 2017).

Nas FAV, estudo de revisão sistemática demonstrou superioridade das medidas diretas ou indiretas do Qa em relação aos demais métodos de vigilância. Associada a intervenções corretivas, a vigilância do Qa melhora a patência da FAV, no entanto, nos enxertos, não há evidências de que a triagem de estenoses por Qa, associadas a intervenções eletivas, sejam efetivas (Roca-Tey et al., 2018).

A medida da pressão venosa pode ser obtida pela pressão venosa dinâmica e pressão venosa estática. Na primeira, considera-se que leituras maiores que 150mmHg devam ser consideradas como anormais, contudo, esta técnica pode variar significativamente (Koirala, Anvari, McLennan, 2016). A segunda, é vista como mais complexa, porém mais fidedigna para os enxertos, não sendo recomendada para as FAV, em razão da formação de veias colaterais; valores inferiores a 0,4mmHg são considerados normais (Quencer, Kidd, Kinney, 2017). A medida da razão de pressão de AV também é um bom preditor de estenoses, e o valor superior a 0,55 persistentes em três sessões consecutivas indica a necessidade de avaliação do acesso (Tessitore et al., 2011; Valliant, McComb, 2015).

A taxa de recirculação diz respeito à porcentagem de sangue dialisado que retorna para a máquina de diálise, antes de voltar à circulação sistêmica. É uma medida útil para avaliação das FAV, porém ineficaz nos enxertos, uma vez que é detectada em estenoses tardias (Ibeas et al., 2017). Outra desvantagem do método é que não detecta estenose entre as duas agulhas e pode ser influenciado por outros fatores, como a colocação incorreta ou o espaçamento insuficiente entre as agulhas (Quencer, Kidd, Kinney, 2017). Usualmente, é determinado pela taxa de ureia ou por métodos de diluição e, nesse último, resultados inferiores a 10% indicam a necessidade de investigação (Koirala, Anvari, McLennan, 2016; Ibeas et al., 2017; Schmidli et al., 2018).

No rastreio de complicações, pode-se combinar técnicas de monitoramento e vigilância; diversos estudos relatando a implementação de programas estruturados com essa finalidade apontam que as técnicas mais empregadas incluem a realização criteriosa de exame físico, a avaliação de sinais e sintomas de disfunção e a medida do Qa por meio do ultrassom (Armada et al., 2005; Gruss et al., 2006, 2010; Plantinga et al., 2006; Van Loon et al., 2007; Dwyer, et al., 2012; Dumaine et al., 2018).

Outrossim, os resultados obtidos por cada método devem ser registrados e acompanhados prospectivamente, sendo recomendado que a alteração persistente de qualquer parâmetro seja utilizada como critério para realização de um exame de imagem confirmatório, preferencialmente, a angiografia (Ibeas et al., 2017; Schmidli et al., 2018). Ademais, considera-se fundamental o envolvimento do paciente para que as decisões sejam individualizadas e centradas em suas necessidades.

Ressalta-se que o aumento do número de intervenções é uma preocupação recorrente. Nesse aspecto, as intervenções são realizadas quando há obstrução de mais de 50% do lúmen do vaso, associada à repercussão clínica no indivíduo. Esta avaliação é fundamental no processo de decisão, pois sabe-se que a intervenção repetida pode aumentar a hiperplasia intimal, gerando novas estenoses. Com o intuito de fornecer uma base de referência, é sugerida a taxa de 10% de não intervenção em acesso arteriovenoso enviados para fistulografia (Bashar et al., 2016; Ravani et al., 2016; Ibeas et al., 2017; Monroig et al., 2018; Schmidli et al., 2018).

Dessa maneira, a seleção das técnicas, o estabelecimento de critérios para encaminhamento para exame confirmatório e avaliação pelo cirurgião vascular ou outro médico intervencionista são essenciais no gerenciamento das complicações, atentando-se para determinados aspectos como a relação custo-benefício, a possibilidade de incorporação nos processos de cuidado, a capacitação e a habilidade dos profissionais.

A partir da seleção das práticas e o estabelecimento de critérios, é necessário definir os profissionais responsáveis por ação, a periodicidade e a forma de registro de cada avaliação, de forma que todos os procedimentos previstos sejam devidamente registrados, permitindo o acompanhamento por todos os profissionais integrantes da equipe (Ibeas et al., 2017; Schmidli et al., 2018).

Tendo em vista a complexidade que envolve o manejo do AV, compreende-se que o monitoramento e a vigilância devem ser conduzidos por uma equipe multidisciplinar, de acordo com os recursos de infraestrutura capazes de atender às recomendações baseadas em evidências científicas, no intuito de promover a qualidade e a segurança na assistência articulada com a qualidade de vida do paciente.

Sob esse prisma, é essencial o envolvimento dos profissionais que constroem, punccionam, monitoram e detectam os problemas, assim como aqueles que atuam na recuperação dos AV, incluindo, portanto, nefrologistas, profissionais de enfermagem, intervencionistas ou cirurgiões vasculares (Ibeas et al., 2017; Schmidli et al., 2018; Lok et al., 2020).

A coordenação dos programas é assumida por um dos profissionais da equipe multidisciplinar, visando a organizar e planejar o trabalho e atuar na interface compreendida pelos aspectos clínicos e gerenciais. Assim, suas atribuições envolvem: avaliação do paciente e do AV, facilitando a comunicação entre os membros da equipe de AV; organização da sistemática das práticas de monitoramento e vigilância, bem como dos achados, dos tratamentos e das consultas de acompanhamento relacionadas ao AV. Geralmente, são profissionais que estão envolvidos em projetos de melhoria da qualidade (Schmidli et al., 2018; Lok et al., 2020).

Nos EUA, um estudo descreveu as responsabilidades assumidas por um enfermeiro, coordenador de AV de sete unidades de diálise, contemplando 429 pacientes. Sua atuação incluía: avaliação clínica do paciente nos aspectos de vigilância e monitoramento, programação dos procedimentos frente aos diagnósticos, às intervenções cirúrgicas e ao tratamento dialítico, exame físico semanalmente e supervisão das primeiras punções nas FAV recentes, assim como reuniões periódicas com a equipe. Os achados apontaram que a implementação de protocolos específicos para avaliação do processo cuidativo aumentou a prevalência de FAV (45% para 64,3%, $p < 0,001$), diminuiu o número de enxertos e reduziu a prevalência de CVC por tempo superior a 3 meses (11% para 6%, $p = 0,000018$) (Dwyer et al., 2012).

Pesquisa conduzida em 48 serviços de diálise na Austrália e Nova Zelândia evidenciou que 69% possuíam um enfermeiro dedicado a monitorar os AV e coordenar

os cuidados e 50% contavam com equipe multiprofissional para efetuar a assistência aos pacientes. No que corresponde às técnicas de monitoramento e vigilância, eram analisados: exame físico (77%), fluxo sanguíneo (73%), taxa de recirculação (63%) e ultrassonografias regulares (35%), além das medidas da pressão venosa e arterial intradialítica (Smyth et al., 2019).

Os *guidelines* recomendam também que os coordenadores realizem auditorias e processos de avaliação do impacto do programa, empregando indicadores com base em seus objetivos principais: realizar o diagnóstico precoce de complicações, principalmente a estenose da FAV, diminuir a taxa de trombose, aumentar a sobrevida da FAV, aumentar as intervenções eletivas na FAV, diminuir as intervenções de resgate e construção de novas FAV, diminuir a incidência de hospitalizações, reduzir o número de sessões de HD perdidas, diminuir a taxa de implantação do CVC e reduzir os custos relacionados ao AV (Ibeas et al., 2017).

Face o cenário apresentado é inquestionável fundamentar a assistência nas evidências científicas, associada aos componentes inerentes aos serviços e à competência profissional. Todavia, é imperativo considerar os pacientes como um parceiro essencial no cuidado do AV, dando voz e incluindo-os nos processos de monitoramento e vigilância, em função de sua vivência e saberes adquiridos ao longo de sua trajetória na terapêutica dialítica.

Nessa linha de pensamento, investigação envolvendo 101 pacientes renais crônicos portugueses em HD visando a identificar os comportamentos de autocuidado, verificou a frequência de 71%. Os pacientes apresentaram 82,8% dos comportamentos relacionados ao gerenciamento de sinais e sintomas e 63,9% de comportamentos para prevenção de complicações (Sousa et al., 2017).

Ao traçar o perfil de autocuidado de 145 pacientes, Sousa et al. (2020a) identificaram perfis moderados e elevados. Aqueles com perfil moderado apresentaram 72,4% dos comportamentos relacionados às complicações e 51,2% das ações preventivas. Em contrapartida, nos com perfil elevado foram constatados 91,1% e 74,2%, respectivamente, inferindo-se que os pacientes preocupavam-se com a FAV, predominantemente, após a ocorrência de complicações.

Assim, considera-se que as estratégias educativas precisam pautar-se nos pilares de conhecimento, habilidade e atitude para alcançar a promoção de mudanças

efetivas nas ações de autocuidado, sendo empregadas de forma individualizada e contextualizada.

Nessa direção, estudos vêm demonstrando estratégias educativas eficazes para promoção do autocuidado em pacientes em HD, como: sessões interativas e oficinas para desenvolvimento de habilidades práticas, o estabelecimento de metas negociadas, formação de grupos de pacientes, com participação da família e equipe de saúde, e a frequência de encontros – semanais ou mensais (Lopez-Vargas et al., 2016; Sousa et al., 2020b).

O ensino realizado concomitantemente ao cuidado nas sessões de HD também é recomendado, sobretudo envolvendo as técnicas que o paciente pode executar em domicílio, como inspeção, palpação e teste de elevação do braço, favorecendo a identificação precoce de complicações (Polkinghorne et al., 2013; Ibeas et al., 2017).

Frente ao delineamento do manejo do AV exposto, reitera-se que se trata de um processo complexo, que requer articulação entre as dimensões gerenciais e assistenciais nas esferas macro e microorganizacionais dos serviços de diálise, além de envolvimento dos profissionais da equipe de saúde, principalmente da enfermagem, que desempenham papel preponderante na terapêutica hemodialítica.

3.2 EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO

O termo *empowerment*, advindo do verbo em inglês “*to empower*”, é um conceito multidimensional, recebendo contribuições de distintas áreas do conhecimento. Etimologicamente, pode ser empregado como um verbo transitivo, remetendo à ideia de oferecer poder a outra pessoa. Paradoxalmente, permite utilizá-lo como intransitivo, ao demonstrar que uma pessoa age sobre si mesmo, provocando mudanças e ações visando a sua evolução e fortalecimento (Roso, Romanini, 2014).

Em resgate histórico, verifica-se que as discussões a respeito dessa temática iniciaram-se no século XVI, impulsionadas pela busca de protagonismo das pessoas em relação à sua religiosidade, tendo em vista a Reforma Protestante promovida por Martinho Lutero. Na segunda metade do XX, passou a expressar os movimentos emancipatórios de luta pelos direitos civis de grupos populacionais marginalizados, incluindo as dimensões individual e comunitária. Nos anos seguintes e até a década

de 1970, o vocábulo foi enfatizado na literatura no âmbito de autoajuda e, a partir da década de 1980, passou a integrar as áreas da psicologia comunitária e da gestão, sendo empregado até a atualidade em teorias que abordem a autoridade e responsabilidade nas tomadas de decisão, o fortalecimento do papel individual e nas equipes profissionais, descentralização do poder, autonomia, confiança entre os indivíduos e comprometimento com a organização (Roso, Romanini, 2014; Schumacher, Alexandre, 2017; Connolly, Jacobs, Scott, 2018).

No contexto do trabalho, os achados clássicos das áreas de sociologia e psicologia admitem dois mecanismos para o empoderamento: o estrutural e o psicológico (Kanter, 1993; Spreitzer, 1995).

O empoderamento estrutural é fundamentado na compreensão de que as pessoas tornam-se mais empoderadas, à medida que possuem acesso às informações relativas à organização e às atividades sobre as quais são responsáveis, aos recursos institucionais (materiais, equipamentos, tempo e pessoas), ao apoio dos pares e dos gestores ou à colaboração no relacionamento entre os profissionais, às oportunidades de qualificação e ao crescimento na carreira e às fontes de aquisição de poder formal, determinadas pelas funções que desempenham, ou informal, que emergem das relações sociais (Kanter, 1993).

Analisando estudos empíricos, Laschinger e Almost (2003) demonstraram que os atributos de empoderamento estrutural subsidiaram a definição das características dos hospitais magnéticos e, assim, a avaliação do ambiente da prática de enfermagem.

Por sua vez, o empoderamento psicológico, objeto de investigação no presente estudo, alude às reações dos indivíduos frente aos dispositivos estruturais de empoderamento. Nesse enlace, corresponde à experiência de empoderamento do profissional, tendo em vista as condições em que o trabalho é executado (Spreitzer, 1995).

Desse modo, compreende-se que a análise do ambiente da prática, assim como do empoderamento estrutural, contempla descrições relativas ao contexto de trabalho, e o empoderamento psicológico, as reações do indivíduo frente às condições de atuação profissional.

Com base nisso, Laschinger et al. (2001) sugeriram a expansão do modelo de Kanter para incluir o empoderamento psicológico, como uma variável intermediária entre o contexto do trabalho e os resultados obtidos na assistência de enfermagem. Esses autores partem da premissa de que o empoderamento psicológico emerge das práticas gerenciais presentes no contexto socioestrutural do trabalho, reproduzindo comportamentos inovadores e proativos no desempenho de suas atividades laborais.

Tal posicionamento é reforçado pelos resultados de uma pesquisa de revisão sistemática, na qual foram relatadas associações significantes entre empoderamento estrutural e psicológico (Wagner et al., 2010).

Conger e Kanungo (1988), pioneiros nos estudos sobre o tema, advogam que o empoderamento psicológico constitui-se em um processo destinado a aumentar o sentimento de autoeficácia dos profissionais, por meio da identificação e remoção de práticas organizacionais que limitam sua percepção de capacidade para o trabalho.

Todavia, Thomas e Velthouse (1990), consideram-no multifacetado e, dessa forma, mais complexo do que se pode capturar, exclusivamente, com a análise da autoeficácia e das experiências negativas. Assim, ampliam a concepção referindo que o empoderamento psicológico expressa um conjunto de cognições que contribuem para criar uma orientação ativa para o trabalho. Nesse sentido, acreditam que as experiências positivas no desenvolvimento de suas atividades levam à motivação intrínseca da pessoa no trabalho.

A partir desta definição, Thomas e Velthouse (1990) desenvolveram um modelo, englobando quatro cognições, representadas pela Significância, Competência, Escolha e Impacto. A Significância reflete o valor atribuído ao trabalho pelo profissional. Por Competência, compreende-se a crença em sua própria capacidade para realizar as atividades com habilidade. A Escolha envolve a percepção de responsabilidade causal pelas ações, como o início e a forma de realizar as atividades, influenciadas pela liderança e pelo desenho de trabalho; e, por fim, o Impacto diz respeito ao grau com que os comportamentos desempenhados estabelecem a diferença para obtenção dos resultados esperados, podendo relacionar-se aos aspectos operacionais, táticos ou estratégicos da organização.

Esse modelo teórico foi operacionalizado mediante a construção de um instrumento psicométrico, idealizado por Spreitzer (1995), que permite avaliar o

empoderamento psicológico dos profissionais a partir destas quatro cognições, transformadas em subescalas. Cabe pontuar que, no respectivo instrumento, o que era nominado de Significância foi modificado para Significado e Escolha para Autodeterminação, com base em outros instrumentos contendo constructos similares – a “Escala de Tymon” e “*Autonomy Scale*”. Do mesmo modo, a subescala Competência foi pautada na “*Self Efficacy Scale*” e a subescala Impacto na “*Helplessness Scale*” (Schummaher, 2018).

A seguir, Spreitzer (1995) verificou que as quatro cognições combinam-se, aditivamente, para desenvolver o senso geral de empoderamento psicológico. Ademais, observou que a ausência de um desses componentes reduz o efeito de empoderamento, todavia não suprime totalmente a experiência. Trata-se, portanto, de um constructo motivacional que, em conjunto, expressa a percepção do indivíduo sobre seu papel e sua responsabilidade no trabalho, em maior ou menor grau.

Outro ponto que merece destaque, uma vez que contribuiu para o aprimoramento e para a consolidação do quesito empoderamento, deve-se ao fato de Spreitzer (1995) integrar conceitos oriundos de distintas áreas do conhecimento, como a psicologia, a sociologia, a administração e a educação, refinando os marcos teóricos do constructo e delimitando seu conteúdo.

Destarte, o **Significado** relaciona-se ao valor do objetivo ou propósito do trabalho para o profissional, considerando seus próprios valores, crenças, atitudes e comportamentos (Spreitzer, 1995, grifo nosso). Logo, retrata a conexão pessoal do indivíduo com o trabalho que desenvolve (Mishra, Spreitzer, 2008).

Nessa direção, as atividades são consideradas significativas quando o profissional preocupa-se com elas e as vê como relevantes, refletindo em compromisso, envolvimento e concentração de energia (Thomas, Velthouse 1990; Spreitzer, 1995). Acrescentam Javed et al. (2017) que o significado produz entusiasmo, assim sendo, as pessoas tornam-se mais criativas e empenhadas no desenvolvimento de suas atividades, produzindo melhores resultados.

A **Competência** ancora-se no conceito de autoeficácia de Bandura (1986), isto é, na crença do indivíduo em sua capacidade para executar as ações, completar as atividades ou resolver os problemas, constituindo um mecanismo psicológico pelo qual exerce influência sobre as próprias ações. Assim, quanto maior o sentimento de

competência, maior a predisposição para aceitar novas responsabilidades e atividades complexas e dedicar-se ao alcance do desempenho esperado (Thomas, Velthouse, 1990; Spreitzer, 1995).

Salienta-se que o termo **Competência**, empregado por Spreitzer (1995), diz respeito a um domínio voltado à autoeficácia nas funções exercidas no trabalho e não à autoeficácia em todos os papéis que desempenha. Dessa forma, refere-se à capacidade de realizar as atividades com o conhecimento e habilidades necessários, obtendo sucesso em sua execução e influenciando os resultados institucionais de modo eficaz e qualificado (Quinn, Spreitzer, 1997).

A **Autodeterminação** fundamenta-se na Teoria da Autodeterminação, proposta por Deci e Ryan (1985), consiste no senso de autonomia para realizar o próprio trabalho e decidir como se comportar frente a diversas situações do cotidiano, tendo iniciativa para agir. Nesse aspecto, os profissionais podem selecionar e executar as atividades do modo que lhes pareçam apropriados, incluindo métodos, procedimentos, tempo dispendido e esforço (Deci, Ryan, 2005; Thomas, Velthouse, 1990; Spreitzer, 1995).

De acordo com esta teoria, os profissionais são motivados a evoluírem quando suas necessidades inatas de competência, autonomia e vínculo social são satisfeitas; assim, ao descobrirem que são competentes, que podem decidir como agir e que possuem apoio no contexto de trabalho, tornam-se motivados a superar desafios (Ryan, Deci, 2020). Ademais, nesse contexto, promove-se a iniciativa, oportunizando escolhas mais racionais e organizadas, enriquecendo o processo de decisão (Valentine et al., 2018).

Por sua vez, o **Impacto** trata da medida pela qual o trabalhador sente que pode influenciar os resultados institucionais, sendo relacionado ao contexto do trabalho. Assim, corrobora o sentimento de “fazer a diferença” e influenciar o alcance de um dado objetivo, culminando no sentimento de vitória (Thomas, Velthouse, 1990; Spreitzer, 1995).

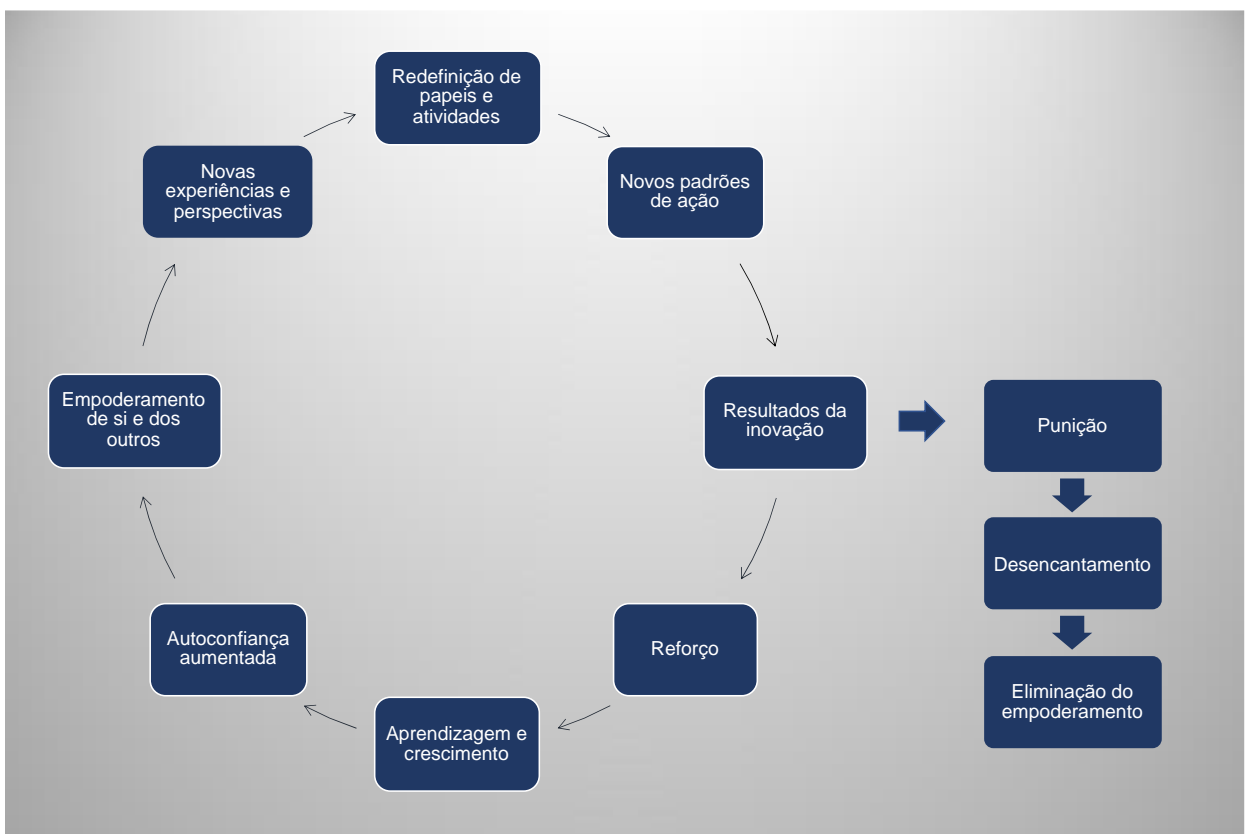
Nesta ótica, o empoderamento psicológico aponta a direção no qual o profissional sente-se capaz de moldar suas atividades e o contexto de trabalho, manifestado pelo estado em que percebe que seus valores, crenças e comportamentos são congruentes com seu trabalho, demonstrando confiança em

suas habilidades e um senso de controle e impacto relativo ao exercício profissional (Spreitzer, 1995; Mishra, Spreitzer, 2008).

Spreitzer (1995) reporta que a despeito do empoderamento ser intrínseco ao indivíduo, cabe aos gestores fomentar esse mecanismo, gerando um ambiente onde os trabalhadores estejam envolvidos na tomada de decisão e não submetidos a controle excessivo. Cita que as instituições necessitam dispor as informações aos profissionais, independentemente do nível hierárquico, tornando essa partilha articulada aos objetivos organizacionais e ao desempenho do trabalhador, fortalecendo o sentimento de pertencimento e vínculo com a organização.

Ademais, Quinn e Spreitzer (1997) propõem que o empoderamento psicológico seja implementado com base nas etapas apresentadas na Figura 1:

Figura 1 – Ciclo do Empoderamento Psicológico – São Paulo, 2020



Fonte: Adaptado de Quinn RE, Spreitzer GM. The road to empowerment: Seven questions every leader should consider. *Organizational Dynamics*. 1997; 26(2), 37-49. [Acesso 05 jul 2020]; Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0090-2616\(97\)90004-8](https://doi.org/10.1016/S0090-2616(97)90004-8).

No entender destes autores, no momento em que o profissional é envolvido nos processos decisórios, vivencia novas perspectivas em relação ao trabalho, repensa seu papel e reflete sobre as alternativas para redesenhar suas atividades,

percebendo-se como parceiro da organização. Ao vislumbrar o trabalho por essa nova lente, tende a apresentar comportamentos proativos e inovadores. Quando suas ações não são bem-sucedidas, poderá ocorrer o aprendizado em função de erros ou falhas, favorecendo o crescimento profissional; em contrapartida, caso ocorra punição, isso poderá incorrer em desencantamento e eliminação do empoderamento. Quando as ações são bem-sucedidas e reforçadas, surge o estímulo à iniciativa e autonomia. Dessa forma, os autores reconhecem a importância de manter uma mentalidade de aprendizagem contínua, flexibilidade e adaptabilidade, para que se tornem mais resilientes. Nesse processo, os profissionais sentem-se mais confiantes, integrados e comprometidos com a instituição, propagando esses sentimentos a outras pessoas (Quinn, Spreitzer, 1997).

Com base nesse arcabouço teórico, compreende-se que o empoderamento psicológico implica sentimentos de consciência do contexto de trabalho e responsabilidade pela produção individual, desenvolvendo um estado motivacional que pode ser benéfico para promover melhorias no exercício profissional (Gautam, Ghimire, 2017; Van Loon, 2017).

Estudos acerca do empoderamento vêm sendo amplamente conduzidos em diversas áreas do conhecimento, averiguando distintas facetas desse fenômeno.

Na área da informática, Dhillon, Talib e Picoto (2020) analisaram o efeito mediador do empoderamento psicológico na relação entre o empoderamento estrutural e a intenção dos profissionais de respeitar a política de segurança da informação, sugerindo que a oportunidade de programas educativos e o acesso aos objetivos estratégicos da organização ampliam o empoderamento psicológico, conduzindo a maior adesão às ações para segurança da informação.

Nos EUA, no âmbito de uma empresa de tecnologia, identificou-se que os estilos de liderança autêntico e transformacional promovem o empoderamento psicológico, atuando como moderador para apresentação de comportamentos inovadores (Grošelj et al., 2020)

Do mesmo modo, na enfermagem, estudos verificaram que níveis elevados de empoderamento psicológico em enfermeiros estão associados a comportamentos inovadores (Knol, Roland, 2009), engajamento no trabalho (Geetha, Mampilly, 2014),

comportamentos laborais (Moreira, 2017), empoderamento estrutural (Zhang, Ye, Li, 2018) e satisfação no trabalho (Li et al., 2018).

Khoshmehr et al. (2020) encontraram evidências de associação entre a coragem moral dos enfermeiros e o empoderamento psicológico, sugerindo que os aspectos cognitivos da motivação intrínseca contribuem para que os enfermeiros gerenciem, adequadamente, os dilemas éticos aos quais estão expostos no cotidiano do trabalho.

Azizi et al. (2020) identificaram relações entre empoderamento psicológico e assertividade de estudantes de enfermagem iranianos na tomada de decisão e interação com colegas e pacientes.

Na Turquia, a pesquisa de Türe e Akkoç (2020) encontrou evidências de que o suporte organizacional percebido, o empoderamento psicológico e o suporte social são mecanismos relevantes para promover a satisfação na carreira entre enfermeiros. Para eles, os profissionais que atribuem significado às atividades que realizam, possuem maior dedicação ao trabalho e à organização, reverberando criatividade e habilidade na resolução de problemas.

Adicionalmente, foram realizadas investigações em busca de analisar o efeito mediador do empoderamento psicológico, isto é, mecanismo pelo qual um constructo relaciona-se ao outro. Identificou-se a mediação do empoderamento psicológico na relação entre o ambiente da prática e o *burnout* (Hochwälder, 2007), o ambiente da prática, a liderança transformacional e a eficácia no trabalho (Eo, Kim, Lee, 2014), a liderança autêntica, liderança transformacional e *burnout* (Liu et al., 2019) e o ambiente da prática e o engajamento no trabalho (Wang, Liu, 2015).

Estudo na vertente qualitativa, desenvolvido em lares para idosos nos EUA, objetivou analisar o empoderamento estrutural e psicológico de profissionais de saúde. Evidenciou-se que, embora os profissionais se sentissem psicologicamente empoderados pela autonomia de seu trabalho e pelo impacto de suas atividades nos resultados dos indivíduos, havia lacunas estruturais que poderiam se tornar barreiras à sua permanência no emprego nessa área (Kusmaul, Butler, Hageman, 2020).

Na Nova Zelândia, realizou-se um estudo de métodos mistos sequencial explanatório, envolvendo enfermeiros atuantes em cuidados paliativos, identificando-se que os enfermeiros apresentavam comportamentos de liderança clínica na maior

parte das vezes, mesmo sentindo moderado empoderamento psicológico e reduzido empoderamento estrutural (Simmons, Jacobs, McKillop, 2020).

No Brasil, o instrumento proposto por Spreitzer (1995) para mensurar o empoderamento psicológico foi traduzido e validado para a cultura brasileira por Schumacher e Alexandre (2019). Nesse processo, encontraram associações entre o empoderamento psicológico e a satisfação no trabalho, a autoeficácia no trabalho, o estresse, a influência no setor e o empoderamento estrutural.

A pesquisa de Salles et al. (2021), envolvendo 165 profissionais de saúde atuantes em um hospital de ensino no interior do estado de São Paulo, não mostrou evidências de diferença ($p=0,5959$) na percepção geral de empoderamento psicológico entre enfermeiros (média=71,4), médicos (média=69,3) e outros profissionais – grupo formado por fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos e fonoaudiólogos (média=71,1). Contudo, ao comparar os achados entre as subescalas, houve evidência de relação, apontando que o grupo “outros profissionais” sente-se mais competente do que os enfermeiros ($p=0,0046$).

Em serviços de diálise, estudos realizados nos EUA e no Canadá evidenciaram que o empoderamento psicológico dos enfermeiros esteve relacionado a maior empoderamento estrutural e menores níveis de exaustão emocional (O’Brien 2011; Doré et al., 2018).

Com base no exposto, nota-se que o empoderamento psicológico dos profissionais de enfermagem guarda estreita relação com a percepção do contexto no qual desenvolvem suas atividades laborais, produzindo implicações em seus comportamentos no trabalho.

3.3 AMBIENTE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

As discussões acerca do ambiente da prática da enfermagem estão ancoradas ao corpo conhecimento específico da Enfermagem, associadas à sociologia das organizações, reconhecendo que o ambiente institucional influencia os processos assistenciais e os resultados obtidos pelos pacientes, profissionais e instituições (Norman, 2013).

De acordo com Aiken e Patrician (2000), o ambiente da prática consiste em um sistema que apoia a autonomia dos enfermeiros, seu controle em relação aos cuidados de enfermagem e ao contexto em que eles são efetuados.

No entender de Lake (2002) o ambiente da prática refere-se às características concretas ou abstratas de uma organização que são percebidas pelos profissionais de enfermagem, como facilitadoras ou limitadoras de sua prática profissional.

Para Aiken (2020) um ambiente de trabalho favorável é aquele onde as práticas são implementadas com base em evidências, está centrado nas perspectivas dos pacientes, familiares e profissionais, possui carga de trabalho compatível com as demandas dos serviços e a complexidade do cuidado.

Desse modo, compreende-se que as organizações devam criar estruturas que assegurem o exercício profissional qualificado, de modo que a equipe de enfermagem possa desempenhar suas funções com excelência.

Recuperando a trajetória histórica, observa-se que a preocupação com o ambiente da prática da enfermagem iniciou-se na década de 1970, tomando maior magnitude frente à escassez de enfermeiros e à elevada rotatividade em nível hospitalar nos EUA. Reconhecendo esse cenário, a *American Nurses Credentialing Center* (ANCC) empreendeu esforços para compreender os elementos presentes nas instituições que conseguiam atrair e reter os enfermeiros, além de proporcionar uma assistência qualificada. Foram identificados atributos relativos à: administração com modelo de gestão participativa, liderança qualificada, estrutura descentralizada, participação da equipe em comissões e políticas de benefícios; prática profissional pautada na qualidade; desenvolvimento profissional por meio de capacitação e plano de carreira, características estas atribuídas às instituições nominadas de *Magnet* (Lake, 2002).

Com base nas características listadas nesses hospitais, foram desenvolvidos instrumentos para avaliar a presença desses critérios. A princípio, em 1989, foi construído o Índice de Trabalho da Enfermagem (NWI), que foi revisado em 2000, dando origem ao Índice de Trabalho da Enfermagem - Revisado (NWI-R). Após 2 anos, ocorreu sua atualização, passando a ser nominado de *Practice Environment Scale* (PES) (Aiken, Patrician, 2000; Lake, 2002; Gu, Zhang, 2014).

Sendo assim, o conceito de ambiente da prática foi operacionalizado da seguinte forma (Lake, 2002, grifo nosso):

- ❖ **Participação dos enfermeiros na discussão de assuntos hospitalares:** demonstra a valorização do enfermeiro no contexto geral da organização, por meio de seu envolvimento na governança interna, nas decisões políticas e nos comitês, com oportunidades de desenvolvimento na carreira, comunicação aberta com gestores, acessibilidade, poder e visibilidade da gestão de enfermagem;
- ❖ **Fundamentos de enfermagem voltados para qualidade do cuidado:** referem-se a uma filosofia do cuidado de enfermagem voltada a elevados padrões de qualidade do cuidado, pautada na continuidade do cuidado, em planos de cuidado, na competência clínica e em um programa formal para capacitação inicial dos profissionais recém-admitidos e aperfeiçoamento contínuo;
- ❖ **Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem:** enfatizam o papel do gestor de enfermagem na instituição, englobando as qualidades essenciais que um enfermeiro neste cargo precisa ter, como liderança, apoio à equipe de enfermagem em caso de conflitos, ocorrência de erros, além do reconhecimento por um trabalho bem realizado;
- ❖ **Adequação da equipe e de recursos:** alude à disponibilidade de recursos e de pessoal para se prover um cuidado com qualidade, descrevendo a necessidade de dimensionamento adequado e suporte de serviços de apoio, tempo e oportunidade para discutir com os colegas os assuntos relativos aos pacientes; e
- ❖ **Relações colegiais entre enfermeiros e médicos:** caracterizam as relações de trabalho positivas entre médicos e enfermeiros.

Ao longo dos anos, distintos estudos vêm sendo conduzidos, demonstrando que ambientes de prática influenciam os resultados aos pacientes, aos profissionais e às organizações.

Relativo aos pacientes, pesquisas apontam que ambientes favoráveis promovem o clima de segurança e a redução de EA como queda, erros de medicação, lesões por pressão, infecções e mortalidade (Aiken et al., 2013; Jesus, Roque, Amaral, 2015; Abdel-Sattar, Naiemabdelhamid, 2018).

Consoantes aos profissionais e organizações, as investigações vêm indicando que ambientes de prática favoráveis potencializam a qualidade de vida no trabalho, a satisfação profissional, além de redução nos níveis de estresse e *burnout*. Demonstram também associação com menor intenção de deixar o local de trabalho ou a profissão, com o desempenho e a produtividade (Hayes, Douglas, Bonner, 2015a, 2015b; Jesus, Roque, Amaral, 2015; Santos, Paiva, Spiri, 2018; Zangaro, Jones, 2019).

No Brasil, os instrumentos supramencionados foram traduzidos e submetidos à validação transcultural e psicométrica sendo, amplamente, empregados para avaliar ambientes da prática em diversas áreas assistenciais, com predomínio para as unidades de terapia intensiva (Gasparino, Guirardello, Aiken, 2011; Marcelino et al., 2014; Gasparino, Guirardello, 2017; Gasparino et al., 2020).

Os resultados obtidos no País são semelhantes à literatura internacional e indicam associações entre o ambiente da prática e o clima de segurança (Alves, Silva, Guirardello, 2017; Dorigan, Guirardello, 2018), a percepção sobre a qualidade do cuidado (Guirardello, 2017), a satisfação no trabalho (Dutra, Cimiotti, Guirardello, 2018; Dorigan, Guirardello, 2018) o *burnout* (Guirardello, 2017; Dorigan, Guirardello, 2018; Dutra, Cimiotti, Guirardello, 2018; Marcelino, Alves, Guirardello, 2018; Nogueira et al., 2018) a intenção de deixar o emprego (Dutra, Cimiotti, Guirardello, 2018; Dorigan, Guirardello, 2018), a qualidade de vida no trabalho (Santos, Paiva, Spiri, 2018) e a omissão de cuidados (Silva et al., 2020).

Panunto e Guirardello (2013) realizaram investigação envolvendo 129 enfermeiros atuantes em unidades de terapia intensiva adulto, no interior do Estado de São Paulo, constataram que os elementos do ambiente da prática influenciam a percepção da qualidade do cuidado, a satisfação no trabalho e a intenção de deixar o emprego nos próximos 12 meses, mediados pelo sentimento de exaustão emocional. Ademais, identificaram que enfermeiros com pouca autonomia, menor controle sobre o ambiente e piores relações de trabalho com os médicos apresentam maiores níveis de exaustão emocional.

Estes achados foram similares aos encontrados por Lorenz e Guirardello (2014), em estudo com participação de 198 enfermeiros de unidades de atenção básica em um município brasileiro, onde foram identificadas evidências de relações significantes entre as características do ambiente da prática e o *burnout*, a satisfação no trabalho, a percepção sobre a qualidade do cuidado e a intenção de deixar o trabalho.

Outros estudos nessa linha propuseram analisar se havia diferença no ambiente da prática entre hospitais públicos e privados, sendo encontrados resultados divergentes entre eles (Balsanelli, Cunha, 2013; Pires et al., 2018; Gasparino et al., 2019).

Ademais, estudo em hospitais públicos mostrou ambientes favoráveis, independentemente, de serem acreditados ou não (Oliveira et al., 2016).

Pesquisas recentes na abordagem de métodos mistos com desenho convergente propuseram-se a analisar o ambiente da prática em cenários especializados no intuito de ampliar a compreensão desse constructo.

Santos et al. (2018a) conduziram estudo com 32 enfermeiros atuantes na divisão materno-infantil, de um hospital universitário, localizado na cidade de Florianópolis, em Santa Catarina, revelando, por meio da integração dos resultados quantitativos e qualitativos, que os enfermeiros empenham-se em desenvolver autonomia e obter controle do ambiente de cuidados por intermédio do trabalho em equipe, sendo observadas adversidades em relação à infraestrutura organizacional e articulação entre os serviços.

Estudo realizado com a participação de 27 enfermeiros atuantes em unidades de clínica médica e cirúrgica, de um hospital universitário da região sul do País, evidenciou ambiente favorável; todavia, apontou que o controle sobre o ambiente é dificultado pelo dimensionamento inadequado de pessoal e pela limitada atuação dos serviços de apoio (Santos et al., 2018b).

Em uma unidade de emergência, Santos et al. (2017) realizaram investigação com 19 enfermeiros, cujos resultados integrados demonstraram achados favoráveis, exceto na percepção sobre o controle do ambiente, uma vez que a demanda era superior à capacidade de atendimento.

Concernente aos serviços de diálise, autores vêm se dedicando a avaliar o ambiente da prática nos EUA, Austrália, Nova Zelândia e Grécia empregando o instrumento PES.

No que se refere à qualidade do cuidado, pesquisas identificaram relação entre os fatores do ambiente de trabalho e satisfação do paciente, hospitalização, omissão de cuidados, hipotensão intradialítica, interrupção das sessões de HD, erros de medicação, as quedas, a desconexão das agulhas e a infecção em CVC (Gardner et al., 2007a; Thomas-Hawkins, Flynn, Clarke, 2008; Prezerakos, Galanis, Moisoglou, 2015).

Relativo aos profissionais foi demonstrado o efeito do ambiente de prática sobre a satisfação no trabalho, a intenção de deixar o emprego, o índice de estresse e o sentimento de exaustão emocional (Gardner et al., 2007b; Flynn, Thomas-Hawkins, Clarke, 2009; Ridley et al., 2009; Hayes, Douglas, Bonner, 2014, 2015a, 2015b; Ulrich, Kear, 2018).

Em virtude do que foi mencionado, nota-se que o ambiente da prática contempla aspectos singulares do exercício profissional, da organização, das relações interpessoais, associando-se aos resultados almejados nos âmbitos da assistência e da gerência.

3.4 CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente é um aspecto basilar para proporcionar qualidade na assistência à saúde, motivo pelo qual as organizações vêm priorizando programas e ações para fomentar a cultura de segurança.

Compreende-se por segurança do paciente a “redução a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (Brasil, 2013a).

Sendo assim, ao adentrar nesta temática é imperativo estabelecer as definições da terminologia, apontando que, neste estudo, os conceitos estão pautados na Classificação Internacional de Segurança do Paciente, propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e são apresentados na Figura 2.

Figura 2 – Conceitos dos principais termos referentes à temática segurança do paciente, São Paulo – 2020

INCIDENTE RELACIONADO AO CUIDADO DE SAÚDE: é um evento (situação que envolve o paciente) ou circunstância (situação ou fator que pode influenciar um evento, agente ou pessoa) que poderia ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente.

EVENTO ADVERSO: incidente que resultou em dano ao paciente.

DANO: dano da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo. Inclui doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte. Pode ser físico, social ou psicológico.

DANO ASSOCIADO AOS CUIDADOS DE SAÚDE: dano ocasionado por ou associado a planos ou ações realizadas, durante o cuidado de saúde em vez de uma doença de base ou lesão.

ERRO: falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto. Pode ocorrer por fazer a coisa errada (erro de ação ou comissão) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução. Os erros são, por definição, não intencionais.

VIOLAÇÃO: divergência deliberada de um procedimento, padrão ou regra. É realizado de forma habitual, intencional, apesar de raramente ser maliciosa; e, em determinado contexto, pode se tornar rotineira.

Fonte: Adaptado de Sousa, P; Mendes, W (Org.). Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. p.63-64.

Historicamente, os trabalhos a respeito da segurança do paciente foram, implicitamente, desenvolvidos por vários estudiosos em diferentes momentos e contextos, contudo a temática alcançou maior notoriedade a partir da publicação do *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*, em 1999, pelo *Institute of Medicine*, que apresentou elevada estimativa de óbitos, entre 44.000 e 98.000, associados a EA nos cuidados de saúde. Ademais, o relatório revelou o impacto

financeiro que esses incidentes causavam nas organizações de saúde, atingindo cifras entre 17 e 29 bilhões de dólares (Kohn, Corrigan, Donaldson, 1999).

Desde então, foram desenvolvidas diferentes teorias que correspondem à análise e abordagem aos incidentes, oriundas de várias áreas do conhecimento, no intuito de tornar os cuidados à saúde mais seguros. A princípio, foram postulados modelos lineares, pautados na criação de barreiras e discutindo a respeito dos fatores individuais e sistêmicos que integram a ocorrência de incidentes. A seguir, as teorias avançaram para a busca da causalidade dos danos, enfatizando o método como as organizações buscam informações e aprendem com os erros. Posteriormente, as teorias passaram a considerar a complexidade, o desenho e a cultura organizacional, a política de qualificação profissional, os elementos da tomada de decisão e a capacidade adaptativa dos indivíduos e da organização (Wiig, Braithwaite, Clay-Williams, 2020).

Com base nestas premissas, inúmeros esforços vêm sendo empreendidos ao longo dos anos, globalmente, incentivados pela OMS. No primeiro momento, os trabalhos buscaram reconhecer a epidemiologia dos incidentes e dos danos. A seguir, voltaram-se para a aprendizagem com os erros, a construção de ferramentas e o desenvolvimento de iniciativas para questões de segurança, marcando uma era inovadora na forma de pensar a atenção à saúde. Dentre elas, destacam-se a Aliança Mundial para Segurança da Paciente, os Desafios globais e as soluções propostas pela OMS, que subsidiaram a formulação de políticas e ações, como protocolos assistenciais, em diversos países (WHO, 2005, 2006, 2008, 2017).

Nesse contexto, várias destas iniciativas mostraram-se eficazes e resultaram em melhorias na segurança da assistência à saúde. Como exemplo, pode ser citada a redução de 80% na taxa de infecções de corrente sanguínea associadas a CVC nas unidades de terapia intensiva, ocorrida nos EUA, entre os anos 2000 e 2015 (Pronovost et al., 2016). Entretanto, a consolidação das ações não foi linear, havendo discrepâncias entre sistemas e organizações de saúde, especialmente, extra-hospitalares, que apresentam implementação de estratégias incipientes e resultados inconsistentes na melhoria da segurança do paciente, mantendo elevadas taxas de EA (Bates, Singh, 2018).

Além disso, estima-se que cerca de 10% dos indivíduos admitidos em instituições hospitalares localizadas em países de alta renda sofram algum tipo de dano, sendo a maior parte evitável. Nos países de baixa e média renda, esse contingente é elevado para dois terços. Nos aspectos financeiros, estima-se que 15% dos gastos e das atividades hospitalares nos países membros da *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) possam ser atribuídos ao tratamento de falhas na segurança do paciente, cujos valores agregados atingem trilhões de dólares. A magnitude financeira dos EA de maior frequência inclui infecções relacionadas à assistência à saúde, tromboembolismo venoso, lesão por pressão, erros associados a medicamentos e diagnóstico incorreto ou tardio (Slawomirski, Auraaen, Klazinga, 2017).

Este entendimento é corroborado pelos resultados de uma recente revisão sistemática, que analisou a prevalência, a gravidade e a natureza dos danos em diferentes configurações de serviços de saúde, em âmbito mundial. Baseada em estudos observacionais publicados entre os meses de janeiro de 2000 e janeiro de 2019, obteve uma amostra agrupada de 333.025 pacientes. Foram descritas a ocorrência de 47.148 danos, sendo 25.977 (55%) evitáveis. A metanálise mostrou prevalência combinada de danos evitáveis, associados aos cuidados de saúde, de 6%, sendo 49% leves, 36% moderados e 12% classificados como graves ou que levaram à morte. As unidades de terapia intensiva (18%) e cirurgia (10%) apresentaram maior prevalência. Quanto à natureza, maior proporção foi relacionada aos medicamentos (25%) e outros tratamentos terapêuticos (24%) (Panagioti et al. 2019).

No Brasil, observou-se que o movimento em prol da segurança do paciente foi oriundo das instituições acadêmicas; de ações das categorias profissionais, como Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente; da vigilância sanitária com rígidas determinações legais para funcionamento dos serviços e a Rede Brasileira de Hospitais Sentinela; e crescentes das creditações que incluíam a temática nos padrões de qualidade exigidos. Embora constituíssem esforços isolados, foram fundamentais para difundir e impulsionar ações de segurança nos serviços de saúde (Morais, 2019).

Na esfera federal, a primeira estratégia de abrangência nacional, somente, foi instituída em 2013, por meio do Programa Nacional de Segurança do Paciente

(PNSP), cujo objetivo é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, nos estabelecimentos públicos e privados que prestam assistência no Brasil.

Especificamente, o PNSP visa à implementação de iniciativas para a segurança do paciente nas instituições de saúde, por meio da gestão de risco e da atuação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), que consiste em uma instância local para articular as questões relativas ao tema nos serviços. Adicionalmente, objetiva envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança, divulgar informações à sociedade, produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre a segurança do paciente e divulgá-los à sociedade e fomentar a inclusão do tema na formação dos profissionais de saúde (Brasil, 2013).

Para contribuir com os serviços de saúde na concretização dos objetivos propostos pelo PNSP, ainda em 2013, foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, instituindo as ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde. O documento orienta a constituição do NSP; a elaboração do plano local para a segurança do paciente com gestão de riscos e a implantação dos protocolos básicos, dentre eles: higienização das mãos, identificação do paciente, segurança cirúrgica, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, prevenção de quedas, prevenção de lesão por pressão, dentre outros; além da vigilância, monitoramento e notificação de EA (Brasil, 2013a).

Estudo conduzido a partir de dados do Sistema Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) identificou, no período entre março de 2014 e março de 2017, a notificação de 109.082 incidentes, sendo 75.088 EA e 649 mortes. A maior parte das notificações (93,9%) foi oriunda de instituições hospitalares. Embora acredite-se que os dados estejam subnotificados, nota-se que mais da metade dos incidentes ocasionaram danos aos pacientes (Faustino et al., 2018).

Em que pese todos os avanços obtidos, compreende-se que a assistência segura, ainda, constitui um desafio às organizações de saúde, uma vez que a dimensão dos EA, apesar de alarmante, ainda parece ser subestimada.

Nessa perspectiva, os formuladores de política e os líderes na área da saúde passaram a fundamentar suas ações na mitigação de riscos, na aprendizagem com os erros e na promoção de um contexto de trabalho que valorize o capital humano, os

quais são componentes essenciais para a cultura de segurança nas organizações e nos sistemas de saúde (WHO, 2021).

Essas ações partem da premissa que identificar os incidentes não é suficiente para promover a segurança dos sistemas de atenção à saúde, reconhecendo-se a necessidade de avaliar a habilidade das organizações em prestar cuidados seguros. Assim, o reconhecimento da cultura de segurança permite identificar a presença ou a ausência de um ambiente de atenção à saúde configurado para ofertar cuidados seguros (Bienassis et al., 2020)

Em termos conceituais, Sexton et al. (2006) advogam que a cultura de segurança corresponde às crenças, comportamentos, atitudes e valores manifestados pelos indivíduos que atuam sob as mesmas normas, práticas e políticas institucionais, tornando-se um dos componentes da cultura organizacional.

Conforme o *The Health Foundation* (2011), a cultura de segurança do paciente positiva caracteriza-se pela atenção coletiva plena a respeito da segurança, incluindo confiança mútua entre os membros da equipe, responsabilidade compartilhada e confiança nas iniciativas organizacionais para a segurança do paciente, criando um ambiente de trabalho colaborativo e seguro, que favoreça o desempenho dos profissionais.

Para efeito das ações vinculadas ao PNSP, a cultura de segurança é o “conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o compromisso com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde” (Brasil, 2013a).

No entender da OECD, a cultura de segurança consiste em normas tácitas que orientam as ações de um grupo de pessoas no ambiente organizacional. Nesse sentido, refletem um padrão de comportamento individual e institucional baseados em crenças e valores compartilhados com o intuito de minimizar os danos associados aos cuidados de saúde (Auraaen, Saar, Klazinga, 2020).

As características que constituem uma cultura de segurança positiva são complexas e interativas. A partir da revisão sistemática realizada por (Sammer et al., 2010), foram identificados sete domínios relacionados com a segurança do paciente:

liderança, trabalho em equipe, prática baseada em evidências, comunicação, aprendizagem com erros, justiça e cuidados centrados no paciente.

Posteriormente, uma segunda revisão, efetuada por Waterson (2014) sugeriu os seguintes elementos: compromisso da gestão com a segurança, sistemas de segurança, carga de trabalho, comunicação, trabalho em equipe, liderança e abordagem não punitiva.

Por sua vez, o clima de segurança representa um componente específico do clima organizacional, expressando as percepções consoantes ao valor da segurança no ambiente de trabalho (Neal, Griffin, Hart, 2000).

Para Sexton et al. (2006), o clima de segurança retrata a percepção dos profissionais sobre os componentes da cultura de segurança, remetendo às práticas estabelecidas para reduzir os riscos associados aos processos assistenciais. Assim, representa a faceta mensurável da cultura de segurança, mostrando-se flexível às condições situacionais da organização.

Corroborando esse entendimento, Kristensen et al. (2016) afirmam que o clima de segurança é uma manifestação da cultura de segurança, que pode ser apreendida nas percepções e nas atitudes compartilhadas pelos indivíduos a respeito da segurança do paciente nos cuidados de saúde. Destarte, constitui uma expressão volátil da cultura de segurança, no entanto, mais concreta.

As instituições com cultura de segurança positiva vislumbram o contexto de assistência à saúde como um amálgama complexo de ações e interações, processos, relacionamento interprofissional, comunicações, comportamentos humanos, tecnologia, cultura organizacional, normas e políticas organizacionais. A partir desta compreensão, mais aprofundada e sistêmica, as falhas são vistas de forma holística e menos individualizada (WHO, 2021).

Assim, depreende-se que a cultura de segurança favorável é marcada pela abordagem sistêmica, que enfatiza a compreensão das interações entre os elementos do sistema que afetam a capacidade dos profissionais em desempenhar suas atividades com segurança, em detrimento da culpabilização dos indivíduos por seus erros.

Wood e Wiegmann (2020) afirmam que há uma variedade de métodos para aprimorar a segurança do paciente, tanto proativos como reativos. Usualmente, busca-se determinar como os eventos que incidem danos ao paciente possam ocorrer ou por que ocorreram, com a finalidade de prevenir sua recorrência. Dentre as tipologias das falhas, encontram-se as ativas (erros ou violações) que podem causar ou causaram danos diretos, e as condições latentes do sistema (falha na interação entre equipes, na definição das atividades e dos processos, relacionadas à tecnologia e outros aspectos organizacionais).

Após esta identificação, ações são delineadas para melhorar a segurança, concentrando-se no estabelecimento de medidas corretivas necessárias. Nesse aspecto, para desenvolver uma abordagem holística para segurança do sistema, é possível classificar as intervenções como: **intervenções fortes**, que dependem menos das ações e memória das pessoas, desse modo, apresentam maior probabilidade de serem eficazes e sustentáveis, prevenindo falhas ativas; **intervenções intermediárias**, voltadas às falhas latentes, de modo a proporcionar um ambiente favorável ao exercício das atividades laborais; e, **intervenções fracas**, como advertências, capacitações e reforço de políticas (*National Patient Safety Foundation – NPSF, 2016, grifo nosso*).

Contudo, observa-se que as abordagens mais executadas, ainda, encontram-se no grupo das intervenções fracas, reiterando a prática de abordagens que busca melhorias individuais e não sistêmicas (Hibbert et al., 2018; Wiig, Braithwaite, Clay-Williams, 2020).

A abordagem sistêmica inclui um olhar sobre os componentes humanos, tecnológicos, procedimentais, ambientais e organizacionais que atuam em conjunto para alcançar os resultados desejados, o que não seria possível de ser obtido por componente isoladamente. Assim, a análise sistêmica implica analisar a interação entre esses elementos e como estas interações se rompem, causando incidentes (Wiig, Braithwaite, Clay-Williams, 2020).

Esta abordagem privilegia a busca pela aprendizagem, o que só é possível quando os incidentes de segurança são reportados e tratados coletivamente. Logo, as políticas de segurança podem não ser exitosas em organizações nas quais imperam o medo e a insegurança de falar sobre os próprios erros. Como

desdobramentos dessa situação, há o não envolvimento do paciente no cuidado, a dificuldade em discutir o ocorrido com os pares e gestores, levando os trabalhadores a questionarem sua própria capacidade profissional e, finalmente, tomarem decisões equivocadas com maior frequência (Mira et al., 2020).

No contexto dos serviços de diálise, a preocupação com a cultura de segurança e a implementação de medidas que promovam a qualidade e a efetividade do tratamento é constante, pois se trata de um ambiente de prática clínica complexo, dependente da tecnologia, que envolve equipe multidisciplinar para assistir pacientes que apresentam consequências fisiopatológicas graves, elevada carga de comorbidades e polifarmácia. Quanto maior a complexidade do contexto, maiores os riscos potenciais, que devem ser identificados e priorizados (Garrick, Kliger, Stefanichik, 2012; Bray et al., 2014).

Nesse sentido, Kliger (2006) estabeleceu medidas para promover, reconhecer e prevenir erros em diálise, tais como: estabelecer uma cultura de segurança, com práticas seguras e notificação de EA em um ambiente não punitivo; redesenhar processos de cuidados com o intuito de minimizar quedas, erros de medicação, hemorragia nos AV, entre outros; analisar a causa raiz dos erros; envolver os pacientes nos cuidados; desenvolver estratégias de gerenciamento de riscos e aprendizagem com os erros.

Estas medidas estão pautadas em organizações de sistemas nominados complexos, que mantêm uma cultura de segurança em que todos são encorajados a relatar os erros ou os EA, em um ambiente onde predomina a visão e o tratamento sistêmico dos envolvidos, atribuindo-lhes a responsabilidade e as consequências após a análise exaustiva da situação.

Ao longo dos anos, vários instrumentos para aferir os aspectos de segurança foram desenvolvidos, permitindo a detecção de oportunidades de melhorias, aumentando a consciência em relação às falhas e permitindo o monitoramento das mudanças e melhorias no decorrer do tempo.

Na Itália, pesquisa objetivando avaliar o clima de segurança em uma rede de serviços de diálise, envolvendo 33 unidades de diálise, empregando o instrumento “*Safety Climate in Dialysis Center*” obteve o escore médio de 81,9%, resultado

considerado positivo quando comparado a outros tipos de instituições de saúde (Benedetto et al., 2011).

Em um outro estudo, multicêntrico, no qual participaram centros de diálise em três cidades da Arábia Saudita, aplicando-se o mesmo instrumento, a pontuação geral de satisfação para o clima de segurança foi 73,8%. Os melhores resultados foram atribuídos aos itens relacionados ao tratamento de erros e às questões de segurança (78,4%), seguidos pelos concernentes à liderança (73,8%) e recomendação geral de segurança (72,4%) (Taher et al., 2014).

Estudo qualitativo realizado nos EUA identificou temas relevantes que interferem na segurança do paciente em serviços de diálise, como a subnotificação de incidentes, dimensionamento insuficiente de pessoal, jornada de trabalho extensa, lapsos na comunicação e dificuldades para a capacitação dos profissionais. Foram listadas soluções potenciais que incluíam um processo de identificação, notificação e tratativa de incidentes pautados na transparência e responsabilização, estratégias para redução de quedas, melhorias no processo de medicação e gestão compartilhada de decisões acerca da segurança do paciente (Kear, Ulrich, 2015).

Em Portugal, a cultura de segurança em serviços de diálise localizados na cidade de Lisboa foi analisada, empregando-se o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). Participaram 148 profissionais, incluindo médicos, enfermeiros, auxiliares de saúde, técnicos e administrativos. Evidenciou-se que o “Trabalho em equipe” (81%) constituiu a dimensão mais fortalecida para a segurança do paciente, seguida pela “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua” (77%). As dimensões que apresentaram fragilidade foram: “Profissionais” (55%); “Frequência de notificação de erro” (58%) e a dimensão pior avaliada (37%) correspondeu à “Resposta não punitiva ao erro” (Grillo, 2018).

No Brasil, um estudo realizado em dois serviços de diálise na cidade de Fortaleza, no Ceará, aplicando o instrumento *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), encontrou resultados distintos na percepção acerca do clima de segurança. Na primeira unidade, o escore médio geral foi 78,3, demonstrando-se clima favorável; o domínio Percepção da Gerência de Enfermagem foi o único que obteve pontuação desfavorável, 70,4 pontos. Na segunda, o clima geral foi avaliado como desfavorável,

com escore de 63,6 pontos e apenas o domínio Satisfação no trabalho apresentou pontuação favorável, no valor de 76,3 pontos (Dantas, 2018).

Nesse sentido, considerou-se relevante averiguar o domínio clima de segurança na presente pesquisa, tendo em vista que o compromisso institucional com a segurança do paciente constitui uma característica capaz de influenciar as concepções que os profissionais de enfermagem possuem sobre seu papel e responsabilidades na organização e no processo de cuidar em saúde.

3.5 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Tendo em vista a problemática retratada e os fundamentos teóricos, este estudo baseia-se nos seguintes pressupostos:

- ❖ O empoderamento psicológico dos profissionais de enfermagem no manejo do AV é influenciado por suas características sociodemográficas e laborais e pela percepção acerca do ambiente da prática e do clima de segurança nos serviços de diálise onde atuam.
- ❖ O exercício do empoderamento psicológico dos profissionais de enfermagem manifesta-se por meio de suas ações e interações em busca da qualidade e segurança no processo cuidativo do AV.

CAPÍTULO 4 – MÉTODO



4 MÉTODO

Este Capítulo apresenta o referencial metodológico que norteou a presente pesquisa, assim como o caminho percorrido para o alcance dos objetivos propostos. Frente a isso, está organizado na seguinte ordem: tipo de estudo, aspectos éticos, local de estudo, vertente quantitativa, vertente qualitativa e integração dos achados.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de métodos mistos (EMM), com desenho convergente (QUAN + QUAL).

De acordo com Creswell e Plano Clark (2018), o EMM constitui-se em uma abordagem que reúne dados quantitativos e qualitativos em uma mesma investigação, com a finalidade de obter metainferências capazes de responder a uma questão de pesquisa que não poderia ser respondida com o emprego exclusivo de um desses métodos.

Os EMM surgiram na década de 1980, quando os pesquisadores identificaram que havia problemas de pesquisa envolvendo fenômenos sociais complexos, requerendo respostas que ultrapassavam a objetividade das vertentes quantitativas e a subjetividade das qualitativas. Desse modo, a abordagem de métodos mistos foi desenvolvida no intuito de produzir perspectivas intersubjetivas, consideradas mais ampliadas que os resultados obtidos por métodos quantitativos e qualitativos isoladamente (Fetters, Freshwater, 2015; Mertens, Bazeley, Bowleg, 2016; Fetters, 2018).

As características desse tipo de estudo envolvem: a intenção para a integração dos dados, a tipologia, a perspectiva filosófica e teórica, os procedimentos a serem adotados na pesquisa e a forma de integração dos dados ou resultados (Creswell, Plano Clarke, 2018).

A integração dos elementos quantitativos e qualitativos é realizada, dentre outras razões, quando se busca que os achados de um método sejam confirmados por outros, complementados, explicados ou generalizados. Esta intenção é determinada pela pergunta de pesquisa (Greene, Caracelli, Graham, 1989; Bryman, 2006; Creswell, Plano Clark, 2018).

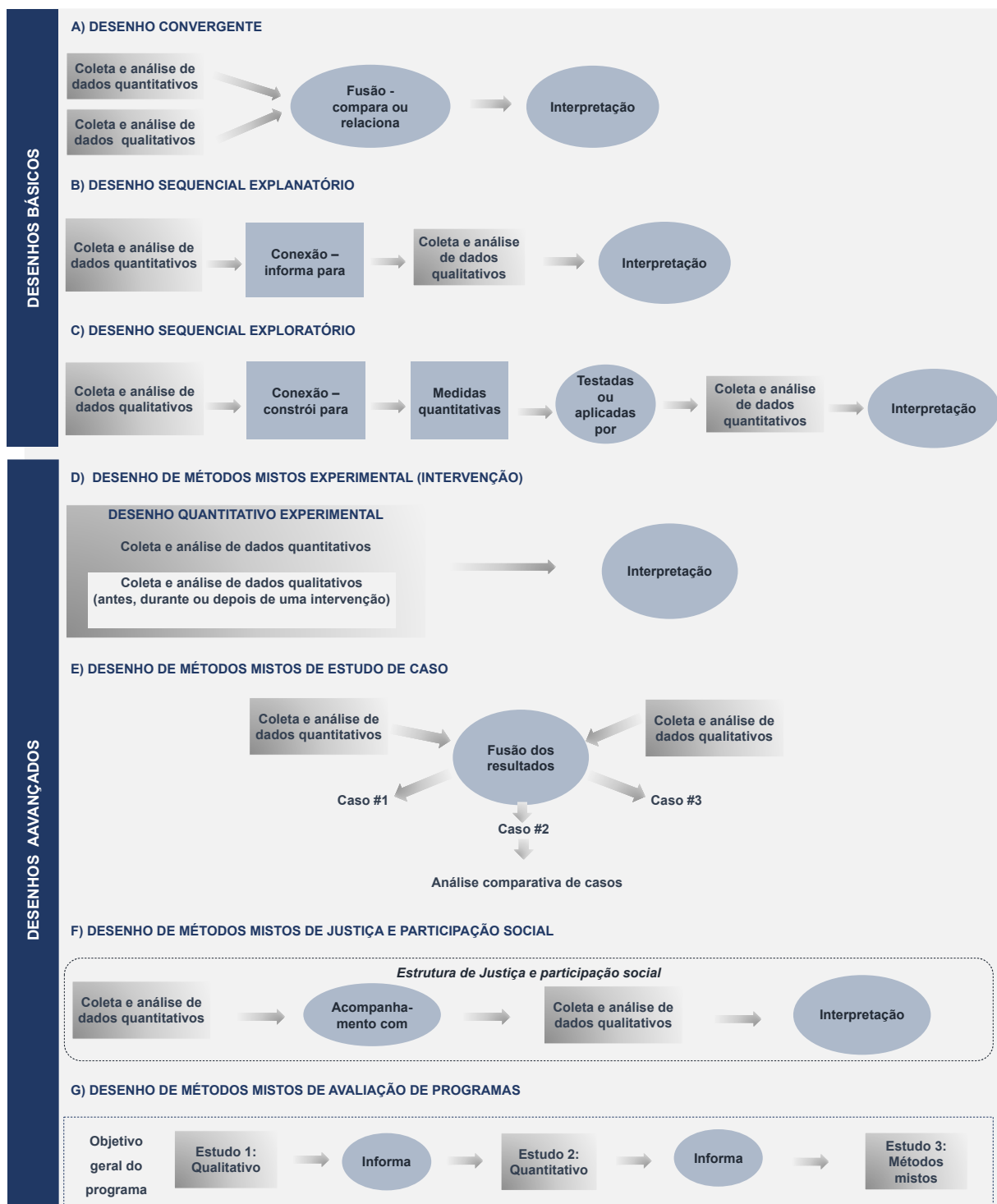
A partir da justificativa para o emprego de um EMM, determina-se a tipologia a ser conduzida. No entender de Creswell e Plano Clarke (2013, 2018, grifo nosso), esta definição envolve a tomada de decisão em relação ao nível de interação, à prioridade, ao momento da aplicação e aos procedimentos para a integração dos componentes quantitativos e qualitativos, a saber:

- ❖ **Nível de interação:** independente ou interativo. O nível independente ocorre quando as questões de pesquisa, a coleta e a análise dos dados de cada método são mantidas separadas, combinando-se os elementos, somente, na fase interpretativa. O nível interativo é empregado quando a junção acontece em diversos momentos do processo de investigação, antecedendo a interpretação final;
- ❖ **Prioridade:** igual, ênfase nos elementos qualitativos ou nos quantitativos. Refere-se à importância de cada abordagem no desenvolvimento da investigação;
- ❖ **Momento da aplicação:** simultâneo, sequencial ou multifásico. O primeiro, é definido pela implementação dos elementos quantitativos e qualitativos na mesma fase da pesquisa; o segundo, quando ocorre em fases distintas; e o terceiro, presente nos estudos avançados, inclui momentos simultâneos e sequenciais durante a execução da investigação; e
- ❖ **Procedimento de integração:** diz respeito à inter-relação entre os elementos quantitativos e qualitativos. Este procedimento pode ocorrer nos seguintes pontos de interface: no projeto, na coleta dos dados, na análise dos dados ou na interpretação dos resultados. As estratégias de integração consistem em: **conexão dos dados** – envolve o uso dos achados de um método para informar os dados a serem coletados no segundo (resultados inesperados, *outliers*, *clusters*, entre outros); **construção dos dados** – refere-se ao emprego dos resultados de um método para desenvolver os instrumentos que serão utilizados para coletar os dados na fase seguinte; **fusão dos dados** – os elementos são comparados e/ou combinados para produzir um novo resultado; a integração ocorre na fase de interpretação. Outra estratégia de fusão é transformar um tipo de dado em outro, agrupando-os no momento da análise.

Nos estudos avançados, os pontos de interface e as estratégias de integração são vinculados em várias etapas e fazem parte de um projeto maior.

Com base nesses aspectos, Creswell e Plano Clark (2018) propuseram três desenhos básicos de EMM e quatro avançados, representados na Figura 3.

Figura 3 – Desenhos de pesquisas de métodos mistos, São Paulo – 2020



Fonte: Adaptado de Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and Conducting Mixed Methods Research. 3ª ed. Los Angeles: Sage; 2018. p.123,173.

Tais tipologias podem ser ilustradas com base em um sistema de notação, que se constitui em um esquema representativo dos diferentes aspectos que compõem um EMM. Nesse sistema, as abreviaturas dos elementos (QUAN e QUAL) possuem o mesmo número de letras e a utilização da fonte maiúscula ou minúscula indica, respectivamente, prioridade maior ou menor atribuída ao elemento no projeto de pesquisa. Em relação ao momento, o sinal de adição (+) indica momento simultâneo e a seta (→) momento sequencial; em projetos avançados, os dois são utilizados. As setas duplas em sentido contrário representam a implementação dos elementos em movimento recorrente (QUAL → ← QUAN). O uso de parênteses indica a incorporação de um elemento dentro de um projeto maior; ou integrado em uma estrutura teórica ou objetivo do programa, por exemplo: QUAN (qual). Ao empregar colchetes, o pesquisador indica que os métodos mistos são usados em um estudo ou projeto individual, dentro de uma série de estudos, como em QUAL → QUAN → [QUAN + qual] (Creswell, Plano Clarke, 2013, 2018).

Nesta investigação, decidiu-se pelo EMM a partir da questão de pesquisa: **Como o empoderamento psicológico para o manejo do AV para HD relaciona-se com o ambiente da prática e o clima de segurança, na percepção dos profissionais de enfermagem atuantes em serviços de diálise?**

Considera-se que a vertente quantitativa permite descrever com precisão os fenômenos e elucidar a magnitude das relações entre os constructos, e a qualitativa incorpora as vozes dos profissionais de enfermagem no sentido de descrever suas experiências no manejo do AV, expressando as convicções do próprio do trabalho e dos elementos que constituem o ambiente da prática e o clima de segurança. Sendo assim, acredita-se que os resultados quantitativos ou qualitativos, isoladamente, não seriam suficientes para produzir um entendimento ampliado do empoderamento psicológico no manejo do AV e a interface com o ambiente da prática e o clima de segurança, tendo em vista que cada vertente apresenta uma perspectiva singular do fenômeno.

Destarte, a razão para a coleta dos dados quantitativos e qualitativos é comparar os resultados das duas vertentes, buscando-se complementaridade, isto é, *insights* adicionais para produzir uma compreensão mais ampla e aprofundada a respeito do problema de pesquisa.

Para atingir este propósito, optou-se pelo desenho convergente, também conhecido como paralelo convergente, simultâneo ou triangulação concomitante (Creswell, Plano Clark, 2013, 2018).

Este desenho vem sendo amplamente empregado em estudos relativos à área da Enfermagem, permitindo que os elementos complementem-se mutuamente, a fim de compreender os aspectos multidimensionais dos problemas enfrentados pelos profissionais de enfermagem na prática gerencial e assistencial (Santos et al., 2019).

Destarte, nesta investigação, as abordagens quantitativa e qualitativa foram conduzidas de modo simultâneo, empregando-se os instrumentos e as técnicas inerentes a cada método, todavia, de forma independente.

Para garantir o rigor e a validade do EMM, as perguntas específicas de cada abordagem foram mantidas separadas durante o desenvolvimento da investigação:

- ❖ **Perguntas da vertente quantitativa:** Quais componentes do manejo do AV estão presentes na prática cotidiana de profissionais de enfermagem em serviços de diálise? Qual a percepção dos profissionais de enfermagem acerca do empoderamento psicológico, do ambiente da prática e do clima de segurança? Há evidências de associação do empoderamento psicológico e o ambiente da prática, o clima de segurança e os fatores sociodemográficos e laborais dos participantes?
- ❖ **Pergunta da vertente qualitativa:** Como o profissional de enfermagem vivencia o manejo do AV em pacientes submetidos à HD, pautados nos atributos do empoderamento psicológico, do ambiente da prática e do clima de segurança?

Tendo em vista as perguntas a serem respondidas, os elementos quantitativos e qualitativos foram considerados igualmente relevantes no estudo, sendo atribuída a mesma ênfase às diferentes perspectivas na condução do estudo. Desse modo, este EMM pode ser representado pela notação QUAN + QUAL.

A integração das vertentes quantitativas e qualitativas ocorreu por fusão dos resultados, no momento da interpretação. Esse procedimento possibilitou a reflexão acerca da síntese das descobertas quantitativas e qualitativas, relacionando os conceitos similares em busca de complementaridade, agregando valor aos resultados produzidos, no intuito de responder à pergunta do EMM (Fetters, Molina-Azorin, 2017).

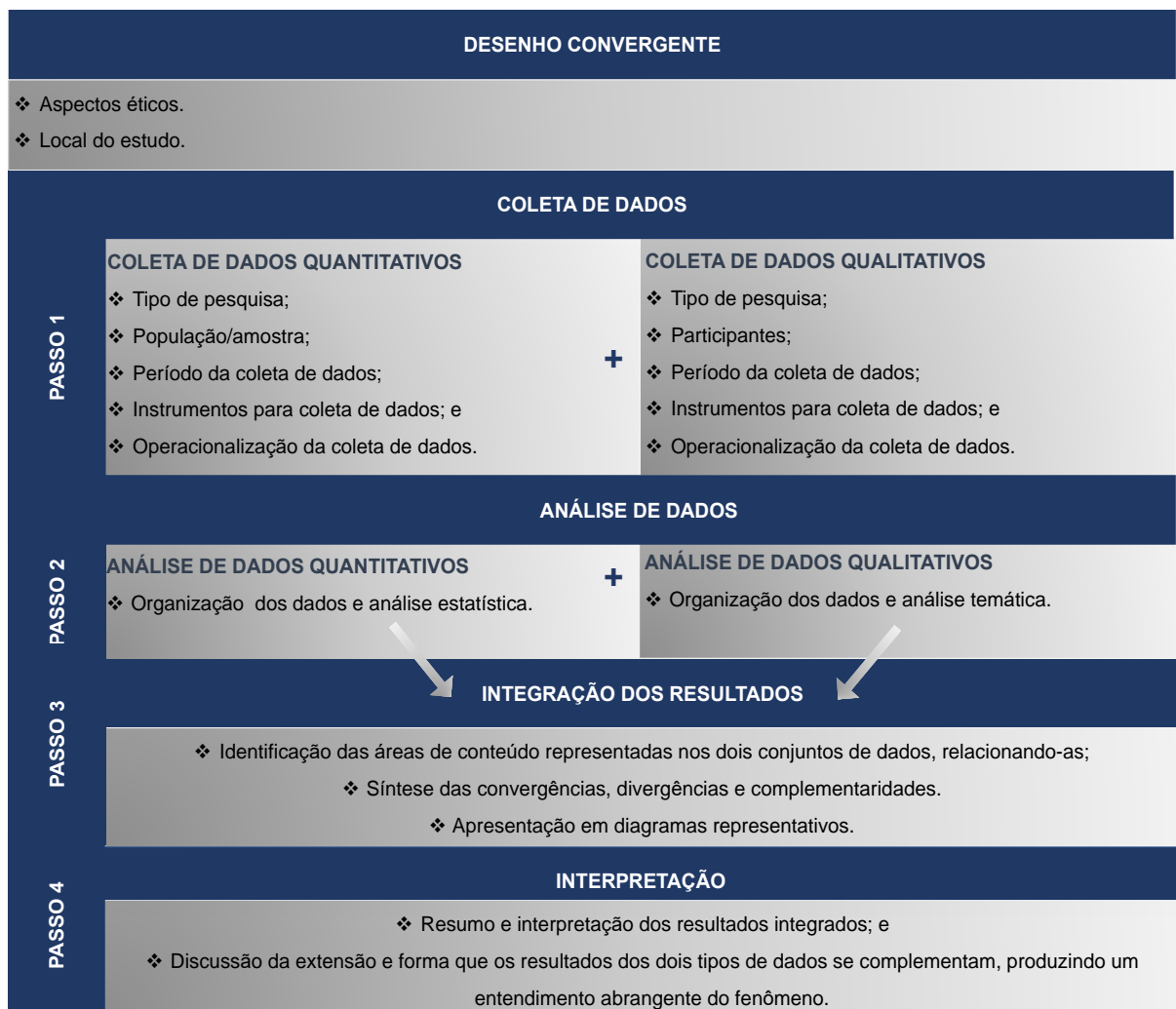
No que corresponde à postura filosófica, optou-se pelo pragmatismo, segundo o qual os objetivos de pesquisa devem conduzir as decisões do estudo, valorizando, tanto o conhecimento objetivo como o subjetivo (Morgan, 2014).

O referencial teórico adotado para o estudo foi exposto no Capítulo 3, constituindo um eixo norteador para a investigação.

A ferramenta *Mixed Methods Appraisal Tool* foi empregada para garantir o rigor metodológico da pesquisa (Souto et al., 2020).

Para favorecer a compreensão do percurso metodológico, a Figura 4 retrata os procedimentos adotados nesta investigação.

Figura 4 – Diagrama procedural do EMM com desenho convergente – 2020



Fonte: Adaptado de Creswell JW, Plano Clark VL. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. 3ª ed. Los Angeles: SAGE; 2018. p.128.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi conduzido de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que direciona e normatiza os aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos no território nacional (Brasil, 2012).

Desse modo, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EEUSP, instituição responsável pela pesquisa, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 06582919.0.0000.5392 e aprovado por meio do Parecer nº 3.723.983.*

A seguir, o projeto e o parecer foram encaminhados aos serviços de diálise coparticipantes, atendendo aos trâmites legais exigidos por cada um. Cabe pontuar, que duas instituições vinculavam-se a CEP próprios, para os quais o projeto foi encaminhado, via Plataforma Brasil, sob os registros CAAE nº 06582919.0.3003.0068 e CAAE nº 06582919.0.3002.0070, obtendo-se aprovação, respectivamente, mediante os Pareceres nº 3.761.101 e 3.765.461.*

Todos os participantes foram esclarecidos a respeito dos objetivos e a forma de participação. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado para os participantes da vertente quantitativa (Apêndice A) e também aos participantes da vertente qualitativa (Apêndice B), sendo solicitada a assinatura do documento em duas vias, permanecendo uma com o participante e a outra com a pesquisadora.

4.3 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em serviços de diálise localizados no Estado de São Paulo.

Tendo em vista que as cidades de Campinas e São Paulo envolvem cerca de 40% dos serviços de diálise do Estado e possuem estruturas organizacionais distintas, optou-se por realizar o estudo nestes municípios (São Paulo, 2017; Thomé et al., 2019).

*Os Pareceres dos CEPs foram suprimidos para preservar o anonimato das instituições coparticipantes e encontram-se em poder da pesquisadora para consultas que se fizerem necessárias.

Para seleção dos cenários, os seguintes critérios de inclusão foram estabelecidos: possuir programa de HD ativo para pacientes adultos acometidos por DRC e estar em funcionamento há, no mínimo, 6 meses. Como critérios de exclusão: serviços que passaram por processo de interdição em 2018 e 2019.

A fim de aplicar os critérios acima mencionados e apresentar o estudo aos serviços de diálise elegíveis, enviou-se, via e-mail, uma mensagem aos 78 serviços de diálise localizados nas cidades de Campinas e São Paulo e cadastrados no *website* da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). No entanto, apenas um retornou a mensagem, recusando-se a participar do estudo.

Diante disso, uma segunda estratégia foi empregada, buscando serviços de diálise com diferentes características institucionais no que se refere à: natureza jurídica (pública ou privada), fonte pagadora (Sistema Único de Saúde – SUS ou privada), localização (intra ou extra-hospitalar), certificação de qualidade (sim ou não) e integração à instituição de ensino (sim ou não), visando-se a obter diversidade no contexto da prática.

Com base na relação utilizada anteriormente e nas características supramencionadas, contatou-se, via telefônica, de forma aleatória, 15 serviços de diálise. No momento do contato, a pesquisadora verificou que todos atendiam aos critérios de inclusão e exclusão; porém apenas cinco serviços manifestaram interesse em participar da investigação.

Cabe pontuar que o Parecer de aprovação do CEP próprio de uma das instituições aquiescentes foi emitido no mês de abril de 2020, período este que o Brasil e outros países encontravam-se assolados pela pandemia relacionada à *Corona Virus Disease – 2019* (COVID-19). Diante deste cenário, optou-se por não incluir a instituição na presente pesquisa frente a todos os riscos envolvidos.

Assim, quatro serviços de diálise integraram esta pesquisa, sendo nominados aleatoriamente pelas letras A, B, C e D para preservar sua identificação.**

O serviço de diálise A localiza-se em área extra-hospitalar, possui natureza jurídica privada e atende pacientes particulares ou vinculados a convênios. O NSP

**As informações consoantes aos serviços – estrutura organizacional e manejo do AV – e para caracterização sociodemográfica e laboral dos gestores foi concedida pelos enfermeiros gestores, em cada instituição coparticipante (APÊNDICE C).

está em fase de estruturação e a instituição não está inserida em programas de certificação da qualidade.

O quadro de profissionais de saúde é composto por nefrologistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionista, assistente social e psicólogo. Especificamente no que se refere à enfermagem, a equipe é composta por: um enfermeiro que exerce a função de gestor, três enfermeiros assistenciais e 13 técnicos de enfermagem.

No momento da pesquisa, o serviço atendia 79 pacientes em HD convencional, distribuídos em seis turnos intercalados, sendo três turnos às segundas, quartas e sextas-feiras e três turnos às terças-feiras, quintas-feiras e sábados.

Relativo ao manejo do AV, o serviço não possui a função de coordenador do AV instituída; quando necessário, encaminha-se o paciente para um cirurgião vascular de sua escolha e que integre a rede credenciada de seu convênio médico.

O serviço de diálise B está instalado em área extra-hospitalar e, embora seja de natureza jurídica privada, atende majoritariamente pacientes vinculados ao SUS. Dispõe de NSP formalmente constituído e não participa de programas de certificação da qualidade.

A equipe de saúde é composta por nefrologistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionista, assistente social e psicólogo. No tocante à enfermagem, é composta por um enfermeiro gestor, três enfermeiros assistenciais e 25 técnicos de enfermagem.

Assiste 188 pacientes em HD convencional e opera em seis turnos intercalados: três turnos às segundas, quartas e sextas-feiras e três turnos às terças-feiras, quintas-feiras e sábados.

O serviço possui um coordenador para o manejo do AV, função esta desempenhada pelo enfermeiro gestor. Ademais, possui um centro próprio para avaliação e procedimentos relativos ao AV, com um cirurgião vascular de referência.

O serviço de diálise C vincula-se a um hospital público e de ensino, atendendo exclusivamente pacientes provenientes do SUS. É acreditado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), nível II, e conta com apoio do NSP da instituição.

Os profissionais de saúde atuantes no serviço são: nefrologistas, residentes de nefrologia, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionista, assistente social,

psicólogo, farmacêutico e fisioterapeuta. A equipe de enfermagem é composta pelo enfermeiro gestor, por quatro enfermeiros assistenciais, 16 técnicos e três auxiliares de enfermagem.

O serviço assiste 125 pacientes em HD convencional, distribuídos em três turnos às segundas, quartas e sextas-feiras e três turnos às terças-feiras, quintas-feiras e sábados, totalizando seis turnos. Na instituição, há um serviço específico para pacientes com lesão renal aguda, não sendo, portanto, responsabilidade da unidade de hemodiálise.

No que corresponde ao manejo do AV, não está designada a função de coordenador; a avaliação, intervenção ou a criação/instalação de um AV é realizada pelo serviço de cirurgia vascular da própria instituição, que conta com estrutura para realizar exames e intervenções. Entretanto, caso o paciente deseje, pode ser encaminhado para um cirurgião vascular de sua escolha.

O serviço de diálise D integra uma instituição hospitalar de natureza jurídica filantrópica, contudo, atende exclusivamente pacientes advindos de convênios e ou particulares. É apoiado pelo NSP institucional, acreditado pela *Joint Commission International* (JCI) e está vinculado a uma instituição de ensino.

A equipe específica da unidade de diálise constitui-se por nefrologistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e nutricionista. Cabe mencionar que, embora não conte com assistente social, psicólogo, farmacêutico e fisioterapeuta específicos, as necessidades dos pacientes da diálise, nestas áreas, são atendidas pelos profissionais da instituição hospitalar. A equipe de enfermagem é constituída por um enfermeiro gestor, um enfermeiro coordenador, dois enfermeiros assistenciais e 18 técnicos de enfermagem.

O serviço atende 95 pacientes em HD, distribuídos em quatro turnos às segundas, quartas e sextas-feiras e três turnos às terças-feiras, quintas-feiras e sábados. Destaca-se que a assistência aos pacientes com lesão renal aguda internados na instituição é de responsabilidade do serviço de diálise, contudo, é realizado à beira leito, exceto nas unidades de terapia intensiva.

Na unidade de diálise, não está estabelecida a função de coordenador do AV e os pacientes são encaminhados ao cirurgião vascular de sua escolha. Contudo, na instituição há um cirurgião vascular que oferece apoio à equipe da unidade, ao qual

os pacientes são referenciados, se, assim, o desejarem. Ademais, o hospital conta com estrutura própria para realizar os procedimentos e intervenções que se fizerem necessários.

No que corresponde à gestão do serviço de enfermagem, considerando-se os locais de estudo A, B, C e D, os gestores apresentam média de idade de 39,75 anos (dp=4,97), predomínio de mulheres (75%) e estado civil casado (100%). Possuem, em média, 16,25 anos (dp=4,8) de experiência em serviços de diálise, sendo, 9,25 anos (dp=4,57) no serviço atual. Todos trabalham, exclusivamente, na instituição, cenário do estudo, com carga horária entre 40 e 44h e regime de trabalho celetista. Todos cursaram pós-graduação *lato sensu* em Enfermagem em Nefrologia.

4.4 VERTENTE QUANTITATIVA

4.4.1 Tipo de estudo

Estudo de abordagem quantitativa, exploratória e descritiva.

4.4.2 População do estudo

A população constitui-se de profissionais de enfermagem, atuantes nos serviços de diálise, que atenderam aos critérios:

- ❖ **Critérios de inclusão:** atuação na assistência direta aos pacientes da unidade de diálise; tempo de trabalho no serviço de diálise de, no mínimo, 6 meses;
- ❖ **Critérios de exclusão:** profissionais em férias, licença ou afastamento de suas atividades laborais, de qualquer natureza, na ocasião da coleta de dados.

Atendendo aos critérios de elegibilidade, foram selecionados 66 indivíduos, aos quais foram distribuídos os instrumentos de coleta. Entretanto, dois não devolveram, configurando a taxa de resposta de 97%.

Assim, a população da presente investigação correspondeu a 64 profissionais de enfermagem, que constituem a unidade de análise deste estudo.

4.4.3 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre 13 e 31 de janeiro de 2020, pela própria pesquisadora.

4.4.3.1 Instrumentos para coleta de dados

Nesta vertente, os dados foram coletados empregando-se os seguintes questionários:

A) Caracterização do participante e do manejo de acesso vascular

Este instrumento foi constituído por duas partes, sendo a primeira destinada a caracterizar os profissionais e a segunda relativa às variáveis abrangendo o manejo do AV (**Apêndice D**):

- ❖ **Parte I – Caracterização sociodemográfica e laboral:** idade, gênero, estado civil, função, último título acadêmico concluído, tempo de atuação em serviços de diálise, tempo de atuação no serviço, vínculo trabalhista, outro vínculo empregatício, área do outro vínculo (se houver), carga horária semanal de trabalho e número médio de pacientes, por turno, sob sua responsabilidade. Especificamente aos enfermeiros, foram incluídas as variáveis: especialização em Enfermagem em Nefrologia e o número de técnicos/auxiliares de enfermagem sob sua supervisão.
- ❖ **Parte II – Manejo do AV:** existência de protocolos assistenciais ou de segurança do paciente implementados, protocolos aplicados no dia a dia (se houver), participação na construção dos protocolos, capacitação para os profissionais de enfermagem relativa aos cuidados com o AV, aspectos do AV registrados no prontuário, realização da vigilância do acesso arteriovenoso e técnicas utilizadas (se houver). Aos enfermeiros, foram acrescentadas as variáveis: realização do monitoramento do acesso arteriovenoso e técnicas utilizadas (se houver).

B) *Practice Environment Scale (PES) – Versão brasileira (Anexo 1)*

O instrumento foi desenvolvido por Lake (2002), nos EUA, traduzido e validado no Brasil por Gasparino (2015). A escala possui 24 itens, contemplando cinco subescalas:

- ❖ **Participação dos enfermeiros na discussão de assuntos hospitalares** (itens 5, 13, 17, 19 e 22): demonstra o papel e o valor do enfermeiro no contexto geral da instituição;
- ❖ **Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado** (itens 4, 14, 15, 18, 21, 23 e 24): filosofia do cuidado de enfermagem voltada a altos padrões de qualidade do cuidado de enfermagem;
- ❖ **Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem** (itens 3, 6, 9, 11 e 16): enfatiza o papel e as qualidades do gerente de enfermagem na instituição;
- ❖ **Adequação da equipe e de recursos** (itens 1, 7, 8 e 10): descreve a necessidade de uma equipe adequada e suporte de recursos para se prover um cuidado com qualidade; e
- ❖ **Relações colegiais entre enfermeiros e médicos** (itens 2, 12 e 20): caracteriza as relações de trabalho positivas entre enfermeiros e médicos.

É respondido por meio de escala tipo *Likert*, contendo quatro graus de variação: 1 – discordo totalmente, 2 – discordo parcialmente, 3 – concordo parcialmente e 4 – concordo totalmente. Não há itens reversos. O escore geral e de cada subescala são obtidos pela média das respostas, sendo 2,5 o valor considerado como ponto de corte; quanto maior a pontuação obtida, melhor será a percepção da presença de atributos favoráveis à prática de enfermagem.

C) *Psychological Empowerment Instrument – versão brasileira (PEI-Br) – (Anexo 2)*

Esta escala foi desenvolvida por Spreitzer (1995a), nos EUA, e validada no Brasil por Schumacher (2018). Possui 12 itens, sendo composta de quatro subescalas:

- ❖ **Significado** (itens 2,5,10): representa o propósito do trabalho, julgado em relação a um ideal ou padrões próprios do indivíduo. Envolve um ajuste entre

as exigências de uma função de trabalho e as crenças, valores e comportamentos do trabalhador;

- ❖ **Competência** (itens 1, 9,12): avalia a crença individual em sua capacidade de realizar uma atividade com habilidade, atuando de acordo com as expectativas da organização;
- ❖ **Autodeterminação** (itens 3, 7, 8): relaciona-se a comportamento; mensura o senso individual de iniciativa, autonomia e tomada de decisão para realizar as atividades; e
- ❖ **Impacto** (itens 4, 6, 11): avalia o grau no qual o indivíduo pode influenciar os resultados institucionais. É influenciado pelo contexto de trabalho.

As respostas são emitidas por meio de uma escala tipo *Likert*, com sete graus: A – discordo totalmente; B – discordo parcialmente; C – discordo; D – nem concordo, nem discordo; E – concordo; F – concordo parcialmente; e G – concordo totalmente. Não há itens reversos.

O valor atribuído às respostas varia de 1 à letra A, ao 7 à letra G. O escore geral e em cada subescala é obtido pela média da soma das respostas, portanto, o mínimo de cada subescala é 3 e o máximo 21; no escore total, o valor mínimo é 12 e o máximo 84 pontos. Para análise da percepção geral e em cada subescala não há ponto de corte, sendo considerado mais empoderado psicologicamente quanto maior for o valor obtido.

D) Domínio Clima de segurança do *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ – Short Form 2006)* – versão brasileira (Anexo 3)

O SAQ é um instrumento norte-americano, concebido por Sexton et al. (2006) e validado no Brasil por Carvalho (2011).

Este questionário possui duas partes. A primeira, intitulada “Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado”, contém 41 assertivas; cabe esclarecer que os itens entre 24 e 28 estão duplicados com a finalidade de serem respondidos em relação à administração/gerência da unidade e administração/gerência hospitalar e os itens 2, 11 e 36 são reversos. A segunda parte

contempla informações relativas a variáveis sociodemográficas, laborais e uma questão para informar se os participantes responderam ao questionário anteriormente.

Os itens da primeira parte são analisados por meio dos domínios: Clima de trabalho em equipe (1 ao 6), Clima de segurança (7 ao 13), Satisfação no trabalho (15 a 19), Reconhecimento do estresse (20 a 23), Percepção da gerência da unidade (24 a 28) e do hospital (14, 24 a 28), e Condições de trabalho (30 a 32). Os itens 33 e 36 não são agrupados em domínios, sendo analisados separadamente.

Neste estudo, empregou-se o domínio Clima de segurança (sete assertivas), que permite avaliar a percepção dos profissionais relativa a um forte e proativo comprometimento organizacional com a segurança do paciente.

Os itens são respondidos por meio de uma escala do tipo *Likert*, com cinco graus e respectivas pontuações: A (discordo totalmente) = zero pontos; B (discordo parcialmente) = 25 pontos; C (neutro) = 50 pontos; D (concordo parcialmente) = 75 pontos e E (concordo totalmente) = 100 pontos. Há também a expressão “não se aplica”, a qual não é atribuída pontuação. No caso de item reverso, inverte-se a pontuação.

O escore final corresponde à média das respostas, no qual zero corresponde à pior percepção do clima de segurança e 100 à melhor percepção. Considera-se percepção positiva quando alcança valores superiores a 75.

4.4.3.2 Operacionalização da coleta de dados

Na data pactuada, o pesquisador solicitou ao gestor a relação dos profissionais de enfermagem, visando à seleção dos participantes mediante os critérios de elegibilidade.

Aqueles que atenderam aos critérios foram abordados pelo pesquisador, sendo-lhes esclarecidos os objetivos do estudo, sua forma de participação e os aspectos éticos que delinearão a condução deste processo de pesquisa.

Posteriormente, os instrumentos para coleta de dados foram entregues, explicitada a forma de preenchimento e acordado o momento para recolha do material.

Aos profissionais que atuam em mais de um serviço de diálise, foi solicitado que, ao preencherem os questionários, tomassem por base sua percepção em relação ao serviço no qual está sendo realizado o estudo. Os participantes ficaram livres para respondê-los no momento e local que lhes parecesse mais conveniente.

Para evitar constrangimentos, foi solicitado que, após o preenchimento, os instrumentos fossem mantidos sem identificação e devolvidos diretamente ao pesquisador no período acordado.

4.4.4 Organização, análise e apresentação dos dados

Os dados foram inseridos e organizados em planilha eletrônica e, posteriormente, analisados por meio do *software* estatístico R.

Empregou-se estatística descritiva, utilizando-se as frequências absoluta e relativa às variáveis categóricas; e as medidas de tendência central e dispersão às variáveis contínuas.

No intuito de comparar as subescalas entre si, em cada constructo, utilizou-se um modelo de efeitos mistos, comparando-as duas a duas por meio do teste de Tukey.

A análise da relação entre as subescalas dos constructos foi efetuada por meio do teste de correlação de Pearson. Para interpretação da força de associação, considerou-se a seguinte classificação: 0,1 a 0,29 – fraca; 0,3 a 0,49 – moderada; maior ou igual a 0,50 – forte (Cohen, 1988; Hair Jr et al., 2009).

A fim de verificar a relação entre os constructos e as variáveis sociodemográficas e laborais numéricas, foi empregado o teste de correlação de Pearson e, para as categóricas, os testes Wilcoxon-Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e Welch. O nível de significância adotado foi 5%.

Desenvolveu-se também um modelo de regressão linear incluindo o ambiente da prática e o clima de segurança (média geral) como preditores do empoderamento psicológico. No modelo, o valor R^2 múltiplo, também denominado coeficiente de determinação, indica o quanto da informação da resposta é produzida pelos preditores. Em estudos na área das ciências sociais e comportamentais, os valores referentes a R^2 entre 2% e 13% são classificados como efeito pequeno, R^2 entre 13% e 26% como efeito médio e R^2 acima de 26% como efeito grande (Cohen, 1988).

Os resultados estão organizados e apresentados em tabelas e gráficos no Capítulo 5.

4.5 VERTENTE QUALITATIVA

4.5.1 Tipo de estudo

Concomitantemente à vertente quantitativa, desenvolveu-se o estudo de abordagem qualitativa, exploratório e descritivo, com o intuito de compreender a experiência dos profissionais de enfermagem no manejo do AV, pautados nos atributos do empoderamento psicológico, do ambiente da prática e do clima de segurança.

Esta abordagem permite reconhecer a perspectiva dos participantes que vivenciam o fenômeno sob investigação, possibilitando perceber a subjetividade de sua realidade, a partir de suas crenças, seus valores, sentimentos e expressões (Sampieri, Collado, Lúcio, 2013; Yin, 2016).

4.5.2 Participantes do estudo

Os participantes foram profissionais de enfermagem atuantes em serviços de diálise, selecionados por conveniência.

Conforme Patton (2002), a seleção proposital permite incluir participantes que constituem uma fonte rica de informações para explorar o objeto em profundidade e, a partir dessa compreensão, obter *insights*, em lugar de buscar generalizações.

Desse modo, à medida que os profissionais de enfermagem devolviam os instrumentos quantitativos, estes eram convidados a participar da entrevista. Além dos enfermeiros assistenciais, técnicos/auxiliares de enfermagem, considerou-se oportuno convidar também os gestores de enfermagem, uma vez que Minayo (2017), assevera que a escolha dos participantes deve contemplar as experiências investigadas, visando a compreender as interações, as interconexões e as influências mútuas entre os indivíduos, no contexto social em que estão inseridos.

Acredita-se que, a inclusão de profissionais de enfermagem atuantes em diversas funções permitiu ampliar o olhar frente aos fatores intervenientes na experiência do manejo do AV.

A princípio, não se estabeleceu o número de participantes a ser entrevistado; a coleta de dados foi concluída à medida que o objetivo delineado foi compreendido.

Esta decisão pautou-se no entendimento de Minayo (2017), ao afirmar que, em estudos qualitativos, para encerrar o número de entrevistas, o pesquisador deve valorizar mais a riqueza do material coletado do que sua quantidade, pois sempre haverá novas perguntas e novas experiências para aprofundar a reflexão no tocante a determinado objeto. Para a autora, o número de pessoas é menos importante do que o empenho de explorar todas as possibilidades de aproximar-se do objeto empiricamente, atentando-se às interconexões da lógica interna dos grupos.

Assim, o estudo qualitativo contou com 22 participantes, sendo quatro enfermeiros gestores, oito enfermeiros assistenciais e 10 técnicos de enfermagem.

4.5.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi efetuada no período entre 13 e 31 de janeiro de 2020, pela pesquisadora, empregando-se a técnica de entrevista semiestruturada.

Esta técnica permite a escuta ativa e empática do pesquisador, buscando-se apreender a perspectiva dos participantes sobre o fenômeno em investigação, por meio de uma “conversa com finalidade” (Minayo, 2015).

Para nortear as entrevistas, utilizou-se um roteiro flexível que permite adaptar as perguntas ao fluxo de cada conversa. No entender de Rubin e Rubin (2012) e Minayo (2017), o roteiro atua como um guia contendo questões que contribuem para a concepção e a compreensão do quadro empírico da pesquisa, além de favorecer a busca por informações que explicitem a perspectiva do entrevistado, captando as homogeneidades e as diferenciações internas dos participantes.

Sob essa ótica, ao mesmo tempo que o pesquisador centra a atenção no enquadramento teórico, propicia que o participante reflita de modo livre e espontâneo a respeito do tema, privilegiando o aprofundamento do sentido das ações em detrimento das explicações sobre a magnitude dos fenômenos (Minayo, Costa, 2018).

O roteiro (Apêndice E) utilizado para conduzir e apoiar a entrevista continha as variáveis sociodemográficas e um conjunto de 10 questões envolvendo as vivências no manejo do AV, pautadas nos atributos do empoderamento psicológico, do ambiente da prática e do clima de segurança. Seguindo as recomendações de Creswell e Plano Clark (2013, 2018), empregou-se os mesmos conceitos teóricos nos estudos quantitativo e qualitativo, a fim de propiciar a integração dos resultados no momento interpretativo.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em local privativo, no próprio serviço de diálise. Os áudios das entrevistas foram gravados, utilizando-se equipamento de voz digital e *smartphone*, para garantir a fidelidade no processo de captação das ideias. Imediatamente após cada entrevista, o pesquisador registrou suas impressões em um caderno de campo.

No entender de Minayo (2012, 2017), para desenvolver um trabalho de campo profícuo, os depoimentos pessoais e as visões subjetivas dos interlocutores acrescentam-se uns aos outros, tecendo histórias que englobam, ao mesmo tempo, uma perspectiva individual e coletiva, tendo em vista que emerge do contexto social no qual os participantes estão inseridos. Assim, no período da coleta de dados, os áudios das entrevistas foram ouvidos de forma atenta e reiterada, objetivando articular as informações recebidas de modo que as distintas visões tivessem lugar e possibilidade de expressão, compondo um esquema capaz de responder à questão de pesquisa para a vertente qualitativa.

Cabe pontuar que o tempo médio das entrevistas correspondeu a 30 minutos, variando entre 12 e 54 minutos.

4.5.4 Organização e análise dos dados

O processo de construção dos resultados qualitativos foi desenvolvido em duas etapas: produção das narrativas e análise temática.

De acordo com Meihy e Holanda (2011), para verter a história de linguagem oral para a escrita, é fundamental que o pesquisador ouça as gravações repetidas vezes, promovendo uma imersão no código de linguagem do participante, na estruturação dos eventos contados e na conexão com o contexto, revelando os

enredos as serem escritos. Para isso, os autores orientam as seguintes etapas para elaboração das narrativas: transcrição, textualização e transcrição.

Nessa perspectiva, para efetuar a transcrição, procedeu-se à escuta atenta e reiterada dos áudios das entrevistas e, a seguir, a transformação rigorosa em texto escrito, mantendo-se o conteúdo na íntegra. Posteriormente, realizou-se a textualização, redigindo-se o texto na primeira pessoa, com exclusão das repetições e incorporação das questões ao documento. Na terceira etapa, ocorreu a transcrição, na qual os parágrafos foram reordenados, excluindo-se ou acrescentando-se frases e palavras, compondo a narrativa.

No intuito de garantir a validade desse processo, as narrativas foram encaminhadas aos participantes, via correio eletrônico, para conferência da legitimidade do conteúdo. Dois participantes optaram por realizar pequenos ajustes, todavia, não houve comprometimento do texto. Saliencia-se que todas as narrativas foram validadas.

A seguir, para garantir o anonimato, atribuiu-se códigos às narrativas, em substituição ao nome dos participantes. Nesse enlace, a codificação inicia-se pela letra E, representando “Entrevistado”, seguida por letras alusivas à função exercida no serviço de diálise: G – gestor de enfermagem, ENF – enfermeiro assistencial e TE – técnico de enfermagem. Por fim, foram atribuídos números, de forma aleatória.

As narrativas estão disponíveis, na íntegra, no Apêndice F.

Para analisar o conteúdo desse material, foi empregada a técnica de análise temática, proposta por Minayo (2012). No entender desta autora, a técnica objetiva desvelar a lógica interna de cada grupo, revelando os significados atribuídos pelos participantes às suas experiências.

Destarte, seguiram-se as etapas preconizadas pela autora supramencionada:

- a) organizar o material em subconjuntos para leitura horizontal das narrativas em busca de homogeneidades e diferenciações;
- b) leitura transversal do material empírico, com a finalidade de recortar cada item do texto e colar separados por assuntos, constituindo uma classificação preliminar;
- c) leitura dos itens de cada assunto e sua reorganização, por reiteração, em tópicos que se destacaram. Em cada tópico, os assuntos são tratados em suas homogeneidades e diferenciações,

buscando-se a lógica interna dos atores ou dos grupos, conforme a unidade de análise.

Nesta investigação, as narrativas foram agrupadas conforme o local de estudo e a função exercida pelos profissionais nos serviços de diálise, a fim de favorecer a leitura horizontal e a imersão na lógica interna de cada grupo.

Posteriormente, realizou-se a leitura transversal, recorte de trechos significativos e distribuição por assuntos, para desenvolver uma classificação inicial do material empírico. Na sequência, os assuntos foram lidos repetidas vezes e reordenados, permitindo um aprofundamento em cada tema, considerando-se a lógica interna dos atores, que constituem a unidade de análise deste estudo.

Face às semelhanças e dissonâncias encontradas, sobretudo, por reiteração, os assuntos foram sistematizados em categorias temáticas.

Para desenvolver o processo de categorização dos temas, os seguintes critérios de validade foram considerados: exclusividade, homogeneidade, exaustividade, objetividade e pertinência (Oliveira, 2008b; Carlomagno, Rocha, 2016).

No intuito de favorecer a organização dos dados, recorreu-se ao *software* MAXQDA *Plus*, versão 2020, permitindo à pesquisadora acondicionar os áudios das entrevistas e realizar os seguintes procedimentos: transcrição dos áudios, transcrição dos textos, redação das narrativas e organização dos códigos por categorias temáticas. Reitera-se que a análise e a interpretação do material foram executadas pela pesquisadora.

Da análise das 22 narrativas, foram elaboradas sete categorias temáticas, com suas respectivas subcategorias, que estão detalhadas no Capítulo 5.

4.6 INTEGRAÇÃO DOS ACHADOS

O exercício da integração constitui um desafio, uma vez que os resultados integrados devem ultrapassar a ideia de junção das partes quantitativas e qualitativas e obter um resultado intersubjetivo (Fetters, Freshwater, 2015). Assim, ao integrar os achados durante a interpretação, busca-se extrair as inferências de cada método e construir metainferências, objetivando responder à questão do método misto (Creswell, Plano Clark, 2013, 2018).

Em EMM com desenho convergente, a integração ocorre por fusão dos dois conjuntos de resultados, podendo ser empregados dois procedimentos: a) **comparação dos dados** – analisa em que extensão os resultados são confirmados (triangulação) ou complementados (complementaridade) pelos achados quantitativos e qualitativos ou b) **transformação dos dados** – conversão de dados qualitativos em quantitativos e vice-versa (Creswell, Plano Clark, 2013, 2018).

Neste estudo, a fusão foi realizada com o intuito de obter complementaridade, ponderando-se os limites e as potencialidades de cada vertente, em busca de *insights* adicionais para ampliar a compreensão do fenômeno, tornando-a mais abrangente e aprofundada para responder à questão impulsionadora do EMM.

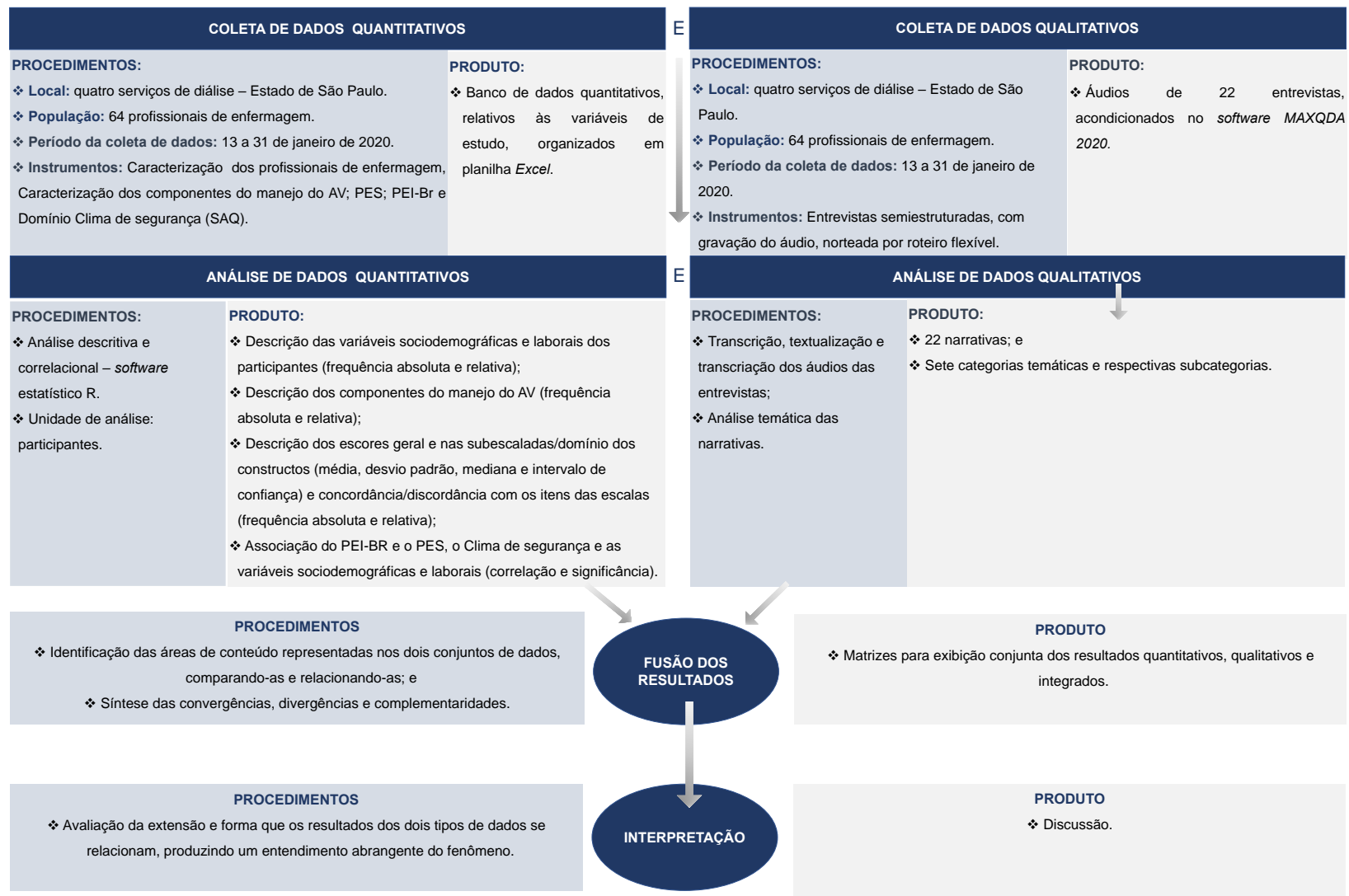
Ao integrar os resultados, dentre outros, é possível encontrar: **a) convergências:** os resultados de uma base de dados são corroborados pela outra; **b) divergências:** quando os achados são incongruentes ou conflitantes; **c) complementaridade:** descrevem aspectos complementares do fenômeno de estudo. A partir destes ajustes na integração, é possível obter as metainferências para responder à pergunta do EMM (Fetters et al., 2013; Creswell, Plano Clark, 2018, grifo nosso).

A fim de favorecer a compreensão, o rigor, a validade, a confiabilidade e a transparência a integração pode ser apresentada de duas formas: **narrativa** – descrição dos resultados quantitativos e qualitativos em conjunto; e **joint displays** – representações esquemáticas de articulação visual para exibição conjunta dos achados quantitativos e qualitativos e das novas ideias que emergem de sua combinação (Guetterman, Fetters, Creswell, 2015, grifo nosso).

Frente a isso e atendendo aos preceitos da tipologia convergente de EMM, na presente investigação, os seguintes procedimentos de integração foram utilizados: a) síntese dos resultados quantitativos; b) síntese dos resultados qualitativos correspondentes, analisando-se as convergências, divergências e complementaridades; c) metainferências. Este procedimento e os resultados da integração estão apresentados em matrizes de exibição conjunta, dispostas no Capítulo 5, e foram fundamentados no referencial teórico apresentado no Capítulo 3.

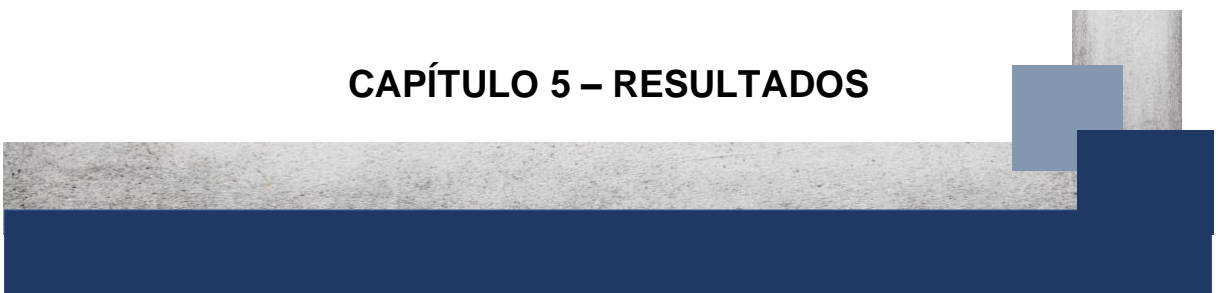
A Figura 5 sintetiza os procedimentos metodológicos desenvolvidos neste estudo.

Figura 5 – Diagrama procedural do EMM convergente aplicado no presente estudo, São Paulo – 2020



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, com base em Creswell JW, Plano Clark VL. Pesquisa de métodos mistos. 2ª ed. Trad. Magda França Lopes. Porto Alegre: Penso; 2013. p.82.

CAPÍTULO 5 – RESULTADOS



5 RESULTADOS

Este Capítulo traz os resultados obtidos por meio dos métodos quantitativo e qualitativo, separadamente, e, a seguir, do processo de integração dos achados, visando a compreender a construção das metainferências.

Com este propósito, procedeu-se a seguinte organização:

5.1 Resultados quantitativos

5.1.1 Caracterização dos participantes

5.1.2 Descrição dos componentes do manejo do acesso vascular

5.1.3 Análise da percepção do empoderamento psicológico, do ambiente da prática e do clima de segurança

5.1.4 Análise das relações do empoderamento psicológico e o ambiente da prática e o clima de segurança

5.1.5 Análise das relações do empoderamento psicológico e as características sociodemográficas e laborais

5.2 Resultados qualitativos

5.2.1 Delineando o processo cuidativo: da escolha do AV ao gerenciamento das complicações

5.2.2 Recursos institucionais: elementos de infra-estrutura e materiais, aspectos econômicos e dimensionamento de pessoal

5.2.3 Desafios para assimilar a especialidade: percorrendo o caminho da qualificação profissional

5.2.4 A expressão entre tornar-se especialista e desvelar o sentido do trabalho

5.2.5 A tessitura do cuidar sob a ótica do trabalho colaborativo e da valorização do trabalhador

5.2.6 Reflexões acerca dos motivos para agir: diferentes perspectivas e comportamentos

5.2.7 (Des)compromisso institucional com a segurança do paciente

5.3 Resultados integrados

5.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS

Esta etapa envolveu 64 profissionais de enfermagem atuantes em quatro serviços de diálise, cenários do estudo.

Ressalta-se que houve proporcionalidade no que diz respeito à distribuição dos participantes em relação aos serviços, uma vez que 19 (29,69%) indivíduos eram provenientes da Unidade A e 15 (23,44%) das unidades B, C e D.

5.1.1 Caracterização dos participantes

Nos dados da Tabela 1 encontram-se os resultados consoantes à caracterização sociodemográfica e laboral em função da idade, gênero, estado civil, categoria profissional, outro vínculo empregatício, carga horária de trabalho, regime de trabalho, tempo de experiência em diálise e no serviço atual.

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas e laborais dos participantes, São Paulo – 2020

	N (%)	Média (dp*; min-max**)	IC*** 95%
			(continua)
Idade		41,08 (9,15; 23 – 68)	(38,79; 43,37)
Gênero			
Mulher	47 (74,60)		(62,66; 83,72)
Homem	16 (25,40)		(16,28; 37,34)
Prefiro não informar	1 (1,56)		
Estado civil			
Casado	31 (48,44)		(36,63; 60,42)
Solteiro	25 (39,06)		(28,06; 51,31)
Desquitado, divorciado ou separado judicialmente	8 (12,50)		(6,47; 22,78)

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas e laborais dos participantes, São Paulo – 2020

(continuação)

	N (%)	Média (dp*; min-max**)	IC*** 95%
Categoria profissional			
Enfermeiro	11 (17,19)		(9,88; 28,21)
Técnico de enfermagem	50 (78,12)		(66,57; 86,50)
Auxiliar de enfermagem	3 (4,69)		(1,61; 12,90)
Outro vínculo empregatício			
Não	41 (64,06)		(51,82; 74,71)
Sim	23 (35,94)		(25,29; 48,18)
Carga horária de trabalho			
Carga horária semanal de trabalho (horas)		47,87 (17,44; 30 – 79)	(43,82; 52,46)
Regime de trabalho			
Celetista	63 (98,44)		(91,67; 99,72)
Pessoa jurídica	1 (1,56)		(0,28; 8,33)
Tempo de experiência em diálise			
Tempo de atuação na área (anos)		12,81 (7,53; 0,5 – 39)	(11,11; 14,79)
Tempo de atuação no serviço (anos)		8,26 (7,75; 0,5 – 39)	(6,67; 10,54)

(conclusão)

*dp = desvio-padrão; **min-max = valores mínimo e máximo; ***IC = intervalo de confiança.

Fonte: A pesquisadora.

Pelos achados da Tabela 1, observa-se que os participantes possuíam média de idade de 41 anos (dp=9,15), variando entre 23 e 68 anos; a prevalência foi de mulheres (74,60%) e do estado civil casado (48,44%).

No que se refere às características laborais, averiguou-se, no tocante à categoria profissional, que a maioria (78,12%) atuava como técnico de enfermagem, seguido por enfermeiro (17,19%) e auxiliar de enfermagem (4,69%).

Cabe mencionar que 100% dos enfermeiros cursaram pós-graduação *lato sensu*, sendo 90,91% em Enfermagem em Nefrologia. Ademais, 7 (13,21%) dos participantes que exerciam a função de técnico ou auxiliar de enfermagem cursaram o ensino superior e 2 (3,77%) concluíram a pós-graduação *lato sensu*.

A maior parte (64,06%) informou possuir único vínculo de trabalho; dentre os que atuavam em mais de uma instituição, 14 (60,87%) mantinham-se em serviços de diálise. A carga horária semanal de trabalho, considerando os dois vínculos empregatícios, em média, correspondeu a 47,87 horas (dp=17,44), variando entre 30 e 79 horas; 75% dos profissionais trabalhavam por tempo superior a 36 horas semanais. Quanto ao regime de trabalho, predominou o contrato regulamentado pela Consolidação das Leis Trabalhistas (98,44%).

Os achados demonstram que os participantes possuíam elevado tempo de experiência na área de diálise e no serviço, cenário do estudo, respectivamente, com médias de 12,81 anos (dp=7,53) e 8,26 anos (dp=7,75). Ressalta-se que 75% dos profissionais atuavam na área por tempo superior a 7 anos e 3 anos no serviço, favorecendo o reconhecimento dos componentes gerenciais e assistenciais, bem como do contexto de trabalho.

Outras variáveis laborais foram investigadas, identificando-se que cada enfermeiro supervisionava, em média, 8 (dp=1,92) técnicos/auxiliares de enfermagem por turno de trabalho, variando entre 6 e 11. Quanto à distribuição de pacientes por profissionais, os enfermeiros assistiam, em média, 24 pacientes por turno (dp=14,25; min=14 e max=60). Por sua vez, os técnicos/auxiliares de enfermagem cuidavam, em média, de 5 (dp=0,97) pacientes, mínimo de 3 e máximo de 6 pacientes, por turno.

5.1.2 Descrição dos componentes do manejo de acesso vascular

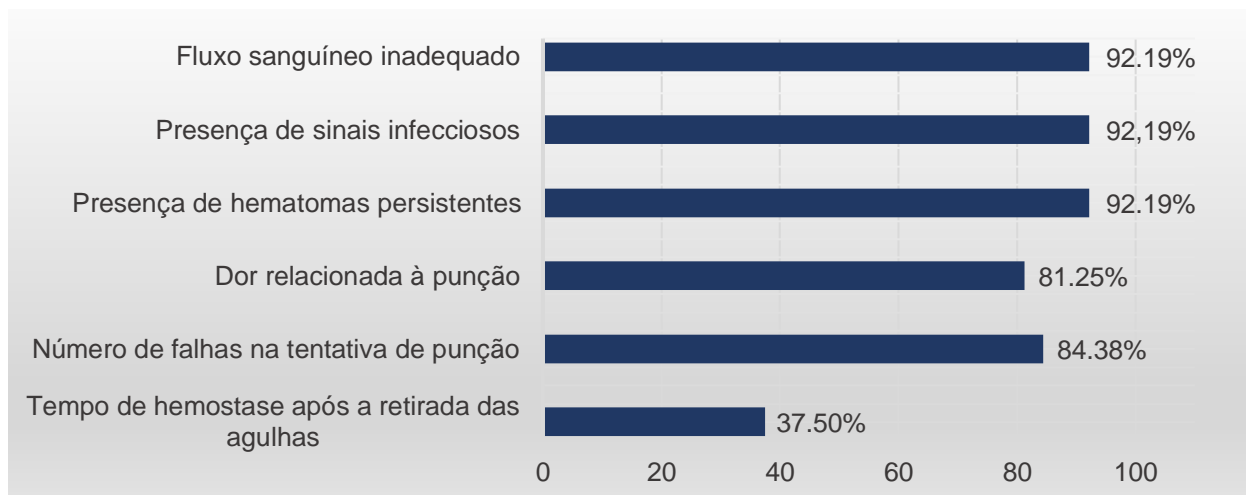
Conforme apresentado no Capítulo 3, o manejo do AV envolve o desenvolvimento de ações sistemáticas para garantir a manutenção e a funcionalidade do AV dos pacientes submetidos à HD, assim como a segurança na assistência.

Nesse prisma, os enfermeiros, exclusivamente, foram questionados acerca do protocolo de Monitoramento do acesso arteriovenoso, com o intuito de verificar as técnicas relativas ao exame físico; todos (n=11;100%) informaram executá-lo em sua prática clínica. As propedêuticas sinalizadas foram: inspeção e palpação (n=11;100%), ausculta do sopro (n=7; 63,64%), teste de aumento de pulso (n=1; 9,09%) e teste de elevação do braço (n=1; 9,09%).

Todos os participantes foram questionados em relação aos registros de complicações no prontuário do paciente, aos protocolos assistenciais – Encaminhamento do paciente para avaliação pelo cirurgião vascular, Punção, Curativo do CVC e Vigilância do acesso arteriovenoso – e os destinados à segurança do paciente – Identificação do paciente, Administração de medicamentos, Higienização das mãos, Prevenção de infecções e Prevenção de quedas.

Os registros de sinais clínicos das complicações do acesso arteriovenoso no prontuário do paciente estão descritos nos dados do Gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição das frequências de respostas dos participantes, acerca do registro de sinais clínicos de complicação do acesso arteriovenoso no prontuário, São Paulo – 2020



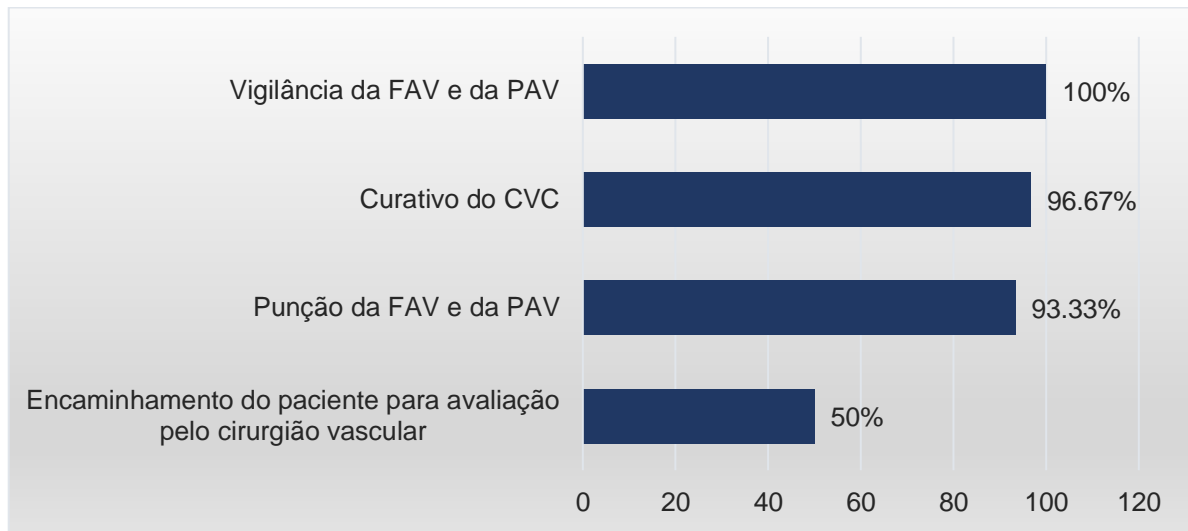
Fonte: A pesquisadora.

A análise do Gráfico 1 revela que as maiores frequências (92,19%) de registro dizem respeito ao fluxo sanguíneo inadequado, sinais infecciosos e hematomas persistentes. Por outro lado, o tempo de sangramento, após a retirada das agulhas, deteve o menor percentual (37,50%).

Do total de participantes, a grande maioria (n=60; 98,36%) reconheceu a implementação de protocolos nas instituições onde atua para qualificar o cuidado e assistir com segurança.

No que corresponde aos protocolos assistenciais, os achados encontram-se explicitados no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição da frequência de respostas dos participantes, segundo a implementação de protocolos assistenciais relativos ao manejo do AV, São Paulo – 2020



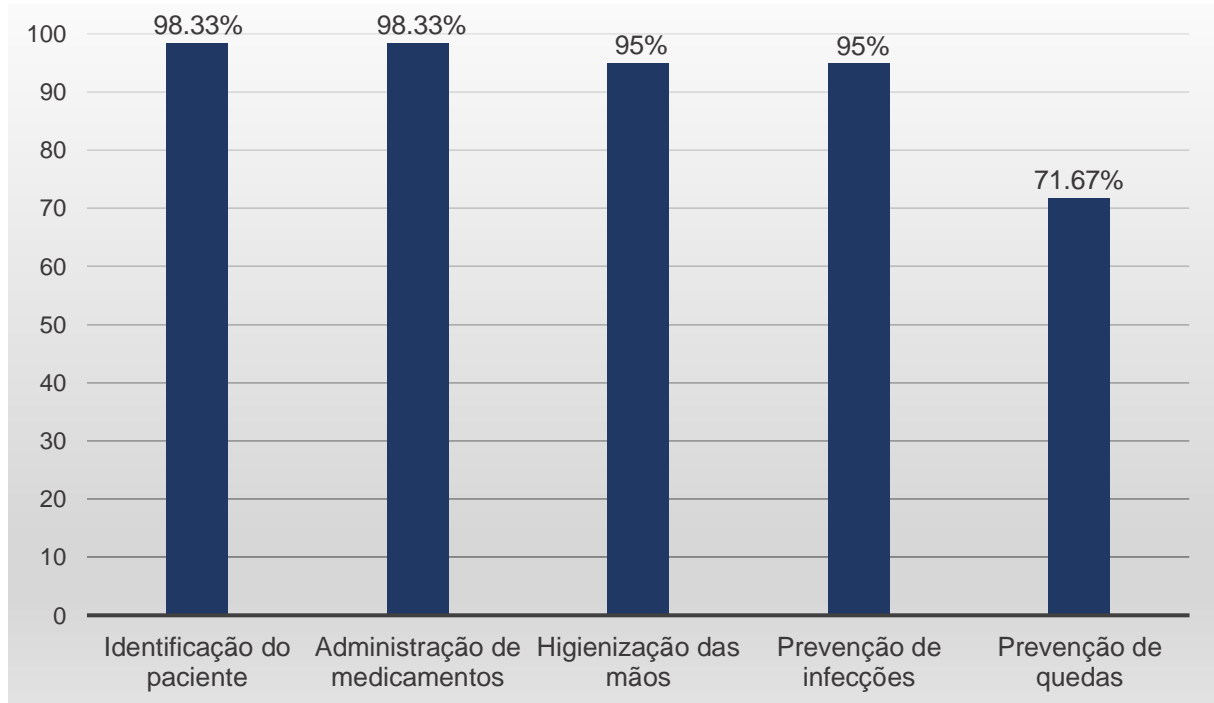
Fonte: A pesquisadora.

Nos dados do Gráfico 2, observa-se que os protocolos de Vigilância da FAV e da PAV (100%) e Curativo do CVC (96,67%) apresentaram o maior percentual de implementação e o protocolo relativo ao Encaminhamento para avaliação pelo cirurgião vascular obteve menor frequência (50%).

Concernente ao protocolo de Vigilância da FAV e da PAV, averiguou-se as técnicas utilizadas pelos participantes, constatando-se que 56 (93,33%) informaram avaliar as pressões venosa e arterial registradas pela máquina de HD, 47 (78,33%) o Kt/V, 25 (41,67%) a taxa de recirculação e 16 (26,67%) o fluxo intra-acesso. Outros métodos não foram mencionados.

Os dados do Gráfico 3 mostram os resultados consoantes aos protocolos de segurança do paciente.

Gráfico 3 – Distribuição das frequências de respostas dos participantes, conforme a implementação de protocolos destinados à segurança do paciente, São Paulo – 2020



Fonte: A pesquisadora.

Pode-se verificar que a maior parte dos profissionais citou o emprego, no cotidiano do trabalho, de protocolos para Identificação do paciente (98,33%), Administração de medicamentos (98,33%), Higienização das mãos (95%) e Prevenção de infecções (95%). Destaca-se que o protocolo para Prevenção de quedas foi o menos citado (71,67%).

Salienta-se que embora seja elevado o percentual (n=60; 98,36%) de profissionais informando que há implementação dos protocolos assistenciais e dos relativos à segurança do paciente nos serviços em que atuam, destes, 48 (80%) mencionaram não terem sido consultados por ocasião da elaboração.

Quanto à participação em programas de aperfeiçoamento sobre os cuidados com o AV, do total de participantes, 49 (76,56%) referiram ter realizado capacitações específicas, intra ou extra-institucionalmente.

5.1.3 Análise da percepção do empoderamento psicológico, do ambiente da prática e do clima de segurança

Nesta etapa, são listados os achados relativos à percepção dos profissionais de enfermagem sobre o empoderamento psicológico, o ambiente da prática e o clima de segurança.

❖ Empoderamento psicológico

A análise da percepção do empoderamento psicológico possibilita identificar a motivação intrínseca dos profissionais de enfermagem para desenvolvimento de suas atividades, considerando as condições em que são executadas.

Neste estudo, o escore geral do PEI-Br obteve a média de 68,86 (dp=10,81), a mediana de 70,5 e variação entre 33 e 84 pontos.

Os dados da Tabela 2 expressam as medidas de tendência central e de dispersão relativas à percepção dos profissionais frente às subescalas de empoderamento psicológico para o exercício profissional nos serviços de diálise.

Tabela 2 – Distribuição das médias, desvio-padrão, mediana e intervalo de confiança, de acordo com as subescalas do PEI-Br – São Paulo, 2020

Subescalas do PEI	Média (dp*)	Mediana	IC** 95%
Significado	19,64 (2,55)	21	(18,87; 20,15)
Competência	19,36 (2,43)	21	(18,69; 19,88)
Autodeterminação	14,50 (4,52)	14,50	(13,36; 15,56)
Impacto	15,36 (4,34)	16	(14,23; 16,35)

*dp= desvio-padrão; **IC= intervalo de confiança.

Fonte: A pesquisadora.

Na Tabela 2, nota-se que as subescalas “Significado” (média=19,64; dp=2,55) e “Competência” (média=19,36; dp=2,43) atingiram as maiores médias, com mediana igual ao valor máximo da escala, que corresponde a 21. A menor média foi identificada na subescala “Autodeterminação” (média=14,50; dp=4,52), valor esse igual à mediana.

Ao averiguar a diferença entre as subescalas, identificou-se que “Competência” e “Significado” possuem distribuições semelhantes, assim como “Autodeterminação” e “Impacto”. Todavia, na análise por agrupamento dois a dois das dimensões, os dois grupos comportam-se de forma distintas ($p < 0,0001$).

Os dados da Tabela 3 apontam a percepção dos participantes quanto ao empoderamento psicológico, apresentando as frequências de concordância e discordância entre as assertivas.

Tabela 3 – Distribuição das frequências de concordância e discordância dos profissionais de enfermagem relativo ao Empoderamento psicológico, considerando os itens das subescalas do PEI – Br, São Paulo – 2020

(continua)

Subescalas e itens correspondentes	DT ^a	DP ^b	D ^c	Ne ^d	C ^e	CP ^f	CT ^g
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Significado							
O trabalho que eu faço é importante para mim.	1 (1,56)	0	0	0	8 (12,50)	1 (1,56)	54 (84,38)
Minhas atividades de trabalho são particularmente gratificantes para mim.	0	0	0	1 (1,56)	11 (17,19)	3 (4,69)	49 (76,56)
O trabalho que faço é significativo para mim.	0	1 (1,56)	0	1 (1,56)	14 (21,88)	0	48 (75,00)
Competência							
Eu estou confiante quanto à minha capacidade de fazer meu trabalho.	0	0	0	2 (3,13)	12 (18,75)	3 (4,69)	47 (73,44)
Eu tenho domínio das habilidades necessárias para o meu trabalho.	0	0	0	3 (4,69)	11 (17,19)	11 (17,19)	39 (60,94)
Eu estou seguro quanto à minha capacidade para realizar minhas atividades de trabalho.	0	0	0	1 (1,56)	13 (20,31)	1 (1,56)	49 (76,56)
Autodeterminação							
Eu tenho significativa autonomia em decidir como faço o meu trabalho.	1 (1,56)	2 (3,13)	7 (10,94)	4 (6,25)	9 (14,06)	24 (37,50)	17 (26,56)

Tabela 3 – Distribuição das frequências de concordância e discordância dos profissionais de enfermagem relativo ao Empoderamento psicológico, considerando os itens das subescalas do PEI – Br, São Paulo – 2020

(continuação)

Subescalas e itens correspondentes	DT ^a	DP ^b	D ^c	Ne ^d	C ^e	CP ^f	CT ^g
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Eu posso tomar as minhas próprias decisões de como fazer o meu trabalho.	8 (12,50)	6 (9,38)	17 (26,56)	4 (6,25)	7 (10,94)	15 (23,44)	7 (10,94)
Eu tenho considerável oportunidade para fazer meu trabalho com independência e liberdade.	3 (4,69)	4 (6,25)	11 (17,19)	6 (9,38)	7 (10,94)	17 (26,56)	16 (25,00)
Impacto							
O impacto que eu exerço sobre o que acontece no meu setor é relevante.	1 (1,56)	2 (3,13)	6 (9,38)	7 (10,94)	10 (15,63)	11 (17,19)	27 (42,19)
Eu tenho grande controle sobre o que acontece no meu setor.	5 (7,81)	4 (6,25)	8 (12,50)	4 (6,25)	14 (21,88)	20 (31,25)	9 (14,06)
Eu exerço significativa influência sobre o que acontece em meu setor.	4 (6,25)	7 (10,94)	4 (6,25)	3 (4,69)	15 (23,44)	13 (20,31)	18 (28,13)

(conclusão)

^aDT – discordo totalmente; ^bDP – discordo parcialmente; ^cD – discordo; ^dNe – Neutro; ^eC – concordo; ^fCP – concordo parcialmente; ^gCT – concordo totalmente.

Fonte: A pesquisadora.

A partir dos resultados da Tabela 3, constata-se que as subescalas “Significado” e “Competência” apresentaram os melhores índices de concordância, com valores superiores a 95% em todas as assertivas, corroborando os achados da Tabela 4.

No que diz respeito à subescala “Significado”, a maioria expressiva das respostas demonstrou que os profissionais de enfermagem concordaram que o trabalho desenvolvido é importante (98,44%), gratificante (98,44%) e significativo (96,88%) para eles, e mais de 75% concordaram totalmente com todas as assertivas.

Em relação à subescala “Competência”, não houve discordantes em relação aos itens. Dessa forma, a quase totalidade manifestou sentir-se confiante (96,88%) e seguro (98,44%) em sua capacidade para realizar o trabalho. No que concerne ao domínio sobre as habilidades necessárias, observou-se 95,32% de concordância,

sendo que 17,19% concordaram, 17,19% concordaram parcialmente e 60,94% totalmente.

Na subescala “Autodeterminação”, a assertiva com melhor resultado foi “Eu tenho significativa autonomia em decidir como faço meu trabalho”, que obteve 78,13% de concordância entre os profissionais. Não houve tendência de resposta na afirmação “Eu posso tomar as minhas próprias decisões de como fazer o meu trabalho” (45,32% de concordantes e 48,44% de discordantes).

Quanto à subescala “Impacto”, o maior percentual de concordantes (75,01%) foi evidenciado na assertiva “O impacto que eu exerço sobre o que acontece no meu setor é relevante” e o menor na proposição “Eu tenho grande controle sobre o que acontece no meu setor” (67,19%).

❖ Ambiente de prática

A avaliação da percepção dos profissionais de enfermagem em relação ao Ambiente da prática, pautado no referencial exposto anteriormente, permite identificar características presentes no cotidiano do trabalho, consideradas como potencializadoras ou limitadoras ao exercício profissional.

Concernente ao valor total do PES, a média correspondeu a 2,92 pontos (dp=0,76), mediana de 3,08, mínimo de 1,42 e máximo de 4 pontos.

Os resultados descritos nos dados da Tabela 4 mostram os valores obtidos nas cinco subescalas de avaliação do ambiente da prática da enfermagem.

Tabela 4 – Distribuição dos valores de tendência central e dispersão dos escores, de acordo com as subescalas da versão brasileira do PES, São Paulo – 2020

Subescalas do PES	Média (dp*)	Mediana	IC** 95%
Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares	2,62 (0,97)	2,80	(2,38; 2,86)
Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado	2,86 (0,78)	2,86	(2,66; 3,04)
Habilidade, liderança e suporte do coordenador/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem	3,01 (0,83)	3,20	(2,80; 3,20)
Adequação da equipe e dos recursos	2,98 (0,94)	3,25	(2,74; 3,20)
Relações colegiais entre médicos e enfermeiros	3,33 (0,68)	3,33	(3,14; 3,48)

*dp= desvio-padrão; **IC= intervalo de confiança.

Fonte: A pesquisadora.

A Tabela 4 indica que os profissionais de enfermagem demonstraram percepção favorável quanto a seu ambiente da prática nas cinco subescalas; o melhor resultado foi encontrado em “Relações colegiais entre médicos e enfermeiros” (média=3,33; dp=0,68) e o pior em “Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares” (média=2,62; dp=0,97).

Ao comparar as subescalas do ambiente da prática entre si, verificou-se que “Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado” (média=2,86; dp=0,78), “Habilidade, liderança e suporte do coordenador/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem” (média=3,01; dp=0,83) e “Adequação da equipe e dos recursos” (média=2,98; dp=0,94) possuem evidência de mesma distribuição, distinguindo-se ($p < 0,0001$) das subescalas “Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares” (média=2,62; dp=0,97) e “Relações colegiais entre médicos e enfermeiros” (média=3,33; dp=0,68).

Neste tópico verificou-se as frequências de concordância e discordância dos participantes em relação às assertivas integrantes de cada subescala, cujos resultados estão explicitados a seguir.

Tabela 5 – Distribuição das frequências de concordância e discordância dos participantes em relação aos itens da versão brasileira do PES, por subescala, São Paulo – 2020

Subescalas e itens correspondentes	DT*	DP**	CP***	CT****
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
(continua)				
Participação dos enfermeiros na discussão de assuntos hospitalares				
Oportunidade de desenvolvimento na carreira profissional.	22 (34,38)	13 (20,31)	14 (21,88)	15 (23,44)
Oportunidades de aperfeiçoamento.	12 (18,75)	13 (20,31)	23 (35,94)	16 (25,00)
A administração da instituição ouve e responde às preocupações dos trabalhadores.	20 (31,25)	10 (15,63)	19 (29,69)	15 (23,44)
Os enfermeiros são envolvidos na direção interna da clínica (como por exemplo, nos comitês de normas e de práticas clínicas).	15 (23,44)	8 (12,50)	18 (28,13)	23 (35,94)
O gestor de enfermagem da unidade consulta a equipe sobre os procedimentos e problemas do dia a dia.	13 (20,31)	10 (15,63)	13 (20,31)	28 (43,75)
Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado				
Desenvolvimento ativo da equipe ou programas de educação continuada para a enfermagem.	15 (23,44)	11 (17,19)	22 (34,38)	16 (25,00)
Uma filosofia de enfermagem clara que permeia o ambiente de cuidado ao paciente.	5 (7,81)	11 (17,19)	27 (42,19)	21 (32,81)
Trabalho com enfermeiros clinicamente competentes.	1 (1,56%)	9 (14,06)	22 (34,38)	32 (50,00)
Programa ativo de garantia da qualidade	11 (17,19%)	14 (21,88)	24 (37,50)	15 (23,44)
Programa de acompanhamento/ tutoria dos profissionais de enfermagem recém-contratados.	14 (21,88)	9 (14,06)	21 (32,81)	20 (31,25)
Planos de cuidado de enfermagem escritos e atualizados para todos os pacientes.	13 (20,31)	9 (14,06)	21 (32,81)	21 (32,81)

Tabela 5 – Distribuição das frequências de concordância e discordância dos participantes em relação aos itens da versão brasileira do PES, por subescala, São Paulo – 2020

(continuação)

Subescalas e itens correspondentes	DT*	DP**	CP***	CT****
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
A designação de pacientes promove a continuidade do cuidado (isto é: um mesmo profissional de enfermagem cuida dos mesmos pacientes em dias consecutivos).	14 (21,88)	8 (12,50)	15 (23,44)	27 (42,19)
Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem				
O gestor de enfermagem da unidade dá suporte à enfermagem.	3 (4,69)	13 (20,31)	13 (20,31)	35 (54,69)
O gestor de enfermagem da unidade utiliza os erros como oportunidades de aprendizagem e não como críticas.	8 (12,50)	15 (23,44)	18 (28,13)	23 (35,94)
O gestor de enfermagem da unidade é um bom administrador e líder.	3 (4,69)	8 (12,50)	24 (37,50)	29 (45,31)
Reconhecimento e elogio por um trabalho bem feito.	14 (21,88)	10 (15,63)	20 (31,25)	20 (31,25)
O gestor de enfermagem da unidade dá suporte à sua equipe, em suas decisões, mesmo que conflitem com as do médico.	6 (9,38)	13 (20,31)	22 (34,38)	23 (35,94)
Adequação da equipe e de recursos				
Serviços de apoio adequados que me permitem dedicar tempo aos pacientes.	6 (9,38)	10 (15,63)	19 (29,69)	29 (45,31)
Tempo e oportunidade suficientes para discutir com outros enfermeiros/técnicos de enfermagem os problemas relacionados aos cuidados do paciente.	5 (7,81)	14 (21,88)	20 (31,25)	25 (39,06)
Equipe de enfermagem em número suficiente para proporcionar aos pacientes um cuidado de qualidade.	15 (23,44)	8 (12,50)	12 (18,75)	29 (45,31)
Equipe de enfermagem suficiente para realizar o trabalho.	12 (18,75)	8 (12,50)	15 (23,44)	29 (45,31)

Tabela 5 – Distribuição das frequências de concordância e discordância dos participantes em relação aos itens da versão brasileira do PES, por subescala, São Paulo – 2020

(continuação)

Subescalas e itens correspondentes	DT*	DP**	CP***	CT****
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Relações colegiais entre enfermeiros e médicos				
Equipe médica e de enfermagem possuem boas relações de trabalho.	1 (1,56)	4 (6,25)	21 (32,81)	38 (59,38)
A enfermagem e os médicos trabalham bem em equipe.	2 (3,13)	4 (6,25)	30 (46,88)	28 (43,75)
Colaboração (prática conjunta) entre as equipes médica e de enfermagem.	5 (7,81)	7 (10,94)	24 (37,50)	28 (43,75)

(conclusão)

*DT – discordo totalmente; **DP – discordo parcialmente; ***CP – concordo parcialmente; ****CT – concordo totalmente.

Fonte: A pesquisadora.

Os resultados da Tabela 5 demonstram que, na subescala “Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares”, todos itens obtiveram índice de concordância inferior a 65%. Os maiores percentuais de concordantes foram encontrados nas assertivas “Os enfermeiros são envolvidos na direção interna da clínica” (64,07%, sendo 35,94% total e 28,13% parcial) e “O gestor de enfermagem da unidade consulta a equipe sobre os procedimentos e problemas do dia a dia” (64,06%, sendo 43,75% total e 20,31% parcial). Não houve clareza na tendência de resposta em relação aos itens “Oportunidades de desenvolvimento na carreira profissional” (54,7% de discordância e 45,3% de concordância) e “A administração da instituição ouve e responde às demandas dos trabalhadores” (46,9% de discordância e 53,1% de concordância).

Na análise das médias obtidas em cada subescala, apresentada na Tabela 4, constatou-se que esta foi a com menor pontuação.

Quanto à subescala “Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado”, os participantes expressaram elevados percentuais de concordância nos itens “Trabalho com enfermeiros clinicamente competentes” (84,4%) e “Uma filosofia de enfermagem clara que permeia o ambiente de cuidado ao paciente” (75%),

sinalizando características fortalecedoras para o exercício profissional da enfermagem. Por outro lado, não houve clareza na tendência de resposta no que diz respeito às assertivas: “Desenvolvimento ativo da equipe ou programas de educação continuada para a enfermagem” (59,4% concordaram e 40,6% discordaram) e “Programa ativo de garantia da qualidade (60,9% concordaram e 39,1% discordaram).

No tocante à “Habilidade, liderança e suporte do coordenador/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem”, são notados elevados percentuais de concordância em relação às afirmativas: “O gestor da unidade é um bom administrador e líder” (82,8%) e “O gestor de enfermagem da unidade dá suporte à enfermagem” (75%). Todavia, o pior resultado foi verificado no item “Reconhecimento e elogio por um trabalho bem feito”, correspondendo a 62,5% de concordantes, com os mesmos percentuais em total e parcial (31,25%).

Na subescala “Adequação da equipe e dos recursos” constata-se que a assertiva “Serviços de apoio adequados que me permitem dedicar tempo aos pacientes” alcançou 75% de concordância; a menor frequência foi averiguada no item “Equipe de enfermagem em número suficiente para proporcionar aos pacientes um cuidado de qualidade”, compreendendo 64,1% de concordantes.

A subescala “Relações colegiais entre médicos e enfermeiros” obteve os melhores percentuais de concordância. Destaca-se a concordância superior a 90% nas assertivas: “Equipe médica e de enfermagem possuem boas relações de trabalho” (92,2%) e “A enfermagem e os médicos trabalham bem em equipe” (90,6%).

Na comparação entre as médias das subescalas, identificou-se que esta obteve a maior pontuação, conforme explicitado na Tabela 4.

❖ **Clima de segurança**

A avaliação do clima de segurança permite conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem no tocante ao comprometimento organizacional para a segurança do paciente.

Nesta investigação, o domínio clima de segurança apresentou pontuação média geral de 71,09 (dp=19,47) e mediana de 71,43, denotando percepção desfavorável neste quesito.

Nos dados da Tabela 6 encontra-se a percepção dos profissionais de enfermagem concernente ao clima de segurança nos serviços de diálise.

Tabela 6 – Distribuição das frequências de concordância e discordância dos participantes em relação às assertivas do domínio Clima de segurança do SAQ – São Paulo, 2020

Clima de segurança e itens correspondentes	DT*	DP**	Neutro	CP***	CT****
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente.	5 (7,81)	3 (4,69)	13 (20,31)	15 (23,44)	28 (43,75)
Erros são tratados de modo apropriado nesta área.	6 (9,38)	6 (9,38)	7 (10,94)	21 (32,81)	24 (37,50)
Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área.	1 (1,56)	3 (4,69)	7 (10,94)	17 (26,56)	36 (56,25)
Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho.	10 (15,63)	4 (6,25)	11 (17,19)	19 (29,69)	20 (31,25)
Nesta área, é difícil discutir sobre erros.	20 (31,25)	13 (20,31)	8 (12,50)	14 (21,88)	9 (14,69)
Sou encorajado por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente.	1 (1,56)	5 (7,81)	10 (15,63)	13 (20,31)	35 (54,69)
A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros.	4 (6,25%)	4 (6,25%)	13 (20,31)	21 (32,81)	22 (34,38)

*DT – discordo totalmente; **DP – discordo parcialmente; ***CP – concordo parcialmente; ****CT – concordo totalmente.

Fonte: A pesquisadora.

Ao analisar os achados da Tabela 6, observa-se que 82,8% mencionaram conhecer os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente (56,25% CT) e 75% dos participantes concordaram com a

assertiva “Sou encorajado por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente” também com a maior parte no grau de concordância total (54,69%).

Constata-se que, embora os itens “Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente” e “A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros” apresentem concordância entre a maior parte dos participantes (67,19%), houve percentual expressivo de neutros (20,31%), denotando certa fragilidade nestes aspectos.

Corroborando este resultado, identifica-se que não houve clareza na percepção dos profissionais no que corresponde à proposição “Nesta área, é difícil discutir sobre os erros”, uma vez que houve 51,6% de concordantes, 12,5% de neutros e 35,9% de discordantes.

5.1.4 Análise das relações do empoderamento psicológico e o ambiente da prática e o clima de segurança

Conforme apresentado em capítulos anteriores, a análise da percepção dos profissionais em relação ao empoderamento psicológico remete à motivação intrínseca destes profissionais para o trabalho, e o ambiente da prática e o clima de segurança voltam-se aos aspectos do contexto socioestrutural, no qual a produção do cuidado é efetivamente realizada. Assim, os resultados a seguir representam as relações estabelecidas, neste estudo, entre estes constructos.

Evidências de relação entre a percepção dos profissionais de enfermagem são identificadas no que concerne ao empoderamento psicológico e o ambiente da prática e o domínio clima de segurança, considerando-se a média geral e as subescalas.

Quanto às médias gerais dos constructos, foram encontradas relações de forte intensidade e significantes entre o PEI-Br e o PES ($r=0,57$; $p<0,001$) e entre o PEI-Br e o “Clima de segurança” ($r=0,62$; $p<0,001$).

No que diz respeito às subescalas, as evidências de associação encontram-se nos dados da Tabela 7.

Tabela 7 – Relação das subescalas da versão brasileira do PES e do domínio Clima de segurança do SAQ e as subescalas do PEI-Br, São Paulo – 2020

Subescalas/Domínio	Significado	Competência	Autodeterminação	Impacto
Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos	0,32*	0,16	0,34**	0,60***
Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado	0,35**	0,29*	0,42***	0,59***
Habilidade, liderança e suporte do coord./supervisores de enf. aos enfermeiros/equipe de enf.	0,37**	0,25*	0,41***	0,61***
Adequação da equipe e dos recursos	0,40**	0,38**	0,23	0,35**
Relações colegiais entre médicos e enfermeiros	0,36**	0,29*	0,20	0,60***
Clima de segurança	0,49***	0,45***	0,48***	0,51***

Teste de correlação de Pearson. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Fonte: A pesquisadora.

Os dados da Tabela 7 mostram que, na população estudada, a correlação entre as subescalas avaliadas é positiva, indicando que quanto maior a concordância dos participantes com a presença de características favoráveis ao ambiente da prática e ao clima de segurança, melhor a percepção em relação ao empoderamento psicológico.

A seguir, verificou-se, especificamente, as relações demonstradas entre as subescalas do ambiente da prática e do empoderamento psicológico.

Foram constatadas evidências de relações significantes entre quase todas as subescalas avaliadas, com exceção das associações entre: “Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares” e “Competência” ($p=0,197$), “Adequação da equipe e dos recursos” e “Autodeterminação” ($p=0,067$) e “Relações colegiais entre médicos e enfermeiros” e “Autodeterminação” ($p=0,118$).

Ao analisar as relações significantes entre a percepção do ambiente da prática e do empoderamento psicológico, constata-se que “Significado” esteve moderadamente associado a todas as subescalas do PES.

No que concerne à “Competência”, identificou-se a presença de relação moderada com “Adequação da equipe e de recursos” ($r=0,38$; $p<0,01$) e fraca com “Fundamentos da enfermagem voltados para qualidade do cuidado” ($r=0,29$, $p<0,05$), “Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem” ($r=0,25$, $p<0,05$) e “Relações colegiais entre médicos e enfermeiros” ($r=0,29$; $p<0,05$).

Nota-se que a subescala “Autodeterminação” possui moderada relação com as seguintes subescalas do PES: “Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares” ($r=0,34$; $p<0,01$), “Fundamentos da enfermagem voltados para qualidade do cuidado” ($r=0,42$, $p<0,001$) e “Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem” ($r=0,41$, $p<0,001$). Frente às subescalas “Adequação da equipe e de recursos” e “Relações colegiais entre médicos e enfermeiros, a relação mostrou-se fraca e sem evidência de significância estatística.

Destaca-se forte associação entre a subescala “Impacto” e quatro subescalas do PES: “Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares” ($r=0,60$; $p<0,001$), “Fundamentos da enfermagem voltados para qualidade do cuidado” ($r=0,59$; $p<0,001$), “Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem” ($r=0,61$, $p<0,001$) e “Relações colegiais entre médicos e enfermeiros” ($r=0,60$, $p<0,001$). Com a subescala “Adequação da equipe e dos recursos” ($r=0,35$, $p<0,01$), a força de associação foi moderada.

Os achados da Tabela 7 apontam, ainda, as relações entre o domínio clima de segurança e o empoderamento psicológico, que se demonstram significantes ($p<0,001$) em todas as subescalas. Salienta-se que a intensidade das correlações é semelhante, sendo classificada como moderada na subescala “Significado” ($r=0,49$), “Competência” ($r=0,45$) e “Autodeterminação” ($r=0,48$); e forte na subescala “Impacto” ($r=0,51$).

Tendo isso em vista, desenvolveu-se um modelo explicativo para averiguar o quanto das características gerais PEI-Br podem ser previstas pelo PES geral e pelo domínio Clima de segurança. Os dados da Tabela 8 expõem esses resultados.

Tabela 8 – Modelo de predição do escore geral do PEI-Br, de acordo com as médias gerais do PES e do domínio Clima de segurança do SAQ, São Paulo – 2020

	Coef*	DP**	IC*** 95%	valor p
(Intercept)	39,32	4,44	30,44 – 48,21	< 0,001
Clima de segurança	0,24	0,07	0,11 – 0,38	< 0,001
Ambiente da prática (PES geral)	4,17	1,76	0,65 – 7,69	0,021

*Coef: Coeficiente; **DP: desvio padrão; ***IC: intervalo de confiança.

Fonte: A pesquisadora.

O modelo demonstra que, na população estudada, o aumento de cada ponto no SAQ e no PES eleva, respectivamente, 0,24 ($p < 0,001$) e 4,17 ($p = 0,021$) pontos no PEI-Br. Simultaneamente, os preditores são capazes de explicar 44% (R^2) dos resultados do PEI-Br nesta amostra, e o valor estimado para novas amostras é 37,4% (R^2 preditivo).

5.1.5 Análise das relações do empoderamento psicológico e as características sociodemográficas e laborais

Os achados desta etapa expressam a percepção dos profissionais de enfermagem acerca do empoderamento psicológico em função das variáveis sociodemográficas e laborais.

Nos dados da Tabela 9 estão os resultados da relação entre as subescalas e as variáveis: idade, tempo de experiência em diálise, tempo de atuação no serviço e carga horária semanal de trabalho.

Na Tabela 10 constam as comparações entre as médias, conforme o gênero, estado civil, categoria profissional e outro vínculo trabalhista.

Tabela 9 – Correlação das subescalas da versão brasileira do PEI e a idade, tempo de experiência em diálise, tempo de atuação no serviço e carga horária semanal de trabalho, São Paulo – 2020

Subescalas	Variáveis	N	cor	95%CI.lo	95%CI.hi	Valor p
Significado	Idade	64	0,035	-0,212	0,279	0,782
	Tempo de experiência em diálise	64	0,047	-0,201	0,290	0,710
	Tempo de atuação no serviço	64	0,151	-0,099	0,382	0,235
	Carga horária semanal de trabalho	62	0,165	-0,088	0,399	0,200
Competência	Idade	64	0,133	-0,116	0,367	0,293
	Tempo de experiência em diálise	64	0,115	-0,135	0,351	0,367
	Tempo de atuação no serviço	64	0,165	-0,084	0,395	0,192
	Carga horária semanal de trabalho	62	-0,030	-0,277	0,222	0,820
Autodeterminação	Idade	64	0,024	-0,224	0,268	0,853
	Tempo de experiência em diálise	64	0,040	-0,208	0,283	0,752
	Tempo de atuação no serviço	64	-0,007	-0,252	0,240	0,959
	Carga horária semanal de trabalho	62	0,034	-0,217	0,282	0,791
Impacto	Idade	64	-0,215	-0,438	0,032	0,088
	Tempo de experiência em diálise	64	-0,161	-0,391	0,089	0,205
	Tempo de atuação no serviço	64	-0,229	-0,450	0,018	0,069
	Carga horária semanal de trabalho	62	0,150	-0,104	0,385	0,245

*cor: Valor do Teste de Correlação de Pearson.

Fonte: A pesquisadora.

Nos dados da Tabela 9, encontram-se evidências de que as relações entre as subescalas analisadas e as variáveis idade, tempo de experiência em diálise, tempo de atuação no serviço e da carga horária semanal de trabalho não apresentaram associação com significância estatística.

Tabela 10 – Distribuição das médias dos escores das subescalas da versão brasileira do PEI, de acordo com o gênero, o estado civil, a categoria profissional e outro vínculo empregatício, São Paulo – 2020

Variáveis	Significado média (dp)	Competência média (dp)	Autodeterminação média (dp)	Impacto média (dp)
Gênero				
Feminino	19,64 (2,70)	19,40 (2,35)	14,32 (4,69)	14,79 (4,47)
Masculino	19,56 (2,19)	19,12 (2,78)	14,81 (4,18)	16,94 (3,73)
<i>valor p</i>	0,632 ^a	0,896 ^a	0,763 ^a	0,097 ^a
Estado civil				
Casado	19,23 (3,07)	19,39 (2,67)	14,87 (4,80)	15,90 (4,75)
Separado	19,88 (1,64)	19,00 (1,93)	14,75 (4,62)	15,88 (5,30)
Solteiro	20,08 (2,00)	19,44 (2,35)	13,96 (4,26)	14,52 (3,43)
<i>valor p</i>	0,558 ^c	0,593 ^c	0,640 ^c	0,195 ^c
Categoria profissional				
Enfermeiro	20,18 (1,94)	20,00 (1,90)	17,27 (3,04)	17,91 (2,98)
Técnico/Auxiliar de enfermagem	19,53 (2,66)	19,23 (2,52)	13,92 (4,59)	14,83 (4,41)
<i>valor p</i>	0,346 ^a	0,426 ^a	0,007 ^f	0,019 ^a
Outro vínculo trabalhista				
Não	19,32 (2,90)	19,34 (2,40)	14,37 (4,57)	14,90 (4,75)
Sim	20,22 (1,65)	19,39 (2,54)	14,74 (4,60)	16,17 (3,42)
<i>valor p</i>	0,198 ^a	0,694 ^a	0,736 ^a	0,357 ^a

Testes estatísticos empregados: ^a Wilcoxon-Mann-Whitney; ^b Student's t; ^c Kruskal-Wallis rank sum; ^d One-way ANOVA; ^e Brunner-Munzel; ^f Welch's.

Fonte: A pesquisadora.

A analisar os dados da Tabela 10, constatam-se evidências de que não há relação entre a percepção das subescalas e as variáveis estado civil e outro vínculo trabalhista.

Por outro lado, foram encontradas evidências de associação significativa à categoria profissional. Cabe mencionar que se optou por agrupar técnicos e auxiliares de enfermagem, denominando-os técnicos/auxiliares de enfermagem, tendo em vista o número reduzido de auxiliares de enfermagem e por exercerem atribuições semelhantes aos técnicos nos serviços de diálise.

Destarte, os dados evidenciam diferença significativa na percepção entre enfermeiros e técnicos concernente à “Autodeterminação” (média=17,27; dp=3,04 e média=13,92; dp=4,59; p=0,007) e ao “Impacto” (média=17,91; dp=2,98 e média=14,83; dp=4,41; p=0,019).

5.2 RESULTADOS QUALITATIVOS

Nesta etapa, são expostos os achados qualitativos apresentados a partir da imersão do pesquisador nos conteúdos das narrativas, buscando compreender as vivências dos profissionais de enfermagem relativas ao manejo do AV em serviços de diálise.

As sete categorias temáticas e as respectivas subcategorias são elencadas a seguir:

5.2.1 Delineando o processo cuidativo: da escolha do AV ao gerenciamento das complicações

- ❖ Concebendo o modo de fazer: entre o real e o ideal
- ❖ Identificação e gerenciamento de complicações no AV

5.2.2 Recursos institucionais: elementos de infra-estrutura e materiais, aspectos econômicos e dimensionamento de pessoal

5.2.3 Desafios para assimilar a especialidade: percorrendo o caminho da qualificação profissional

5.2.4 A expressão entre tornar-se especialista e desvelar o sentido do trabalho

- ❖ A trajetória envolvendo o conhecimento, a habilidade e a prática

- ❖ Descoberta do propósito e concretude do trabalho

5.2.5 A tessitura do cuidar sob a ótica do trabalho colaborativo e da valorização do trabalhador

- ❖ O exercício do trabalho colaborativo
- ❖ (Des)valorização dos profissionais de enfermagem no contexto organizacional

5.2.6 Reflexões acerca dos motivos para agir: diferentes perspectivas e comportamentos

- ❖ Expressões das (des)motivações para o trabalho
- ❖ Percepções e atitudes dos gestores e enfermeiros na promoção de um ambiente motivador

5.2.7 (Des)compromisso institucional com a segurança do paciente

- ❖ (In)segurança nas práticas assistenciais: da legislação à realidade
- ❖ Cultura de segurança do paciente: abordagem individual ou sistêmica

5.2.1 Delineando o processo cuidativo: da escolha do AV ao gerenciamento das complicações

Esta categoria emergiu das expressões dos participantes consoantes ao processo cuidativo do AV, remetendo às vivências que permeiam o modo de fazer na escolha e no manuseio do AV, assim como na identificação e no gerenciamento das complicações do AV, com o intuito de propiciar um cuidado efetivo e seguro.

Ao analisar as percepções dos profissionais presentes nas narrativas, o delineamento do cuidado foi organizado em duas subcategorias: “Concebendo o modo de fazer: entre o real e o ideal” e “Identificação e gerenciamento das complicações no AV”.

❖ Concebendo o modo de fazer: entre o real e o ideal

Nesta subcategoria, encontram-se as vivências envolvendo a escolha do tipo de AV para conexão ao sistema de HD e os cuidados relativos ao uso e manutenção do AV.

Primeiramente, as falas revelaram divergências quanto à substituição do CVC de longa permanência, instalado para submissão imediata e emergencial em HD, pela FAV:

"Vejo que meu maior problema com acesso aqui é o número de pacientes com cateteres. [...] Vejo que aqui, a taxa de pacientes com cateter é alta, mais de 50%. [...] É um tipo de acesso que fica mais escondido, dá mais conforto ao paciente, tem a questão da estética, não tem a dor da punção.... Então, ele [o paciente] se acomoda e não aceita a retirada desse acesso. [...] a maior dificuldade mesmo é tentar fazer o paciente compreender que ele precisa de uma fístula!" [EG1]

"Sabe, eu tenho muito cateter ainda. Vejo que a principal razão é o paciente ser jovem e não querer fazer fístula de jeito nenhum, porque nunca teve infecção no cateter e não quer ser picado." [EG4]

"Tanto nossa equipe como a equipe médica ficam angustiadas quando o paciente permanece com cateter muito tempo. Insistimos para substituir porque sabemos da importância da fístula para a qualidade da diálise e, assim, para a melhoria da saúde deles. Sabe, nós nos preocupamos com o bem-estar dos pacientes." [EENF4]

Nota-se que, enquanto os profissionais ponderam ser a FAV o melhor tipo de acesso aos pacientes renais crônicos em HD, propiciando os melhores resultados e os menores riscos, explicitam as atitudes dos pacientes que mantêm a preferência pelo CVC em função da estética e do processo doloroso advindo de repetidas punções, causando hesitação na troca.

Após relatarem suas angústias em relação à definição do AV, os participantes expuseram o modo de fazer no que tange ao manuseio dos acessos arteriovenosos e do CVC.

Relativo aos acessos arteriovenosos, as manifestações dos participantes voltaram-se, essencialmente, aos procedimentos e decisões que envolvam o processo de canulação.

A princípio, os profissionais de enfermagem expuseram suas vivências quanto à execução das primeiras punções, cuja responsabilidade é atribuída aos enfermeiros ou médicos. Transcorrida esta etapa, a responsabilidade pelas punções subsequentes é compartilhada com os técnicos de enfermagem, sendo realizadas de acordo com a habilidade dos profissionais. No que se refere à técnica, relataram o emprego, tanto das técnicas Escada como *Butonholle*. Estas situações estão explicitadas nos trechos abaixo:

"De modo geral, normalmente, o nefrologista assistente faz as três primeiras punções [técnica de Escada], depois ele passa para o enfermeiro ou para um técnico de enfermagem com maior habilidade. O enfermeiro até pode fazer, mas preferimos que

os médicos nos ajudem na primeira punção [nesta instituição, relatou-se elevada rotatividade de enfermeiros]. Quando eu vim para cá, já tinha essa prática, talvez por ser um hospital escola.” [EG3]

“Na nossa rotina, as primeiras punções são feitas pelo enfermeiro. Em algumas clínicas, é preconizado que o enfermeiro puncione cinco vezes antes de passar a punção para o técnico, aqui nós fazemos uma, duas, três semanas... Até fazer o túnel. Bem, têm clínicas que não fazem túnel e vão com a agulha de corte mesmo, mas nós preferimos utilizar essa técnica [Buttonhole] para não prejudicar muito o endotélio. [...]. Em seguida, passamos a punção para o técnico, acompanhamos até que ele esteja puncionando com facilidade. Daí, eu posso deixá-lo responsável por aquela punção.” [EENF3]

“[...] as primeiras punções [técnica de Escada] são feitas pelo enfermeiro e, somente, liberamos para o técnico, quando percebemos que está mais fácil para puncionar. Se tivermos com dificuldade, às vezes, precisamos usar o ultrassom, então, mantemos a punção sob nossa responsabilidade por mais um tempo. Quando começa a ficar mais tranquilo, passamos para um técnico de cada vez, começando pelo que tem mais habilidade, até liberar para todos. Mas, ficamos do lado, orientando se é mais superficial ou profunda, o trajeto... Se ele não tiver dificuldade, acompanhamos mais uma vez, e ele passa a puncionar sozinho. [...]. Para mim, é muito importante que ele desenvolva habilidade e que se sinta seguro.” [EENF7]

“Para mim, o acesso vascular é a vida do paciente! Temos que ficar atentos a muitas coisas: fístulas novas, hematomas... Por isso, eu acabo direcionando os funcionários que têm punção melhor às fístulas mais difíceis, sei que se complicar, poderá acarretar sérios danos futuramente.” [EENF4]

Constata-se a preocupação em obter sucesso nas canulações, sobretudo, nas primeiras punções, tendo em vista os riscos de complicações. Ademais, salienta-se a percepção dos enfermeiros acerca de sua responsabilidade na condução desse processo, na delegação das punções complexas aos profissionais com maior habilidade, na supervisão da execução da técnica com vistas a proporcionar segurança aos técnicos/auxiliares de enfermagem e aos pacientes.

Em seguida, os participantes mencionaram a práxis concernente aos cuidados que envolvam o procedimento de punção dos acessos arteriovenosos para as sessões de HD. Declarações nesse sentido podem ser observadas, tanto na perspectiva dos técnicos de enfermagem ETE8 e ETE2 como do enfermeiro EENF1:

“Diariamente, fazemos assim: quando o paciente chega, se tiver fístula, orientamos a lavar o braço com clorexidina. Se não, eles já vão lá na pia e lavam. Quando voltam, se sentam e avaliamos o pulso, o frêmito, se o membro está edemaciado, se tem hematoma, essas coisas. Se estiver com frêmito fraco, chamamos a enfermeira e o médico para avaliarem. Muitos dos pacientes já vão no mesmo dia para a cirurgia vascular. Se estiver tudo certo com o braço, mas eu não conseguir puncionar, também chamo a enfermeira. Não puncionamos a segunda vez. A não ser que ela fale para tentarmos novamente, o que acontece quando ela está atendendo alguma intercorrência, nesse caso, nós fazemos.” [ETE8]

“Posso dizer que vejo os cuidados como rotineiros de qualquer serviço de hemodiálise [...]. No cuidado do paciente antes de instalar a hemodiálise, a primeira coisa que eu observo é o frêmito, para mim, é o mais importante, pois se o paciente chegar com a fístula parada e eu puncionar, será em vão. Eu vou machucar o paciente sem ter

necessidade. Depois eu ausculto com o estetoscópio para ver se tem pulso, vejo sinais flogísticos, hematoma.... Isso tudo eu avalio e comunico ao enfermeiro, tanto na prótese como na fístula. Às vezes, quando tem coágulo, oriento o paciente a fazer compressa morna em casa para dissolver os coágulos, para não ter problema com punção. Acontece de o paciente ter o acesso difícil e pode ser alguma estenose, então, também comunicamos ao enfermeiro.” [ETE2]

“Os técnicos, antes de puncionarem, sempre avaliam se tem frêmito ou não, e se a fístula está boa para punção. Quando puncionam uma vez e não deu certo, já me chamam, não ficam puncionando outras vezes, pois pode prejudicar o acesso do paciente. Se não conseguirmos puncionar, eu chamo o médico e comunico que precisa deixar o acesso descansar, ou precisa de uma avaliação [pelo cirurgião vascular]. Se o paciente tiver uma boa condição clínica, ou seja, seus exames laboratoriais tiverem bons resultados, ele retornará no próximo dia de sua sessão; se não, voltará no dia seguinte.” [EENF1]

Os cuidados explicitados pelos participantes quanto ao preparo da pele e avaliação prévia à punção retratam o desenvolvimento de um modo de fazer consolidado, que preconiza a antissepsia do braço e a avaliação do acesso, especialmente, no que corresponde ao frêmito, ao pulso e à presença de sinais infeciosos e hematomas antes das punções.

Na vivência dos técnicos de enfermagem, observa-se que, em caso de dificuldade para realizar a canulação ou a identificação de sinais sugestivos de complicação, esse profissional recorre ao enfermeiro para avaliação conjunta e tomada de decisão.

No entender dos participantes, a elevada rotatividade de enfermeiros, associada à contratação de profissionais inexperientes na área e, conseqüentemente, menor habilidade que os técnicos, é vista como um fator desencadeador de insegurança à equipe. Isto é reproduzido nos discursos do gestor e do técnico de enfermagem:

“Além disso, eu tenho somente uma enfermeira que é mais experiente. No restante, são todas novas. Uma está há mais tempo que eu [a gestora atua no serviço há 3 anos] e as demais estão aqui há mais ou menos 2 anos. E aprenderam aqui. Então, elas ainda não adquiriram toda habilidade ou tato para fazer primeira punção e eu não consigo estar toda hora para ajudar. [...] Com isso, a realidade aqui é que tenho vários técnicos/auxiliares [enfermagem] mais experientes que os enfermeiros. E tem, viu?! Isso gera uma insegurança para os dois profissionais. Tem fístula que, dependendo do que for, eu sei até qual técnico/auxiliar vou chamar. Infelizmente, mas é a realidade. Punção é mão, é prática.” [EG3]

“Sabe, tem muita rotatividade de enfermeiro, eles não param. Acontece de ter um enfermeiro bom, que sabe muito, mas ele consegue um emprego melhor e vai embora. E você fica. Aí entra outro enfermeiro que não conhece diálise e ele acaba aprendendo conosco. Então, depois disso, tudo que eles têm de dúvida, recorrem a nós. Isso me deixa um pouco insegura: se eu tenho dificuldade, para quem eu vou perguntar? Se o enfermeiro que entrou está perguntando para mim, o que eu faço? [...] Aí, penso: como uma pessoa vai poder me orientar?” [ETE7]

Concernente ao CVC, os procedimentos citados pelos participantes, assim como aqueles reportados em relação aos acessos arteriovenosos vão ao encontro de recomendações propostas pelos *guidelines*, como uso de máscaras e luvas estéreis para manusear o CVC, limpeza com clorexidina alcoólica no momento da troca de curativos, avaliação dos sinais infecciosos e do fluxo sanguíneo, como pode ser notado nas falas abaixo:

"Para mim, o trabalho que faço com o acesso vascular é muito importante, pois tem que ser muito bem manuseado. É preciso lavar muito bem as mãos, todo procedimento estéril, usar máscara para proteger, tanto o paciente como a nós mesmos, tem que ver sinais flogísticos, secreção, fluxo sanguíneo, várias coisas... Se tiver algum problema, identificamos e informamos o enfermeiro." [ETE2]

"A minha responsabilidade aqui, com os cateteres, é principalmente trocar o curativo. Fazemos com clorexidina alcoólica e sabão degermante, usamos luva estéril, tudo como deve ser. Aqui nós temos, tanto cateter temporário como de longa permanência. Nos dois casos, usamos gazes." [ETE4]

Nesse sentido, ao revisitar sua prática assistencial, os profissionais explicitaram sentimento de segurança ao empregar protocolos, claramente, definidos para nortear e sistematizar o modo de fazer, em virtude da fundamentação científica conferida por esse instrumento, conforme pode ser vislumbrado nas falas a seguir:

"Sabe, eu considero que, neste hospital, somos orientados a cumprir à risca os protocolos e isso é muito bom, nos dá a garantia de que estamos fazendo as melhores práticas. Para mim, trabalhar em um lugar com tantos protocolos, tantas regras, é bom. [...] Algumas pessoas podem achar que isso é robotizar a equipe, mas, para mim é uma questão de segurança, de ter um modelo de trabalho a ser seguido. [...] Quando você entra em um hospital que tem um programa de qualidade, que tem esta cultura, isso facilita muito nosso trabalho. As pessoas entendem que as práticas têm uma fundamentação científica, têm uma forma correta de fazer... É muito mais tranquilo e fazem com que eu me sinta muito mais segura." [EENF8]

"Da nossa parte, o que fazemos é tão à risca, é tão de acordo com o que é pedido, com os protocolos, que eu me sinto muito tranquila para trabalhar. Fazemos tudo conforme as enfermeiras nos orientam e vejo que é para evitar intercorrências. E isso me dá segurança. Tanto que temos poucos problemas." [ETE9]

"Eu me sinto muito bem em trabalhar em um lugar com essas rotinas bem definidas, com a supervisão de perto das enfermeiras, porque com muitos anos de profissão desenvolvemos vícios e, às vezes, pode sair alguma coisa errada. Quando elas falam, eu sinto que é na intenção de melhorar, tanto para o paciente como para nós. Prefiro que seja assim. Em outros lugares onde eu trabalhei, não tinha muita cobrança em relação a protocolos. Aqui, eu me sinto mais segura, porque sei que tenho um respaldo, que a técnica foi revisada, que é fundamentada, que não estou fazendo da "minha cabeça". Isso me dá uma segurança maior." [ETE10]

Ao analisar o modo de fazer delineado pela equipe de enfermagem, apreende-se a concepção de práticas habituais, amplamente, consolidadas no cotidiano do

trabalho, com vistas a promover um cuidado qualificado, minimizar o risco de complicações e intervir antecipadamente. O gerenciamento do cuidado por enfermeiros experientes e clinicamente competentes, além do emprego de protocolos assistenciais, foram apontados como fatores promotores de segurança à equipe no manuseio do AV.

❖ **Identificação e gerenciamento de complicações no AV**

Esta subcategoria abarca as manifestações alusivas às práticas vivenciadas para avaliação e gerenciamento de complicações no AV, durante a assistência aos pacientes em HD.

Primeiramente, no planejamento da assistência, identifica-se que a designação de pacientes para os técnicos de enfermagem é realizada com previsão de revezamento mensal, a fim de favorecer a continuidade do cuidado e, assim, o acompanhamento dos sinais de disfunção dos AV. Os discursos de EENF2 e ETE2 retratam estas premissas:

"O meu papel, como enfermeira, é supervisionar os cuidados com o acesso vascular. Os funcionários ficam fixos com os mesmos pacientes durante um mês, então, facilita o acompanhamento mensal. Qualquer alteração, eles me comunicam e eu aviso ao médico, pedindo uma avaliação." [EENF2]

"A minha função aqui é cuidar dos pacientes que assumo. Fazemos rodízio entre os pacientes mensalmente." [ETE2]

O processo de comunicação entre os profissionais é facilitado pelos registros dos achados obtidos a partir da avaliação e das ações tomadas, como exemplificado nos trechos abaixo:

"Aqui, nós registramos tudo que acontece com o acesso vascular no sistema [prontuário eletrônico]: se tem coágulo, quem puncionou, se a punção falhou, quantas foram as tentativas, curativo de cateter molhado... Tudo o que ocorre, nós anotamos. Temos, inclusive, um controle dos acessos [impresso] e um livro de registros. Nós relatamos qualquer alteração, para que tanto eu, como nossa gestora ou a outra enfermeira, possa saber o que priorizar naquele acesso, caso alguém troque de turno." [EENF2]

"Conseguimos notificar os problemas daquele acesso como, por exemplo, se o paciente é ligado com as linhas invertidas, se foi notificada infecção de cateter quando e quantas vezes, se houve hematoma em FAV e estamos observando e anotando o aumento da pressão venosa durante a terapia. [...]. A informação é centralizada. [...] O fluxo de comunicação médico – enfermeiro – técnico de enfermagem melhorou. Também estamos registrando com fotografias. Deixamos tudo arquivado. Estas medidas melhoraram muito o processo de cuidado com os acessos." [EG3]

Embora a avaliação dos sinais sugestivos de complicação do AV, realizada por ocasião da punção ou conexão do CVC, estejam amplamente presentes nas vivências reportadas pelos participantes, os enfermeiros apresentam dificuldades para planejar e implementar o monitoramento do acesso arteriovenoso de maneira sistematizada e periódica, sobretudo, no que corresponde ao exame físico da FAV, como expõem os excertos a seguir:

"Sempre quando vou puncionar, eu olho o paciente, converso, explico o que vou fazer, palpo o trajeto, ausculto o frêmito... Verifico se está bom para puncionar. Outra coisa que avalio é a pressão arterial medida pela máquina. Coloco o isolador e verifico o quanto de fluxo realmente a fístula está suportando. Se a pressão começar a negativar muito, sei que estamos forçando demais. [...] eu peço para os pacientes fazerem avaliação com o vascular a cada 6 meses. Nem que seja apenas uma consulta, para que o médico olhe e diga que está tudo bem. Eu considero muito importante a avaliação periódica... [...] De todo modo, faço a palpação do trajeto para verificar se tem estenose, inclusive uma paciente tem uma estenose muito visível, conseguimos ver colabar. [...] Em relação aos testes de elevação do braço e aumento de pulso, estes não fazemos. O teste de recirculação fazemos somente quando há necessidade. Também não são feitos outros testes. Ainda assim, acredito que fazemos um bom controle dos acessos." [EENF1]

"[...] todo mês fazemos o relatório dos acessos vasculares. Para isso, eu vou lá e avalio. Não consigo fazer o exame completo, mas avalio as veias colaterais, a pressão, o frêmito, faço a palpação para ver se tem estenose... [...] A parte de monitorização do acesso, nós ficamos bem tranquilos, pois a máquina nos dá muita informação. Acabamos vendo, tanto a pressão venosa como a arterial." [EENF2]

"Quando eu vou avaliar a fístula, eu olho o frêmito, a coloração do braço, sinais flogísticos, essas coisas. Porém, uma avaliação mais criteriosa, específica, não faço. Só a do dia a dia mesmo. Eu acredito que a partir do momento em que a equipe reunir e colocar este tipo de avaliação em nossa rotina, será feito, não teremos problema. Penso que se não tiver padronizado, acabamos não fazendo." [EENF4]

"Em relação aos cuidados com o acesso vascular, digo que no dia a dia, avaliamos a fístula, mas o exame físico completo não fazemos, só a palpação e a inspeção mesmo. O teste de elevação do braço e o teste de aumento de pulso, por exemplo, não fazemos. Se percebemos algum problema, ligamos o isolador arterial. O venoso fica sempre aberto, porém o arterial, às vezes, abrimos e outras não. Dependendo de nossa avaliação, encaminhamos para o vascular; no entanto, não temos um protocolo definido para isso, depende da avaliação de cada profissional. [...] Penso que poderíamos melhorar, ainda mais, o nosso cuidado anotando o valor da pressão arterial. [...] Acho que com isso, conseguiríamos perceber mais rápido algum problema que estaria por vir." [EENF6]

Nota-se que, ao descrever as práticas destinadas à avaliação da FAV, as expressões dos enfermeiros remetem para práxis intuitivas e assistemáticas, subjugadas pela tecnologia e pela avaliação realizada pelo cirurgião vascular.

De acordo com os gestores, os obstáculos decorrem da falta de tempo e capacitação específica dos enfermeiros, como pode ser observado nos seguintes trechos:

"Eu vejo que tem outras coisas que deveríamos fazer no cuidado com o acesso, mas não conseguimos. [...] o ideal seria ter um programa de monitorização do acesso. [...] Mas não conseguimos um tempo hábil para isso. [...] Posso dizer que um processo sistemático de avaliação da fístula não conseguimos fazer... Deveríamos selecionar um dia do mês e avaliar todos os acessos, acompanhar, como se fosse uma equipe de acesso vascular." [EG1]

"[...] Os enfermeiros acabam fazendo os cuidados do dia a dia com o acesso vascular, não fazem aquele exame físico completo da fístula... Até temos um protocolo [escrito], para que o exame completo seja realizado pelo enfermeiro, ao menos, uma vez por semana, entretanto confesso que ainda não implantamos, porque eu teria que treiná-las e ainda não tive como." [EG3]

Por sua vez, os enfermeiros manifestaram suas angústias em relação à escassez de programas para qualificação profissional específicos, mediante as falas de EENF7 e EENF8:

"Eu nunca tive oportunidade de fazer um curso específico sobre cuidados com acesso vascular, avaliação da fístula... Na verdade, nós não temos muita disponibilidade sobre este tipo de curso no País. Pelo menos, não que eu tenha visto. Eu queria muito ter a oportunidade de participar de um curso de ultrassom para enfermeiros, porque eu uso, mas não tenho muita habilidade, fico sempre com dúvida para mexer direito no aparelho. Queria me aprofundar, pois acabamos usando o ultrassom mais para fazer a punção." [EENF7]

"Há muito tempo fui a um congresso multidisciplinar específico sobre acesso vascular para hemodiálise, mas foram abordadas muitas temáticas... [...] novas técnicas para confecção de fístula, cateteres novos... Praticamente nada da enfermagem foi discutido. Eu esperava aprender sobre exame físico do acesso, punção, mas não teve nada disso. É muito difícil encontrar treinamentos específicos nessa área. [...] Acredito que se tivéssemos cursos específicos, talvez pudéssemos melhorar o nosso olhar clínico sobre a fístula, o cateter, o PTFE [enxerto de politetrafluoretileno], o Hero®. Percebo que estamos defasados na questão de avaliação do acesso, queria ter mais treinamentos sobre isso." [EENF8]

Face ao exposto, depreende-se que limitações no tocante à organização do trabalho e à qualificação profissional interferem de modo negativo na sistematização da assistência, principalmente, na detecção precoce de sinais sugestivos de complicações, impactando na manutenção e na funcionalidade dos acessos. Embora descrevam ações para avaliação das FAV, os gestores e enfermeiros reconhecem a necessidade de melhorias nesse processo.

Quanto ao gerenciamento de complicações, evidenciou-se que a presença do serviço de cirurgia vascular constitui-se em elemento essencial para a resolutividade.

Na experiência dos participantes, essa articulação detém limites e possibilidades relacionadas, sobretudo, no tipo de vinculação entre os serviços. Para eles, quando os serviços de diálise e vascular integram a mesma estrutura

organizativa resulta em agilidade na avaliação e intervenção nos acessos, como apontado pelos trabalhadores com vivências em unidades intra-hospitalares ou centros de acessos vasculares próprio.

"Quando temos problema com o acesso vascular, dependendo de como for, nossos médicos mandam para o serviço de cirurgia vascular daqui do hospital mesmo [hospital público] e nós explicamos a situação. [...] Agora, quando é necessário confeccionar uma fístula... Se for um paciente que não está em urgência dialítica e tem condições de pagar ou possui convênio, o médico encaminha para uma instituição particular. Mas, são bem poucos. A maior parte vai para o pronto-socorro, aguarda avaliação e faz a fístula aqui no hospital mesmo... [...] Quando temos intercorrências desta natureza, o atendimento da vascular é bem rápido. Eles são proativos." [EG3]

"Aqui é fácil porque estamos em um ambiente que posso dizer completo, temos tudo... Além disso, são pacientes de convênio, então, facilita bastante. Normalmente, já conseguimos identificar os problemas com o acesso vascular bem no início. Quando vejo que a fístula está com frêmito ou fluxo baixo, por exemplo, consigo encaminhar, rapidamente, para o vascular e solicitar um encaixe. Pode acontecer de o paciente até concluir a sessão com um fluxo mais baixo, porém sai daqui e vai direto para o doppler. Dependendo do resultado, interna imediatamente e faz os procedimentos que forem necessários. Então, aqui resolve bem rápido, no mesmo dia." [EENF6]

"Temos um vascular que vem duas ou três vezes por mês fazer as fístulas aqui na clínica [centro de acessos vasculares próprio]. É o nosso vascular de referência. Ele também avalia as fístulas com problema, como frêmito diminuído ou baixo fluxo na máquina, faz o doppler e avalia se precisa fazer alguma intervenção. Quando é alguma coisa que não dá para ser feita aqui, ambulatorialmente, ele encaminha para o hospital público de retaguarda, onde ele atende. Isso agiliza muito [...] Eu acho isso sensacional! [...] Para mim, ter um vascular de referência faz toda diferença. Temos um paciente que foi admitido na semana passada, veio para avaliação do vascular e já fez a fístula. Uma semana de diálise apenas, é maravilhoso!" [EENF4]

Esta compreensão é ratificada por outros participantes, que vivenciam uma experiência diferente, mencionando que a ausência de contratualização com serviços de cirurgia vascular interfere de modo negativo no acompanhamento e na resolutividade das complicações, como pronunciado no discurso de EENF1:

"Aqui na clínica, não temos o doppler, portanto, solicitamos que o paciente procure um vascular para fazer o exame e depois traga para guardarmos uma cópia em sua pasta e no sistema [prontuário eletrônico]. Há casos em que os médicos conseguem pedir por aqui, pois alguns convênios autorizam; outros convênios negam por ser procedimento vascular, ou seja, o nefrologista não pode pedir. [...] Penso que o ideal seria ter um vascular de referência para todos os pacientes, mas como são vários convênios, não conseguimos..." [EENF1]

Com base nestes achados, demonstra-se que o gerenciamento de complicações guarda estreita relação com a contratualização de serviços de cirurgia vascular, mitigando aspectos relativos aos pacientes, como peregrinação entre os serviços, desgaste físico e emocional.

5.2.2 Recursos institucionais: elementos de infra-estrutura e materiais, aspectos econômicos e dimensionamento de pessoal

Ao explicar o manejo do AV, os profissionais de enfermagem manifestaram suas percepções sobre os recursos institucionais como infra-estrutura, materiais e equipamentos, aspectos econômicos e dimensionamento de pessoal.

No que diz respeito à infra-estrutura, materiais e equipamentos, verificou-se que os participantes relataram experiências distintas. Todavia, ratificaram que a disponibilidade desses recursos promove a oferta de um atendimento qualificado e seguro, uma vez que escassez implica atrasos no desenvolvimento das atividades, obrigando-os a recorrer a adaptações e improvisações no processo de cuidado. Estas vivências são explicitadas nos trechos abaixo:

"Com relação à estrutura do serviço, eu considero excelente. Temos todos os recursos de que precisamos: diferentes tamanhos e tipos de agulhas, capilares, doppler, não fazemos reuso, temos capilares de alto fluxo, máquinas modernas... Quanto à estrutura material, física e de pessoal aqui não temos problema. Para mim, só o fato de o paciente ficar aqui mesmo: se precisar de um doppler é fácil, se precisar de uma internação é fácil... Ah! Isso favorece muito, me dá muito mais tranquilidade e segurança para trabalhar." [EENF6]

"A nossa estrutura para trabalhar até que é tranquila, mas o material é muito regrado, controlado. [...] O armário fica até trancado. E também não pode ficar pedindo tudo a qualquer hora. Funciona assim: deixamos tudo pronto nas bandejas para o próximo turno; dentro do armário fica soro, álcool, gaze, tudo que você usa na hemodiálise, se precisar algum material que acabou ou faltou, fala com o enfermeiro, pois ele tem a chave, vai lá e pega. [...] Ah! E tem que descrever tudo no prontuário. É um pouco ruim, porque acaba demorando e o paciente tem que ficar esperando, atrasa o turno..." [ETE4]

"Com relação a recursos, sempre falta alguma coisa, principalmente no final e começo de ano. Quando falta, a gente se vira com o que tem. Por exemplo, agora não tem luva de procedimento e estamos substituindo pela estéril. Mas, vai chegar uma hora que vai ter de procedimento e não vai ter estéril. E aí? Então, temos sempre que ficar dando jeitinho. E isso é péssimo. Outro exemplo é campo cirúrgico. É preconizado que utilizemos campo no momento de trocar o curativo do cateter, mas, às vezes, não tem. Então, vamos improvisando com outros materiais estéreis. Mas até onde isto é certo?" [ETE7]

Ademais, enfermeiros e gestores destacaram que a indisponibilidade de materiais reflete na diminuição da autonomia e do sentimento de competência dos enfermeiros no momento do planejamento da assistência, em função de não possuírem os materiais que consideram apropriados para efetuar o cuidado.

"Quando puncionei pela primeira vez uma fístula com ultrassom, eu fiquei encantada, porque fui exatamente no melhor local para puncionar aquela fístula, não prejudiquei o

acesso, não fiz hematoma, nada. [...] fazer uma avaliação de acesso sem ter um equipamento [ultrassom] que eu possa justificar o que está acontecendo, fica sendo só a palavra de um enfermeiro para um vascular. [...] A única coisa que eu queria mesmo era um ultrassom". [EG1]

"[...] Se um enfermeiro disser que quer fazer a técnica de Buttonhole em todos os pacientes, eu vou responder que precisamos ver a viabilidade de comprar a agulha adequada para isso. E eu já sei que não vai ter. Então, tem autonomia? Tem. Porém, dentro do que eu tenho de recursos. [...] Se você me perguntasse se eu gostaria de implantar o Buttonhole aqui, eu diria que sim. Mas eu não tenho essa condição." [EG2]

"Penso que poderíamos ter tamanhos de agulha diferentes, conforme a fístula e não só agulha padronizada, por exemplo [...] O correto seria iniciar a punção da fístula com um tamanho e depois aumentar ou diminuir, conforme o fluxo, mas, infelizmente temos tido somente um tamanho." [EENF5]

Concernente à questão econômica, os gestores demonstraram preocupações, alegando que problemas dessa ordem impõem limites à sua governabilidade, repercutindo diretamente na assistência.

"Sabe, às vezes, é complicado. Somos um grupo grande, por isso temos uma central de compras. Não sou eu que compro a seringa ou a agulha que vamos utilizar. Tem um setor específico e esse setor analisa custo, orçamento. Muitas vezes, ele opta pelo que é mais barato e nem sempre é o melhor. Quando tem um material novo, nós avaliamos, se for negativa, ele exclui o fornecedor, no entanto, não tem como excluir definitivamente, pois em caso de urgência, tem que comprar com o que tiver." [EG2]

"Referente a material, geralmente, não falta. Falta no mês de janeiro, que é um mês crítico para o hospital e, agora, por exemplo, temos diversos materiais faltando. Hoje, está faltando luva de procedimento e precisamos usar luvas estéreis no lugar, está faltando determinado tipo de banho e estamos usando outro que não é o que está na prescrição. Então, esse problema nós temos, mas como te disse, geralmente, ocorre em determinados períodos do ano por problemas de licitação e contratos, é um hospital público. Excluindo os meses mais críticos, na maior parte do ano, não falta. Se fosse em um outro lugar não teria a quantidade de materiais que temos aqui." [EG3]

"Mas, assim, eu tenho que analisar, porque tem serviços que as contas são abertas, dá para colocar mais materiais. Aqui nós trabalhamos com pacote, então, tenho que verificar a necessidade. Como gestora, eu posso saber que o produto é ótimo e tenho autonomia para tomar essas decisões, porém preciso avaliar a relação custo-benefício, porque também sou responsável pela gestão econômica. A equipe [enfermagem] não avalia isso, quanto mais coisa colocar, melhor. Por mais que seja um hospital particular e receba de convênio, não podemos extrapolar o valor do pacote. O custo do meu material já é mais caro, se eu não ficar atenta, pago para o paciente dialisar e daí não faz sentido." [EG4]

No que tange ao dimensionamento de pessoal, os profissionais expressaram insatisfação em relação à Portaria nº 1.675, de 07 de junho de 2018, que dimensiona o quadro de pessoal preconizando um técnico de enfermagem para cada seis pacientes, por sessão, revogando portarias anteriores, que previam a designação de um técnico para quatro pacientes (Brasil, 2018). De acordo com os depoimentos, esta

alteração interfere na qualidade do cuidado, implica riscos aos pacientes e sobrecarrega os trabalhadores.

"Porém, eu vejo que é inviável um técnico [de enfermagem] assistir seis pacientes, como foi deliberado em Portaria [Portaria nº 1.675, de 07 de junho de 2018]. [...] Aqui, nós estamos trabalhando com um técnico de enfermagem para cinco pacientes, no entanto, acho que isso diminui a qualidade do cuidado. O que acontece na prática é que se você tirar as agulhas de um paciente e depois vazas sangue, ficará vazando, pois, certamente, para dar conta de todos, você já estará paramentado cuidando de outro paciente e o que estiver com sangramento terá que esperar. Com isso, no outro dia, a fístula estará infectada." [EG1]

"... é muita correria, a pressão para ser tudo muito rápido é grande. Penso que isso tem relação com o dimensionamento. Aqui, nós trabalhamos com um [técnico de enfermagem] para seis [pacientes]. [...] O terceiro turno trocou praticamente a equipe toda, não aguentaram ficar. Nessa troca, como tem muito funcionário novo, estamos conseguindo deixar um grupo maior para um dar apoio ao outro. Então, nesse turno, eu estou conseguindo manter seis técnicos de enfermagem para 24 pacientes. Mas daqui a pouco eles [a direção] vão reduzir... Daí, vem atestado médico de licença, porque os funcionários não aguentam. E não dá mesmo, é inviável! A qualidade da assistência fica muito prejudicada, porque é mais corrido, o técnico não consegue acompanhar o paciente. Ele vai fazer um curativo, mas tem de ser muito rápido, porque tem mais cinco pacientes para olhar. E aí, acontecem as intercorrências: uma fístula que vaza, uma máquina que alarma, um paciente que tem hipotensão... É uma questão de risco para o paciente mesmo. Considero um absurdo!" [EENF4]

"Quanto ao número de funcionários, hoje, estamos em quatro técnicos/auxiliares [de enfermagem], dois de cada lado [a sala de diálise é dividida em dois lados paralelos, com 12 máquinas em cada lado], mas nem sempre é assim. Quando ocorre de alguém faltar ou estar em licença médica, ou alguma coisa assim acaba sobrecarregando bastante, porque não tem como cobrir." [ETE5]

"Com os pacientes, o pessoal daqui é bem atento e eles têm tempo para isso [...]. Aqui, um técnico fica com cinco pacientes, mas conta com uma pessoa de apoio para ajudar. Então, dá para dar um bom atendimento. Não acatamos a portaria de um técnico para seis pacientes, achamos que diminuiria muito a qualidade." [EG4]

Com base nas falas supramencionadas em relação aos recursos institucionais, evidencia-se que estes são elementos basilares para o planejamento e qualificação da assistência. Ademais, nota-se que recursos insuficientes estão associados a maiores riscos aos pacientes e aos profissionais, que trabalham sobrecarregados e sob a pressão do tempo.

5.2.3 Desafios para assimilar a especialidade: percorrendo o caminho da qualificação profissional

Esta categoria engloba significados apreendidos acerca da aproximação dos participantes com a realidade concreta do trabalho de enfermagem em serviços de diálise e o desenvolvimento das competências necessárias ao exercício profissional neste ambiente, relatando suas experiências em programas admissionais e ações

para aperfeiçoamento técnico-científico, tanto na instituição como extra-institucionalmente.

No primeiro momento, os participantes expuseram sua vivência em programas de capacitação admissional, desvelando experiências distintas na introdução no modo de fazer institucional: enquanto alguns participaram de programas formais e sistemáticos; outros, foram submetidos à imersão direta no cotidiano do trabalho, aprendendo a partir do mundo empírico. Nos excertos abaixo, os técnicos de enfermagem ETE1, ETE2 e ETE7 descreveram suas experiências:

"Eu lembro que foi realizado [treinamento admissional] no próprio setor; para simular a instalação de um paciente na máquina, eu pegava a linha arterial, pinçava e colava no meu corpo, eu via subir o soro, como se fosse o sangue do paciente... Era bem legal! Todos os funcionários [técnicos de enfermagem] tinham de participar e durou em torno de 3 semanas. Isso fez uma grande diferença para mim, me deu mais segurança para começar. Só não incluiu punção porque não tinha como, mas as demais técnicas, aprendemos todas. Claro que não posso dizer que iniciei sabendo tudo. Não! De jeito nenhum! Mas tirou muitas dúvidas, aquele medo, aquela insegurança... Eu nem sabia o que era hemodiálise, nunca tinha visto." [ETE1]

"Lembro que quando comecei a trabalhar em diálise foi muito difícil, pois me colocaram para acompanhar pessoas que não gostavam de ensinar. Eu tive que ter muita força de vontade para aprender. No primeiro mês, eu não pude fazer quase nada porque a pessoa que ficou encarregada de estar junto comigo não se preocupava em me ensinar. Por um lado, eu até entendo, porque o trabalho em si já sobrecarrega demais [...] Mas, aí, decidi conversar com minha chefe e dizer que não estava dando certo, pois eu queria muito aprender. Isso sempre foi meu sonho! Eu não poderia deixar escapar aquela oportunidade. Sabe, cheguei a pensar que não iria nem ser aprovada no período de experiência por conta de não estar conseguindo aprender os procedimentos, as rotinas, o trabalho mesmo." [ETE2]

"Eu cheguei, me enviaram à sala de diálise e disseram: – Fique aí. Meu Deus! Eu só pensava: – E agora? O que eu faço? Mandavam fazer isso, mandavam fazer aquilo, mas não explicavam como era. Eles [técnicos/auxiliares de enfermagem] insistiam: – Aqui é assim, você aprende no susto. Não! Para mim, não se aprende no susto. No susto você pode matar alguém. Eu tinha medo, não me sentia segura..." [ETE7]

Observa-se que a participação em programas estruturados foi reproduzida como uma experiência promotora do aprendizado, reverberando confiança em si, assunção gradativa de responsabilidade e execução dos procedimentos de modo seguro. Por outro lado, a vivência de um processo ensino-aprendizagem assistemático, viabilizado, somente, pelo acompanhamento de profissionais mais experientes durante a dinâmica de trabalho, repercutiu em sentimentos como medo, insegurança, morosidade na aprendizagem e na ambientação ao contexto de trabalho.

Tais situações aludem à cultura organizacional de integração de novos profissionais à instituição, como pode ser compreendido a partir das falas de EG2 e ETE8:

"Sempre trabalhamos com uma escala muito reduzida. Quando sai um funcionário e contratamos outro, já contamos com ele na sala. Eu não tenho como deixar um funcionário 15 dias em treinamento admissional, só observando, lendo manuais... Não! Ele entra na escala do serviço, até porque o básico do técnico de enfermagem ele adquire na escola e não aqui. Aqui, só vai aperfeiçoar o que ele deve ter aprendido lá. [...] É lógico que vai passar pelo acompanhamento do enfermeiro. Hora nenhuma é deixado sozinho. Mas, o treinamento na admissão, não temos. Ele tem acesso a nosso manual de normas e procedimentos, a todos nossos documentos e, assim, consegue obter a teoria. Porém, a parte prática é no dia a dia, acompanhado pelo enfermeiro e técnicos, que estão sempre juntos tirando dúvidas." [EG2]

"Aqui, eu tive um treinamento muito mais intensivo. Eu fiquei 1 mês inteiro somente na educação corporativa do hospital, tendo aulas teóricas sobre cuidados com o cateter, cuidados com a fístula... Depois, vim para cá e fiquei 1 mês inteiro com a enfermeira para um treinamento prático. Eu lembro que ela fazia as técnicas, me mostrava, me explicava, e depois eu fazia para ela ver. Se tivesse alguma coisa que não estava correta, ela me corrigia, dizia em quais aspectos deveria melhorar. Os cateteres, eu só liguei depois que a enfermeira me liberou. Ela disse: – Você já está ligando na técnica certa, então, está liberada. Para tudo que eu fosse fazer aqui, eu precisava do aval da enfermeira primeiro: a punção de fístula, conectar paciente à máquina via cateter, trocar curativo de cateter... Tudo isso fui aprendendo sob a supervisão dela. Esse 1 mês ampliou muito minha visão sobre como o cuidado deve ser feito." [ETE8]

Depreende-se, portanto, que a metodologia de acompanhamento dos profissionais recém-admitidos guarda estreita relação com a cultura organizacional de inserção profissional, repercutindo de forma distinta no desenvolvimento das competências profissionais.

No segundo momento, os participantes manifestaram-se sobre as oportunidades de educação continuada, como exposto nos seguintes discursos:

"Aqui, a cada 6 meses nós temos um treinamento [...] A enfermeira vem, dá uma aula teórica sobre determinada técnica e repassa toda parte prática de novo. Primeiro, ela faz, depois pede para gente fazer, observa o que precisa melhorar e orienta até ver que estamos fazendo certo." [ETE8]

"Recentemente, tivemos uma aula sobre acesso. Nós observamos um certo índice de hematomas durante as punções, montamos uma aula e fizemos um processo de educação continuada, tanto teórico como prático. A parte prática fizemos indo lá no paciente junto com o funcionário, mostrando a distância necessária entre as agulhas, a palpação, falamos sobre não puncionar em caso de dúvida...[...] Muitas vezes, os enfermeiros conseguem fazer esses treinamentos no horário de trabalho. Colocam uma turma mais reduzida na sala, outra turma sai, depois revezam. Isso permite que façamos várias aulas, mas, de curta duração. Fazemos isso quando se trata de assuntos que precisam ser aprofundados como acesso, urgência, parada. Para isso, montamos aula com datashow, essas coisas." [EG2]

"Aqui, hoje em dia, temos treinamentos a distância, temos provas, certificação. Em alguns dos outros cursos daqui do hospital, podemos ler o material em casa e depois respondemos os questionários. Além disso, somos liberados para alguns cursos que

tem no auditório... São cursos gerais, como de atendimento a parada cardiorrespiratória, por exemplo, o que considero importante porque não ficamos parados no tempo. Se acontecer esse evento, saberemos como agir.” [ETE9]

“Aqui, nós temos muita capacitação e com isso vamos crescendo. Por exemplo, quando entra um material novo, se o representante não puder dar treinamento para todos, ele ensina às enfermeiras e elas nos passam, como já aconteceu com máquinas novas, funções novas nas máquinas, essas coisas.” [ETE10]

Constata-se que várias metodologias foram abordadas, como ensino teórico e prático; *in loco*, em local específico ou via remota realizados pelos enfermeiros aos técnicos ou pelas empresas fornecedoras de equipamentos e suprimentos à equipe de enfermagem. Os temas gerais discutidos possuem interface com o cuidado ao paciente submetido à HD, como parada cardiorrespiratória, e os específicos emergem do contexto do trabalho em consonância aos pressupostos da educação permanente em saúde, ampliando os saberes teórico-práticos, fomentando a confiança e o compromisso com o modo de fazer e ser no ambiente da prática.

Em outra perspectiva, alguns participantes alegaram a sensação de estar envolvidos em ações educativas e de capacitação profissional pela própria motivação ou necessidade, não havendo estímulo ou incentivo do serviço ou da organização. Nessa ótica, experimentam a sensação de ser preteridos, sentimentos de decepção e insatisfação, tanto no trabalho como na pós-graduação *lato sensu*. Esta situação é explicitada nos excertos das narrativas de ETE7 e EENF7:

“Eu gosto de estudar, faço vários cursos fora da instituição, porque aqui eles não investem na gente. Se você quiser, você mesmo tem de buscar. Eu tenho vários cursos, mas porque eu pago. Aqui não tem nem liberação de dias, nada... Tenho que fazer nas folgas. Às vezes, eles dão alguns treinamentos aqui, mas são aquelas coisas bem básicas. Eles passam uns slides, você assina um papel e pronto. Para mim, não é um curso, é só para relembrar coisas que ficaram lá atrás. Sabe, eu tenho a sensação de que ficamos esquecidos aqui.” [ETE7]

“Sabe, eu procurei me capacitar, também, fazendo a especialização de Enfermagem em Nefrologia e posso te dizer que foi muito fraca. Eu já tinha muitos anos de diálise e pensei que iria aprender um monte de coisas. Mas, foi meio decepcionante. Não focou muito na diálise e o conteúdo foi muito superficial. Sobre o acesso vascular, falaram o básico: o que é uma fístula, anastomose... Não me lembro nada mais aprofundado. Então, a especialização não me acrescentou muito, aprendi mais no dia a dia na prática.” [EENF7]

Ainda nesta temática, enfermeiros e gestores apontaram obstáculos para consolidar a promoção da qualificação profissional para a equipe, conforme exemplificam EENF2, EENF3, EG1 e EG3.

"Agora, uma coisa é fato, treinamento fora do plantão, eles não vêm, é impossível. [...] Eu não tenho quantidade suficiente para tirar os técnicos da sala para fazer treinamento, tem que ser algo que possamos conversar ali mesmo." [EENF2]

"O que eu sinto que deveríamos melhorar é com relação à capacitação em serviço. Pelo menos, uma a cada 3 meses. Porque as pessoas ficam estagnadas, repetindo sempre os mesmos erros. [...] Na realidade, hoje não conseguimos fazer por uma questão de tempo. Teria que disponibilizar um horário, uma data específica para isso... E precisamos não só treinamento de acesso, mas, de outras coisas, como parada [cardiorrespiratória]. Se hoje ocorrer uma parada aqui na clínica, como eu fico? O pessoal não sabe atender. Vejo, ainda, que realizar treinamento fora do horário não funciona, eles não vêm, pois os enfermeiros e técnicos têm outro trabalho, outras responsabilidades... Teria que ser dentro do turno de trabalho, no próprio serviço. Mas, dentro do horário, a dificuldade é em relação à assistência, pois é muito corrido e não posso deixar de olhar o paciente. Veja bem, nós temos quatro pacientes para cada técnico de enfermagem, temos quatro técnicos em cada turno, se eu tirar dois da sala para dar treinamento, fica sobrecarregado. E chamar um por um é inviável. Então, é complicado, o nosso maior problema é tempo." [EENF3]

"Sabe, considero muito difícil fazer treinamento em serviço, muito difícil mesmo, porque envolve uma questão de custos. Se for fora do horário do trabalho, tenho que dar folga para compensar. Porém, vou dar em folga como? Teria que colocar alguém para cobrir e pagar por isso. Portanto, tenho que dar no horário de trabalho, mas aí vem a questão do número de pacientes por funcionário. Eu tento ser criativa, já busquei parceria com uma empresa para dar um curso a distância para eles [profissionais da enfermagem], envio vídeos educativos via Whatsapp, contudo é muito difícil." [EG1]

"Eu acho que aqui, precisaríamos investir em capacitação dos enfermeiros sobre acesso vascular. [...] Eu faço reunião a cada 2 meses com toda equipe de enfermagem, se possível, tento incluir algum tipo de assunto como treinamento. Lembro que, no ano passado, eu fiz de lavagem de mãos e de curativo. Porém, para isso, eu tenho que digitar a aula e enviar ao Serviço de Educação Permanente e à Divisão de Enfermagem avaliarem, estando tudo certo, eu posso falar com a equipe. É bem burocrático. E tem que ser tudo registrado." [EG3]

Em virtude do que foi mencionado, apreende-se que a dinâmica do trabalho, custos e dimensionamento de pessoal impõem limitações aos gestores e enfermeiros no planejamento das ações educativas, exigindo criatividade e inovação para se adaptarem à realidade.

Ademais, sobressaíram expressões associadas às oportunidades de aperfeiçoamento externas à política institucional de qualificação profissional. Dessa maneira, alguns participantes rememoraram vivências de estímulos frequentes, enquanto outros reportaram condições que limitavam a promoção de tais ações aos profissionais. Estas situações estão descritas nas falas abaixo:

"Eu percebo que o hospital investiu em mim e investe em outras pessoas também, faz parte da política da instituição. Todo ano temos direito a pedir auxílio educação, então, sempre que eles [enfermeiros e técnicos de enfermagem] precisam ou têm interesse, acabam solicitando. Claro que existem algumas regras: tem que ter dois anos na empresa, não pode ter duplo vínculo empregatício... No meu caso, o hospital pagou metade de minha pós-graduação, pagou 40% do MBA [Master of Business Administration] que finalizei agora, pagam congresso... As enfermeiras, geralmente, pedem para ir a congresso e o hospital paga os custos como hospedagem, transporte, alimentação, essas coisas. Nos

congressos que eu vou, sempre vai uma enfermeira ou a nutricionista comigo. Os técnicos acabam pedindo com menor frequência as idas para eventos. Lembro de uma técnica de enfermagem que solicitou ao hospital o pagamento da faculdade de Enfermagem e a instituição estava pagando 60% do valor da mensalidade, porém ela acabou desistindo. Então, o hospital investe, mas pede auxílio do gestor para tomar essa decisão: se é uma pessoa que vale a pena investir, se tem futuro dentro da instituição... Coisas como essas... De todo modo, vejo que o hospital investe bastante na capacitação do profissional." [EG4]

"Com relação à qualificação da equipe, eu sempre tento conseguir congressos ou alguma coisa assim aos enfermeiros, mas confesso que não é com facilidade. Até mesmo para liberá-los é difícil, pois temos o quadro reduzido. Se hoje, um enfermeiro vai a um evento e fica uma semana, temos que pagar outro enfermeiro para substituir ou eu ficar no lugar dele. E não dá. Muitas vezes, esse enfermeiro também não quer ir porque tem a família dele, o segundo emprego, a questão financeira... Se eu disser ao enfermeiro que ele está liberado, ele vai me dizer que só vai se pagarmos as despesas. Então, além de liberar, eu tenho que tentar com algum fornecedor a inscrição, a hospedagem, a passagem e cobrir os demais gastos. Hoje em dia, na verdade, nenhum fornecedor está nos dando isso. Então, eu não consigo. As duas partes não conseguem tão fácil. Eu gostaria muito que eles fossem, porém não dá." [EG2]

Assim, verifica-se que proporcionar a participação em eventos de capacitação é entendido pelo profissional como um investimento institucional, que retornará em melhoria na qualidade do trabalho. No entanto, não se constituiu uma política exequível na maior parte dos cenários, tendo em vista questões financeiras e de dimensionamento de pessoal.

Ao analisar a jornada dos profissionais para o desenvolvimento das competências requeridas ao cuidado às pessoas em terapia hemodialítica, considera-se que a participação em programas admissionais estruturados promove sentimento de confiança em si para exercer suas atividades laborais. Por outro lado, o aprendizado, exclusivamente, junto a profissionais experientes, durante a dinâmica de trabalho, acarreta insegurança e posterga a ambientação e o aprendizado. Nesse enlace, no decorrer dos anos, a qualificação profissional é influenciada pelas políticas da organização, especialmente, aquelas envolvendo dimensionamento, investimento nas pessoas, custo e gestão do tempo.

5.2.4 A expressão entre tornar-se especialista e desvelar o sentido do trabalho

Esta categoria diz respeito à jornada que proporcionou aos participantes construir significados sobre sua qualificação profissional para o AV e seu propósito para o trabalho.

A partir da leitura e releitura do conteúdo das narrativas, foi possível elaborar duas subcategorias no tocante a este tema: “A trajetória envolvendo o conhecimento, a habilidade e a prática” e “Descoberta do propósito e concretude do trabalho”.

❖ A trajetória envolvendo o conhecimento, a habilidade e a prática

Esta subcategoria trata das manifestações dos profissionais acerca do desenvolvimento de um sentimento de expertise frente ao manejo do AV, de acordo com o previsto em sua formação e categoria profissional. Nesse sentido, foram exploradas as perspectivas dos gestores, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Face aos depoimentos dos gestores, compreende-se que estes vivenciam ampla autonomia para tomar decisões relativas aos processos assistenciais e gerenciais que envolvam a enfermagem; contudo, ressaltam limitações financeiras impostas pela organização.

"Eu sinto que tenho bastante autonomia para realizar meu trabalho, tanto para implantar como para modificar vários processos. Até esta mudança para agilizar a avaliação e a confecção do acesso vascular que conversamos antes, se eu fosse somente gestor, talvez pensasse diferente, mas sendo gestor e enfermeiro, eu consigo ter outro olhar e, assim, pude provar para a empresa que era viável. Aqui, ficamos muito à vontade para trabalhar, para tomar nossas decisões e fazer o que compreendemos ser melhor ao paciente. Eu escuto bastante as enfermeiras e dou bastante autonomia para elas também. [...] Ora, eu penso que se me dão autonomia é porque acreditam em mim. Os proprietários da clínica me falaram: – Leve a clínica como se fosse sua. Então, eu sigo conduzindo a clínica como se fosse minha mesmo, faço tudo que eu acho que deveria fazer de melhor. É claro que respeitando certos limites, principalmente, financeiros." [EG2]

"Sempre que eu tenho um problema, minha diretora me ouve e apoia. Ela confia em minha avaliação. Então, para decisões na parte assistencial, eu tenho bastante apoio. É lógico que compartilho tudo, mas percebo que ela me dá total autonomia e, assim, eu tenho respaldo. Prova é que ela sempre diz que eu não dou trabalho para ela, que eu consigo resolver tudo internamente. E eu me sinto bem com isso. [...] Só quando é questão envolvendo custos, que eu vejo que vai afetar muito o orçamento, que eu prefiro discutir e encaminhar. Quando são aspectos menores do trabalho, eu mesma acabo fazendo. Nunca tive problema." [EG4]

Os enfermeiros referem sentir-se confiantes em seus conhecimentos e habilidades para cuidar do AV e possuírem autonomia no que corresponde à assistência de enfermagem aos pacientes durante as sessões de HD, remetendo à valorização e responsabilidade profissional.

"Quando eu falo com o médico que o cateter está ruim, não está funcionando ou está com fluxo baixo, é porque já fizemos várias coisas, como inverter as vias, fazer flush, passar soro, posicionar o paciente de lado... E, ainda assim, não está funcionando. Portanto, quando comunicamos o médico, já tomamos todas as condutas de

enfermagem e não funcionou. Não vamos simplesmente falar que não está funcionando sem ter feito nada, não transferimos o problema. Sabemos nosso papel, nossa responsabilidade." [EENF8]

"Ela [outra enfermeira] traz uma coisa nova, vemos que é interessante e implantamos aqui também. Depois falamos com o gestor se deu certo ou não, ele nos dá essa autonomia. Graças a Deus! Apesar de todos os problemas, o que nos faz permanecer aqui é essa liberdade para trabalhar, para implantar coisas novas, o que acreditamos ser melhor ao paciente ou à equipe. Nós temos isso aqui e é muito bom, me sinto valorizada!" [EENF4]

Em contrapartida, os enfermeiros percebem a interferência de outros profissionais, como gestores e médicos, em atividades e ações de sua competência cerceando sua liberdade para a tomada de decisão frente às ações que julgam apropriadas, causando desgastes nas relações entre os profissionais e desmotivação no trabalho.

"O que me incomoda um pouco é quando percebo que há alguma interferência de outros profissionais em situações que eu deveria resolver, quando vejo que estou perdendo autonomia. Por exemplo, questões relacionadas à fístula, são minha responsabilidade, eu mesma gosto de olhar, avaliar o problema e resolver. Acompanhar a evolução do acesso dá mais segurança para mim e ao paciente. Ele sabe que, mesmo que troque o técnico, o enfermeiro está monitorando, sabe o que está acontecendo. Acredito que são pequenos desgastes que não precisariam ocorrer." [EENF2]

"O que poderia me desmotivar é ver que meu trabalho não está sendo reconhecido ou que as pessoas estão interferindo demais em minhas decisões. Nós acompanhamos o paciente muito de perto, conhecemos suas particularidades, por isso, considero que nossa avaliação é muito precisa. Poder tomar as decisões relativas a meus pacientes é importante para mim." [EENF1]

Por sua vez, os técnicos de enfermagem declararam sentimentos de confiança e segurança para desenvolver o cuidado do AV, relatando situações que demonstram conhecimento e prática para execução. Cabe destacar que, como atuam sob a supervisão dos enfermeiros, reiteradamente, afirmam solicitar apoio em situações de maior complexidade, corroborando o exposto anteriormente.

"Graças a Deus, eu me considero muito boa em punção do acesso. Eu gosto de sentir bem o trajeto, testar antes para não fazer hematoma, procuro usar meu tempo fazendo os cuidados com calma. Sabe, quem sofre com os nossos erros são os pacientes, principalmente, quando se trata da fístula." [ETE2]

"Hoje em dia, eu compreendo bem como o setor funciona e me sinto bem confiante para fazer meu trabalho. A não ser que a fístula não tenha frêmito, não tenha pulso ou o cateter não funcione... Nestas situações, eu preciso passar para enfermeira resolver. O que cabe a mim, é tranquilo." [ETE8]

Pautados em sua confiança para realizar o trabalho e na natureza habitual das atividades desempenhadas, os técnicos de enfermagem expressam que os enfermeiros e os gestores permitem que eles executem suas atividades com liberdade. Ainda assim, ratificam a necessidade de seguir as orientações de médicos e enfermeiros.

"As atividades que fazemos aqui são muito rotineiras, não mudam muito... Todos os dias fazemos a mesma coisa. Então, ninguém fica em cima da gente, vigiando, fiscalizando, não! Nós vamos lá e fazemos. Só quando acontece alguma coisa mais séria é que chamamos o enfermeiro ou o médico." [ETE4]

"Por exemplo, posso falar que hoje eu puncionei em tal lugar e não em outro porque na minha avaliação estava dessa forma ou de outra. Também peço para ele ir lá depois e dar uma olhada. Eles confiam em nosso trabalho. Graças a Deus, não temos problema com os enfermeiros ou com a chefia. Os enfermeiros não ficam no nosso pé. A chefia nos ouve. É gostoso quando trabalhamos em lugar onde temos a possibilidade de dar nossa opinião, de trocar ideias, de trabalhar em conjunto. E aqui nós temos isso!" [ETE5]

Frente ao exposto, compreende-se que a experiência dos profissionais de enfermagem manifesta-se em sentimentos de confiança em si mesmo para execução das atividades cotidianas em seu trabalho.

❖ **Descoberta do propósito e concretude do trabalho**

Esta subcategoria revela como os participantes vivenciam a descoberta das repercussões do trabalho produzido e o impacto aos resultados obtidos pelos pacientes, bem como atribuem um significado ao conjunto de atividades desenvolvidas, especificamente, as consoantes ao AV.

Ao refletirem acerca de práticas profissionais, os participantes transpareceram, desde as primeiras punções, sentimentos de responsabilidade e compromisso concernente à manutenção eficaz do AV, salientando a dependência desse meio para manutenção da vida da pessoa submetida à HD.

"Para mim, a responsabilidade do enfermeiro na primeira punção é enorme, porque considero que é o que vai determinar quais serão os pontos de punção da vida daquele paciente." [EG1]

"Lembro de uma situação na qual a paciente parou de dialisar porque não tinha mais acesso. Não tinha onde passar cateter e não conseguia fazer fístula ou colocar prótese. Não tinha mais o que pudéssemos fazer por ela. E aí? Quais foram os cuidados que tivemos com os acessos? Qual nossa parcela de responsabilidade pelos acessos que ela perdeu?" [EG3]

"Para mim, o trabalho da enfermagem com o acesso vascular é de total importância porque o nefrologista só passa e dá uma olhada... O cirurgião vascular só faz o

acesso... Quem mantém, somos nós da enfermagem, junto com o paciente. E a vida dele depende desse acesso. Por isso, considero extremamente importante." [EENF5]

"Às vezes, você pode puncionar e a agulha ficar na parede. Já pensou? Pode causar hematoma. Então, tenho que estar sempre atenta, perguntar ao paciente se está sentido dor, verificar se a máquina está alarmando, atentar na hora de retirar a agulha, tudo que fazemos é de extrema importância. Estamos lidando com um ser humano. Machuca. Dói. Além disso, pode ter um impacto sério nos resultados da diálise e, assim, na vida dele." [ETE6]

"O acesso vascular para esses pacientes é primordial porque dependem do acesso para ter uma boa diálise. Então, eu tenho que tratar do acesso com a maior seriedade possível, tanto a fístula como o cateter, porque sei que se a punção for ruim, ele terá uma diálise ruim, a eficiência não vai ser boa, não vai conseguir obter os resultados que precisa. E do cateter também, pois se ele tiver uma diálise boa, vai filtrar tudo como deve ser." [ETE8]

Nessa direção, emergiu o sentido para o trabalho desempenhado pela enfermagem nos cenários desta pesquisa. Sob a ótica dos gestores, o trabalho significa a possibilidade de equilibrar a gestão econômica da organização e a promoção da qualidade assistencial, reconhecendo o cuidado do AV como o trabalho essencial da enfermagem, podendo ser identificado nas falas de EG2 e EG3:

"Desde o momento em que eu escolhi ser enfermeiro e trabalhar em nefrologia, este ambiente tem significado bastante para mim. É gratificante e eu me identifico com o trabalho que realizamos aqui. A experiência gerencial tem me enriquecido muito, pois além da parte assistencial, que eu continuo tendo bastante contato, eu aprendi o lado da gestão. Nem sempre uma e outra conseguem caminhar tão juntas, gerando alguns impasses. Atuando na gestão, eu consigo fazer a ponte entre a gestão e a qualidade do cuidado, ou seja, tento manter a qualidade, sem ultrapassar os custos. Equilibrar. Por isso, acho que esta experiência tem me trazido um aprendizado muito grande nesse sentido. [...] Ver os resultados me motiva, ver que a empresa está crescendo, que os pacientes estão bem dialisados, que está fluindo bem... Isso tudo me motiva muito." [EG2]

"Para mim, de todos os cuidados que fazemos aqui na diálise, o cuidado com acesso vascular é o mais importante. Temos que saber montar máquina, entender dos banhos, da prescrição, porém se não cuidarmos do acesso do paciente, estamos deixando de cuidar da vida dele." [EG3]

Na perspectiva dos enfermeiros, tendo em vista a necessidade continuada da terapêutica, prevaleceram sentimentos associados à construção de vínculo e à possibilidade de acompanhar a evolução clínica dos pacientes, conforme retratado nos discursos que se seguem:

"É um trabalho que significa muito para mim... Sinto que ter esse vínculo, poder acompanhar os pacientes ao longo do tempo, avaliar... É um privilégio. Eles nos contam tudo, sabe? [...] Eu me importo com eles, choro quando estão mal, me alegro quando transplantam... Eu me imagino ali, me ponho no lugar deles, não é uma situação fácil." [EENF2]

"O que mais me motiva são os pacientes, a troca ou melhor, a relação com o paciente e o vínculo estabelecido. Acho isso bem bacana e considero que é difícil ter em outras

áreas da enfermagem, porque tem pacientes que ficam aqui 5 anos, 8 anos... Podemos acompanhar toda a evolução." [EENF6]

Por sua vez, os técnicos de enfermagem atribuem a seu trabalho o significado de “fazer algo para que o paciente fique bem”, proporcionando alento e qualidade de vida. A seguir, as falas reproduzem esses achados e ratificam o cerne do cuidado para os profissionais.

"Sabe, alguns pacientes carregam muitas dores dentro de si. [...] Eu entendo, é muito tempo de diálise, muito sofrimento, 4 horas sentado três vezes por semana, outros por 2 horas todos os dias... Puxa! Não é fácil ficar naquela cadeira. [...] Para mim, a chave é empatia. [...] Você escolhe estar aqui, o paciente não escolhe. Não foi escolha dele estar aqui. É uma lição de vida e um aprendizado para levar para a vida, tanto profissional como pessoal." [ETE6]

"O que mais gosto, na verdade, é que temos muito contato com o paciente. Não é aquele paciente que vem, vai embora e nunca mais vemos. Na diálise, você acaba tendo um vínculo, vê o paciente três vezes por semana, acompanha o progresso. Além disso, a diálise é algo que fazemos para que o paciente fique bem, pelo menos, eu interpreto desse modo. Algumas pessoas acham horrível, porém eu considero que a hemodiálise é uma terapia que a ciência encontrou para deixar os pacientes com problemas renais se sentindo bem. Eles, às vezes, chegam aqui muito graves, muito edemaciados, com falta de ar, mas saem bem." [ETE8]

"Trabalhar aqui tem uma parte boa, mas ao mesmo tempo ruim: o fato de lidar com pacientes crônicos. Nós desenvolvemos um vínculo, pois são sempre os mesmos pacientes. Por alguns deles, sabemos que não temos mais o que fazer, vemos a pessoa piorando a cada dia e com isso ficamos muito tristes... Vemos a pessoa indo embora aos poucos. Nossa! É triste! Muito triste! Mas, também há outros pacientes que nos trazem uma nova esperança. Alguns ficam pouco tempo, porque logo são transplantados, outros permanecem em diálise e com uma boa qualidade de vida. Quando penso nisso, fico refletindo sobre o quanto vale a pena nosso serviço, o quanto tem sido bem feito. Quando vejo que o paciente foi embora sem nenhuma infecção... Nossa! Isso é demais! Eu fico eufórica! Eu gosto muito do que eu faço." [ETE7]

"Vejo que passo mais tempo com eles do que com minha própria família... Por serem pacientes crônicos, eu percebo que são mais abatidos, angustiados, e eu gosto bastante de cuidar deste tipo de paciente; poder dar um carinho para eles é importante para mim." [ETE10]

Especificamente no tocante ao AV, os profissionais associam-no à própria vida do paciente, expondo o temor de que falhas em sua prática assistencial possam resultar em danos graves ao AV e, assim, causar prejuízos ao paciente.

"Para mim, o trabalho da enfermagem faz muita diferença para o paciente. Sabe por quê? Eu penso que a fístula é a vida dele, é a vida dele que está em nossas mãos. Se você não sabe puncionar, se você tem dúvida, se você erra... Errar é humano, eu sei, mas persistir no erro não está certo. Então, penso que você tem que ter consciência do que está fazendo e sempre fazer bem feito... Se não sabe, aprenda." [ETE1]

"Quando você me pergunta sobre o cuidado com o acesso vascular, eu entendo que representa a vida dele. Ele depende da máquina, depende do acesso para poder dialisar. Por isso, nós temos que ter todo cuidado, tanto com o cateter, como com a fístula. Querendo ou não, eu estou lidando com a vida dele. Se eu faço algo errado,

posso levar o paciente a óbito ou ficar um dia ou mais sem dialisar. Eu prejudico o paciente. Isso não pode acontecer." [ETE5]

"Deus me livre de prejudicar o acesso do paciente, principalmente, acesso de punção, como a fístula... É o meio dele sobreviver! Temos que ter bastante responsabilidade!" [ETE10]

Adicionalmente, destacaram-se expressões que remetem a um sentimento de prazer atrelado ao trabalho efetuado, como pode ser visualizado nas falas de EG1 e ETE7.

"É um trabalho em que, não vou dizer que você é o centro de tudo, mas tem um certo empoderamento profissional e isso é uma coisa que me fascina. Além do empoderamento, tem o conhecimento e o uso intensivo da tecnologia. Ah! É uma área que requer muito estudo e atualização contínua... Isso é uma das coisas que me encanta muito na nefrologia." [EG1]

"[...] Eu gosto muito do que eu faço. Nunca pego 30 dias de férias, só 20 dias, porque eu gosto muito de vir trabalhar. Se eu não vou para lugar nenhum, vou ficar fazendo o que dentro de casa? O mesmo ocorre quando eu estou de folga, se me ligarem e pedirem para vir trabalhar, eu venho... O que me motiva é gostar do que eu faço, porque se você olhar para as coisas que acontecem, de como te tratam quando você precisa, você não vem. Mas, só de pensar o quanto gosta do que faz, o quanto está ajudando o outro, o quanto você se sente bem quando está trabalhando, você esquece." [ETE7]

Após os participantes demonstrarem confiança no desenvolvimento das competências técnico-científicas peculiares ao cuidado da pessoa em HD, observa-se o reconhecimento da influência de suas ações nos resultados obtidos para o paciente, manifestando um sentimento de responsabilidade. Em paralelo, expressaram a congruência entre as atividades desempenhadas e o sentido atribuído ao trabalho, percebendo-as como significativas para manter a vida do paciente, que representa alguém com quem os vínculos são construídos, repercutindo na evolução clínica e na qualidade de vida.

5.2.5 A tessitura do cuidar sob a ótica do trabalho colaborativo e da valorização do trabalhador

Esta categoria compõe-se pelas expressões dos participantes a respeito do trabalho colaborativo e do envolvimento da enfermagem nas decisões, que estão delineadas em duas subcategorias: "O exercício do trabalho colaborativo" e "(Des)valorização dos profissionais de enfermagem no contexto organizacional".

❖ O exercício do trabalho colaborativo

Nesta subcategoria, estão agrupados os relatos dos participantes acerca do trabalho em equipe, emitindo suas percepções no tocante ao relacionamento entre equipe de enfermagem e médica e entre profissionais de enfermagem.

No primeiro momento, destacaram-se expressões envolvendo o trabalho entre enfermeiros e cirurgiões vasculares, reproduzindo as implicações advindas de vivências distintas. Alguns participantes referiram contar com um cirurgião vascular de referência, desvelando práticas de colaboração conjunta, com reconhecimento da interdependência entre as habilidades, atividades e responsabilidades dos enfermeiros e cirurgiões. Contudo, na experiência de outros participantes, que atuam em serviços que não possuem contratualização com cirurgião vascular para acompanhar os pacientes da unidade, a ausência desse profissional repercute em relações conflituosas, com desconhecimento do escopo de responsabilidades e falta de confiança no trabalho da enfermagem.

"A relação dele [cirurgião vascular de referência] com a enfermagem é tranquilíssima, sendo o nosso vascular de referência, facilita muito a comunicação. Ele está sempre perguntando sobre os pacientes, discute os casos com as enfermeiras, é bem preocupado." [EG2]

"Considero fundamental ter o vascular de referência, uma vez que conhecemos a técnica que ele utiliza para confeccionar a fístula e ele nos conhece também." [EG4]

"O vascular que trabalha aqui é muito gentil, muito educado. Podemos discutir com ele, falar das nossas dificuldades com o acesso... Ele ouve, valoriza nossa avaliação. Não fica dizendo para o paciente que não sabemos puncionar. Então, funciona. Temos um bom relacionamento profissional." [EENF4]

"Nos últimos tempos, eu tenho sentido que os vasculares [cirurgiões] estão começando a nos ouvir melhor, mas ainda assim, mesmo em um hospital como este, o vascular não nos escutava muito. Você falava que a fístula estava colabando, com pressão venosa alta, fluxo baixo, problemas na punção, que estava preocupada, achando que não evoluiria muito bem... E ele pedia para você ter calma, que a fístula era nova, para esperar. Ele até fazia ultrassom e dizia: – Nossa, o fluxo está ótimo! A fístula está ótima, não tem nada! E você tinha que insistir até que ele decidisse olhar com detalhe e ver que realmente tinha uma estenose, trombose, aí sim, colocava stent... Só então via que você tinha razão. Puxa! Quando a gente fala que tem problema é porque tem, pode olhar. Agora, depois que começamos a trabalhar com um vascular de referência, isso está melhorando, avançamos muito. Ele telefona para nós nos primeiros dias de uso da fístula e pergunta qual nossa avaliação, como foi a punção, se deu fluxo... Ele sabe que temos experiência, conhece nosso trabalho, então, nos ouve mais." [EENF8]

"Nós, da equipe de enfermagem, conseguimos identificar algumas estenoses, mas há algumas situações, como o caso de uma paciente que tem uma estenose arterial e o vascular não quer mexer. Ele disse para a paciente que a enfermagem que não está sabendo puncionar, mas está nítido que a estenose precisa ser mexida. Esses conflitos acontecem [...] Quando você conhece o vascular e ele respeita seu trabalho, ótimo, pode ligar ou mandar um relatório, que ele vai considerar sua avaliação. Agora, quando se trata de vasculares que não acreditam no que você diz e no que você faz, só por você ser um enfermeiro, fica difícil." [EG1]

Quanto ao relacionamento profissional entre a enfermagem e os médicos nefrologistas, observa-se o compartilhamento de objetivos comuns, tomada conjunta de decisões e corresponsabilização pelo resultado produzido.

"Nós temos muita liberdade para discutir com os médicos sobre que ocorre com os pacientes. Nós conversamos muito sobre os acessos dos pacientes, cada um coloca seu ponto de vista e achamos um caminho, traçamos a conduta em conjunto. E isso é bom!" [EENF1]

"Por exemplo, quando o paciente mexe o braço e faz um hematoma, eu avalio a extensão do hematoma e aviso para o médico se terei condições de repuncionar. Se eu vir que não vamos conseguir, avaliamos em conjunto o peso e a pressão arterial para definir se é melhor voltar no dia seguinte ou na próxima sessão. Se percebermos que não dá para esperar, explicamos ao paciente o que aconteceu e pedimos permissão para realizar novas tentativas. É uma avaliação conjunta. Isso é bem tranquilo." [EENF2]

"Durante a diálise, os médicos nos procuram para saber sobre o acesso, pois sabem que nós conhecemos como é a fístula de cada paciente e o próprio paciente reconhece que nós é que sabemos o melhor local de punção, como é a pele do paciente, o trajeto da veia, onde deve ser feita a próxima punção... Então, tanto os médicos como os pacientes reconhecem e têm total confiança em nosso trabalho." [EENF5]

"Eu sinto que os médicos também valorizam nosso trabalho. Eles pedem para avaliarmos o acesso, dizem que temos mais destreza, então, que é para resolvermos quaisquer questões com a fístula. [...] Tinha uma paciente que os técnicos me alertaram que a máquina estava apitando muito, daí, eu fui até lá, vi o que ocorria, conversei com a médica e falei que de vez em quando era preciso diminuir fluxo e que considerava ser necessário fazer o ultrassom. Ela nem questionou, fez logo o pedido. Isso para mim é confiança e, assim, eu me sinto valorizada." [EENF7]

"Para ter uma ideia, nós participamos da visita multiprofissional uma semana depois da coleta de exames, já com os resultados. Nós participamos da conversa, damos nossa opinião. Daí, eles [médicos] mudam tempo de diálise, medicação, decidem a frequência das sessões... Então, essas coisas são discutidas ali, mês a mês, todos juntos: médicos, enfermeiras, nutricionistas e nós. Nessas visitas eles pedem para gente falar, querem nos ouvir, pois passamos a maior parte do tempo com os pacientes." [ETE9]

Consoante ao trabalho em equipe entre os profissionais de enfermagem, revelou-se que a presença do enfermeiro no decorrer da prática assistencial, atuando com competência, respeito e serenidade evoca um sentimento de amparo e confiança nos técnicos de enfermagem, demonstrando uma dinâmica de trabalho com foco no paciente e responsabilidade mútua pelos resultados produzidos. Estas situações são demonstradas nas seguintes falas:

"Agora, vejo como algo muito bom, é que os enfermeiros sempre dão apoio ou ajudam quando nós precisamos. Eles sempre estão por ali. Se você sente que não vai conseguir ou coloca a agulha e não dá certo, podemos chamar o enfermeiro que ele vem. Isso dá confiança à equipe, nos sentimos amparados." [ETE4]

"Geralmente, ela [enfermeira] pega o ultrassom, avalia e punciona. As enfermeiras estão o tempo todo aqui, podemos chamar que elas vêm, nos dão muito apoio e são muito boas no que fazem." [ETE8]

"Para mim, o apoio delas [enfermeiras] é muito bom. Para ter uma ideia, nos acessos novos, elas fazem as primeiras punções e depois nos passam com muita tranquilidade, com confiança, segurança, sabem o que estão fazendo. Elas observam a ocorrência de hematomas, como são feitas as punções, tudo. Se perceberem qualquer risco, já falam." [ETE10]

Sob essa perspectiva, nota-se que, em seu trabalho, conforme demonstrado nos trechos que se seguem, os enfermeiros lançam mão da supervisão como uma ferramenta gerencial que lhes permita monitorar e acompanhar as práticas assistenciais efetuadas pela equipe de enfermagem, com o intuito de promover a adequação técnico-científica da prática clínica e, assim, monitorar a qualidade do cuidado.

"Quando eu percebo que alguma coisa não está sendo feita na técnica correta... Ah! Não deixo para depois não! Chamo a equipe na hora, faço uma reunião rápida, reoriento e registro em ata. Não espero marcar um dia para reunir todo mundo. Aqui, cada enfermeiro age assim com sua equipe. Se deixar para outro dia, acaba não fazendo. [...] Na hora da diálise, tem um período mais tranquilo, no meio do turno, que organizamos as coisas para o próximo turno. E nesse período, dá tempo de reorientar as práticas mais comuns de nosso dia a dia... [...] São assuntos pontuais, que podemos conversar ali mesmo e reorientar. Não toma muito tempo e o trabalho está sempre ajustado." [EENF4]

"É claro... Eu entendo que, com o tempo, acabamos inserindo nosso jeito próprio de fazer as coisas. Por exemplo, eu fui treinada para ligar o cateter de uma forma, de repente, em lugar de colocar a gaze dobrada, passei a colocar aberta. Outro técnico passou a dobrar a gaze três vezes, porque achou melhor assim. Quando nos damos conta, cada um está fazendo de um jeito e certas adaptações podem causar complicações. Por isso, de vez em quando chamamos todo mundo, revisamos as técnicas e voltamos ao padrão. Da última vez, foi sobre curativo de cateter e lavagem de mãos. A coordenadora deu uma aula e acompanhou todos fazendo para acertar a técnica. Eu vejo que, às vezes, é preciso retomar." [EENF8]

"Até hoje, eu vejo as enfermeiras fazerem muito isso: acompanham de perto, pontuam bastante. Se fizermos alguma coisa que não está de acordo com o protocolo, elas chegam, conversam, mostram como deve ser feito, ensinam mesmo. Mas, é tudo bem tranquilo, não é ríspido, como se tivessem chamando atenção. Eu percebo que é para corrigir, para melhorar." [ETE10]

Identificou-se também que os técnicos de enfermagem contam com o apoio de colegas mais experientes nas punções de acessos com maior grau de dificuldade, contribuindo para a tessitura do cuidar.

"Em todas as situações em que tive dúvida ou dificuldade, eu sempre tive apoio, tanto dos enfermeiros como dos colegas de trabalho. Sabe, tem técnicos/auxiliares de enfermagem que já têm mais de 20 anos que trabalham aqui e estão sempre prontos para ajudar. Eles [técnicos/auxiliares de enfermagem mais antigos] se preocupam em não causar hematoma, não lesionar, não prejudicar o paciente... Quando tem um acesso difícil, por exemplo, eles mesmos falam para gente deixar, que eles vão puncionar. Perguntam se queremos olhar, ver como eles fazem. Às vezes, é a primeira punção e... Puxa! O colega está aqui há 20 anos, então, sabe muito, melhor que ele faça. Aqui, tanto eles como os enfermeiros são maravilhosos em relação a isso." [ETE6]

"A relação entre os técnicos de enfermagem também é muito boa, nos ajudamos muito. Costumamos brincar que temos uma equipe de apoio para ajudar nas fístulas mais difíceis, portanto, quando percebemos que está complicada, chamamos alguém para dar um apoio, nem que seja apoio "moral". É muito bom porque avaliamos em conjunto, conversamos sobre como fazer, aprendemos uns com os outros..." [ETE10]

Os achados desta categoria indicam que os profissionais com distintas formações atuam de forma conjunta e compartilham conhecimentos e habilidades, delineando uma dinâmica de trabalho que favoreça a segurança e a efetividade do cuidado. No entanto, as dificuldades na articulação entre enfermeiros e cirurgiões vasculares são geradas pelo distanciamento entre esses profissionais, falta de parceria e reconhecimento do manejo do AV, como uma área propícia para a constituição de um campo colaborativo.

❖ **(Des)valorização dos profissionais de enfermagem no contexto organizacional**

Nesta subcategoria, encontram-se as concepções dos participantes sobre os processos decisórios, sobretudo, no que se refere aos protocolos de práticas assistenciais, sendo identificados contrastes entre as vivências relatadas.

Na percepção de alguns participantes, o modelo de cuidado, ainda, mantém-se estagnado, com mínimos avanços ao longo do tempo, como explicitado pelas falas abaixo:

"Em relação ao emprego de mudanças de protocolo, eu considero uma coisa muito difícil de ser feita, porque requer novo treinamento e é necessário tempo para isso. Em unidade de diálise, mudamos quando ocorre determinação da vigilância sanitária, com prazo de auto de infração e, às vezes, isso exige uma mudança "para ontem", temos poucos dias para nos adequarmos. Eu tenho que ver o que é preciso mudar, discutir com as enfermeiras, escrever e apresentar na prática aos técnicos como vai ser. Não é fácil! [EG1]

"Na diálise, é mais difícil ocorrer mudanças, temos uma rotina... Muitas pessoas não gostam de mudanças. Quando eu vejo alguma coisa nova e quero trazer, eu converso com a gestora, mas, geralmente, mantemos as coisas como estão." [EENF1]

"Olha, aqui não se muda rotina não, eles não aceitam muito bem." [ETE3]

Nessa direção, apreende-se que, quando ocorrem, as mudanças são elaboradas pelos gestores, com pouca ou nenhuma participação dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, expostos nos trechos de EG2 e EENF2:

“Como gestor, para algumas coisas eu vou pedir opinião aos enfermeiros, não vou levar ao conhecimento dos técnicos. Se o enfermeiro tiver dúvida, ele pode chegar à equipe e dizer que eu propus tal coisa e perguntar a opinião deles. Está certo. Mas, eu ir até à equipe e perguntar o que eles acham... Não! A opinião deles é mais voltada à prática e não pela questão científica. Por exemplo, sobre o momento de fazer o curativo do cateter, eles não vão pensar que o curativo deve ser feito antes da sessão ou até 10 minutos depois de iniciada a diálise para sabermos se apresenta sinais de infecção. Imagine você deixar para fazer o curativo na quarta hora, antes de o paciente sair? Aí, o paciente fez a diálise com aquela secreção, fez bacteremia e assim vai. Então, não! Este tipo de coisa eu discuto com a enfermeira.” [EG2]

“Normalmente, mantemos nossa rotina, não são realizadas muitas mudanças. Exceto quando nossa gestora precisa mudar alguma, daí, ela altera, nos comunica e nós informamos aos técnicos. Se precisar de alguma contribuição minha para discutir, pode contar comigo, mas, geralmente, não precisa. Se isso acontecesse, eu acharia bom, pois acredito que poderia ajudar nessas decisões.” [EENF2]

Assim, observa-se que os técnicos de enfermagem não são envolvidos na discussão sobre as mudanças, sendo informados no momento da implementação, o que é reiterado pelos discursos:

“Veja, nos momentos em que precisa mudar alguma coisa, a enfermeira chega e nos comunica. Fala o que vai mudar, como passará a ser feito e que precisa de nossa colaboração para que dê certo, é isso. Porém, não participamos da decisão, nem damos opinião, só somos comunicados mesmo.” [ETE3]

“No caso de ter que mudar alguma rotina, primeiro é falado às enfermeiras. Depois que está tudo resolvido, elas nos chamam na sala e comunicam. Dizem que a partir de hoje o procedimento vai passar a ser de tal forma e o motivo da mudança. E temos que nos adaptar. Elas que decidem, nós só temos que fazer e pronto.” [ETE5]

“Para você ter uma ideia, quando vai mudar alguma coisa, o técnico [de enfermagem] é só comunicado. A chefia imediata diz: – Leia o protocolo de enfermagem que foi modificado e assine que está ciente e a partir de agora vai ser assim. Não participamos da elaboração de nada, ninguém pede nossa opinião. Sabe, eu gostaria de participar, gostaria de ser mais ouvida. Pelo menos que perguntassem: Como você acha que poderíamos melhorar isso? Eu penso que não deveriam mudar os protocolos, sem consultar os técnicos, como foi com o de queda, ninguém pediu nossa opinião. Eu não concordo com essa forma de agir dos supervisores. Eu acho que deveriam chamar, sentar, explicar, perguntar se temos alguma ideia, explicar a proposta... Eu já li a pasta de protocolos que tem aqui. Porém, os enfermeiros deixaram lá no posto de enfermagem, mandaram ler e assinar. O que acontece na prática, é que algumas coisas que estão nesses protocolos são realizadas, outras não. O de queda, por exemplo, seguimos quase tudo; outros não. Tem gente que nem sabe o que está escrito lá.” [ETE1]

Esses achados apontam para um modelo de gestão centralizado na figura do gestor, que assume a responsabilidade pelas mudanças a serem realizadas na instituição, desconsiderando, de certo modo, a importância da inclusão dos atores na elaboração de protocolos assistenciais e/ou gerenciais, bem como o compartilhamento entre as equipes envolvidas. Todavia, os técnicos de enfermagem manifestaram o desejo de serem ouvidos e poderem contribuir com as readequações

ou reorganização dos processos assistenciais, conferindo melhor ajuste e entendimento dos novos protocolos à realidade concreta do trabalho, possibilitando a efetiva implementação.

Por outro lado, gestores e enfermeiros mencionam resistência da equipe frente às mudanças, que, paulatinamente, vai sendo substituída por resignação:

“Há algum tempo, eu percebi que a nossa taxa de infecção em cateter aumentou. Realizamos um treinamento de lavagem de mãos e de curativo de cateter para toda equipe, preconizei que curativo [do cateter] seria privativo do enfermeiro e que os técnicos/auxiliares teriam apenas que ligar o paciente à máquina, cuidando, claro, da desinfecção dos hubs. Esta ação está dando certo, mas confesso que não é fácil mudar. No início, gerou um certo desconforto entre técnico/auxiliares, pois pensavam que não estávamos confiando no trabalho deles, mas não era nada disso. [...] Portanto, como você pode perceber, confesso que tenho muita dificuldade para implantar coisas novas aqui. Minha principal dificuldade é a resistência da equipe. [...] Tudo que eu coloco de novo, eles vêm com um aspecto negativo. É um trabalho extra conseguir convencê-los de que é melhor assim.” [EG3]

“A mudança, inicialmente, sempre é negativa para eles [técnicos de enfermagem], pois vai dar um certo trabalho. Contudo, depois que se acostumam, melhora.” [EG2]

“Geralmente, os técnicos veem alguma coisa nova com certo receio, com medo, insegurança, acham que não vai dar certo, mas depois concordam... Acabam aceitando e fazendo.” [EENF3]

Além da resistência, foram evidenciados comportamentos apáticos dos técnicos de enfermagem, atribuídos ao cansaço e à falta de aceitação e reconhecimento de suas opiniões, com vistas às melhorias no contexto do trabalho, como pode ser identificado nos trechos:

“Muito difícil os técnicos [de enfermagem] trazerem alguma sugestão. Eles chegam, trabalham e saem [pensativa]. Engraçado, né? Parece que não criam vínculo com o serviço, a maioria é apática, se prende na rotina e pronto. [...] Por mais que busquemos alguma coisa nova, eles não se interessam. Teve uma época que colocávamos artigos científicos no mural para eles lerem, deixávamos o computador aberto para pesquisa... Não adiantava nada. Ninguém nem olhava! Tem o manual da diálise, nem isso eles olham. Não têm interesse, não! Acho que isso ocorre por conta da própria jornada de trabalho, eles saem de um serviço e entram em outro, não têm tempo para nada, estão sempre cansados, se sentindo sobrecarregados. A maior parte trabalha em outro serviço, são poucos que têm um vínculo só. Eu vejo que eles até gostam do que fazem, mas realizam de forma mecânica.” [EENF4]

“Eu percebo que os técnicos de enfermagem daqui não costumam dar muitas sugestões ou ideias para melhorar o serviço. Pelo menos, eu nunca vi. [...] Normalmente, os técnicos só ouvem, não dão opinião. Dar opinião é bem difícil acontecer. Não é que as sugestões não seriam bem recebidas, acho que os técnicos que não amadurecem as ideias para dar a opinião mesmo. Talvez os enfermeiros até acatassem. Mas o que eu vejo é que ninguém [técnicos de enfermagem] tem vontade de falar mesmo. Estão cansados, querem fazer o trabalho e pronto.” [ETE4]

“No dia a dia do trabalho, posso dizer que é muito difícil ser ouvida pela gestora, sabe aquela expressão “Ter que fazer um abaixo-assinado para marcar o dia da reunião pra ser ouvida”? É mais ou menos assim... Caso contrário, você nunca é ouvida! Eu já nem falo nada, porque a minha opinião não vai satisfazer ninguém.” [ETE1]

Tendo em vista as vivências relatadas, compreende-se que processos de gestão são, ainda, verticalizados, desestimulando os profissionais a serem proativos, podendo repercutir em resistência às mudanças e apatia nas atividades cotidianas.

Posteriormente, encontrou-se similaridade nas experiências por outros participantes no tocante ao estímulo para seu envolvimento nos processos decisórios, que demonstravam sentir-se ouvidos, integrados a uma equipe e, assim, apresentavam iniciativa e comportamentos ativos.

“Posso dizer também que a equipe é bem comprometida. A maioria trabalha só aqui; os que trabalham em outros lugares, quando veem coisas novas, acabam trazendo algumas ideias. Por exemplo, esta semana uma técnica veio me falar de um curativo para fixar as pontas do cateter, uma coisa nova, que a gente não tem aqui. Eu vejo que eles se preocupam, querem melhorar o serviço.” [EG4]

“Quando temos algum problema no serviço, normalmente, a gestora chama os enfermeiros e explica o que está acontecendo. Ela fala que tem de revisar o protocolo, pergunta nossa opinião e, normalmente, nomeia alguém para ficar responsável por pesquisar o que tem de mais novo na literatura sobre o assunto e trazer para discussão. Por exemplo, quebra de barreira no caso de infecção. Já aconteceu. Pesquisamos e fizemos uma aula de infecção à equipe, eu mesma dei essa aula. Depois conversamos e tiramos as dúvidas para que, de fato, todos executássemos a técnica conforme padronizado. Sabe, considero muito boa essa possibilidade de participar das decisões, nos sentimos importantes, sentimos que nossa opinião está sendo ouvida, que está sendo válida. Isso levanta nosso moral. Eu sinto que não sou mais uma, sinto que estou fazendo a diferença.” [EENF6]

“Veja, aconteceu de eu ou meus colegas sugerir o uso de alguns materiais ou propor algumas mudanças na rotina; nossas ideias eram boas e foram implantadas. Eles [enfermeiros] pedem nossa opinião. Por exemplo, eles falam: – Este material não está muito bom, vocês têm alguma ideia de um melhor para fixar o cateter? Sabemos que outras instituições usam tal coisa, então, falamos, eles procuram saber o que é, avaliam e, se for o caso, implementam. Isso já aconteceu. Outro ponto importante é que todos os anos a enfermeira faz nossa avaliação e temos a oportunidade de falar o que achamos que precisa melhorar ou se temos alguma ideia... Eles sempre ouvem.” [ETE8]

Diante de tais depoimentos, depreende-se que criar espaços participativos, onde os membros da equipe possam emitir suas opiniões e contribuições, é essencial para estimular a busca pelo conhecimento científico e solidificar o compromisso com a qualidade da assistência e com os resultados institucionais.

5.2.6 Reflexões acerca dos motivos para agir: diferentes perspectivas e comportamentos

Nesta categoria, estão reunidas as manifestações dos participantes relativas aos aspectos que fortalecem ou fragilizam a motivação para o trabalho, que foram elucidadas nas subcategorias: “Expressões acerca das (des)motivações para o trabalho” e “Percepções e atitudes dos gestores e enfermeiros para promover um ambiente motivador”.

❖ Expressões das (des)motivações para o trabalho

Após manifestarem-se acerca das vivências frente ao envolvimento da equipe de enfermagem nos processos decisórios, os profissionais abordaram aspectos que fortalecem ou fragilizam sua motivação no contexto do trabalho.

Destarte, foram apreendidas expressões em que os benefícios oferecidos pela organização, como oportunidades de aperfeiçoamento, crescimento na carreira e acesso a serviços de apoio à saúde do trabalhador são compreendidos como demonstrações de valorização e incentivo institucional.

“Sabe, se o funcionário quiser estudar na faculdade do hospital, tem desconto. Tem auxílio educação também, mas funciona assim: você pede, o hospital analisa e, se merecer, eles dão. Eu, por exemplo, sempre vou a congressos. O hospital sabe que isso reflete no trabalho, pois, quando eu volto, passo à equipe o que eu aprendi e melhoramos o serviço. Para mim, é uma motivação.” [EENF8]

“E não é só ao paciente, eu considero aqui um hospital muito bom para o colaborador também. Por exemplo, nós temos programa de saúde do colaborador e todos os anos fazemos exames, check up. Se precisar de ajuda psicológica ou qualquer outro tipo de ajuda, eles acompanham. Eu já passei por momentos muito difíceis em minha vida pessoal e fui muito bem acolhida, tanto pela enfermeira como pela minha gestora... Isso fez com que eu me sentisse acolhida na instituição, tratada como pessoa mesmo e não só como um funcionário, diferentemente de outros lugares onde trabalhei; não eram assim. [...] Mas, quando você tem algum problema e sente que eles vão te ajudar a resolver, que se importam, que fazem as coisas para que você se sinta melhor, é lógico que trabalha com mais satisfação!” [ETE8]

No que concerne aos aspectos relacionais, evidenciou-se que a confiança demonstrada pela equipe em seu trabalho, a proximidade na relação com a liderança e o reconhecimento emitido pelo paciente também constituem-se em elementos fundantes que impulsionam a motivação para o trabalho.

“Eu me sinto motivada, quando preciso de ajuda e todo mundo tá disposto. Às vezes, eu nem preciso pedir e a pessoa já se prontifica. Esse retorno é ótimo. [...] Esta união da equipe, esta disposição para ajudar, me motiva.” [EG4]

“É gratificante saber que os colegas confiam em mim. Assim, eu sinto que faço um bom trabalho. Estes detalhes fazem a diferença no tratamento do paciente, que percebe nitidamente isso. Para mim, é gratificante! Faz valer a pena!” [ETE3]

“Outra coisa que eu gosto bastante é que nossa gestora tem uma percepção muito boa. Se ela olha e vê que não estamos muito bem, ela já percebe e nos chama para conversar. Pergunta como estamos, se aconteceu alguma coisa no trabalho, se estamos sobrecarregados, se tem algo ocorrendo, por que estamos tristes, abatidos, como ela pode nos ajudar... E isso é uma coisa que me motiva muito no trabalho, porque se eu me sinto bem cuidada, conseqüentemente, cuido melhor.” [ETE8]

“Eu me lembro de um paciente que chorou quando foi transferido para outro serviço, disse que sentiria saudades. Ah! Para mim, não tem reconhecimento melhor do que isso. Temos também pacientes que postam em suas redes sociais o quanto são gratos, e isso deixa a equipe muito feliz.” [EENF1]

Em seguida, os participantes explicitaram situações relativas aos aspectos organizacionais que fragilizam sua motivação para o trabalho, como folgas, baixos salários e cansaço, tendo em vista a rotina extenuante de trabalho.

“O que me desmotiva é quando eu quero uma folga em tal dia e não me deixam tirar... Aí, eu fico enlouquecida [risos]. Às vezes, você escolhe uma data, outro vem e quer a mesma data que você e, quando ele tem preferência, acabo pensando: – Nossa! Mas eu estou aqui há muito mais tempo, quando precisa de manhã, eu venho, quando precisa cobrir tal coisa também venho, e na hora que eu preciso, não recebo nada. Eu sinto isso como uma falta de consideração. Fico muito chateada.” [ETE3]

“Eu vejo que aqui as pessoas reclamam muito do salário, mas do trabalho em si não. Quem trabalha em outros lugares diz que o nosso salário está abaixo do salário do mercado, por isso eles reclamam. Isto desmotiva, muito. Sabe, tem dias que não estou muito motivada para vir trabalhar, não estou a fim de vir, mas acho que isso acontece com todo mundo. É mais cansaço!” [ETE4]

“O que me desmotiva é o cansaço. Ah! A gente cansa demais! Porém, isso faz parte... Eu trabalho em escala de 12x36h. [...] mas é a correria do dia a dia, a rotina, o estresse, o trânsito... Relevo porque, graças a Deus, tenho um trabalho. Prefiro pensar assim.” [ETE5]

Os profissionais mencionaram também experiências correspondentes à falta de reconhecimento pelo trabalho desenvolvido e de empatia, assim como a incivildade como elementos desmotivadores.

“Por outro lado, muitas coisas me desmotivam, como não ser bem tratado, não ser reconhecido, ser culpado por algo que não cometi. Isso acontece, às vezes, eu fico bem chateado.” [EENF3]

“O que me desmotiva, às vezes, é ouvir uma grosseria que não estava esperando, fazer muito e não ser reconhecida pelos pacientes, pela equipe ou pela instituição.” [EENF6]

“Eu vejo que alguns profissionais [os enfermeiros e o gestor] poderiam melhorar a forma como falam comigo; algumas vezes, são grosseiros... Sabe tem coisas que aprendi de um jeito que é diferente do que ele aprendeu. Se é para fazer diferente, explica, vou entender. Tem que saber falar com as pessoas! Isso acontece entre o núcleo de enfermagem, não com os médicos. Com os médicos é tranquilo.” [ETE1]

“[...] eu sinto que as pessoas não valorizam muito nosso trabalho, ele não é tão reconhecido. Não somos elogiados e isso, para mim, é não valorizar. Então, tanto faz se trabalhamos bem, se nos esforçamos. Ninguém está nem aí.” [ETE4]

Considerando os depoimentos, tornou-se evidente que oportunidades de crescimento e desenvolvimento, programa de benefícios associados à remuneração, à educação e à saúde dos profissionais, assim como o reconhecimento pelo trabalho, confiança e proximidade com as lideranças são percebidos, como motivadores pelos participantes. Por outro lado, identifica-se a inflexibilidade na negociação das folgas, baixos salários, sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento e empatia, incivilidade como componentes desmotivadores para o trabalho.

❖ **Percepções e atitudes dos gestores e enfermeiros na promoção de um ambiente motivador**

Tendo conhecido os fatores que promovem ou fragilizam a motivação dos profissionais no trabalho, os gestores e enfermeiros foram questionados a respeito de sua perspectiva em relação aos elementos socioestruturais que desencadeiam o sentimento de motivação ou desmotivação dos técnicos de enfermagem.

Na visão dos gestores, a concessão de folgas extras e incremento na remuneração configuram-se dentre os principais itens capazes de impulsionar a motivação dos profissionais. Os enfermeiros corroboram essa visão, todavia, acrescentam que fatores consoantes ao relacionamento interpessoal e à falta de reconhecimento também concorrem para a desmotivação, como explicitado abaixo:

“O que fazer para motivar os funcionários? Folga, claro! [risos]. O que mais motiva o funcionário é folga e o reconhecimento, é parabenizá-lo quando está certo, mas o principal mesmo é folga. [...] Outra coisa que motiva é salário, entretanto nisso eu não consigo mexer. Se eu pudesse dar uma gratificação... Nossa! Isso seria uma das coisas que mais eles mais valorizariam. Todavia, não consigo.” [EG1]

“Sabe, eu tento motivar bastante os funcionários, mas é dureza. Se você não dá a folga que ele pede, não dá o final de semana que precisa, não coloca os plantões remunerados que ele precisa... Tudo vem abaixo... Os únicos fatores motivadores para eles, aqui, são esses [folga e plantão remunerado]. De resto, nada.” [EG3]

“Eu vejo que eles são comprometidos, dobram plantão quando precisamos, porém nem sempre têm um agradecimento. Esta é outra situação que acabam chateados.” [EENF2]

“O que mais pesa para eles é o relacionamento, se eles são bem tratados ou não. E eu vejo que aqui se peca um pouco nesse sentido. Tem um problema de relacionamento, tanto entre eles, como com a equipe inteira: enfermeiros, chefia...” [EENF3]

A partir desta compreensão, gestores e enfermeiros indicaram ações que realizam no sentido proporcionar um contexto de trabalho favorável à motivação da

equipe. Dentre as ações, foram observadas as buscas por recompensas em folga para aqueles que não se ausentaram do trabalho ou por participar de ações para capacitação profissional, além da remuneração pelo alcance de metas e a conciliação de folgas e férias, como destacado nos trechos abaixo:

“Aqui, eu consegui fazer assim: em janeiro, quem não faltou no ano anterior, tem uma folga a mais. Quando a clínica foi credenciada para fazer o curso de educação continuada com uma instituição parceira, no ano passado, eles também ganharam uma folga a mais. O que eu posso fazer, eu faço.” [EG1]

“Outra coisa é conciliar as folgas e as férias que eles querem. São coisas que conseguimos fazer, não é difícil. Na verdade, considero que devemos fazer isso, porque um ajuda o outro. Aqui pensamos muito assim: se o técnico pede para ir embora mais cedo e você responde que tem que cumprir horário, que não pode, quando você precisar dele, ele também vai falar não. É claro que analisamos se não vai prejudicar o setor, o trabalho, principalmente os pacientes...” [EENF8]

“Aqui, de uma maneira geral, os técnicos são bem motivados, no entanto se dissermos que tem uma meta a cumprir, alguma coisa que mexa em pontos, pois tem PRV [programa de remuneração variável], essas coisas... Eles se empolgam ainda mais.” [EENF6]

Para além de recompensas, a promoção de *feedbacks* contínuos e empáticos, demonstrando se importar com o bem-estar do profissional, foi apreendida como uma estratégia para fortalecer o sentimento de reconhecimento dos profissionais, a conexão com os propósitos organizacionais e o sentimento de pertencimento.

“Eu gosto de dar retorno para todos. Sempre que tem alguma coisa de errado, eu oriento como deve ser, chamo individualizado sem que ninguém fique sabendo. Eu penso que é uma questão de saber conversar, pois as pessoas podem se chatear mais pela forma como você fala do que pelo fato de ser chamado atenção. Por outro lado, quando eles acertam, eu parablenizo, elogio, acho muito importante para motivar a equipe.” [EENF1]

“Eu tenho o hábito de ser grata. Todo final de plantão eu digo a eles: – Muito obrigada! É uma coisa minha. Eu sei que eles são a força daqui. Quando percebo que eles [técnicos de enfermagem] não estão bem, que ocorreu alguma coisa, eu chamo a equipe para conversar. Faço reuniões, agradecimentos, reforço que não tivemos bacteremia, que tivemos poucos hematomas. Acho importante que eles saibam os resultados de nosso trabalho para ficarem motivados.” [EENF2]

“O elogio também faz parte, o reconhecimento diário. Dizer: – Hoje, você está demais! Eu tenho o hábito de fazer isso... É o meu jeito e vejo que isso empolga os funcionários.” [EENF7]

Nessa direção, enfermeiros explicitaram que a postura adotada em relação à equipe, demonstrando proximidade com os técnicos de enfermagem, prática colaborativa e confiança em seu trabalho constituem elementos basilares para promover comportamentos proativos da equipe.

“Eu vejo que eles trabalham mais motivados quando veem e sentem a enfermeira ao lado. Tem enfermeira que larga o funcionário e eles trabalham sem apoio, eu acho isso

muito ruim. Não é que eu faça o trabalho deles, mas também não fico só na parte burocrática. Eles sabem que têm o apoio, que estou junto... Não só na hora que chamam para resolver alguma coisa, mas o tempo todo. Sinto que quando não é assim, eles ficam meio chateados, porque parece que você trabalha, trabalha e outra pessoa fica sossegada. Eu sou assistencial, mas sei que tenho outras atividades que eles não têm que fazer, porém se eles não nos vêem ao lado, se sentem meio ignorados. Outra coisa que motiva os funcionários é quando eles nos veem gerenciando a equipe, definindo quem faz o quê, para não deixar uns trabalhando mais que outros. Eu percebo que isso ajuda bastante.” [EENF7]

“Eu vejo que eles gostam [técnico/auxiliar de enfermagem], quando damos liberdade para agirem, quando percebem que confiamos neles.” [EENF8]

Com base nas manifestações, denota-se que os enfermeiros e gestores desenvolvem atitudes para promover um contexto de trabalho motivador para sua equipe a partir de sua própria compreensão. Nesse sentido, as ações nem sempre podem atender às necessidades de sua equipe.

5.2.7 (Des)compromisso institucional com a segurança do paciente

Esta categoria compreende as expressões dos participantes no que corresponde aos desafios para implementar as diretrizes preconizadas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e a interface com a cultura de segurança, incluindo a transparência no modo de tratar as questões envolvendo os erros e os EA. Nesse enlace, foram construídas duas subcategorias: “(In)segurança nas práticas assistenciais: da legislação à realidade” e “Cultura de segurança do paciente: abordagem individual ou sistêmica.

❖ (In)segurança nas práticas assistenciais: da legislação à realidade

Ao abordar o tema segurança do paciente, inicialmente, os participantes externaram suas vivências em relação à implementação de ações preconizadas pelo PNSP nos serviços de diálise, cenários da presente pesquisa.

Dentre estas ações, destacam-se as recentes iniciativas para constituição do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), a elaboração do Plano local e a adaptação dos protocolos de segurança do paciente ao contexto de trabalho, expressos nos depoimentos que se seguem:

“Com relação à segurança do paciente, nós organizamos o Núcleo [Núcleo de Segurança do Paciente] e agora estamos aperfeiçoando: acertando quem são os membros, como serão as reuniões, a questão da nomeação oficial... Hoje, eu já tenho algumas

ferramentas, como identificação do paciente na pasta e na máquina e estamos confeccionando os crachás. Também acompanhamos o implante e a retirada de cateter. Devagar vamos organizando.” [EG2]

“Agora, com esta questão da legislação da segurança do paciente, nós estamos começando a implantar protocolos específicos envolvendo todas as áreas, desde a admissão. Nós fomos notificados agora e temos 1 ano para fazer tudo isso. As unidades satélites vêm sendo orientadas pelo município sobre como fazer o plano de segurança. Os hospitais já possuem, mas com outro tipo de estruturação. Para uma unidade satélite, é diferente. [...] Aqui, eu fiz um plano de segurança e disponibilizei aos trabalhadores; todos leram. Agora, vamos trabalhar a cultura de segurança, tanto do paciente como da equipe. Estou começando pela enfermagem.” [EG1]

“Quando você me pergunta sobre as questões de segurança do paciente, aqui nós temos o protocolo institucional. Então, eu não posso deixar de executar as seis metas preconizadas pelo hospital [identificação do paciente; comunicação assistencial; segurança na prescrição, no uso e administração de medicamentos; cirurgia segura; higienização das mãos; reduzir risco de queda e lesão por pressão]; no entanto, eu precisei elaborar e implantar um protocolo específico para a diálise. Eu consegui fazer algumas coisas, como as placas de identificação. É que a diálise é um serviço que, se você pensar... Por exemplo, risco de queda, todos os pacientes têm: todos fazem uso de heparina, todos são dialíticos. Então, não tem como eu sinalizar. Mas a vigilância me pediu, então, eu precisei fazer o protocolo de risco de quedas, entretanto é meio complexo.” [EG3]

Corroboram estes achados discursos relatando que o cumprimento da legislação específica para segurança do paciente passou a ser exigido, recentemente, nos serviços de diálise. Apesar disso, os profissionais consideram a assistência prestada segura, tendo em vista as determinações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para seu funcionamento e natureza especializada do trabalho.

“Com relação à segurança do paciente, teoricamente, é uma coisa nova em diálise. Não que a diálise não tenha segurança, pelo contrário, é um dos serviços que mais têm segurança. Desde o uso do dialisador, dos equipamentos... Porque temos uma legislação própria para essas unidades. Então, um dos setores que mais preza por segurança é a nefrologia.” [EG1]

“Com relação à segurança do paciente, hoje, não temos nenhum protocolo implantado, porém seguimos algumas regras, como por exemplo: o capilar e as linhas são identificadas com nome completo do paciente, e fazemos conferência com ele perguntando qual seu nome; quando ele responde, conferimos com a etiqueta do capilar. Ajudamos na locomoção dos pacientes que apresentam dificuldades para deambular, sempre fazemos dupla checagem nas medicações a serem administradas. [...]. Outro exemplo, é quando ocorrem os hematomas. Nós fazemos compressas, o médico prescreve medicação, orientamos o paciente sobre os cuidados domiciliares e relatamos no livro. Pode perceber que fazemos todos os cuidados necessários.” [EENF1]

Não obstante, como ilustrado na fala de ETE7, nota-se certo distanciamento entre o desenvolvimento das atividades habituais especializadas e o que é preconizado para a segurança do paciente, uma vez que os incidentes são concebidos como eventos próprios do trabalho executado, com ações pontuais para sua

mitigação, desconsiderando, na maior parte das vezes, tratativas de aprendizagem para evitar a recorrência.

“Normalmente, como estamos aqui há muito tempo, eu vejo que as intercorrências que acontecem são corriqueiras, fazemos disso uma rotina. Por exemplo: coagulou o capilar... [...] Temos o cuidado de lavar o acesso, avaliar e ver se poderemos usar o mesmo ou se será necessário repuncionar. Com hematoma, a mesma coisa. O paciente reclama que está doendo, se identificarmos um hematoma, paramos a máquina e chamamos o médico. Ele avalia. Se achar que dá para continuar, continuamos; se achar que não, paramos. Então, danos ao paciente, às vezes, têm, mas tentamos minimizar o máximo que pudermos. Depende também de quem estiver no dia, se tem mais ou menos experiência. Se tem muito tempo de diálise, já conhece, sabe que se o capilar está com pressão de transmembrana alta, é porque o capilar está ruim, não vai ficar toda hora silenciando a máquina para parar de alarmar. Nessa parte, conseguimos nos virar bem. São coisas corriqueiras, estamos acostumados.” [ETE7]

Isto pode ser atestado nas expressões que remetem a práticas inseguras no cuidado aos pacientes em HD, destacando-se questões como comunicação ineficaz, exigência para que os cuidados sejam realizados com agilidade e divisão do trabalho por tarefas.

“Chegamos a ter o caso de um paciente que deu um resultado alterado no swab. Na reunião mensal com a CCIH [Comissão de controle de infecção hospitalar], uma enfermeira disse que estava usando Gentamicina®, a outra disse que era outra coisa e o paciente disse que não estavam passando nada. Nossa! Imagine! Qual era o tratamento correto? Qual o tratamento que estava sendo feito? O que precisávamos, nesse caso, é falar a mesma língua. E o problema era que cada médico tinha uma conduta. E, na reunião mensal, decidimos por centralizar todas as informações, para manter as mesmas condutas. Com essa medida, nós conseguimos melhorar. [EG3]

“Às vezes, você está tão atarefado, paciente entrando e saindo, você ligando paciente... Liga um aqui, outro ali. Chega uma hora que você fala: – E agora? O que eu ia fazer mesmo? Dá branco. Precisa parar, respirar e ver o que falta fazer.” [ETE7]

“Dentre as coisas que fazemos no dia a dia, sempre tem coisas que poderíamos fazer melhor, porém, fazemos o que está estabelecido em nossa rotina. [...] No meu modo de ver, isso não está certo, mas funciona assim há anos. Eu sei que sou eu quem tem que fazer os cuidados com os pacientes que estão sob minha responsabilidade, porém aqui nós trabalhamos assim, divididos por tarefas, há anos. Quando eu entrei, já era assim e tive que entrar no ritmo do pessoal.” [ETE5]

Frente ao exposto, compreende-se que, apesar da assistência aos pacientes em HD estar consolidada na literatura, com *guidelines* robustos e frequentemente atualizados, a translação para a realidade concreta dos serviços de diálise persiste como um desafio para efetivação de uma assistência qualificada e segura. Neste sentido, compreende-se que são necessários esforços para que as diretrizes propostas pelo PNSP sejam implementadas.

❖ **Cultura de segurança do paciente: abordagem individual ou sistêmica**

Esta subcategoria descreve vivências distintas entre os participantes relativas à criação de espaços para falar sobre a ocorrência de erros e suas repercussões aos profissionais de enfermagem e melhoria do cuidado.

Constatou-se que alguns participantes vivenciam a liberdade para comunicar os erros, discutir sobre eles e efetuar a notificação. Nesse ambiente, denota-se que os erros são utilizados para promover melhorias na prática assistencial, configurando a busca pela fomentação da cultura de aprendizagem articulada com a cultura organizacional e da segurança, que pode ser visualizada nos fragmentos a seguir:

“Antigamente, ninguém falava dos erros, ninguém falava do que aconteceu, hoje, qualquer erro, como por exemplo, vaziar um pouquinho de sangue, eles já falam. A gente tem a notificação, pode ou não colocar o nome de quem está notificando, e eu sempre incentivo notificar. Às vezes acontece de dizer: – Ah! Não foi comigo, foi com outro. Eu digo que não interessa quem foi, mas o quê, então, que é importante notificar. Notifica e, quando voltar para mim, vamos avaliar e procurar melhorar, para não acontecer de novo.” [EG4]

“A respeito dos incidentes, eu nunca vi acontecer nada grave com os pacientes aqui, mas eu acho que, se acontecesse, a equipe tomaria a conduta que fosse necessária. Por exemplo, se eu punccionar errado e o paciente perder o acesso. Eles vão avaliar o paciente, internar, passar o cateter e tentar recuperar o acesso. Se aumentar o número de infecções, todo mundo é reorientado, repassam todas as técnicas, observam como estamos fazendo o curativo. Isso já aconteceu, não muitos casos, porque aqui se tiver dois casos é motivo suficiente para dar um alerta e pensar em uma série de ações, tomando decisões para que não aconteça de novo. Punição eu nunca vi, eles se preocupam em melhorar.” [ETE9]

Com base nessa compreensão, os discursos abaixo explicitam a abordagem empregada frente aos erros, demonstrando que, após a notificação, é realizada a análise dos incidentes e a tratativa é desenvolvida com base na causa identificada, resgatando os elementos constitutivos da cultura justa, da transparência e aprendizagem.

“Agora, frente às questões de segurança do paciente, quando nos deparamos com algum incidente, primeiro atendemos o paciente. Depois, abrimos notificação, investigamos e fazemos um levantamento dos problemas. Se for necessário, revemos protocolo, o atendimento, o motivo da falha, os profissionais envolvidos... Se for necessária uma punição, vai ser feita, porque também não podemos deixar passar. Mas, para isso, tem que ter análise para ver se foi falha no processo, onde foi, essas coisas... Aí sim, tomamos uma decisão.” [EENF5]

“Percebo que quando acontecem esses casos [incidentes], comunicamos ao médico em primeira instância, para resolver o problema do paciente. Em segunda instância, comunicamos à supervisora, quase que ao mesmo tempo. Tem um protocolo no sistema onde temos que notificar, dizer tudo que aconteceu, como foi... Dependendo do evento, somos chamados para ajudar a fazer a análise do caso, por exemplo, se for um evento sentinela ou alguma coisa assim. Se for um evento sem muita consequência, é só notificado e as outras instâncias do hospital vão verificar o que

pode ser feito para que isso não ocorra novamente. Como aconteceu quando iniciamos com prescrição eletrônica, ela era muito poluída e, às vezes, pulávamos linha. Não chegou a acontecer nenhum evento, mas poderia ter acontecido, por exemplo, pular a prescrição de um potássio no banho ou alguma coisa assim. Então, agora mudou, vem em negrito.” [EENF6]

“Quando você me pergunta como são tratados os incidentes, eu vejo que sempre é aberta uma notificação para que o hospital entre com as medidas de segurança. Por exemplo, eu troquei uma medicação. Eu notifico no sistema interno do hospital, eles vêm, analisam e tentam mudar. Se forem medicações muito semelhantes, por exemplo, e eles perceberem que é passível de erro, já mudam de lugar, fazem alguma coisa, sei lá... Mas, sempre fazem alguma coisa para aquilo não acontecer de novo. Então, toda vez que acontece um problema de segurança, conversamos com nossa chefia e notificamos porque sabemos que o hospital vai tentar resolver. Contudo, de forma nenhuma nós somos punidos, porque não é intencional, não é descaso.” [ETE8]

Em outra direção, foram relevadas experiências em que os profissionais temem falar sobre os erros com receio de punição e, até mesmo, de perder o emprego. Os trechos abaixo demonstram essas situações:

“Eu percebo que ninguém tem tranquilidade para falar de um erro. Se comete um erro, procura esconder. Aqui não temos muitas ocorrências; quando acontece, o pessoal na maior parte das vezes procura esconder; mas não adianta, porque de um jeito ou de outro, nós sempre ficamos sabendo. Nem todos [técnicos/auxiliares de enfermagem] são assim, mas alguns fazem isso por insegurança ou medo de perder o emprego.” [EENF3]

“A maioria das pessoas se sente insegura em falar sobre os erros no processo de trabalho com medo das punições. Penso que, muitas vezes, a insegurança é por não saber como os erros serão vistos ou tratados.” [EENF1]

“Se acontecer alguma coisa errada, os técnicos falam, comunicam, mas ficam com medo. [...] ... no meu ponto de vista, é muito difícil acontecer alguma falha, mas quando acontece... É advertência com certeza. Tem toda uma conversa falando que precisamos prestar atenção, falam dos riscos, do que poderia ter acontecido com o paciente... Mas a advertência vem... Primeiro, é advertência verbal e, se você repetir ou tiver algum dano para o paciente, daí, é escrita.” [ETE3]

“Sabe, a maior parte das pessoas têm medo de falar quando erram... O que observo é que quando você acerta, ninguém fala nada, porém no dia em que comete um erro leva uma bronca tão grande que parece que tudo que fez antes sempre estava errado.” [ETE4]

Esses sentimentos refletem, ainda, a cultura da culpabilização, subjacente ao cenário de prática, no qual as advertências são utilizadas como instrumento de repreensão, como expresso pelos seguintes depoimentos:

“Hoje em dia, nossa tratativa dos incidentes depende de cada caso. Por exemplo, ainda não temos o sistema Notivisa, portanto, não notificamos. Se o evento envolver o paciente, procuramos resolver rapidamente, mas não há a notificação no sistema. Em relação ao funcionário, se for um erro grave, ele é advertido, se for um erro que cabe somente advertência verbal, a gente faz. Depende do grau do erro.” [EG1]

“[...] quando ocorre algum evento adverso, chamamos o técnico e conversamos. Falamos o que aconteceu e avaliamos a gravidade. Trocar capilar entre pacientes é um erro grave, erro de medicação é grave... A pessoa precisa reconhecer isso,

dependendo da gravidade é caso de advertência, para que isso não se repita mais.” [EENF3]

“Quando acontece algum incidente, primeiramente, atendemos e acompanhamos o paciente, porque temos os protocolos de como fazer. [...] Com relação ao funcionário, a gente penaliza: dá advertência ou suspensão, porque é um erro grave. Nós mantemos as coisas bem identificadas, tudo certinho, se ocorrer algum problema é falha humana mesmo. [...] Mas ainda não está bem definida no Núcleo a dinâmica de como os erros e os eventos serão tratados.” [EG2]

“Quando eu percebo algum erro antes de atingir o paciente, eu comunico à gestora... É lógico! Mas, também converso com o funcionário. A partir do momento que atinge o paciente, é advertência, sem choro... E não sou eu quem aplico, é a gestora.” [EENF2]

Frente aos achados, percebe-se que os profissionais atribuem a segurança da assistência às especificidades do trabalho em diálise, referindo-se às rígidas determinações legais e ao caráter rotineiro das práticas efetuadas. Em virtude das exigências em relação à instituição do PNSP, os profissionais estão se aproximando dessa temática, que ainda estão em fase inicial de implementação. Tal compreensão é ratificada pelas práticas inseguras retratadas nos discursos.

Adicionalmente, percebe-se que, o comportamento da liderança na maneira de conduzir os incidentes, influenciando diretamente na percepção dos profissionais sobre as consequências advindas desses eventos. Desse modo, fomentar a cultura de segurança implica transparência, responsabilidade e criação de espaços para discussão e análise do evento, bem como busca de soluções envolvendo profissionais, organização e o paciente/família.

5.3 RESULTADOS INTEGRADOS

Nesta etapa, encontram-se o processo de integração dos achados quantitativos e qualitativos e a construção das metainferências.

Pautados na pesquisa de métodos mistos com desenho convergente, após a análise dos resultados quantitativos e qualitativos, procedeu-se a integração desses achados, no intuito avaliar como o empoderamento psicológico dos profissionais de enfermagem no manejo do AV relaciona-se com a percepção acerca do ambiente da prática e do clima de segurança em serviços de diálise.

A integração está apresentada em duas matrizes de exibição conjunta. A primeira (Quadro 1) refere-se à análise da percepção e das vivências dos participantes sobre o Ambiente da prática e do clima de segurança, assim como os componentes

do manejo do AV. A segunda (Quadro 2), corresponde à avaliação do empoderamento psicológico de profissionais de enfermagem no manejo do AV e sua relação com os atributos do ambiente da prática e do clima de segurança.

Cabe mencionar que as matrizes são compostas por três colunas. Na coluna 1, expõe-se a síntese dos resultados quantitativos; a 2, traz a síntese dos achados qualitativos que abordam temas similares aos quantitativos, pontuando-se os ajustes da integração e a 3, apresenta as metainferências obtidas, a fim de responder à questão do EMM.

Quadro 1 – Matriz de integração dos resultados quantitativos e qualitativos e as metainferências relativas à percepção dos profissionais de enfermagem frente aos componentes do manejo do AV, ao ambiente da prática e ao clima de segurança – São Paulo, 2020

(continua)

QUAN (Estatística)	QUAL (Categorias/subcategorias temáticas e excertos)	METAINTERFERÊNCIAS
Conceito comum: Escuta ativa da enfermagem na tomada de decisão gerencial.		
<p>PES – Subescala: “Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares”.</p> <p>❖ Análise estatística: média = 2,62 (dp = 0,97); mediana = 2,80; subescala menos favorável e com evidência de distribuição diferente ($p < 0,0001$).</p> <p>❖ Assertivas com maiores percentuais de concordância: “Os enfermeiros são envolvidos na direção interna da clínica” (64,07%) e “O gestor de enfermagem da unidade consulta a equipe sobre os procedimentos e problemas do dia a dia” (64,06%).</p> <p>❖ Não houve clareza na resposta: “A administração da instituição ouve e responde às demandas dos trabalhadores” (46,9% de discordância e 53,1% de concordância).</p> <p>❖ Componentes do manejo do AV</p> <p>❖ 20% dos profissionais de enfermagem referiram participar na elaboração dos protocolos.</p>	<p>CONVERGÊNCIA E COMPLEMENTARIDADE</p> <p>Subcategoria: (Des)valorização dos profissionais de enfermagem no contexto organizacional.</p> <p>“Se eu preciso mudar um protocolo, eu envolvo o setor de práticas assistenciais e o de controle de infecção [...] Analisamos os guidelines [...], as melhores práticas e implementamos aqui. [...] se for uma mudança muito rápida, eu chamo as enfermeiras e peço para multiplicarem para a equipe. Se for uma mudança muito drástica, que eu vejo que vai ter mais resistência, eu mesma passo e explico o motivo da transição; no entanto, eu não costumo ter resistência.” [EG4]</p> <p>“Quando temos algum problema no serviço, [...] a gestora chama os enfermeiros e explica o que está acontecendo. Ela fala que tem que revisar o protocolo, pergunta nossa opinião e, normalmente, nomeia alguém para ficar responsável por pesquisar o que tem de mais novo na literatura sobre o assunto e trazer para discussão.” [EENF6]</p> <p>“Veja, aconteceu de eu ou meus colegas sugerir o uso de alguns materiais ou propor algumas mudanças na rotina; nossas ideias eram boas e foram implantadas. Eles [enfermeiros e gestora] pedem nossa opinião.” [ETE8]</p> <p>DIVERGÊNCIA E COMPLEMENTARIDADE</p> <p>“Como gestor, para algumas coisas, eu vou pedir opinião aos enfermeiros, não vou levar ao conhecimento dos técnicos. [...] A opinião deles é mais voltada à prática e não à questão científica. [...] É lógico... Têm coisas que eles participam. Para isso, chamamos todo mundo e falamos: – Estamos mudando a rotina x, o que vocês acham?”. [EG2]</p> <p>“ [...] quando nossa gestora precisa mudar alguma, daí, ela altera, nos comunica e nós informamos aos técnicos. Se precisar de alguma contribuição minha para discutir, pode</p>	<p>Os gestores de enfermagem participam dos processos de decisão organizacionais; depoimentos demonstrando escuta e valorização da equipe em contraste com pouco ou nenhum envolvimento nas decisões relativas ao manejo do AV, sobretudo, os técnicos/auxiliares de enfermagem, permitem compreender os escores e percentuais limítrofes encontrados acerca da participação da equipe nas discussões e a expressiva alienação desses profissionais na elaboração dos protocolos.</p>

Quadro 1 – Matriz de integração dos resultados quantitativos e qualitativos e as metainferências relativas à percepção dos profissionais de enfermagem frente aos componentes do manejo do AV, ao ambiente da prática e ao clima de segurança – São Paulo, 2020

QUAN (Estatística)	QUAL (Categorias/subcategorias temáticas e excertos)	METAINFERÊNCIAS
(continuação)		
Conceito comum: Escuta ativa da enfermagem na tomada de decisão gerencial (continuação).		
	<p><i>contar comigo, mas, geralmente, não precisa. Se isso acontecesse, eu acharia bom, pois acredito que poderia ajudar nessas decisões.</i> [EENF2]</p> <p><i>“No caso de ter que mudar alguma rotina, primeiro é falado às enfermeiras. Depois que está tudo resolvido, elas nos chamam na sala e comunicam. Dizem que a partir de hoje o procedimento vai passar a ser de tal forma e o motivo da mudança. E temos que nos adaptar. Elas que decidem, nós só temos que fazer e pronto.”</i> [ETE5]</p>	
Conceito comum: Qualidade dos cuidados relacionada à competência clínica dos enfermeiros.		
<p>PES – Subescala: “Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado”.</p> <p>❖ Análise estatística: média = 2,85 (dp= 0,78); mediana = 2,86.</p> <p>❖ Assertiva com maior percentual de concordância: “Trabalho com enfermeiros clinicamente competentes” (84,4%).</p>	<p>CONVERGÊNCIA E COMPLEMENTARIDADE</p> <p>Subcategoria: O exercício colaborativo.</p> <p><i>“Para mim, o apoio delas [enfermeiras] é muito bom. Para ter uma ideia, nos acessos novos, elas fazem as primeiras punções e depois nos passam com muita tranquilidade, com confiança, segurança, sabem o que estão fazendo.”</i> [ETE10]</p> <p>DIVERGÊNCIA E COMPLEMENTARIDADE</p> <p>Subcategoria: Concebendo o modo de fazer: entre o real e o ideal.</p> <p><i>“Sabe, tem muita rotatividade de enfermeiro, eles não param. [...] ... tudo que eles têm de dúvida, recorrem a nós. Isso me deixa um pouco insegura: se eu tenho dificuldade, para quem eu vou perguntar? Se o enfermeiro que entrou está perguntando para mim, o que eu faço?”</i> [ETE7].</p>	<p>A qualidade dos cuidados ao AV é favorável e relaciona-se à competência clínica dos enfermeiros, proporcionando segurança à equipe; contudo, torna-se comprometida em cenários onde a rotatividade dos enfermeiros é elevada.</p>

Quadro 1 – Matriz de integração dos resultados quantitativos e qualitativos e as metainferências relativas à percepção dos profissionais de enfermagem frente aos componentes do manejo do AV, ao ambiente da prática e ao clima de segurança – São Paulo, 2020

(continuação)

QUAN (Estatística)	QUAL (Categorias/subcategorias temáticas e excertos)	METAINTERFERÊNCIAS
Conceito comum: Qualidade dos cuidados relacionada à qualificação profissional.		
<p>PES – Subescala: “Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado”.</p> <p>❖ Assertiva com maior percentual de concordância: “Programa de acompanhamento/tutoria dos profissionais de enfermagem recém-contratados” (64,06%).</p> <p>❖ Não houve clareza nas assertivas: “Desenvolvimento ativo da equipe e programas de educação continuada para a enfermagem” (59,4% de concordância e 40,6% de discordância).</p> <p>❖ Componentes do manejo do AV: 76,56% dos profissionais de enfermagem referiram ter participado de programas de aperfeiçoamento acerca do manejo do AV.</p>	<p>CONVERGÊNCIA</p> <p>Categoria: Desafios para assimilar a especialidade: percorrendo o caminho da qualificação profissional.</p> <p><i>“Eu fiquei 1 mês inteiro somente na educação corporativa do hospital [capacitação admissional], tendo aulas teóricas sobre cuidados com o cateter, cuidados com a fistula...” [ETE8]</i></p> <p><i>“Eu percebo que o hospital investiu em mim e investe em outras pessoas também, faz parte da política da instituição.” [EG4]</i></p> <p><i>“Muitas vezes, os enfermeiros conseguem fazer esses treinamentos [educação continuada] no horário de trabalho.” [EG2]</i></p> <p>DIVERGÊNCIA</p> <p><i>“Sempre trabalhamos com uma escala muito reduzida. [...] Eu não tenho como deixar um funcionário 15 dias em treinamento admissional [...] Ele tem acesso [...] a todos nossos documentos e, assim, consegue obter a teoria. Porém, a parte prática é no dia a dia, acompanhado pelo enfermeiro e técnicos, que estão sempre juntos tirando dúvidas.” [EG2]</i></p> <p><i>“Eu cheguei, me enviaram à sala de diálise e disseram: – Fique aí. Meu Deus! Eu só pensava: – E agora? O que eu faço?” [ETE7].</i></p> <p>COMPLEMENTARIDADE</p> <p><i>“Sabe, considero muito difícil fazer treinamento em serviço, muito difícil mesmo, porque envolve uma questão de custos. [...] Eu tento ser criativa [...] contudo é muito difícil.” [EG1]</i></p> <p><i>“Agora, uma coisa é fato, treinamento fora do plantão, eles não vêm, é impossível.” [EENF2]</i></p>	<p>A qualidade dos cuidados com o AV mostrou-se favorável, sendo fragilizada quando há ausência de política de qualificação profissional nas organizações, tanto admissional como continuada.</p>

Quadro 1 – Matriz de integração dos resultados quantitativos e qualitativos e as metainferências relativas à percepção dos profissionais de enfermagem frente aos componentes do manejo do AV, ao ambiente da prática e ao clima de segurança – São Paulo, 2020

(continuação)

QUAN (Estatística)	QUAL (Categorias/subcategorias temáticas e excertos)	METAINTERFERÊNCIAS
<p>Conceito comum: Qualidade dos cuidados relacionada ao planejamento da assistência com base em evidências.</p>		
<p>PES – Subescala: “Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado”.</p> <p>❖ Assertiva com maior percentual de concordância: “Uma filosofia de enfermagem clara que permeia o ambiente de cuidado ao paciente” (75%).</p> <p>❖ Protocolos assistenciais no manejo do AV: Monitoramento (100%); Vigilância (100%); Curativo do CVC (96,67%); Punção (93,33%) e Encaminhamento do paciente para avaliação pelo cirurgião vascular (50%).</p> <p>❖ Métodos de monitoramento: a) Exame físico: inspeção e palpação (100%); ausculta do sopro (63,64%); teste de aumento de pulso e de elevação do braço (9,09%); b) Sinais de complicações: Qb, sinais infecciosos ou hematomas persistentes (92,12%); nº de falhas na punção (84,38%); dor relativa à punção (81,25%) e tempo de hemostase após retirada de agulhas (37,50%).</p> <p>❖ Métodos de vigilância: Qa (27,42%); Kt/V (77,42%); Pressões (91,94%); Taxa de recirculação (41,67%).</p>	<p>CONVERGÊNCIA E COMPLEMENTARIDADE</p> <p>Subcategoria: Concebendo o modo de fazer: entre o real e o ideal.</p> <p><i>“Posso dizer que vejo os cuidados como rotineiros de qualquer serviço de hemodiálise [ETE2].</i></p> <p><i>“Sabe, eu considero qu,e neste hospital, somos orientados a cumprir à risca os protocolos e isso é muito bom, nos dá a garantia de que estamos fazendo as melhores práticas. [...] para mim, é uma questão de segurança, ter um modelo de trabalho a ser seguido.” [EENF8]</i></p> <p>Subcategoria: Identificação e gerenciamento de complicações no AV.</p> <p><i>“[...] avaliamos a fístula, mas o exame físico completo não fazemos, só a palpação e a inspeção mesmo. O teste de elevação do braço e o teste de aumento de pulso, por exemplo, não fazemos. [...]. Dependendo de nossa avaliação, encaminhamos ao vascular; no entanto, não temos um protocolo definido para isso.” [EENF6]</i></p> <p>DIVERGÊNCIA E COMPLEMENTARIDADE</p> <p><i>“Eu vejo que tem outras coisas que deveríamos fazer no cuidado com o acesso, mas não conseguimos. [...] o ideal seria ter um programa de monitorização do acesso. [...] Mas não conseguimos um tempo hábil para isso. [...] Posso dizer que um processo sistemático de avaliação da fístula não conseguimos fazer... Deveríamos selecionar um dia do mês e avaliar todos os acessos, acompanhar, como se fosse uma equipe de acesso vascular.” [EG1]</i></p> <p><i>“Eu nunca tive oportunidade de fazer um curso específico sobre cuidados com acesso vascular, avaliação da fístula... [...] Eu queria muito ter a oportunidade de participar de um curso de ultrassom para enfermeiros, porque eu uso, mas não tenho muita habilidade, fico sempre com dúvida para mexer direito no aparelho. Queria me aprofundar, pois acabamos usando o ultrassom mais para fazer a punção.” [EENF7]</i></p>	<p>O manuseio do AV é baseado em protocolos, constituindo-se práticas habituais e institucionalizadas. Porém, foram identificadas vulnerabilidades no monitoramento e gerenciamento de complicações, podendo ser atribuída à ausência de políticas de qualificação profissional na organização.</p>

Quadro 1 – Matriz de integração dos resultados quantitativos e qualitativos e as metainferências relativas à percepção dos profissionais de enfermagem frente aos componentes do manejo do AV, ao ambiente da prática e ao clima de segurança – São Paulo, 2020

(continuação)

QUAN (Estatística)	QUAL (Categorias/subcategorias temáticas e excertos)	METAINTERFERÊNCIA
Conceito comum: Atuação do gestor/enfermeiro na liderança da equipe de enfermagem.		
<p>PES – “Habilidade, liderança e suporte do coordenador/supervisor de enfermagem aos enfermeiros/ equipe de enfermagem”</p> <p>❖ Análise estatística: média = 3,01 (dp = 0,83); mediana = 3,20.</p> <p>❖ Assertivas com maior percentual de concordância: “O gestor da unidade é um bom administrador e líder” (82,8%) e “O gestor de enfermagem da unidade dá suporte à enfermagem” (75%).</p> <p>❖ Assertiva com menor percentual de concordância: “Reconhecimento e elogio por um trabalho bem feito” (62,5%).</p> <p>❖ Relação com variáveis sociodemográficas: Enfermeiros (média = 3,49; dp = 0,44) e técnicos/auxiliares de enfermagem (média = 2,91; dp = 0,86). Houve evidência de diferença estatística significativa (p = 0,017).</p>	<p>CONVERGÊNCIA</p> <p>Subcategoria: O exercício colaborativo.</p> <p><i>“Agora, vejo como algo muito bom é que os enfermeiros sempre dão apoio ou ajudam quando nós precisamos. [...] Isso dá confiança à equipe, nos sentimos amparados.” [ETE4]</i></p> <p>Subcategoria: Expressões acerca das (des)motivações para o trabalho.</p> <p><i>“[...] quando eles não nos vêem do lado, se sentem meio ignorados” [EENF7].</i></p> <p><i>“[...] a nossa gestora tem uma percepção muito boa. [...] Pergunta como estamos, se aconteceu alguma coisa no trabalho, se estamos sobrecarregados, se tem algo ocorrendo, por que estamos tristes, abatidos, como ela pode nos ajudar... [...] se eu me sinto bem cuidada, conseqüentemente, cuido melhor.” [ETE8]</i></p> <p>DIVERGÊNCIA</p> <p><i>“Eu vejo que alguns profissionais [enfermeiros e gestor] poderiam melhorar a forma como falam comigo, algumas vezes, são grosseiros...” [ETE1]</i></p> <p><i>“[...] é uma questão de saber conversar, pois as pessoas podem se chatear mais pela forma como você fala do que pelo fato de ser chamado atenção.” [EENF1]</i></p> <p><i>“[...] as pessoas não valorizam o nosso trabalho, não é tão reconhecido. Não somos elogiados [...]. Então, tanto faz se trabalhamos bem, se nos esforçamos. Ninguém está nem aí.” [ETE4]</i></p> <p>COMPLEMENTARIDADE</p> <p><i>“É gratificante saber que os colegas confiam em mim.” [ETE3]</i></p> <p><i>“Eu sinto que os médicos valorizam o nosso trabalho”. [EENF7]</i></p> <p><i>“Há pacientes que postam em suas redes sociais que são gratos, deixando a equipe feliz”. [EENF1].</i></p>	<p>A liderança dos gestores/enfermeiros é positiva, sendo manifestada no apoio técnico-científico dos enfermeiros à equipe; todavia, notou-se depoimentos contrastantes no tocante ao relacionamento interpessoal entre os gestores e a equipe. A liderança é fragilizada pela falta de reconhecimento e valorização da equipe, a qual recebe reconhecimento dos pacientes, dos pares e dos médicos.</p>

Quadro 1 – Matriz de integração dos resultados quantitativos e qualitativos e as metainferências relativas à percepção dos profissionais de enfermagem frente aos componentes do manejo do AV, ao ambiente da prática e ao clima de segurança – São Paulo, 2020

(continuação)

QUAN (Estatística)	QUAL (Categorias/subcategorias temáticas e excertos)	METAINTERFERÊNCIAS
Conceito comum: Disponibilidade de recursos para o processo cuidativo.		
<p>PES – Subescala: “Adequação da equipe e dos recursos”.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Análise estatística: média = 2,98 (dp = 0,94); mediana = 3,25. ❖ Assertiva com maior concordância: “Serviços de apoio adequados que me permitem dedicar tempo aos pacientes” (75%). ❖ Assertiva com menor concordância: <ul style="list-style-type: none"> - “Equipe de enfermagem em número suficiente para proporcionar aos pacientes um cuidado de qualidade” (64,1%). 	<p>CONVERGÊNCIA E COMPLEMENTARIEDADE</p> <p>Subcategoria: Concebendo o modo de fazer: entre o real e o ideal.</p> <p><i>“Para mim, ter um vascular de referência faz toda diferença. Temos um paciente que foi admitido na semana passada, veio para avaliação do vascular e já fez a fístula. [...] é maravilhoso!” [EENF4]</i></p> <p>Categoria: Recursos institucionais: elementos de infraestrutura e materiais, aspectos econômicos e dimensionamento de pessoal.</p> <p><i>“Temos todos os recursos de que precisamos: diferentes tamanhos e tipos de agulhas, capilares, doppler [...] Quanto à estrutura material, física e de pessoal aqui não temos problema. Para mim, só o fato de o paciente ficar aqui mesmo: se precisar de um doppler é fácil, se precisar de uma internação é fácil...” [EENF6]</i></p> <p><i>“Porém, eu vejo que é inviável um técnico [de enfermagem] assistir seis pacientes, como foi deliberado em Portaria [...] acho que isso diminui a qualidade do cuidado.” [EG1]</i></p> <p>DIVERGÊNCIA E COMPLEMENTARIEDADE</p> <p><i>“A nossa estrutura para trabalhar até que é tranquila, mas o material é muito regrado [...] O armário fica até trancado. E também não pode ficar pedindo tudo a qualquer hora. [...] É um pouco ruim, porque acaba demorando e o paciente tem que ficar esperando, atrasa o turno...” [ETE4]</i></p> <p>Subcategoria: Identificação e gerenciamento de complicações no AV.</p> <p><i>“Aqui na clínica, não temos o doppler, portanto, solicitamos que o paciente procure um vascular para fazer o exame [...]. Há casos em que os médicos conseguem pedir por aqui, pois alguns convênios autorizam; outros convênios negam [...]. Penso que o ideal seria ter um vascular de referência para todos os pacientes, mas como são vários convênios, não conseguimos...” [EENF1]</i></p>	<p>A adequação da equipe e dos recursos é avaliada como favorável quando há dimensionamento de pessoal adequado, disponibilidade de materiais, ultrassom doppler e acessibilidade ao serviço de cirurgia vascular. A inexistência desses elementos interfere de modo negativo no manejo do AV, impactando na qualidade e na segurança da assistência.</p>

Quadro 1 – Matriz de integração dos resultados quantitativos e qualitativos e as metainferências relativas à percepção dos profissionais de enfermagem frente aos componentes do manejo do AV, ao ambiente da prática e ao clima de segurança – São Paulo, 2020

(continuação)

QUAN (Estatística)	QUAL (Categorias/subcategorias temáticas e excertos)	METAINTERFERÊNCIAS
Conceito comum: Relações profissionais e colaboração na assistência à saúde.		
<p>PES – Subescala: “Relações colegiais entre médicos e enfermeiros”.</p> <p>❖ Análise estatística: média = 3,33 (dp = 0,68); mediana = 3,33; subescala mais favorável, apresentando evidência de distribuição diferente ($p < 0,0001$).</p> <p>❖ Todas assertivas apresentaram concordância superior a 90%.</p>	<p>CONVERGÊNCIA E COMPLEMENTARIEDADE</p> <p>Subcategoria: O exercício colaborativo.</p> <p><i>“Nós temos muita liberdade para discutir com os médicos sobre que ocorre com os pacientes. Nós conversamos muito sobre os acessos dos pacientes, cada um coloca seu ponto de vista e achamos um caminho, traçamos a conduta em conjunto. E isso é bom!” [EENF1]</i></p> <p><i>“Para ter uma ideia, nós participamos da visita multiprofissional ” [ETE9]</i></p> <p><i>“A relação dele [cirurgião vascular de referência] com a enfermagem é tranquilíssima, sendo o nosso vascular de referência, facilita muito a comunicação.” [EG2]</i></p> <p><i>“Quando você conhece o vascular e ele respeita seu trabalho, ótimo [...]. Agora, quando se trata de vasculares que não acreditam no que você diz e no que você faz só por você ser um enfermeiro, fica difícil.” [EG1]</i></p>	<p>A relação entre nefrologistas e profissionais de enfermagem é profícua pela convivência e pelo compartilhamento de objetivos comuns no manejo do AV; a relação com cirurgião vascular pode ser incrementada mediante sua inserção na equipe.</p>
Conceito comum: Abordagem ao erro.		
<p>SAQ – Domínio: “Clima de segurança”</p> <p>❖ Análise estatística: média = 71,09 (dp=19,47); mediana=71,43.</p> <p>❖ Assertivas com maior concordância: “Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões</p>	<p>CONVERGÊNCIA</p> <p>Subcategoria: Cultura de segurança do paciente: abordagem individual ou sistêmica.</p> <p><i>“Nós mantemos as coisas bem identificadas, tudo certinho, se ocorrer algum problema é falha humana mesmo.” [EG2]</i></p>	<p>O clima de segurança é desfavorável, pois, embora os profissionais reconheçam os meios e sintam-se encorajados a comunicar os erros, a</p>

Quadro 1 – Matriz de integração dos resultados quantitativos e qualitativos e as metainferências relativas à percepção dos profissionais de enfermagem frente aos componentes do manejo do AV, ao ambiente da prática e ao clima de segurança – São Paulo, 2020

(continuação)

QUAN (Estatística)	QUAL (Categorias/subcategorias temáticas e excertos)	METAINFERÊNCIAS
Conceito comum: Abordagem ao erro (continuação)		
<p>relacionadas à segurança do paciente nesta área (82,8%) e “Sou encorajado por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente” (75%).</p> <p>❖ Não houve clareza no item:</p> <p>- “Nesta área, é difícil discutir sobre os erros” (51,6% de concordantes, 12,5% de neutros e 35,9 de discordantes).</p>	<p>“A partir do momento que atinge o paciente, é advertência, sem choro... E não sou eu quem aplico, é a gestora.” [EENF2]</p> <p>“A maioria das pessoas se sente insegura em falar sobre os erros no processo de trabalho com medo das punições.” [EENF1]</p> <p>“Sabe, a maior parte das pessoas têm medo de falar quando erram... [...] é que quando você acerta, ninguém fala nada, porém no dia em que comete um erro leva uma bronca tão grande que parece que tudo que fez antes sempre estava errado.” [ETE4]</p> <p>DIVERGÊNCIA E COMPLEMENTARIDADE</p> <p>“Antigamente, ninguém falava dos erros, ninguém falava do que aconteceu, hoje, qualquer erro, como por exemplo, vazar um pouquinho de sangue, eles já falam. [...] eu sempre incentivo notificar. [...] Eu digo que não interessa quem foi, mas o quê ... [...] Notifica e, quando voltar para mim, vamos avaliar e procurar melhorar, para não acontecer de novo.” [EG4]</p> <p>“Por exemplo, eu troquei uma medicação. Eu notifico no sistema interno do hospital... [...] Se forem medicações muito semelhantes, por exemplo, e eles perceberem que é passível de erro, já mudam de lugar, fazem alguma coisa, sei lá... [...] Então, toda vez que acontece um problema de segurança, conversamos com nossa chefia e notificamos porque sabemos que o hospital vai tentar resolver.” [ETE8]</p>	<p>abordagem individual, majoritariamente, adotada pelo corpo diretivo, o estilo de liderança centralizador e as dificuldades nas relações interpessoais repercutem sentimentos de medo, angústia e ansiedade. Em cenários de abordagem sistêmica, a comunicação dos eventos adversos é estimulada e transparente.</p>

Quadro 1 – Matriz de integração dos resultados quantitativos e qualitativos e as metainferências relativas à percepção dos profissionais de enfermagem frente aos componentes do manejo do AV, ao ambiente da prática e ao clima de segurança – São Paulo, 2020

(continuação)

QUAN (Estatística)	QUAL (Categorias/subcategorias temáticas e excertos)	METAINFERÊNCIAS
Conceito comum: Protocolos de segurança do paciente.		
<p>❖ Protocolos de segurança: Identificação do paciente e/ou administração de medicamentos (98,33%); Higienização das mãos e/ou prevenção de infecções (95%) e Prevenção de quedas: (71,67%).</p>	<p>CONVERGÊNCIA E COMPLEMENTARIDADE:</p> <p>Subcategoria: “(In)segurança nas práticas assistenciais: da legislação à realidade.</p> <p><i>“Quando você me pergunta sobre as questões de segurança do paciente, aqui nós temos o protocolo institucional. Então, eu não posso deixar de executar as seis metas, preconizadas pelo hospital, no entanto, eu precisei elaborar e implantar um protocolo de risco de queda, todos os pacientes têm: todos fazem uso de heparina, todos são dialíticos. Então, não tem como eu sinalizar. Mas, bem, a vigilância me pediu, então, eu precisei fazer o protocolo de risco de quedas, entretanto é meio complexo.”</i> [EG3]</p> <p>DIVERGÊNCIA E COMPLEMENTARIEDADE:</p> <p><i>“[...] nós estamos começando a implantar protocolos específicos [...]. Nós fomos notificados e temos 1 ano para fazer tudo isso.”</i> [EG1]</p> <p><i>“[...] teoricamente, é uma coisa nova em diálise. Não que a diálise não tenha segurança, pelo contrário, é um dos serviços que mais têm segurança. [...]. Porque temos uma legislação própria para essas unidades.”</i> [EG1]</p> <p><i>“[...] hoje, não temos nenhum protocolo implantado, porém seguimos algumas regras, como por exemplo: o capilar e as linhas são identificadas com nome completo do paciente, e fazemos conferência [...]. Ajudamos na locomoção dos pacientes com dificuldades para deambular, sempre fazemos dupla checagem nas medicações [...]. Outro exemplo, é quando ocorrem os hematomas. Nós fazemos compressas, o médico prescreve medicação, orientamos o paciente sobre os cuidados domiciliares e relatamos no livro. Pode perceber que fazemos todos os cuidados necessários.”</i> [EENF1]</p> <p><i>“[...] eu vejo que as intercorrências que acontecem são corriqueiras, fazemos disso uma rotina. [...] Então, danos para o paciente às vezes tem, mas tentamos minimizar o máximo que pudermos.”</i> [ETE7]</p>	<p>A construção e implementação de ações vinculadas ao PNSP estão em fase inicial, sobretudo em unidades extra-hospitalares; contudo, o cumprimento da legislação inerente ao funcionamento de serviços de diálise e o emprego de protocolos assistenciais conferem a percepção de cuidado seguro.</p>

(conclusão)

Fonte: A pesquisadora.

Quadro 2 – Matriz de integração dos resultados quantitativos e qualitativos e as metainferências relativas à percepção dos profissionais de enfermagem acerca do empoderamento psicológico no manejo do AV e sua interface com o ambiente da prática e o clima de segurança – São Paulo, 2020

(continua)

QUAN (Estatística)	QUAL (Categorias/subcategorias temáticas e excertos)	METAINTERFERÊNCIAS
Conceito comum: Significado do manejo do AV e a interface com o ambiente da prática e o clima de segurança.		
<p>PEI – Subescala: “Significado”</p> <p>❖ Análise descritiva: média = 19,64 (dp=2,55); mediana = 21.</p> <p>❖ Todas assertivas apresentaram concordância superior a 90%.</p> <p>❖ Análise de correlação: associação significativa e moderada:</p> <p>a) Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares (r=0,32; p<0,001);</p> <p>b) Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado (r=0,35; p<0,01);</p> <p>c) Habilidade, liderança e suporte do coord./supervisores de enf. aos enfermeiros/equipe de enf. (r=0,37; p<0,01);</p> <p>d) Adequação da equipe e dos recursos (r=0,40; p<0,01).</p> <p>e) Relações colegiais entre médicos e enfermeiros (r=0,36; p<0,01);</p> <p>f) Clima de segurança: Significado (r=0,49; p<0,05).</p>	<p>CONVERGÊNCIA E COMPLEMENTARIDADE</p> <p>Subcategoria: Descoberta do propósito e concretude do trabalho.</p> <p><i>“[...] porém se não cuidarmos do acesso do paciente, estamos deixando de cuidar da vida dele.” [EG3]</i></p> <p><i>“Quando você me pergunta sobre o cuidado com o acesso vascular, eu entendo que representa a vida dele.” [ETE5].</i></p> <p><i>“Deus me livre de prejudicar o acesso do paciente, principalmente, acesso de punção, como a fístula... É o meio dele sobreviver! Temos que ter bastante responsabilidade!” [ETE10]</i></p> <p><i>“Lembro de uma situação na qual a paciente parou de dialisar, porque não tinha mais acesso. Não tinha onde passar cateter e não conseguia fazer fístula ou colocar prótese. Não tinha mais o que pudéssemos fazer por ela. E aí? Quais foram os cuidados que tivemos com os acessos? Qual nossa parcela de responsabilidade pelos acessos que ela perdeu?” [EG3]</i></p> <p><i>“Para mim, o acesso vascular é a vida do paciente! [...] Por isso, eu acabo direcionando os funcionários que têm punção melhor às fístulas mais difíceis, sei que se complicar, pode acarretar sérios danos futuramente” [EENF4].</i></p>	<p>O manejo do AV constitui um trabalho relevante, significativo e gratificante aos profissionais de enfermagem, remetendo a cuidar da própria vida do paciente.</p>

Quadro 2 – Matriz de integração dos resultados quantitativos e qualitativos e as metainferências relativas à percepção dos profissionais de enfermagem acerca do empoderamento psicológico no manejo do AV e sua interface com o ambiente da prática e o clima de segurança – São Paulo, 2020

(continua)

QUAN (Estatística)	QUAL (Categorias/subcategorias temáticas e excertos)	METAINFERÊNCIAS
Conceito comum: Competência no manejo do AV e a interface com o Ambiente da prática e o clima de segurança.		
<p>PEI – Subescala: “Competência”</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Análise descritiva: média = 19,36 (dp = 2,43); mediana = 21. ❖ Todas assertivas apresentaram concordância superior a 95%. ❖ Análise de correlação: associação significativa e moderada: <p>a) Adequação da equipe e dos recursos (r=0,38; p<0,01).</p> <p>b) Clima de segurança: Significado (r=0,49; p<0,05).</p>	<p>CONVERGÊNCIA E COMPLEMENTARIEDADE</p> <p>Subcategoria: A trajetória envolvendo o conhecimento, a habilidade e a prática.</p> <p><i>"Quando eu falo com o médico que o cateter está ruim, não está funcionando ou está com fluxo baixo, é porque já fizemos várias coisas, como inverter as vias, fazer flush, passar soro, posicionar o paciente de lado... E, ainda assim, não está funcionando. Portanto, quando comunicamos o médico, já tomamos todas as condutas de enfermagem e não funcionou. Não vamos simplesmente falar que não está funcionando sem ter feito nada, não transferimos o problema. Sabemos nosso papel, nossa responsabilidade."</i> [EENF8]</p> <p><i>"Hoje em dia, eu compreendo bem como o setor funciona e me sinto bem confiante para fazer meu trabalho."</i> [ETE8]</p> <p><i>"As atividades que fazemos aqui são muito rotineiras, não mudam muito... Todos os dias fazemos a mesma coisa."</i> [ETE4]</p> <p><i>"[...] eu me considero muito boa em punção do acesso. Eu gosto de sentir bem o trajeto, testar antes para não fazer hematoma, procuro usar meu tempo fazendo os cuidados com calma. Sabe, quem sofre com os nossos erros são os pacientes, principalmente, quando se trata da fístula."</i> [ETE2]</p> <p>Categoria: Recursos institucionais: elementos de infraestrutura e materiais, aspectos econômicos e dimensionamento de pessoal.</p> <p><i>[...] fazer uma avaliação de acesso sem ter um equipamento [ultrassom] que eu possa justificar o que está acontecendo, fica sendo só a palavra de um enfermeiro para um vascular".</i> [EG1]</p>	<p>Os profissionais de enfermagem sentem-se seguros, confiantes e dominam as habilidades necessárias para o cuidado do AV, tendo em vista a habitualidade dos cuidados. Esta percepção é balizada, mais fortemente, pela disponibilidade de recursos e pelo clima de segurança.</p>

Quadro 2 – Matriz de integração dos resultados quantitativos e qualitativos e as metainferências relativas à percepção dos profissionais de enfermagem acerca do empoderamento psicológico no manejo do AV e sua interface com o Ambiente da prática e o Clima de segurança – São Paulo, 2020

(continua)

QUAN (Estatística)	QUAL (Categorias/subcategorias temáticas e excertos)	METAINFERÊNCIAS
Conceito comum: Autodeterminação no manejo do AV e a interface com o ambiente da prática e o clima de segurança.		
<p>PEI – Subescala: “Autodeterminação”</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Análise descritiva: média = 14,50; dp = 4,52; mediana = 14,50. ❖ Relação com variáveis sociodemográficas: Diferença estatística ($p = 0,007$) entre enfermeiros (média = 17,27; dp = 3,04) e técnicos/auxiliares de enfermagem (média = 13,92; dp = 4,59). ❖ Assertiva com maior percentual de concordância: “Eu tenho significativa autonomia em decidir como faço meu trabalho” (78,13%). ❖ Não houve clareza: “Eu posso tomar as minhas próprias decisões de como fazer o meu trabalho” (45,31% de concordantes e 48,44% de discordantes). ❖ Análise de correlação: associação significativa e moderada: <p>a) Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares ($r=0,34$; $p<0,01$);</p>	<p>CONVERGÊNCIA</p> <p>Subcategoria: A trajetória envolvendo o conhecimento, a habilidade e a prática.</p> <p><i>“Eu sinto que tenho bastante autonomia para realizar meu trabalho, tanto para implantar como para modificar vários processos.” [EG2]</i></p> <p><i>“Ela [outra enfermeira] traz uma coisa nova, vemos que é interessante e implantamos aqui também. Depois falamos com o gestor se deu certo ou não, ele nos dá essa autonomia. Graças a Deus! Apesar de todos os problemas, o que nos faz permanecer aqui é essa liberdade para trabalhar, para implantar coisas novas, o que acreditamos ser melhor ao paciente ou à equipe. Nós temos isso aqui e é muito bom, me sinto valorizada!” [EENF4]</i></p> <p><i>“[...] ninguém fica em cima da gente, vigiando, fiscalizando, não! Nós vamos lá e fazemos.” [ETE4]</i></p> <p><i>“A não ser que a fístula não tenha frêmito, não tenha pulso ou o cateter não funcione... Nessas situações, eu preciso passar para enfermeira resolver. O que cabe a mim, é tranquilo.” [ETE8]</i></p> <p><i>“Por exemplo, posso falar que hoje eu puncionei em tal lugar e não em outro porque na minha avaliação estava dessa forma ou de outra. Também peço para ele [enfermeiro] ir lá depois e dar uma olhada. Eles confiam em nosso trabalho.” [ETE5]</i></p> <p>❖ Cultura de segurança do paciente: abordagem individual ou sistêmica.</p> <p><i>“Sabe, a maior parte das pessoas têm medo de falar quando erram... O que observo é que quando você acerta, ninguém fala nada, porém no dia em que comete um erro leva uma bronca tão grande que parece que tudo que fez antes sempre estava errado.” [ETE4]</i></p>	<p>Os gestores e enfermeiros possuem autonomia para decisões relativas à enfermagem no manejo do AV, enquanto os técnicos de enfermagem, dado seu escopo de competências, recorrem aos enfermeiros nas decisões que extrapolam suas responsabilidades. Esta percepção advém da confiança depositada pelas lideranças, da valorização, da competência profissional, da disponibilidade de recursos e do ambiente de transparência para lidar com os erros.</p>

Quadro 2 – Matriz de integração dos resultados quantitativos e qualitativos e as metainferências relativas à percepção dos profissionais de enfermagem acerca do empoderamento psicológico no manejo do AV e sua interface com o Ambiente da prática e o Clima de segurança – São Paulo, 2020

(continuação)

QUAN (Estatística)	QUAL (Categorias/subcategorias temáticas e excertos)	METAINFERÊNCIAS
Conceito comum: Autodeterminação no manejo do AV e a interface com o ambiente da prática e o clima de segurança (continuação)		
<p>b) Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado (r=0,42; p<0,05);</p> <p>c) Habilidade, liderança e suporte do coord./supervisores de enf. aos enfermeiros/equipe de enf. (r=0,41; p<0,05);</p> <p>d) Clima de segurança (r=0,48; p<0,05).</p>	<p>COMPLEMENTARIDADE</p> <p><i>“O que poderia me desmotivar é ver que meu trabalho não está sendo reconhecido ou que as pessoas estão interferindo demais em minhas decisões. Nós acompanhamos o paciente muito de perto, conhecemos suas particularidades, por isso, considero que nossa avaliação é muito precisa. Poder tomar as decisões relativas a meus pacientes é importante para mim.”</i> [EENF1]</p> <p>Subcategoria: Identificação e gerenciamento de complicações no AV</p> <p><i>“Eu queria muito ter a oportunidade de participar de um curso de ultrassom para enfermeiros, porque eu uso, mas não tenho muita habilidade, fico sempre com dúvida para mexer direito no aparelho. Queria me aprofundar, pois acabamos usando o ultrassom mais para fazer a punção.”</i> [EENF7]</p> <p>DIVERGÊNCIA</p> <p><i>“Se um enfermeiro disser que quer fazer a técnica de Buttonhole em todos os pacientes, eu vou responder que precisamos ver a viabilidade de comprar a agulha adequada para isso. E eu já sei que não vai ter. Então, tem autonomia? Tem. Porém, dentro do que eu tenho de recursos.”</i> [EG2]</p> <p>Subcategoria: (Des)valorização dos profissionais de enfermagem no contexto organizacional</p> <p><i>“Sabe, considero muito boa essa possibilidade de participar das decisões, nos sentimos importantes, sentimos que nossa opinião está sendo ouvida, que está sendo válida. Isso levanta nosso moral. Eu sinto que não sou mais uma, sinto que estou fazendo a diferença.”</i> [EENF6]</p> <p><i>“Muito difícil os técnicos [de enfermagem] trazerem alguma sugestão. Eles chegam, trabalham e saem [...] não criam vínculo com o serviço, a maioria é apática, se prende na rotina e pronto.”</i> [EENF4]</p>	

Quadro 2 – Matriz de integração dos resultados quantitativos e qualitativos e as metainferências relativas à percepção dos profissionais de enfermagem acerca do empoderamento psicológico no manejo do AV e sua interface com o Ambiente da prática e o Clima de segurança – São Paulo, 2020

(continuação)

QUAN (Estatística)	QUAL (Categorias/subcategorias temáticas e excertos)	METAINFERÊNCIAS
Conceito comum: Impacto no manejo do AV e a interface com o ambiente da prática e o clima de segurança.		
<p>PEI – Subescala “Impacto”</p> <p>❖ Análise descritiva: média = 15,36 (dp=4,34); mediana=16.</p> <p>❖ Relação com variáveis sociodemográficas: Diferença estatística (p=0,019) entre enfermeiros (média = 17,91; dp = 2,98) e técnicos/auxiliares de enfermagem (média = 14,83; dp = 4,41).</p> <p>❖ Assertiva com maior percentual de concordância: “O impacto que eu exerço sobre o que acontece no meu setor é relevante” (75,01%).</p> <p>❖ Assertiva com menor percentual de concordância: “Eu tenho grande controle sobre o que acontece no meu setor” (67,19% de concordância).</p> <p>❖ Análise de correlação: associação significativa e moderada ou forte:</p>	<p>CONVERGÊNCIA E COMPLEMENTARIEDADE:</p> <p>Subcategoria: Descoberta do propósito e concretude do trabalho.</p> <p><i>“Para mim, a responsabilidade do enfermeiro na primeira punção é enorme, porque considero que é o que vai determinar quais serão os pontos de punção da vida daquele paciente.” [EG1]</i></p> <p><i>“O acesso vascular para esses pacientes é primordial porque dependem do acesso para ter uma boa diálise. Então, eu tenho que tratar do acesso com a maior seriedade possível, tanto a fístula como o cateter, porque sei que se a punção for ruim, ele vai ter uma diálise ruim, a eficiência não vai ser boa, não vai conseguir obter os resultados que precisa. E do cateter também, pois se ele tiver uma diálise boa, vai filtrar tudo como deve ser.” [ETE8]</i></p> <p>COMPLEMENTARIDADE</p> <p>Subcategoria: (Des)valorização dos profissionais de enfermagem no contexto organizacional.</p> <p><i>“Não participamos da elaboração de nada, ninguém pede nossa opinião. [...] Sabe, eu gostaria de participar, gostaria de ser mais ouvida. Pelo menos que perguntassem: Como você acha que poderíamos melhorar isso?” [ETE1]</i></p>	<p>Os participantes reconhecem a relevância do trabalho da enfermagem para a manutenção do AV e a efetividade dialítica.</p>

Quadro 2 – Matriz de integração dos resultados quantitativos e qualitativos e as metainferências relativas à percepção dos profissionais de enfermagem acerca do empoderamento psicológico no manejo do AV e sua interface com o ambiente da prática e o clima de segurança – São Paulo, 2020

(continuação)

QUAN (Estatística)	QUAL (Categorias/subcategorias temáticas e excertos)	METAINTERFERÊNCIAS
Conceito comum: Impacto das atividades de enfermagem no manejo do AV e interface com contexto de trabalho (continuação).		
<p>a) Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares (r=0,60; p<0,05);</p> <p>b) Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado (r=0,59; p<0,05);</p> <p>c) Habilidade, liderança e suporte do coord./supervisores de enf. aos enfermeiros/equipe de enf. (r=0,61; p<0,05);</p> <p>d) Adequação da equipe e dos recursos (r=0,35; p<0,01).</p> <p>e) Relações colegiais entre médicos e enfermeiros (r=0,60; p<0,05);</p> <p>f) Clima de segurança: Significado (r=0,51; p<0,05).</p>	<p>Subcategoria: Percepções e atitudes dos gestores e enfermeiros para promover um ambiente motivador para a equipe de enfermagem.</p> <p><i>“Quando percebo que eles [técnicos de enfermagem] não estão bem, que ocorreu alguma coisa, eu chamo a equipe para conversar. Faço reuniões, agradecimentos, reforço que não tivemos bacteremia, que tivemos poucos hematomas. Acho importante que eles saibam os resultados de nosso trabalho para ficarem motivados.” [EENF2]</i></p> <p>Categoria: Recursos institucionais: elementos de infra-estrutura e materiais, aspectos econômicos e dimensionamento de pessoal.</p> <p><i>“[...] é inviável um técnico [de enfermagem] assistir seis pacientes [...] O que acontece na prática é que se você tirar as agulhas de um paciente e depois vazar sangue, ficará vazando, [...] Com isso, no outro dia, a fistula estará infectada.” [EG1]</i></p> <p>Subcategoria: O exercício colaborativo.</p> <p><i>“Por exemplo, quando o paciente mexe o braço e faz um hematoma, eu avalio a extensão do hematoma e aviso ao médico se terei condições de repuncionar. Se eu vir que não vamos conseguir, avaliamos em conjunto o peso e a pressão arterial para definir se é melhor voltar no dia seguinte ou na próxima sessão. Se percebermos que não dá para esperar, explicamos ao paciente o que aconteceu e pedimos permissão para realizar novas tentativas. É uma avaliação conjunta. Isso é bem tranquilo.” [EENF2]</i></p> <p><i>“Para mim, o trabalho da enfermagem faz muita diferença para o paciente. Sabe por quê? Eu penso que a fístula é a vida dele, é a vida dele que está em nossas mãos. Se você não sabe puncionar, se você tem dúvida, se você erra... Errar é humano, eu sei, mas persistir no erro não está certo. Então, penso que você tem que ter consciência do que está fazendo e sempre fazer bem feito... Se não sabe, aprenda.” [ETE1]</i></p>	<p>A percepção de que seus esforços influenciam nos resultados para manutenção do AV possuem relação com o envolvimento nas decisões, a padronização dos cuidados, o reconhecimento pelo trabalho, a disponibilidade de recursos, a prática colaborativa e o clima de segurança.</p>

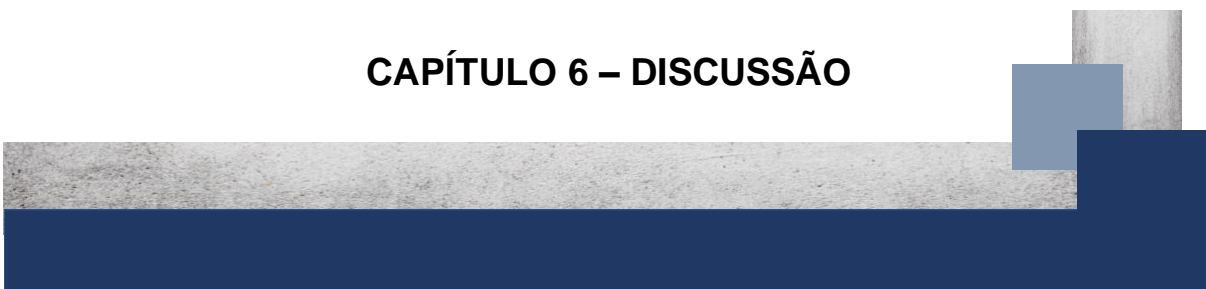
(conclusão)

Fonte: A pesquisadora.

A fusão dos resultados quantitativos e qualitativos no momento interpretativo, apresentada nos Quadros 1 e 2, possibilitou avaliar, intersubjetivamente, o empoderamento psicológico para o manejo do AV e sua interface com o ambiente da prática e o clima de segurança, com base na percepção e no vivido de profissionais de enfermagem atuantes em serviços de diálise.

Estes resultados serão discutidos no Capítulo 6, à luz do referencial teórico apresentado no Capítulo 3.

CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO



6 DISCUSSÃO

Este capítulo discorre a respeito de como os resultados quantitativos e qualitativos relacionam-se, buscando compreender de modo ampliado o empoderamento psicológico dos profissionais de enfermagem no manejo do AV para HD e sua interface com a percepção acerca do ambiente da prática e do clima de segurança em serviços de diálise.

O capítulo é organizado em três subcapítulos:

6.1 Características gerais do estudo

6.2 Ambiente da prática e clima de segurança no manejo do AV

6.3 Empoderamento psicológico no manejo do AV: análise interpretativa

6.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO ESTUDO

Esta investigação foi desenvolvida abarcando um contingente equitativo de participantes em cada cenário de estudo, atingindo quase a totalidade dos profissionais de enfermagem elegíveis em cada serviço de diálise, alcançando taxa de retorno de 97%.

De acordo com Khamisa et al. (2014), um índice de respondentes superior a 60% é considerado representativo da população. Estudos realizados em serviços de diálise, empregando os instrumentos PEI, PES e SAQ obtiveram, respectivamente, taxa de retorno de 62%, 75,6% e 100% (O'Brien, 2011; Dantas, 2018; Moisoglou et al., 2020).

No que corresponde à distribuição das variáveis sociodemográficas, nota-se uma configuração formada, majoritariamente, por profissionais adultos jovens (média = 41,08 anos; dp = 9,15), mulheres (74,60%) e casadas (48,44%), semelhante ao verificado em estudos nacionais e internacionais envolvendo profissionais de enfermagem (DiNapoli et al., 2016; Teixeira, Nogueira, Alves, 2016; Azevedo Filho, Rodrigues, Cimiotti, 2018; Gasparino et al., 2020).

Estes resultados corroboram achados de estudos realizados em serviços de diálise; o primeiro, no Estado de Santa Catarina, identificou o predomínio de mulheres (80,4%) e média de idade de 39,9 anos (dp = 10,02) (Prestes et al., 2015). O segundo,

no Estado de Pernambuco, verificou que 71% eram mulheres e 41% estavam na faixa etária entre 40 e 49 anos (Ferraz et al., 2017).

Referente à formação, todos os enfermeiros participantes cursaram pós-graduação, sendo a quase totalidade Especialização em Enfermagem em Nefrologia (90,91%).

Especificamente na área de nefrologia, a concessão de títulos de especialistas iniciou-se em 1996, a partir da criação do Departamento de Especialização e Títulos para Enfermeiros em Nefrologia, órgão responsável pelas titulações conferidas pela Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia (SOBEN), mediante prova de título (Oliveira, Silva, Assad, 2015). A obrigatoriedade de enfermeiro especialista para assumir o cargo de responsável técnico pelos serviços de enfermagem em unidades de diálise foi estabelecida pela RDC nº 154/2004 da ANVISA, determinação essa mantida na resolução subsequente que trata do funcionamento dos serviços de diálise (Brasil, 2004, 2014).

Registra-se que, dentre os técnicos/auxiliares de enfermagem participantes deste estudo, todos possuíam ensino médio completo e cerca de 16,98% realizaram cursos pós-formação, como graduação e pós-graduação lato senso, embora permanecessem atuando na função.

Esse achado é similar ao constatado por Balsanelli e Cunha (2015), em um estudo a respeito da relação entre ambiente da prática e liderança em unidade de terapia intensiva, na cidade de São Paulo, no qual identificaram que 16,7% dos técnicos e auxiliares de enfermagem cursavam graduação em Enfermagem.

Na mesma direção, estudo cearense realizado com egressos das Escolas Estaduais de Educação Profissional que ofertavam curso Técnico em Enfermagem demonstrou que 40% dos técnicos de enfermagem cursavam ou haviam concluído a graduação, a maioria (49%) em Enfermagem (Santiago et al., 2017).

Neste estudo, a respeito da distribuição das características laborais, identificou-se maioria atuante na função de técnico de enfermagem (78,13%), com um vínculo empregatício (64,06%), jornada de trabalho, em média, de 47,87 horas semanais, predomínio do regime celetista (98,44%) e elevado tempo de experiência em diálise (média= 12,81 anos; dp=7,53) e no serviço (média= 8,26 anos; dp=7,75).

Estas características são análogas às encontradas por Prestes et al. (2015), em um serviço de diálise na região Sul do País, no qual a maior parte dos participantes exercia a função de técnico de enfermagem (67,4%), possuía tempo de atuação no serviço de 10,28 anos ($dp = 6,64$) e vínculo empregatício único (73,9%).

Nesta investigação, o número de técnicos/auxiliares de enfermagem supervisionados (6 a 11 por turno) e o quantitativo de pacientes assistidos (14 a 60 por turno) pelos enfermeiros apresentou elevada amplitude de variação entre os serviços de diálise, assim como na relação de número de pacientes assistidos por técnicos/auxiliares de enfermagem (3 a 6 por turno), o que pode estar relacionado à heterogeneidade entre os cenários em que o estudo foi realizado (natureza jurídica, acreditação, integração à instituição de ensino, localização intra ou extra-hospitalar).

Estes resultados demonstram que a distribuição das características sociodemográficas e laborais dos profissionais de enfermagem da presente pesquisa são consoantes às identificadas em outras investigações, retratando uma força de trabalho adulta jovem, hegemonicamente feminina e em fase de maturidade profissional.

Cabe mencionar que a busca por qualificação profissional, embora seja inferior ao percentual encontrado na literatura, representa o interesse por melhorias no desempenho das funções laborais e na carreira, o que vai ao encontro dos avanços tecnológicos e da complexidade crescente dos pacientes com DRC, em função das diversas comorbidades.

Salienta-se também que a elevada jornada de trabalho demonstra uma sobrecarga que, embora não seja incomum, indica precarização do trabalho e compromete a oferta de assistência qualificada e segura. No Brasil, tramita no Senado Federal há mais de uma década o Projeto de Lei nº 2295/2000, que visa a estabelecer jornada máxima de 30 horas semanais aos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, medida recomendada pela Organização Internacional Trabalho e da Organização das Nações Unidas, como uma ação para melhorar a obtenção de resultados aos pacientes e aos trabalhadores da saúde (Brasil, 2020).

No subcapítulo seguinte, são discutidos os achados relativos à percepção dos profissionais de enfermagem frente ao ambiente da prática e ao clima de segurança onde exercem suas atividades no manejo do AV.

6.2 AMBIENTE DA PRÁTICA E CLIMA DE SEGURANÇA NO MANEJO DO AV

As evidências desta investigação demonstram que o ambiente da prática e o clima de segurança são fortemente preditivos para o empoderamento psicológico dos profissionais de enfermagem, participantes deste estudo, explicando 44% do resultado.

Estes achados corroboram a proposição de Spreitzer (1995), conforme a qual o empoderamento psicológico representa uma reação ao contexto de trabalho que se manifesta em uma percepção intrapessoal de empoderamento. Sendo assim, o empoderamento psicológico constitui um mecanismo mediador entre o local de trabalho e os comportamentos dos profissionais.

Na enfermagem, Laschinger et al. (2001, 2003) confirmam que as ações gerenciais promotoras de empoderamento estrutural, como as avaliadas no ambiente da prática, contribuem para as reações psicológicas que impulsionam os comportamentos que serão adotados nas atividades profissionais. Desse modo, o empoderamento psicológico medeia, por exemplo, as relações entre o ambiente da prática e o engajamento no trabalho (Wang, Liu, 2015; Fan et al., 2016).

Ao examinar a percepção sobre o contexto de trabalho, foram encontradas evidências de que, em média, os participantes concordam com a presença de características fortalecedoras da prática de enfermagem nos serviços de diálise onde atuam, mas discordam do compromisso institucional com ações robustas e proativas para a segurança do paciente.

Tendo em vista a distinção dos cenários, os resultados qualitativos apresentaram convergências, divergências e complementaridades em relação aos quantitativos, fornecendo *insights* adicionais para analisar como esses ambientes tornam-se mais ou menos favoráveis ao cuidado do AV.

A respeito da subescala “Participação da enfermagem na discussão dos assuntos hospitalares”, os achados qualitativos convergiram no que tange à inclusão dos gestores de enfermagem nos processos de decisão organizacionais, contudo, depoimentos indicando escuta e valorização da equipe em contraste com pouco ou nenhum envolvimento nas decisões relativas ao manejo do AV, especialmente, na

categoria dos técnicos/auxiliares de enfermagem, permitiram compreender os escores limítrofes encontrados sobre a participação da equipe nas discussões e a expressiva exclusão desses profissionais na elaboração dos protocolos assistenciais para manejo do AV.

Estes resultados são semelhantes aos constatados em estudos quantitativos empregando o instrumento PES para avaliar instituições hospitalares em âmbito nacional e internacional, nos quais esta subescala obteve a avaliação mais desfavorável, demonstrando a necessidade de envolver os enfermeiros nas instâncias e nos processos decisórios, oferecer oportunidades para crescimento profissional e promover a abertura na comunicação com os gestores (Topçu et al., 2016; Gasparino et al., 2019).

Na pesquisa realizada por Thomas-Hawinks et al. (2003), nos EUA, uma das primeiras a analisar o ambiente da prática em serviços de diálise, esta subescala alcançou pontuação desfavorável (média = 2,25), sobretudo, nas assertivas relativas à oportunidade de participar das decisões políticas (29% de concordância), envolvimento na governança interna da unidade de diálise (34% de concordância), oportunidade de desenvolvimento na carreira (35% de concordância).

Outro estudo norte-americano desenvolvido por Gardner et al. (2007b), demonstrou que, embora favorável (média = 2,87), esta subescala obteve a segunda menor pontuação. Apesar de 95% dos enfermeiros considerarem importante sua participação nas decisões, 59% afirmaram, efetivamente, não ter tido a oportunidade de se envolver.

Recentemente, investigação desenvolvida na Grécia demonstrou que a “Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares” foi desfavorável (média = 2,44; dp = 0,52), sendo avaliada como falta de reconhecimento e desvalorização da formação científica e das atribuições desenvolvidas por esse profissional nos serviços de diálise (Moisoglou et al., 2020).

Destarte, no manejo do AV, a escuta ativa da equipe de enfermagem nos momentos decisórios é fundamental para obtenção de melhores resultados ao paciente, considerando seu amplo envolvimento nos procedimentos relacionados ao cuidado do AV, desde o planejamento do tipo de AV até o gerenciamento de complicações.

No entender de Hayashida et al. (2014), a tomada de decisão é um instrumento imprescindível no cotidiano de equipes, sendo essencial que todos os envolvidos sejam apoiados a deliberar e expressar suas preferências e opiniões. Em vista disso, pressupõe-se o estabelecimento de um ambiente de trabalho que intensifique a comunicação e a flexibilização do processo decisório.

Desse modo, a criação de espaços de compartilhamento de poder e partilha da tomada de decisão entre os integrantes da equipe envolvidos no processo, de maneira que tenham a oportunidade de participar, aprender e decidir, promovam o encorajamento, a autonomia e o desenvolvimento de cultura organizacional positiva. Como resultado, os profissionais apresentam maior compromisso com o processo e os resultados, sentindo-se responsáveis pelo próprio desempenho (Bernardes et al., 2015; Bernardes, 2018; Penedo, Gonçalves, Queluz, 2019).

Antagonicamente, em contextos de trabalho onde as decisões são verticalizadas e centralizadas na cúpula hierárquica, desvinculam-se os demais profissionais que serão afetados pelas mudanças, os quais recebem ordens passivas de seus supervisores, tornando-os suprimidos dos processos e dos resultados. Nessa perspectiva, aqueles que possuem maior poder na instituição não apenas influenciam as decisões, mas inibem o posicionamento dos demais (Marquis, Huston, 2015).

Tendo isso em vista, compreende-se que a inclusão dos profissionais de enfermagem nas discussões para tomada de decisão que envolvam mudanças na assistência aos pacientes com AV para HD, como a elaboração e revisão dos protocolos assistenciais, constitui uma prática gerencial promotora de melhorias na qualidade e segurança dos cuidados.

No que corresponde à subescala “Habilidades, liderança e suporte do coordenador/supervisor de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem”, a avaliação quantitativa foi favorável, demonstrando que os profissionais percebem os gestores como bons administradores e líderes, ofertando apoio à equipe de enfermagem em suas necessidades. Nos resultados qualitativos, os resultados foram contrastantes, sobretudo, no que se refere ao relacionamento interpessoal.

A gestão da unidade requer que os enfermeiros, ao assumirem essa função, ampliem suas competências, empregando instrumentos específicos, considerando a necessidade de proporcionar a qualidade do atendimento ao paciente, ao mesmo

tempo em que devem equilibrar os custos, alcançar as metas organizacionais e promover ambiente de trabalho saudável (Frasier, 2019; Lawson, 2020).

No Brasil, estudo de revisão integrativa realizado por Silva et al. (2018) para identificar o perfil dos enfermeiros na gestão de serviços hospitalares, evidenciou as seguintes habilidades: a capacidade de comunicação no relacionamento de liderança e supervisão, a resolução de conflitos no trabalho em equipe, o planejamento na organização do serviço, a promoção de qualificação profissional e a gestão de recursos materiais.

Todavia, a transição do gerenciamento do cuidado, desempenhado por enfermeiros assistenciais, para a gestão da unidade é um processo complexo e, muitas vezes, as competências são aprendidas por meio de experimentação, como exposto pelos gestores participantes deste estudo.

Nos EUA, Lawson (2020) testou um modelo de capacitação para essa transição, pautado em três domínios: a ciência de gerenciar um negócio, a arte de liderar pessoas e liderança sobre si mesmo, desenvolvido em encontros mensais, com compartilhamento de experiências e aprendizagens. Os achados expuseram melhorias significativas em todas as competências avaliadas, incluindo gestão financeira e de pessoas, gestão estratégica, liderança, gestão de relacionamentos, responsabilidade pessoal e profissional, planejamento de carreira e autoconhecimento.

Na presente pesquisa, dentre as habilidades de liderança, os resultados qualitativos demonstram que os enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem sentem-se reconhecidos pelos pacientes, que valorizam o carinho e a atenção dispensados; pelos pares, que se ajudam mutuamente na avaliação e execução de procedimentos em AV complexos; e pelos médicos nefrologistas pela confiança e atuação conjunta; mas, houve contraste entre os participantes no que se refere ao reconhecimento pelos gestores, explicando os percentuais encontrados.

Em estudo realizado em hospitais públicos e privados no Brasil, conduzido por Gasparino et al. (2019) e na pesquisa de Jesus, Roque, Amaral (2015), desenvolvida em hospitais portugueses, detectou-se que o reconhecimento e o elogio à equipe de enfermagem, assim como nesta pesquisa, constituíram-se em elementos frágeis da liderança.

Por outro lado, estudo desenvolvido por Ulrich e Kear (2018) em serviços de diálise nos EUA, os enfermeiros relataram sentir-se reconhecidos no ambiente de trabalho. No tocante aos pacientes e familiares, o reconhecimento dava-se pelo respeito, carinho e atenção dispensados. Em relação aos pares e médicos, estava relacionado a seu conhecimento, atitudes e habilidades na atenção aos pacientes e relacionamento interpessoal, levando-os a sentir que seu trabalho faz diferença no serviço. Concernente aos gestores e administradores, foi manifestado pelas oportunidades oferecidas de qualificação profissional e pela escuta atenta às suas sugestões para melhorias nos processos assistenciais, as quais são, frequentemente, colocadas em prática, além de prêmios, bônus salariais e promoção na carreira.

Resultados análogos à literatura supramencionada foram retratados por alguns dos participantes deste estudo.

No que tange aos enfermeiros, o apoio aos técnicos/auxiliares durante a assistência constitui a característica de liderança mais bem avaliada entre os técnicos/auxiliares de enfermagem, reverberando sentimentos de amparo e confiança.

Mendes et al. (2020) afirmam que, nos serviços de diálise, os enfermeiros devem acompanhar as atividades assistenciais promovidas pela equipe, a fim de identificar os desafios do dia a dia e oferecer orientações quando necessário.

Ademais, no gerenciamento do cuidado, os enfermeiros ocupam espaços de articulação entre as dimensões assistencial e gerencial ao planejar, delegar ou efetuar a assistência ao paciente, prever e provisionar recursos, supervisionar, capacitar e orientar a equipe de enfermagem, interagir com outros profissionais, dentre outras ações, com vistas à melhoria da qualidade do cuidado (Kurcgant et al., 2016).

Esse resultado corrobora os encontrados na análise da percepção sobre os fundamentos para qualidade dos cuidados do AV, que foi considerada favorável, em virtude, principalmente, da filosofia clara que permeia o trabalho da enfermagem e da competência clínica dos enfermeiros, proporcionando segurança à equipe; contudo, torna-se comprometida em cenários onde a rotatividade dos enfermeiros é elevada.

A respeito da filosofia de atuação da enfermagem, os resultados qualitativos demonstraram que o manuseio do AV é baseado em protocolos, constituindo-se práticas padronizadas e amplamente implementadas, reduzindo a variabilidade assistencial. Entretanto, foram identificadas vulnerabilidades no monitoramento e no

gerenciamento de complicações, podendo ser atribuídas à ausência de políticas de qualificação profissional específicas nos serviços de diálise.

Nessa direção, o emprego de protocolos assistenciais para o manejo do AV foi identificado pela grande maioria dos participantes, sendo reconhecido como um instrumento que direciona e sistematiza o modo de fazer com base em evidências científicas, conferindo segurança aos profissionais no exercício de suas atividades.

Os protocolos propiciam a utilização das melhores evidências científicas e alinhados com a vivência e a competência dos profissionais justificam e asseguram as ações efetuadas, aprimorando o processo de tomada de decisão. Para um protocolo ser efetivo, ele deverá abranger as necessidades específicas do público atendido e as expectativas dos profissionais de saúde (Catunda et al., 2017).

Concernente ao CVC, mais de 90% dos participantes indicaram a implementação de protocolo para troca de curativos nos serviços de diálise onde atuam. Estes resultados foram confirmados e complementados por narrativas acerca do modo de fazer, indicando o emprego das seguintes técnicas: uso de máscaras e luvas estéreis durante o manuseio do CVC, uso de solução à base de clorexidina alcoólica para limpeza do óstio, avaliação dos sinais clínicos e funcionais de complicações e uso de gazes ou curativo transparente como curativo no CVC. Tais práticas são amplamente recomendadas por diferentes *guidelines* acerca do manejo do AV, demonstrando a fundamentação do cuidado de enfermagem com base em evidências (Ibeas et al., 2017; Schmidli et al., 2018; Lok et al., 2020).

Embora não haja correspondência com dados quantitativos, achados qualitativos expandiram a compreensão do manejo do CVC ao demonstrarem as angústias dos profissionais em relação à escolha do tipo de AV para conexão ao sistema de HD, revelando divergências entre a preferência de pacientes pelo CVC de longa permanência e as recomendações da equipe de saúde para substituição pela FAV.

Frequentemente, no Brasil, o CVC ainda é utilizado no momento da admissão do paciente na terapia HD, face ao diagnóstico tardio, sendo mantido por longos períodos em virtude de dificuldades na confecção da FAV, embora seu uso seja indicado para os casos de exaustão da rede venosa (Lok et al., 2020; Neves et al., 2020).

Investigação conduzida nos EUA demonstrou que o uso do CVC como via para iniciar a terapêutica dialítica foi associado a um aumento de 51% na mortalidade, diminuição de 69% na permeabilidade primária da FAV e aumento de 130% de infecção grave em comparação aos pacientes que iniciaram a HD utilizando a FAV ou o enxerto. A mortalidade foi 2,2 vezes maior em pacientes que permaneceram com CVC em relação àqueles com FAV (Arhuidese et al., 2018).

Sendo assim, pode-se compreender a preocupação dos profissionais com os riscos aos quais os pacientes que preferem o uso de CVC de longa de permanência estão submetidos. Tendo isso em vista, Lok et al. (2020) recomendam o planejamento individualizado do AV, contemplando ações frente a complicações e a sucessão dos AV não funcionantes, para que o cuidado possa ser centrado no paciente.

Relativo aos cuidados no uso da FAV e da PAV, encontrou-se elevada implementação de protocolo para punção no serviço de diálise onde atuam. Esse resultado foi corroborado pelos achados qualitativos, demonstrando práticas padronizadas no que corresponde à limpeza da pele com clorexidina degermante, antisepsia com clorexidina alcoólica e avaliação, sobretudo, do frêmito, do pulso, de hematomas e de sinais infecciosos, previamente à punção, as quais são parcialmente consoantes às recomendações encontradas nos *guidelines*, que recomendam exame físico do AV completo, previamente à punção (Ibeas et al., 2017; Schmidli et al., 2018; Lok et al., 2020).

Adicionalmente, os achados qualitativos evidenciaram a preocupação com as primeiras punções efetuadas pelos enfermeiros ou médicos, o modo de compartilhar as punções subsequentes com os técnicos/auxiliares de enfermagem e a definição das técnicas de canulação empregadas na instituição, salientando a responsabilidade dos enfermeiros na coordenação desse processo, incluindo a delegação de punções complexas a profissionais com maior habilidade e supervisão na realização dos procedimentos.

De acordo com diretrizes internacionais, as primeiras punções devem ser realizadas pelos profissionais mais habilitados e as técnicas devem ser selecionadas a partir da avaliação do acesso arteriovenoso (Ibeas et al., 2017; Schmidli et al., 2018; Lok et al., 2020).

Cabe destacar que a competência clínica dos enfermeiros foi asseverada pela maior parte dos participantes, a quem os técnicos/auxiliares recorrem em caso de dificuldades na canulação ou identificação de sinais sugestivos de complicação, para avaliação conjunta e tomada de decisão. Em função disso, a elevada rotatividade de enfermeiros foi apontada como um desencadeador de insegurança à equipe.

As competências clínicas dos enfermeiros envolvem um saber agir responsável, reconhecido pelos outros, que abrange o saber mobilizar, integrar, compartilhar os saberes, recursos e habilidades em um determinado contexto profissional, o que é fundamental na coordenação dos cuidados (Aued et al., 2016).

A respeito do monitoramento do acesso arteriovenoso, contempla o exame físico e os sinais clínicos de complicações. Nos resultados quantitativos, nota-se que todos os enfermeiros afirmaram realizar o exame físico da FAV e PAV, empregando, sobretudo, as técnicas de inspeção e palpação. Entretanto, as propedêuticas mais específicas, como o teste de aumento de pulso e de elevação do braço foram apontadas, apenas, por um dos 11 participantes. Nos achados qualitativos, foram observadas dificuldades para implementação do exame físico da FAV de maneira estruturada, supervalorizando a tecnologia e a avaliação pelo cirurgião vascular em detrimento de sua avaliação clínica.

Concernente aos sinais clínicos de disfunção, observou-se que um percentual expressivo de participantes registra a ocorrência de fluxo sanguíneo inadequado, sinais infecciosos e hematomas persistentes. Contudo, um número reduzido atenta-se para o tempo de sangramento após a retirada das agulhas, que constitui um dos itens que podem sugerir, embora não seja específico, a presença de estenose.

Assim, pode-se inferir que há vulnerabilidades no exame físico da FAV e na avaliação de sinais clínicos para detecção precoce de complicações.

No que corresponde ao exame físico, estudos apontam que os profissionais devem ser envolvidos em programas de capacitação para obter precisão em sua avaliação. Nesse sentido, afirmam que a imersão na prática clínica, com capacitação intensiva e específica na realização do exame físico promove o desenvolvimento das habilidades necessárias com elevada acurácia e sensibilidade (Tessitore et al., 2011; Coentrão, Turmel-Rodrigues, 2013).

No estudo de Sousa et al. (2014), foi evidenciado que o tempo de experiência no cuidado com pacientes em HD não estava associado ao conhecimento para identificar complicações na FAV. Com isso, os autores afirmam que, ao implementarem programas de monitoramento e vigilância, os serviços de diálise precisam organizar estratégias para promoverem a capacitação dos profissionais e o exercício diário dessa prática para o desenvolvimento do julgamento clínico apropriado.

Assim, salienta-se ser fundamental que os enfermeiros desenvolvam o conhecimento, as atitudes e as habilidades no processo cuidativo do AV, o que pode ser prejudicado em caso de rotatividade.

A vigilância da FAV e da PAV é realizada, sobretudo, por meio da avaliação das pressões venosa e arterial registradas pela máquina de HD e pelo Kt/V, os quais não se constituem nos melhores indicadores, conforme mencionado por Ibeas et al. (2017), que recomendam a vigilância avaliando-se o Qa.

Quanto ao gerenciamento de complicações, evidenciou-se um número reduzido de profissionais que reconheceu a implementação de protocolos para encaminhamento do paciente para avaliação pelo cirurgião vascular. Este resultado vai ao encontro da compreensão de que a vinculação de um serviço ou profissional da cirurgia vascular é componente essencial para resolutividade dos problemas relativos ao AV, que pode ser obtido por meio de centro de AV próprio, definição de um cirurgião vascular de referência ou vinculação na mesma estrutura organizativa.

Nos estudos de Gruss et al. (2010) e Dumaine et al. (2018), constatou-se que a facilidade de acesso ao serviço de cirurgia vascular ou outro profissional intervencionista, como radiologia ou cirurgia geral, para realização de exame confirmatório e intervenções eficazes constituem-se em atributos de qualidade para a organização do sistema de saúde, uma vez que diagnósticos e condutas tardias frente a disfunções podem influenciar na recuperação do acesso.

Frente a isso, nota-se que o modo de fazer delineado pela equipe de enfermagem no manuseio do AV integra práticas habituais, amplamente, consolidadas no cotidiano do trabalho, com vistas a promover um cuidado qualificado e minimizar o risco de complicações. A coordenação do cuidado por enfermeiros experientes e clinicamente competentes, além do emprego de protocolos

assistenciais, foram apontados como fatores promotores de segurança à equipe no manuseio do AV. Contudo, há oportunidade de melhoria na estruturação de um programa para monitoramento e vigilância do AV, principalmente do exame físico do acesso arteriovenoso, o que permitiria intervir antecipadamente.

Embora a subescala “Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado” tenha obtido avaliação favorável e a maior parte dos participantes informarem ter participado de ações educativas consoantes ao manejo do AV, não houve clareza quanto às ações de educação continuada para a enfermagem. Os resultados qualitativos iluminaram esses achados, demonstrando, com experiências contrastantes, que a qualidade dos cuidados torna-se fragilizada na ausência de política de qualificação profissional nas organizações, tanto admissional como continuada ou permanente.

Considerando que o cuidado ao AV para HD, especialmente a FAV, envolve conhecimentos, atitudes e habilidades específicas, que não são desenvolvidos em programas formativos generalistas, como dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, é fundamental que sejam desenvolvidos programas de capacitação admissional, permanente e/ou continuada voltados a essa área.

Neste estudo, houve concordância moderada com a realização de programas de acompanhamento/tutoria de recém-contratados nos serviços de diálise onde atuam, o que pode ser explicado pelo fato de alguns profissionais terem vivido experiências de qualificação admissional formal e sistemáticas, enquanto outros terem aprendido a partir da imersão direta no cotidiano de trabalho. De forma complementar, evidenciou-se que a participação em programas estruturados agilizou o aprendizado e promoveu a confiança em si mesmo. Por outro lado, a inserção direta no campo da prática, com aprendizado exclusivo junto aos enfermeiros e colegas mais experientes, sem programação estruturada, produziu insegurança e postergou a ambientação.

Harwood, Wilson, Oudshoorn, (2016) mencionaram o desenvolvimento da capacitação admissional dos enfermeiros, sendo realizada, primeiramente, abordagem aos componentes teóricos que envolvam a canulação, incluindo a punção guiada por ultrassom; a seguir, pratica-se a habilidade em um braço de treino simulado. Posteriormente, observam a execução do procedimento por profissionais experientes e realizam punções consideradas fáceis. Segundo os autores, a

oportunidade de praticar repetidas vezes é um fator-chave para o desenvolvimento da habilidade, conferindo mais segurança a esse processo.

Nessa direção, O’Leary, Nash e Lewis (2016) afirmam que, em um contexto simulado, com cenários completos e complexos, os enfermeiros consolidam seus saberes e desenvolvem capacidade de juízos críticos e tomada de decisão clínica assertiva, promovendo o desenvolvimento de competências nas dimensões técnica, atitudinal e ética. Com base nisso, demonstraram associação entre a percepção de autoconfiança e a aprendizagem por meio de simulação combinada com abordagem teórica, favorecendo a proatividade; caso contrário, poderiam incorrer em atrasos, ansiedade e erros.

Embora não seja o ideal, a vivência direta na prática, sob supervisão, também leva ao aprendizado. Estudo realizado com a participação de profissionais de enfermagem que atuavam em unidade de terapia intensiva, no cuidado a pacientes em HD, identificou que a equipe de enfermagem possuía conhecimentos relacionados aos procedimentos específicos executados em seu cotidiano de trabalho, assim como acerca das complicações que pudessem ocorrer, embora não tivesse participado de atividades educativas para qualificação profissional. O aprendizado desenvolveu-se por meio do compartilhamento de conhecimento e experiência com os pares, os quais apresentam maior tempo de atuação na área (Silva, Mattos, 2016).

Nessa perspectiva, há que se atentar para situações em que profissionais de enfermagem que vivenciam um estado de “novato perpétuo”, são incapazes de tornar-se proficientes na habilidade de punção de FAV, podendo resultar em danos, como: hematomas, dor excessiva e medo do paciente em ser puncionado. Esse estado decorre de barreiras pessoais e organizacionais que limitam o desenvolvimento de competências, como a resposta emocional frente a falhas, evitação, exigência de agilidade nas trocas de turno e reticência do paciente para receber cuidados por profissionais inexperientes. Contudo, estas barreiras criam um círculo vicioso, pois ao limitarem as oportunidades de aprendizado, novas tentativas malsucedidas acontecem, reforçando as barreiras. Assim, é imperativo reconhecer que a necessidade de melhorar habilidades é muito mais complexa que fornecer educação teórica sobre técnicas corretas ou apenas observação (Harwood, Wilson, Oudshoorn, 2016).

Por sua vez, a oferta de programas de educação continuada promove a atualização dos profissionais sobre as melhores práticas e o realinhamento aos protocolos institucionais, permitindo melhorar seu desempenho, ampliar a confiança em si mesmo, expandir a autonomia e capacidade de atuação frente aos desafios. Outrossim, promovem-se espaços para construção e socialização do conhecimento, empregando uma abordagem dialógica, que favoreça a reflexão a respeito da própria prática, transformando os comportamentos (Puggina et al., 2015).

Sob esse prisma, considera-se que os programas admissionais precisam englobar estratégias de ensino-aprendizagem pautadas em conteúdo teóricos e simulados, com posterior imersão na prática clínica, estruturados em blocos programáticos, sob a mentoria de um enfermeiro. A educação continuada e/ou permanente para o cuidado do AV, efetuada interna ou externamente, é fundamental para atualização técnico-científica e também para reflexão individual e coletiva a respeito do trabalho desempenhado.

No estudo quantitativo, a adequação da equipe e de recursos foi avaliada positivamente pelos participantes. Os resultados qualitativos permitiram aprofundar a compreensão a respeito deste achado e expandir para aspectos relativos aos recursos de infra-estrutura, materiais e equipamentos, não avaliados no estudo quantitativo, mas, que são cruciais para o processo cuidativo do AV.

No que se refere ao dimensionamento de pessoal, pouco mais da metade dos participantes referiu atuar com quantitativo suficiente para realizar o trabalho e ofertar um cuidado de qualidade. Os enfermeiros informaram assistir, em média, 14 pacientes por turno, enquanto os técnicos, de três a seis pacientes por sessão. Ao discorrerem sobre sua vivência, apontaram que o subdimensionamento pode ocasionar a precarização do trabalho da enfermagem, expondo o paciente ao risco de EA decorrentes da sobrecarga de trabalho, como infecções em razão de atrasos na contenção de vazamentos na FAV e exigência de agilidade na manipulação dos CVC, além de hipotensão associada ao monitoramento inapropriado da pressão arterial, entre outros.

De acordo com Portaria do Ministério da Saúde nº 1.675 de 7 de junho de 2018, que dispõe acerca dos critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com DRC, o serviço de HD deve contar com equipe mínima de

dois médicos nefrologistas e dois enfermeiros especializados em nefrologia, e um de cada categoria deve responder pelos procedimentos e intercorrências de sua área como responsável técnico, além de assistente social, psicólogo, nutricionista e técnico de enfermagem. Quanto à proporção, prevê um quantitativo mínimo de um médico e um enfermeiro para cada 50 pacientes por turno e um técnico de enfermagem para cada seis pacientes por sessão de HD (Brasil, 2018).

Esta normativa reduziu drasticamente os parâmetros empregados anteriormente, determinados pela RDC da ANVISA nº 11, de 13 de março de 2014, na qual era estabelecida a proporção de um enfermeiro para 35 pacientes e um técnico de enfermagem para quatro pacientes, gerando amplas discussões entre os conselhos de classe profissional e as associações representativas (Brasil, 2014b).

Esse dimensionamento contraria a Resolução nº 543, de 18 de abril de 2017, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que, fundamentado no tempo médio do preparo do material, instalação e desinstalação do procedimento de HD, da monitorização da sessão, da desinfecção interna e limpeza das máquinas e mobiliários, da recepção e saída do paciente determina a observância de 4 horas de cuidado de enfermagem por paciente por turno, um profissional para dois pacientes, com a proporção mínima de 33% de enfermeiros e 67% de técnicos de enfermagem por paciente, por turno (COFEN, 2017).

Tendo em vista os prejuízos que a medida poderia acarretar à qualidade e à segurança da assistência, como pontuado reiteradas vezes pelos participantes deste estudo, em março de 2020, a partir de uma ação impetrada pelo COFEN, o Tribunal de Justiça determinou o retorno aos parâmetros de dimensionamento estabelecidos anteriormente (Brasil, 2020).

Cabe mencionar que os riscos associados à sobrecarga de trabalho estão evidenciados na literatura em estudos realizados em instituições hospitalares, como infecção associadas à CVC, quedas e mortalidade, ratificando as preocupações demonstradas pelos participantes desta pesquisa (Magalhães et al., 2017).

Neste estudo, um ponto de divergência encontrado diz respeito ao fato de, no estudo quantitativo, a maior parte dos profissionais concordarem ter tempo para se dedicar aos pacientes, enquanto, na investigação qualitativa, referirem a exigência de agilidade na prestação de cuidados, sobretudo, nos momentos entre os turnos.

Em investigação realizada nos EUA, Kear e Ulrich (2018), apontam que a redução do quadro de pessoal tem levado ao desenvolvimento de multitarefas, exigência por agilidade e, conseqüentemente, EA. Para eles, a celeridade nas trocas de turnos configura um problema de segurança do paciente, uma vez que limita a observação adequada da prescrição de diálise, promove a perda de informações, conduz a improvisões e descumprimento dos protocolos assistenciais, especialmente, aqueles relacionados à prevenção de infecções, impactando nos resultados do tratamento.

Nessa direção, Thomas-Hawkins et al. (2015) afirmam que a adequação da equipe configura um desafio aos gestores dos serviços de diálise, que buscam equilibrar as demandas dos pacientes, as necessidades dos trabalhadores, as exigências organizacionais e as determinações legais.

No tocante aos materiais, a vivência dos participantes demonstrou que a disponibilidade de infraestrutura, materiais e equipamentos contribuem para a qualidade e segurança do cuidado, tendo em vista que evita atrasos e improvisações na realização das atividades assistenciais.

Dificuldades na disponibilidade de materiais e insumos impactam diretamente no trabalho da enfermagem, ocorrendo por muitas vezes a interrupção da assistência, o aumento do tempo de internação, maior incidência de infecções ao paciente, o que leva a situações estressantes e danosas à equipe de enfermagem e impacto direto à segurança do paciente (Ribeiro et al., 2018).

Outrossim, a disponibilidade de materiais foi apontada como fator relevante para o planejamento da assistência de enfermagem, uma vez que pode variar de acordo com a disponibilidade dos materiais, como agulhas específicas para a técnica *Buttonhole*, agulhas de corte com diferentes tamanhos e ultrassom *doppler* para realização de punção guiada para realizar os cuidados que consideram apropriados.

No que corresponde ao ultrassom, pontuado diversas vezes neste estudo, cabe mencionar que se trata de uma ferramenta útil, portátil, não invasiva e cada vez mais acessível para aquisição nos serviços de diálise, fornecendo informações sobre a morfologia e a fisiologia da rede vascular, favorecendo o planejamento do cuidado ao AV. Entretanto, há carência de oportunidades de capacitação nessa área, fazendo com que muitos profissionais limitem-se à punção guiada (Niyar, 2020).

No que tange às relações de trabalho entre a equipe de enfermagem e médicos nefrologistas, estas constituíram-se nos elementos mais fortalecidos da autopercepção do ambiente da prática, manifestando-se por práticas colaborativas e decisões compartilhadas nos cuidados cotidianos, considerando os objetivos comuns de manter os AV funcionando e garantir a efetividade dialítica na assistência aos pacientes.

De acordo com Peduzzi et al. (2020), o trabalho em equipe permite uma abordagem ampliada e contextualizada, sendo essencial para enfrentar a complexidade das necessidades de saúde da população.

Considera-se que a relação com os cirurgiões vasculares pode ser melhorada a partir da contratualização de um cirurgião vascular de referência, o que favorecerá não apenas o trabalho em equipe e a colaboração, mas a qualidade do gerenciamento de complicações no AV.

Assim, a integração do serviço de cirurgia vascular, com vistas a garantir a acessibilidade e a continuidade dos cuidados, é essencial para que o processo seja realizado de forma articulada, interdependente, complementar e pautado em confiança mútua, minimizando a interferência de fatores interacionais.

Entretanto, essa forma de atuação exige a descentralização de poder, para que se possa caminhar na busca pelo compartilhamento de objetivos e responsabilidades, constituindo-se em um cenário de trabalho conjunto e resolutivo aos pacientes. Ao reduzir as disparidades, abrem-se as oportunidades para que os trabalhadores expressem suas perspectivas, participando de forma autônoma na busca pela qualidade e segurança dos cuidados (Bernardes et al., 2015).

Os achados deste estudo indicam que os participantes percebem o clima de segurança de maneira desfavorável, demonstrando que, embora conheçam os meios e sintam-se encorajados a comunicar os erros, a abordagem individual adotada pelo corpo diretivo, o estilo de liderança e as relações interpessoais repercutem em sentimentos de medo, angústia e ansiedade. Paradoxalmente, profissionais que referiram atuar em cenários onde a abordagem é desenvolvida com perspectiva sistêmica, a comunicação do erro é mais aberta e transparente.

O escore do domínio clima de segurança encontrado nesta pesquisa é intermediário entre os achados do estudo de Dantas (2018), no qual foram avaliados

dois serviços de diálise em Fortaleza, Ceará, sendo favorável em um (média = 78,2) e desfavorável em outro (média = 60,9).

Neste estudo, a partir dos relatos dos profissionais, pode-se expandir a compreensão, identificando-se que a construção e a implementação de ações vinculadas ao PNSP estão em fase inicial, sobretudo, na vivência de profissionais atuantes em unidades extra-hospitalares. Embora sejam relatadas práticas inseguras, o cumprimento da legislação inerente ao funcionamento dos serviços de diálise e o emprego de protocolos assistenciais conferiram a percepção de cuidado seguro, demonstrando fragilidade acerca da temática.

Nota-se que, apesar de ser considerada uma exigência recente aos serviços de diálise, a constituição do NSP como instância responsável por elaborar e implantar o Plano de segurança do paciente está prevista, além do PNSP, na RDC da ANVISA nº 11, de 13 de março de 2014, que determina as normas de funcionamento dos serviços de diálise no País (Brasil, 2014b).

Tendo em vista os problemas para instituir ações para segurança do paciente, revisão integrativa, realizada por Mendes et al. (2020), listou propostas para a segurança do paciente em HD nas dimensões de ensino, assistência e gestão. No que se refere ao ensino, foram apontadas as estratégias de educação permanente à equipe e educação em saúde aos pacientes/familiares. Na dimensão assistencial, propôs-se a identificação dos EA a partir da análise das notificações, emprego de roteiro de verificação, compartilhamento de cuidados, implementação de protocolos, melhoria da comunicação e do trabalho em equipe, monitoramento dos riscos comportamentais dos pacientes e gerenciamento do fluxo de rotatividade dos pacientes durante as mudanças de turno. No tocante à gestão, foram recomendadas estratégias quanto ao uso de tecnologia para gerenciar as informações, à disponibilidade de recursos materiais, à adequação do quantitativo de pessoal e redução da sobrecarga de trabalho, ao uso de políticas de segurança, aconselhamento, capacitação e medidas disciplinares quando necessário, à avaliação e ao redesenho da estrutura física, caso comprometam a segurança, à auditoria de controle de infecção e qualidade da água.

Ulrich (2020) afirma que, nas últimas duas décadas, a enfermagem em nefrologia vem desenvolvendo estratégias para aprimorar a segurança dos pacientes

por meio da implementação de processos e ferramentas, mas compreende que isso não é suficiente para atingir o cuidado seguro, se não for acompanhada de atitudes e ações que fomentem de uma cultura de segurança do paciente.

Compreender e disseminar a ideia de que o erro ou EA pode se concretizar no ambiente de atenção à saúde, configura a primeira ação a ser estabelecida no sentido de desenvolver uma cultura de segurança. Desse modo, pondera-se que a comunicação dos EA e sua notificação são consideradas atitudes positivas e essenciais à cultura de segurança, uma vez que à medida que estes são registrados, é possível iniciar ações corretivas e preventivas. Nesse cenário, é imperativo a presença de uma cultura não punitiva, na qual se aplique uma abordagem sistêmica ao erro (Wegner et al., 2016).

Na presente investigação, a concepção do erro foi evidenciada de modo distinto entre os participantes, denotando certo distanciamento dos pressupostos advindos da cultura de segurança, que pode ser representado pelo fato de EA, como sangramento no AV e infiltrações serem considerados inerentes ao tratamento.

Isso pode ocorrer em função da maior parte dos EA resultar em danos leves ou moderados, como explicitado em pesquisa realizada no Estado de Goiás, analisando-se o prontuário de 117 pacientes, totalizando 5.938 sessões de HD. Verificou-se que em 1.036 (17,4%) sessões foram encontrados pelo menos um EA, acometendo 94 (80,3%) pacientes. Os EA com maiores percentuais de prevalência foram: fluxo sanguíneo inadequado (40,6%), sangramento pela FAV (11,6%), infecção ou sinais infecciosos (9,6%), coagulação do sistema extracorpóreo (7,1%) e infiltração (6,1%). Quanto à gravidade dos danos, 76,1% foram classificados como leves, 22,9% moderados, 0,9% graves e 0,1% óbito (Sousa, 2014).

No subcapítulo a seguir, são discutidos os achados relativos à percepção de empoderamento psicológico, à luz do referencial teórico de Empoderamento psicológico proposto por Spreitzer (1995), às teorias subjacentes e à literatura concernente ao objeto de estudo, compondo a análise interpretativa.

6.3 EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO NO MANEJO DO AV: ANÁLISE INTERPRETATIVA

Nesta investigação, os resultados demonstraram que os profissionais de enfermagem sentem-se psicologicamente empoderados no manejo do AV, principalmente, nas cognições Significado e Competência.

Em relação ao Significado, os achados indicaram que o manejo do AV é um trabalho relevante, significativo e gratificante aos profissionais, remetendo a cuidar da própria vida do paciente, independentemente de suas características sociodemográficas.

Esta premissa vai ao encontro das concepções de Hackman, Oldham (1980), Brief e Nord (1990) e Spreitzer (1995), explicitando o propósito do trabalho e a articulação entre as atividades desempenhadas e os valores, as crenças e as atitudes do indivíduo.

No entender de Hackman e Oldham (1980), quando o indivíduo percebe seu trabalho, pessoalmente, como importante, valioso e compensatório caracteriza-o como algo significativo e, conseqüentemente, motivador. Para Brief e Nord (1990), o significado do trabalho emerge das interpretações subjetivas dos indivíduos, com base em suas experiências e interações no trabalho, postulando que os profissionais estão cercados de fontes potenciais de significado no ambiente laboral, permitindo atribuí-lo a partir da congruência com seus valores e crenças.

Os resultados encontrados nesta investigação são semelhantes aos evidenciados por estudos conduzidos em distintas áreas assistenciais e países, como Portugal, na Turquia, nos EUA, no Iran e no Brasil (Teixeira, Nogueira, Alves, 2016; DiNapoli et al., 2016; Yildiz et al., 2020; Janighorban et al., 2020; Salles et al., 2021).

Em serviços de diálise, pesquisa desenvolvida no Canadá reportou que os enfermeiros sentiam-se empoderados no ambiente de trabalho, constatando, que a subescala Significado, assim como neste estudo, obteve a melhor pontuação (Doré et al., 2018).

Esta pesquisa explicitou que os participantes desenvolveram reflexões profundas sobre o cuidado no manejo do AV, vislumbrando-o como uma extensão de

seus propósitos de contribuição e de suas crenças vocacionais em relação ao trabalho, permitindo identificação e autorrealização.

A cronicidade da terapêutica hemodialítica constitui um elemento importante para construção desse significado, pois envolve um processo relacional e de liame pessoal com o trabalho, que se desenvolve mediante a criação de vínculo com os pacientes e familiares.

Segundo Rosso, Dekas, Wrzesiewski (2010), à medida que se cria um ambiente laboral semelhante a uma família e os profissionais têm a oportunidade de colaborar com algo de valor aos outros membros da comunidade organizacional, aprimora-se o senso de propósito, competência e impacto.

Assim, o trabalho é visto como significativo à medida que é compreendido como enriquecedor para si mesmo e aos outros, podendo levar a maiores níveis de engajamento, desempenho e criatividade (Bailey et al., 2017).

Fan et al. (2016) asseveram que o estabelecimento desse tipo de relação requer a dispensação de recursos intelectuais e emocionais, ultrapassando as dimensões do conhecimento e da habilidade técnica dos profissionais de enfermagem.

Embora esta interface seja importante, pode implicar sofrimento aos profissionais, sobretudo, quando se deparam com as complicações apresentadas pelos pacientes. Isso pode ser observado no estudo de Kear e Ulrich (2018), demonstrando que os profissionais de enfermagem não estavam preparados para lidar com a terminalidade de vida dos pacientes em HD, sentindo-se afetados frente à piora clínica daqueles com os quais desenvolveram vínculo afetivo.

Especificamente no tocante ao AV, o significado de cuidar da própria vida do paciente guarda estreita relação com a imprescindibilidade do AV para conectar o paciente ao equipamento de HD, permitindo uma terapêutica que, além de prolongar a vida, melhora as condições clínicas dos pacientes para que possam vivenciá-la com qualidade (Ibeas et al., 2017).

Nessa perspectiva, avalia-se que o processo cuidativo do AV é significativo aos profissionais de enfermagem e expressa-se como cuidar da própria vida do paciente, tendo em vista as premissas que regem a profissão, a criação de vínculos com os

pacientes e familiares e a relevância do AV na manutenção da vida do paciente, contribuindo para que os profissionais sintam-se intrinsecamente motivados para o trabalho.

Referente ao Impacto, essa subescala apresentou o segundo menor escore, observando-se diferença significativa entre os enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, sendo que os primeiros apresentam escores mais elevados. Embora a maioria dos participantes tenha reconhecido a importância que esse constructo exerce no trabalho, um contingente menor concordou que possui controle sobre o que ocorria no setor. Ao analisar os resultados qualitativos, pode-se compreender esses resultados, uma vez que os participantes assentiram que seus esforços são efetivos à manutenção dos AV e à efetividade dialítica, sobretudo, nos aspectos técnico-operacionais. Entretanto, manifestaram que frente à falta de reconhecimento das lideranças e sua exclusão nos processos decisórios podem apresentar resistência e apatia.

Conforme mencionado no Referencial Teórico, Impacto refere-se ao grau com que se pode influenciar os resultados estratégicos, administrativos ou operacionais no local de trabalho (Spreitzer, 1995).

Em oposição ao Impacto, Ashforth (1989) aborda questões sobre experiências que conduzem à impotência dos profissionais; entendendo como impotência a falta de autonomia e participação nas decisões. Tal experiência pode culminar em três processos de ajustamento do indivíduo em seu ambiente de trabalho: resistência, desamparo e alienação.

Neste estudo, os escores da subescala Impacto convergiram com depoimentos que relatam a resistência dos profissionais na adesão a protocolos, quando os mesmos não foram inseridos nas discussões. Ademais, pode-se notar narrativas explicitando apatia de alguns profissionais no cotidiano do trabalho, restringindo sua participação na implementação de melhorias na prática.

Os achados da presente pesquisa apresentam evidências significantes de que o senso de Significado e Impacto no trabalho é maior, quanto melhor for a percepção de atuar em ambientes favoráveis à prática de enfermagem e clima de segurança positivo.

Atualmente, o envolvimento dos profissionais de enfermagem na tomada de decisão vem sendo uma estratégia empregada pelos gestores para promover a excelência clínica dos cuidados de enfermagem. Ao cultivar ambientes em que os integrantes da equipe sintam-se seguros para expor suas opiniões, estimula-se o crescimento profissional, contribuindo para que os indivíduos tornem-se motivados a descobrir novos conhecimentos e inovações e, dessa forma, promovam mudanças em busca de melhores resultados (Holskey, Rivera, 2020).

Cabe pontuar que para favorecer a adesão da equipe à mudança, é essencial contar com a representação de todos os profissionais das áreas impactadas pela mudança, no processo decisório. Desse modo, todos os integrantes assumem o compromisso e a responsabilidade, não apenas pela implantação da mudança, mas em todas as ações necessárias mitigando a resistência (Wilson, Galuska, 2020).

Tendo em vista que, no manejo do AV, são necessárias decisões assertivas para prevenir complicações no AV, é basilar o envolvimento de todas as categorias profissionais que possuem responsabilidade na execução dos procedimentos no momento da definição ou mudança dos protocolos norteadores das práticas assistências e/ou gerenciais. Considera-se que a perspectiva exposta por cada profissional contribua para a constituição de um corpo de saberes, conduzindo ao exercício profissional realista, factível e legitimado.

Em virtude de o trabalho da enfermagem possuir caráter de equipe, os profissionais estão constantemente envolvidos em grupos de trabalho que desenvolvam uma identidade própria ou objetivos comuns, neste caso, a equipe da unidade diálise, a enfermagem em nefrologia como especialidade ou a enfermagem como profissão. Destarte, o elo entre indivíduo e grupo, bem como a percepção de seu papel influenciam o significado atribuído ao trabalho.

Nesse contexto, a comunicação e o relacionamento com a equipe constituem ferramentas profícuas para a liderança, tendo em vista sua capacidade de aproximar o líder e o liderado, tornando a relação mais flexível e distante do papel controlador e ditador de regras, presente nos modelos de gestão centralizada. Desse modo, compreende-se que, além de falar, o líder deve estar disposto a ouvir os liderados (Vieira, Renovato, Sales, 2013).

A liderança é uma competência indispensável à atuação do enfermeiro em serviços de diálise, seja na gestão do serviço ou no gerenciamento do cuidado, considerando a complexidade que permeia os processos cuidadosos, sobretudo, o manejo do AV.

Estudo de revisão sistemática realizado por Sibert, Wang, Courtright (2011) demonstrou que o estilo de liderança teve forte influência sobre o empoderamento psicológico.

Os líderes contribuem para delinear o significado do trabalho, uma vez que participam da definição e da condução da missão, das metas, da identidade e do propósito da organização, influenciando a percepção dos indivíduos sobre esta e, desse modo, sobre o trabalho. Adicionalmente, o comportamento do líder, manifestado na comunicação e nas respostas frente a eventos e circunstâncias do trabalho atua na construção do significado do trabalho (Podolny, Khurana, Hill-Popper, 2005; Bailey et al., 2017).

Dados da literatura apontam uma série de estudos abordando a relação entre estilos de liderança e empoderamento psicológico, permeado pelo contexto do trabalho, significado e possibilidades futuras.

Dentre elas, a liderança transformacional tem capacidade de influenciar o empoderamento psicológico ao transmitir à equipe mensagens sobre a importância das ações individuais e do grupo para alcance dos objetivos institucionais, promovendo um senso de impacto. Ao se apresentarem de forma otimista sobre o futuro, entusiasmados e confiantes em relação ao objetivo do trabalho, favorecem a percepção de significado no trabalho (Dust, Resick, Mwitz, 2014).

Ao analisar a relação entre liderança autêntica e empoderamento psicológico, Shapira-Lishchinsky e Benoliel (2019) afirmaram que, quando os enfermeiros percebem que seus líderes permitem que eles exerçam influência sobre o que acontece no setor, os enfermeiros são encorajados a melhorar sua atuação para além das atribuições formais da função, demonstrando o senso de impacto. Além disso, ao sentirem-se valorizados e reconhecidos por sua competência no trabalho, buscam comportar-se como modelo para os pares, agindo acima das expectativas.

De acordo com Michaelson et al. (2014), ao descreverem o trabalho em termos visionários e concentrarem-se em valores compartilhados, os líderes

transformacionais conduzem os seguidores a visualizar seu trabalho como congruente com os valores pessoais e, portanto, como mais significativo.

No que diz respeito à Competência, o presente estudo apresenta evidências de que os profissionais de enfermagem sentem-se seguros, confiantes e dominam as habilidades necessárias para desenvolver seu papel e responsabilidades no cuidado do AV, considerando-as habituais. Os enfermeiros pautaram-se, sobretudo, no gerenciamento do cuidado, discorrendo com segurança as ações nas dimensões assistencial e gerencial, com exceção do monitoramento do acesso arteriovenoso. Os técnicos de enfermagem, por sua vez, referiram sentir-se competentes para exercer suas atividades, especialmente, no tocante à punção da FAV, destacando a especificidade da prática, a habitualidade e a padronização dos cuidados desenvolvidos.

A Competência ou autoeficácia específica para o trabalho, é um componente do empoderamento psicológico pautado na crença que os indivíduos possuem acerca de sua própria capacidade para realizar suas atividades laborais com habilidade, objetivando alcançar determinado resultado (Spreitzer, 1995).

O conceito central da perspectiva teórica de autoeficácia é que os indivíduos atuam de maneira ativa diante das situações a que são expostos, a fim de alcançar os objetivos desejados. Isso implica a adoção de uma postura pautada na capacidade de fazer planos e visualizar estratégias para realizá-los; na criação de objetivos e metas para si mesmos, prospectando resultados a partir de seus atos e esforços; na adoção de padrões de referência para avaliar, monitorar e regular seus atos; na reflexão sobre o valor e significado de suas ações, realizando os ajustes necessários para atingir os objetivos esperados (Bandura, Azzi, Polydoro, 2008).

Nesta pesquisa, constatou-se que os profissionais de enfermagem sentem-se confiantes em decorrência do seguimento dos protocolos estabelecidos e da habilidade desenvolvida ao longo do tempo de experiência, o que lhes proporciona segurança para conduzir suas ações. Nesse ínterim, realizam avaliação preliminar do CVC, da FAV ou do enxerto e decidem como devem executar o procedimento ou se há necessidade de solicitar apoio, reconhecendo seus limites ao estabelecer o número máximo de tentativas na punção.

No estudo de Harwood, Wilson e Oudshoorn (2016), observou-se que os enfermeiros compreendiam a resposta emocional que os pacientes apresentavam no momento da punção, assim como reconheciam suas próprias reações à canulação bem ou malsucedida. Dessa maneira, estabeleciam um plano e regras para si próprio a respeito de quantas tentativas permitir-se-iam. Ademais, apresentavam-se cientes acerca de suas habilidades e níveis de conforto com as FAV novas ou difíceis, expressando a importância de conhecer suas limitações.

Com base na teoria da autoeficácia, compreende-se que as pessoas envolvem-se em atividades que acreditam ser capazes de executar e prevêem obter resultados positivos, enquanto aquelas que não estão convictas de suas habilidades, tendem a se esquivar de realizá-las ou desistir com facilidade mediante dificuldades, vislumbrando a ocorrência de fracassos (Bandura, 1977).

A presente pesquisa explicitou que, tanto os enfermeiros como os técnicos/auxiliares de enfermagem demonstraram motivação para realizar as atividades relativas ao manejo do AV, uma vez que acreditam em sua habilidade para efetuá-las com sucesso. Todavia, grande parte dos enfermeiros não executavam todas as etapas relativas ao monitoramento do AV (exame físico do acesso arteriovenoso e avaliação dos sinais clínicos de disfunção), sobretudo, aquelas destinadas ao exame físico da FAV.

Embora as evidências demonstrem força de associação fraca entre o senso de competência e as características organizacionais voltadas aos fundamentos da qualidade do cuidado e a relações com os médicos, os resultados qualitativos expuseram que aspectos relativos à qualificação profissional e às relações com os cirurgiões vasculares influenciam o senso de competência e autonomia dos enfermeiros no manejo do AV, reduzindo seu empoderamento psicológico para a realização do exame físico do acesso arteriovenoso.

Para desenvolver as crenças de autoeficácia, Bandura (1977) descreve quatro fontes principais: experiências pessoais, experiências vicárias, persuasão social e estados emocionais. À luz destas fontes, pode-se compreender como os profissionais de enfermagem desenvolveram esta elevada crença de competência no processo cuidativo do AV e o receio dos enfermeiros na realização do exame físico.

As experiências diretas na execução de determinadas atividades são a fonte mais confiável para o desenvolvimento das crenças de autoeficácia, uma vez que demonstra com concretude que a pessoa pode mobilizar os esforços necessários para alcançar os objetivos. Assim, quando o indivíduo apresenta sucesso em suas ações, sente-se mais autoconfiante e os fracassos ocasionais não geram impacto significativo em sua crença pessoal de eficácia. Ao contrário, quando ocorrem falhas frequentes, ocorrências isoladas de sucesso não promovem elevação da crença de autoeficácia (Bandura, 2009).

Assim, depreende-se que, à medida que as experiências de sucesso no momento das punções ocorram, produz-se um forte senso de eficácia, de maneira que, atualmente, as falhas ocasionais têm pouco efeito no julgamento de sua própria capacidade para realizar essa atividade. Isso pode ser visualizado nos relatos de apoio dos pares frente ao insucesso nas tentativas de punção de FAV, constatando-se que os profissionais de enfermagem ajudam-se mutuamente, sem reconhecer neste pedido de ajuda um senso de demérito. Pelo contrário, manifestam como uma oportunidade de discutir o problema e aprender coletivamente.

De acordo com Bandura (1997), a crença de autoeficácia não emerge exclusivamente da influência da *performance* nas experiências, mas dependente também de circunstâncias e fatores ambientais, como a dificuldade da atividade, o esforço dispendido, a ajuda recebida, as condições emocionais e físicas no momento do trabalho, entre outros.

Os participantes refletiram acerca do ambiente de trabalho e do clima de segurança em serviços de diálise e sua vivência no manejo do AV, expressando atributos que potencializem o trabalho da enfermagem. Dentre eles, observou-se que o estabelecimento de protocolos para nortear a assistência, com base em evidências, tornam clara as ações de cuidado a serem adotadas e os objetivos a serem alcançados; a competência clínica dos enfermeiros, com oferta de supervisão constante e apoio aos técnicos/auxiliares frente a dificuldades; reconhecimento, comunicação assertiva e relacionamento interpessoal empático dos gestores de enfermagem com a equipe; a disponibilidade de recursos materiais, equipamentos e pessoal em número suficiente, promovendo a sensação de adequação para produzir assistência qualificada; as boas relações com a equipe médica, elevando o senso de valorização; e a instituição de um ambiente transparente para lidar com os erros,

reconhecendo-os como oportunidades de melhoria. Sendo assim, o ambiente de trabalho é capaz de fortalecer a percepção de autoeficácia dos profissionais de enfermagem e, conseqüentemente, o empoderamento psicológico.

A segunda forma de criar e fortalecer as crenças de autoeficácia é por meio de experiências vicárias ou modelagem, isto é, aquelas que são embasadas nas vivências de outros profissionais, que possuem as competências e obtêm os resultados que o indivíduo almeja ser capaz de construir. Quanto maior a semelhança que o indivíduo encontrar entre si mesmo e a pessoa a quem deseja modelar, mais persuasivos serão os fracassos ou os sucessos obtidos por esse modelo sobre o indivíduo (Bandura, 1977).

Nesta pesquisa, a influência das experiências vicárias foi identificada, principalmente, nos relatos acerca da inserção dos profissionais admitidos no serviço de diálise. O enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem recém-contratado, sobretudo, aqueles que não possuem experiências anteriores na área, ao observar o desempenho dos pares, tende a valorizar essa informação para construir a percepção a respeito de sua própria capacidade para alcançar os mesmos resultados no desempenho das atividades.

Nesta ótica, é essencial atentar na escolha do tutor, de modo que represente os atributos que se espera do novo trabalhador, considerando aspectos técnico-científicos e relacionais. Os achados deste estudo demonstraram experiências positivas e negativas nos processos de tutoria admissional, demonstrando que programas estruturados tendem a ofertar melhores resultados na construção do aprendizado, embora esse processo seja permeado pela relação interpessoal que se estabelece entre tutor e aprendiz. Assim, quando o tutor coloca-se em uma posição de contribuição, colaborando com o processo de aprendizagem e inserção na cultura organizacional do novo trabalhador, nota-se elevação na confiança em si mesmo para desenvolver os conhecimentos, as habilidades e as atitudes requeridas no trabalho pelo aprendiz.

Nos casos em que o indivíduo observa pessoas semelhantes obtendo sucesso, acredita que também pode alcançá-lo. Todavia, quando os modelos são muito diferentes, a autoeficácia percebida não é influenciada pelos comportamentos ou pelos resultados obtidos pelos modelos. Depreende-se, portanto, que as influências

de modelagem vão além de fornecer um padrão social para julgar suas próprias capacidades, elas compartilham conhecimentos e ensinam aos observadores competências e estratégias para gerir as demandas e alcançar o sucesso necessário (Bandura, 1997). Sendo assim, programas admissionais realizados por meio da inserção do profissional no ambiente de trabalho sem orientação estruturada, dificultam o desenvolvimento de crença dos profissionais recém-admitidos em sua capacidade para construir as competências necessárias, tendo em vista os diversos modelos a seguir e as orientações distintas e desorganizadas que recebe.

A terceira maneira de fortalecer as crenças pessoais é a persuasão social ou verbal, na qual se tenta convencer as pessoas de que possuem as habilidades necessárias para alcançar o que buscam. Quando os indivíduos são convictos de que possuem as capacidades para realizar determinadas atividades, esforçam-se para obter sucesso, desenvolvendo competências adicionais, construindo, desse modo, suas próprias experiências de sucesso (Bandura, 1977). Por outro lado, a persuasão de ineficácia pode diminuir o esforço e gerar afastamento das atividades desafiadoras, gerando um modo de restringir os comportamentos e criar uma confirmação de desvalorização (Bandura, 1989, 1997).

Neste quesito, a atuação gestor/enfermeiro está intimamente relacionada ao desenvolvimento do senso de competência do enfermeiro/técnicos/auxiliares de enfermagem, pois ao demonstrarem confiança na capacidade de sua equipe e fornecer os meios e instrumentos necessários para se desenvolver, promove-se a autoeficácia, como evidenciado nesta pesquisa.

O efeito da persuasão guarda estreita relação com a credibilidade depositada pelo indivíduo na pessoa que o persuade, especialmente, quando não possui experiência no desenvolvimento de determinada atividade. Ademais, o consenso entre várias pessoas acreditando em suas capacidades, a disparidade entre o que acredita e os que as pessoas estão dizendo, e sua familiaridade com a atividade exigida também influenciam o quanto a persuasão social afeta sua crença de autoeficácia (Nunes, 2008; Bandura, 2009; Morris, Usher, Chen, 2016; Schunk, DiBenedetto, 2020).

Isso pode ser notado quando os enfermeiros expressaram-se sobre o monitoramento do AV, especialmente, no que concerne ao exame físico, repercutindo

em comportamento de supervalorização da tecnologia e da avaliação pelo cirurgião vascular para detecção de complicações, indicando redução de empoderamento.

Nesta investigação, adicionalmente, evidenciou-se que a capacitação específica para o monitoramento e vigilância do AV e o relacionamento interpessoal entre enfermeiros e cirurgiões vasculares repercutem na autoconfiança dos enfermeiros em avaliar a presença de disfunções trombóticas, não trombóticas e infecciosas nas FAV.

Neste sentido, considera-se a necessidade de se investir em duas práticas gerenciais: programas de educação continuada ou permanente específicos aos enfermeiros e contratualização de serviços ou cirurgião vascular de referência.

A qualificação dos enfermeiros no processo de avaliação dos AV é crucial para fornecer melhores resultados aos pacientes, tendo em vista seu trabalho de assistir diretamente os pacientes com AV mais complexos em diálise, mas também para orientar o trabalho dos técnicos/auxiliares de enfermagem, colaborar com nefrologistas nas decisões acerca da dose de prescrição da diálise e com os cirurgiões vasculares na definição dos procedimentos relativos ao AV, o que qualifica a assistência.

Estudos demonstram que programas de capacitação com conteúdos teóricos e prática intensiva possibilitam que os profissionais tornem-se capazes de executar corretamente as técnicas, realizar o raciocínio clínico sobre os achados e tomar as decisões adequadas, tornando-se mais empoderados e obtendo melhores resultados aos pacientes (Tessitore et al., 2011; Coentrão, Turmel-Rodrigues, 2013).

Os resultados apontados por esses autores corroboram os desta pesquisa, na qual se demonstrou que, embora todos os enfermeiros sejam especialistas em Enfermagem em Nefrologia e a maior parte possua elevado tempo de experiência, não se sentem habilitados para realização de exame físico específico do AV. Com isso, considera-se que, para efetuar o monitoramento e vigilância dos acessos arteriovenosos, os serviços de diálise precisam organizar estratégias para promover a capacitação prática dos profissionais e o exercício diário dessa atividade para o desenvolvimento do julgamento clínico apropriado, promovendo o senso de autoeficácia por meio de aumento de experiências exitosas e redução dos efeitos da persuasão negativa.

Frente aos aspectos apresentados, considera-se também que a contratualização com serviços de cirurgia vascular ou cirurgião vascular de referência é essencial para favorecer seu relacionamento com os profissionais atuantes no serviço de diálise.

De acordo com diretrizes internacionais, o monitoramento e a vigilância do AV devem envolver nefrologistas, profissionais de enfermagem e intervencionistas ou cirurgiões vasculares, de modo que atuem de maneira articulada na detecção precoce e gerenciamento de complicações (Ibeas et al., 2017; Schmidli et al., 2018; Lok et al., 2020).

Por fim, a quarta maneira de fortalecer a crença de autoeficácia consiste no estado emocional que o indivíduo apresenta quando julga suas próprias capacidades. Assim, não são apenas as informações recebidas que influenciam a autoeficácia, mas a experiência cognitiva do processo de aprendizagem de uma dada atividade, pois o processo de formação e reavaliação do sentimento de autoeficácia depende, entre outros, da dificuldade da atividade, do esforço dispensado, da disponibilidade e qualidade de ajuda externa, das circunstâncias do momento, assim como do padrão temporal de sucesso e insucesso pessoal (Bandura, 1999).

No contexto de trabalho em diálise, a habilidade para realizar a punção da FAV é valorizada entre os profissionais e os pacientes, alterando o estado emocional dos profissionais frente a situações de falhas ou sucesso na tentativa de punção, por exemplo. Dessa maneira, pode-se perder a autoconfiança mediante a ocorrência de EA, como dor excessiva, tentativas malsucedidas ou hematomas. Por outro lado, as canulações bem-sucedidas evocam fortes sensações emocionais positiva e satisfação no trabalho (Harwood, Wilson, Oudshoorn, 2016).

Nesta pesquisa, a Autodeterminação representou o componente de empoderamento psicológico com avaliação mais desfavorável. Embora elevado percentual de participantes acredite ter autonomia, não houve clareza sobre o poder de tomar as próprias decisões a respeito de como realizar o trabalho. Estes resultados e as evidências de diferença significativa entre enfermeiros e técnicos puderam ser compreendidas nas expressões que os enfermeiros manifestam sentir-se autônomos, quando podem tomar decisões acerca do gerenciamento do cuidado, tanto no trabalho em equipe, como nas ações individuais. Os técnicos de enfermagem, por sua vez,

vivenciam o sentimento de autonomia na realização cotidiana de seu trabalho, tendo em vista o caráter habitual e padronizado das atividades. No entanto, por atuarem sob a supervisão dos enfermeiros, a quem recorrem em circunstâncias que extrapolam suas responsabilidades, apresentam dúvidas quanto a poder tomar suas próprias decisões.

No âmbito do empoderamento psicológico, a autodeterminação consiste no senso de controle pessoal referente às atividades a serem desempenhadas, manifestadas pela autonomia acerca de como iniciar e continuar os comportamentos nos processos de trabalho (Spreitzer, 1995).

Com base na teoria da Autodeterminação, compreende-se que os indivíduos sentem-se intrinsecamente motivados e mais autônomos à medida que se percebem no controle sobre suas ações, sentindo-se responsáveis pela execução de seu trabalho (Deci, Ryan, 1985; Ryan, Deci, 2020).

Assim como a competência e a formação de vínculos sociais, a autonomia constitui uma necessidade psicológica que pode ser potencializada ou degradada pelo contexto social do trabalho, impulsionando a motivação intrínseca, vinculando a motivação a fatores externos ou levando à desmotivação. Estas diferentes formas de motivação ocorrem ao longo de um *continuum* entre sentir-se extremamente autônomo até perceber completa ausência de autonomia (Deci, Ryan, 1985; Ryan, Deci, 2000; Gagné, Deci, 2005; Rigby, Ryan, 2018).

Isso ocorre porque a motivação pode desenvolver-se a partir de fatores externos ou internos. Quanto mais internos, mais conectados às necessidades, valores e interesses pessoais, resultando em um tipo de motivação que conduz ao comprometimento em realizar bem suas atividades no trabalho e, a partir desse esforço, obter satisfação, vitalidade e bem-estar. Por outro lado, quanto mais externos, mais mobilizados pelas consequências de suas ações do que pela atividade em si, de modo que o comportamento no trabalho torne-se dependente, em certa medida, da presença desses estímulos. Quando os indivíduos não encontram nenhum valor na atividade a ser desenvolvida, limitam-se a fazer o que é necessário, demonstrando um estado de desmotivação (Ryan, Deci, 2020).

Embora pareça paradoxal, sob essa perspectiva, a autonomia aumenta frente à percepção individual de que possui escolhas e capacidade para tomar suas próprias

decisões, ainda que orientadas por outras pessoas e limitadas pelas normas organizacionais (Fowler, 2018).

Face a estes entendimentos, compreende-se que o trabalho autônomo dos técnicos/auxiliares de enfermagem no cuidado do AV pode ser alcançado, ainda que sua atuação seja realizada sob a supervisão do enfermeiro e fundamentada em protocolos assistenciais e voltados à segurança do paciente.

Nesse aspecto, os enfermeiros contribuem para o empoderamento psicológico dos técnicos/auxiliares quando fornecem orientações, de forma empática, nos momentos de dificuldades na punção, FAV com sinais de disfunção ou CVC com baixo fluxo, por exemplo, auxiliando-os a tomarem decisões assertivas no desempenho de suas atividades. Os resultados desta pesquisa demonstram que esse apoio dos enfermeiros foi declarado como promotor de segurança, confiança e amparo e não de cerceamento da liberdade de decidir pelos técnicos/auxiliares de enfermagem.

Apesar de, por vezes, a supervisão denotar um instrumento empregado para assegurar a produção do cuidado, limitando a autonomia dos liderados (Chaves et al., 2017), evidenciou-se a percepção de que, na população estudada, é empregada como um instrumento para qualificar a assistência, adotando estratégias que reforcem o senso de autodeterminação.

De acordo com Wilson e Galuska (2020) cada profissional de enfermagem, independente da função que ocupe, deve possuir autonomia para tomar as decisões que lhe compete e ser responsável pelos resultados de sua prática. Para isso, é necessário desenvolver ambientes de trabalho que promovam a tomada de decisão compartilhada e processos de trabalho eficientes, comunicação eficaz e diminuição do trabalho em silos. Adicionalmente, é fundamental desenvolver práticas padronizadas e baseadas em evidências, que reduzam a variabilidade, assegurando cuidado qualificado e seguro.

Nos resultados desta investigação, são apontados vários elementos de regulação externa dos comportamentos, tanto na forma de recompensa como de punição, que produzem limitações à autonomia.

Dentre elas, encontram-se o auxílio para qualificação profissional externa – congressos, cursos de graduação ou pós-graduação, o PRV, os plantões extras remunerados, as folgas anuais concedidas em caso de ausência de absenteísmo no

ano anterior ou por participação em ações de educação continuada, que constituem elementos pelos quais o gestor controla o comportamento dos trabalhadores no ambiente de trabalho, reduzindo sua autonomia.

Embora haja controvérsias, no entender de Deci, Olafsen e Ryan (2017), as recompensas e as punições produzem um efeito negativo sobre a motivação intrínseca, uma vez que os gestores as utilizam como instrumento para controlar o comportamento dos recompensados. Ademais, há o risco de que os profissionais empenhem-se nas atividades necessárias para receber a recompensa em detrimento de outras que são igualmente valiosas à organização. Para eles, a longo prazo, o profissional desvencilha-se da atividade, quando a recompensa foi recebida ou não se torna mais relevante.

Nesta investigação, cabe pontuar que, ao serem questionados sobre o que os motiva no trabalho, os profissionais referiram, por exemplo, que a escolha dos dias para gozarem as folgas constitui um aspecto de motivação no trabalho, congruente com a compreensão de que, mais que a recompensa, as práticas gerenciais que estimulam a possibilidade de escolha fortalecem a motivação.

Os achados do estudo de Permarupan et al. (2020) mostraram que a qualidade de vida no trabalho (remuneração adequada e justa, constituição da organização do trabalho, condições de trabalho seguras e saudáveis, inserção social na organização do trabalho, relevância social da vida no trabalho e tempo de vida) promove o empoderamento psicológico entre enfermeiros.

Neste estudo, as advertências frente à ocorrência de falhas na assistência à saúde, na vivência de alguns participantes, foram apreendidas como mecanismo de culpabilização, com vistas a controlar comportamentos individuais. Por outro lado, as advertências, em ambientes que adotam abordagens sistêmicas ao erro, decorrem da identificação de ações de negligência, imperícia e/ou imprudência, no intuito de estabelecer cultura justa.

À luz da teoria da autodeterminação, compreende-se que o uso da advertência, em abordagens individuais ao erro, impede o estabelecimento da cultura de segurança, uma vez que os profissionais passam a desenvolver as ações de segurança do paciente normatizadas, apenas, por medo de receber punição, deixando de realizá-las quando não estão sob vigilância. Destarte, os profissionais não

desenvolvem a compreensão da relevância das ações preconizadas para minimizar o risco de danos associados aos cuidados que executa.

A cultura de segurança é aquela em os profissionais atuantes na gestão e na assistência assumem a responsabilidade pela segurança de todos acima de quaisquer outras metas, estimulam a identificação e a notificação de incidentes, assim como a resolução de problemas relativos à segurança, em busca do aprendizado organizacional; e disponibilizam recursos, estrutura e responsabilização para a efetividade das medidas de segurança do paciente (Brasil, 2013).

Outro aspecto da liderança importante para a autodeterminação é o reconhecimento das ações bem-sucedidas, uma vez que impulsionam os indivíduos a repeti-las em busca de aprovação de seus líderes. Na ausência desse elemento, os comportamentos tendem a não ser mantidos (Deci, Ryan, 1985; Ryan, Deci, 2020).

Ademais, ao encorajar a equipe de enfermagem a realizar autocrítica, desafiar o *status quo* e contribuir para a resolução dos problemas, os gestores e enfermeiros promovem a iniciativa e a autonomia sobre seu trabalho.

Em organizações com estruturas fluidas, que enfatizem a comunicação recíproca e a tomada de decisão descentralizada, há latitude para expressão individual, com poucas regras formais para restringir os comportamentos proativos dos profissionais. Em contraste, organizacionais mais mecanicistas, com estrutura mais rígida e tomada de decisão centralizada, tendem a restringir o empoderamento psicológico, uma vez que não há abertura para posicionamentos individuais (Dust, Resick, Mawritz, 2014).

Esta compreensão é corroborada pelos achados deste estudo, que demonstra que restringir ou promover o envolvimento dos profissionais nas decisões relativas ao manejo do AV influencia na conexão entre o propósito pessoal e o do trabalho, que é cuidar da vida do paciente, na iniciativa para tomar decisões ancoradas em seu escopo de competências e na percepção de relevância de seu trabalho para os resultados do paciente.

Este panorama revela como o clima de segurança, as habilidades de liderança e a participação dos profissionais de enfermagem na tomada de decisão influenciam o senso de autodeterminação, na população estudada.

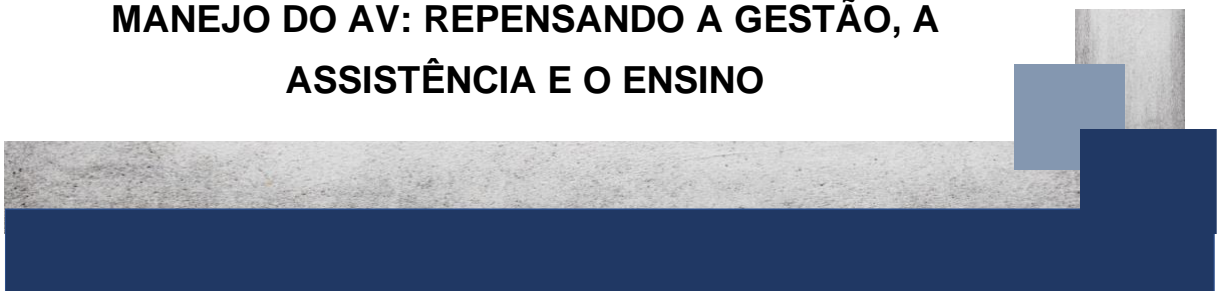
Além dessas características, os resultados indicam que quanto melhor a percepção acerca dos fundamentos da assistência de enfermagem para a qualidade do cuidado, maior o senso de autodeterminação, uma vez que a autonomia é construída gradativamente, à medida que o profissional imerge na especialidade e desenvolve as competências necessárias ao exercício profissional.

Assim, ao serem admitidos no serviço de diálise, as ações dos profissionais são orientadas, de forma estruturada ou não, pelos enfermeiros e/ou técnicos de enfermagem designados para acompanhá-los, uma vez que não dispõem de elementos internos que lhes permitam tomar decisões. Posteriormente, esses profissionais passam a controlar internamente suas ações, relatando que possuem os conhecimentos e as habilidades necessárias para puncionar as FAV ou conectar o paciente à máquina por meio do CVC, por exemplo. Desse modo, compreende-se que o locus de causalidade desloca-se de controlado externamente para controlado internamente, aumentando a autonomia e a motivação intrínseca.

Em sua concepção, os enfermeiros consideram dispor de autonomia para suas decisões relativas aos cuidados de enfermagem ao mesmo tempo em que relatam boas relações profissionais, trabalho em equipe e prática conjunta com os nefrologistas, mediante os problemas que envolvem o AV e repercutem na continuidade da terapêutica hemodialítica.

Esses aspectos foram expostos em falas que rememoram as discussões entre enfermeiros e médicos a respeito da continuidade e planejamento da assistência em casos de dificuldade para punção da FAV, divergindo dos resultados quantitativos que não encontram evidências de associação significativa entre as relações colegiais com médicos e o senso de autodeterminação.

CAPÍTULO 7 –
EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO DE ENFERMAGEM
MANEJO DO AV: REPENSANDO A GESTÃO, A
ASSISTÊNCIA E O ENSINO



7 EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO DE ENFERMAGEM MANEJO DO AV: REPENSANDO A GESTÃO, A ASSISTÊNCIA E O ENSINO

O percurso metodológico transcorrido ao longo desta pesquisa possibilitou avaliar de forma crítica e ampliada o empoderamento psicológico dos profissionais de enfermagem no manejo do AV, identificando a influência de elementos relativos ao ambiente da prática e à cultura de segurança em serviços de diálise, como potencializadores ou não desse constructo.

Ao refletir a respeito dos achados e dialogar com a literatura, percebi que, embora muito se tenha avançado na implementação de melhorias para a qualificação do cuidado e segurança do paciente no processo cuidativo do AV, ainda há um longo caminho a ser percorrido, uma vez que ações e/ou procedimentos fundamentais não estão incorporados à prática assistencial e gerencial, repercutindo no empoderamento psicológico dos profissionais de enfermagem atuantes em serviços de diálise.

Tendo isso em vista, considera-se que o estabelecimento de um programa de monitoramento do AV seja um facilitador para o empoderamento psicológico, pois promove o compartilhamento de saberes e a articulação entre todos os atores sociais envolvidos: pacientes, familiares, equipe de enfermagem, nefrologistas, cirurgiões vasculares e administradores dos serviços, envolvendo ações, desde a escolha do tipo de AV até o gerenciamento de complicações.

Para nortear o desenvolvimento desse programa, as diretrizes internacionais para manejo do AV recomendam os seguintes componentes: a) assistenciais: planejamento da escolha quanto ao tipo de AV e mapeamento de locais para sua confecção, padronização de procedimentos envolvendo punção arteriovenosa, troca de curativo do CVC, antibioticoterapia, seleção e sistematização de técnicas para monitoramento e vigilância do AV, critérios de encaminhamento para cirurgia vascular e necessidade de intervenção, dentre outros; b) gerenciais: coleta e avaliação de indicadores, auditorias, contratualização com serviços de apoio para exames de imagem e procedimentos cirúrgicos; c) ensino: programas para qualificação dos profissionais envolvidos e educação do paciente e familiares (Ibeas et al., 2017; Schmidli et al., 2018; Lok et al., 2020).

Com base nestas diretrizes, os serviços de diálise podem elaborar e implantar programas que contenham ações adequadas às suas especificidades. Ao definir, coletivamente, os processos e procedimentos de cada componente, promove-se a interação entre os profissionais, a comunicação, o respeito mútuo, a confiança, o reconhecimento das competências e responsabilidades de cada ator envolvido, assim como a identificação das necessidades de colaboração, a delimitação de objetivos comuns e a atenção centrada no paciente, que constituem as dimensões e características do trabalho em equipe e da prática colaborativa (Adams, Orchard, Houghton, 2014; Brandt et al., 2014; Hart, 2015).

No entender de Schmidli et al. (2018), os enfermeiros ocupam posição privilegiada para coordenar o trabalho relativo ao AV, propondo que desenvolvam ações nos âmbitos gerenciais, assistenciais e de ensino, assim como a interface entre as equipes dos serviços, o que pode elevar sua autoestima e entusiasmo, e melhorar os desfechos clínicos aos pacientes.

Cabe mencionar que as ações desempenhadas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem no processo cuidativo do AV, como avaliação do local de inserção das agulhas, punção do AV, retirada segura das agulhas, avaliação das condições do curativo e do local de inserção do CVC, troca do curativo, avaliação do fluxo sanguíneo, acompanhamento do paciente durante a sessão, orientações para o autocuidado nas FAV, dentre outros, são igualmente essenciais para preservação do AV, detecção precoce de complicações e efetividade dialítica.

Portanto, é imprescindível que os gestores de enfermagem e enfermeiros assistenciais atuem no sentido de revigorar o senso de propósito da equipe de enfermagem em relação às suas atividades, valorizem suas competências, forneçam subsídios para que se sintam autônomos e tenham iniciativa para tomar as decisões, no escopo de suas atribuições, além de reconhecerem a influência de suas ações nos resultados obtidos pelos pacientes.

Nessa direção, Fan et al. (2016) apontaram que o empoderamento psicológico influencia fortemente o trabalho da enfermagem, uma vez que promove a identificação do significado de sua profissão, a confiança em suas habilidades e conhecimentos para consecução das atividades, além de viabilizar a atuação autônoma, fortalecendo a percepção acerca do impacto de seu trabalho. Estes aspectos podem solidificar o

comportamento dos profissionais de enfermagem, repercutindo no desempenho organizacional.

O empoderamento psicológico é favorecido por práticas gerenciais nas quais as informações são compartilhadas, as estruturas organizacionais são descentralizadas, as decisões são tomadas em equipe, as capacitações são relevantes à melhoria do trabalho desenvolvido e os trabalhadores são recompensados pelas iniciativas (Mishra, Spreitzer, 2008).

Desse modo, o emprego de estratégias de empoderamento por líderes de enfermagem tem proporcionado ambientes de trabalho mais seguros e melhores resultados de enfermagem aos pacientes (Macphee et al., 2012). Outrossim, quando se comportam de maneira mais empoderada, os líderes influenciam seu relacionamento com os demais membros da equipe, com repercussões positivas no empoderamento (Dahinten, Lee, MacPhee, 2016).

Face ao exposto, listo as principais implicações deste estudo para a prática gerencial, assistencial e de ensino/pesquisa voltadas ao empoderamento psicológico dos profissionais de enfermagem no manejo do AV.

No âmbito do gerenciamento, os resultados indicam a necessidade de investir em:

- ❖ Programas de desenvolvimento das habilidades gerenciais, tanto dos gestores como dos enfermeiros, de modo que consigam coordenar o serviço de enfermagem e gerenciar o cuidado de forma participativa, com reconhecimento dos esforços e competências dos membros da equipe, valorizando, desse modo, o capital humano na construção de uma assistência qualificada e segura;
- ❖ Programas admissionais para aprendizagem do manejo do AV, de forma estruturada, incluindo componentes teóricos e práticos, propiciando o desenvolvimento das competências técnico-científicas, socioeducativas e éticopolíticas requeridas;
- ❖ Programas de educação permanente, com problematização e aprendizagem a partir do contexto vivido e apontado pela equipe ou identificado por meio da supervisão, valorizando os conhecimentos, as habilidades e as atitudes dos profissionais da unidade;

- ❖ Ações para qualificação profissional, especificamente, voltadas ao monitoramento e gerenciamento de complicações no AV, contemplando componentes teóricos e práticos;
- ❖ Gerenciamento de materiais que assegurem assistência qualificada, pautada no julgamento clínico da equipe de saúde, como a disponibilidade de agulhas de diferentes tipos e tamanhos e inclusão do ultrassom *doppler*, como instrumento no processo de trabalho assistencial do enfermeiro; e
- ❖ Elaboração e implantação das ações preconizadas pelo PNSP, de forma colaborativa entre todos os profissionais envolvidos, como prioridade estratégica, no intuito disseminar o cuidado seguro em HD, a abordagem sistêmica frente ao erro/EA, assim como a identificação, notificação e análise de causa raiz, empregando os pressupostos da cultura justa.

Na esfera assistencial, os resultados contribuem para a (re)organização da estrutura e do processo cuidativo do AV, indicando as seguintes ações:

- ❖ Instituir equipe de AV, cujos membros atuem como consultores dos demais profissionais da unidade nas decisões relativas ao AV dos pacientes em HD, assim como acompanhem os indicadores de monitoramento e vigilância do AV e realizem ações educativas com a equipe. Sugere-se incluir profissionais da cirurgia vascular, nefrologia intervencionista ou outra especialidade da área médica responsável pela confecção e reparo do AV na equipe de AV, além de enfermeiros, técnicos de enfermagem e nefrologistas, a fim de promover a comunicação, a colaboração e o compartilhamento de objetivos comuns, caminhando para a construção da prática interprofissional e favorecendo os aspectos concorrentes ao empoderamento psicológico dos profissionais de enfermagem;
- ❖ Elaborar e implantar um programa estruturado para avaliação sistemática e periódica dos AV dos pacientes, no intuito de detectar as disfunções e intervir precocemente;
- ❖ Inserir os protagonistas do cuidado nas discussões para tomada de decisão assistencial e gerencial, de forma empática, encorajando-os a utilizarem suas competências e experiências na busca por soluções; e
- ❖ Desenvolver ações para envolvimento do paciente na prevenção de complicações e identificação de sinais de complicação no AV.

No ensino, considera-se relevante:

- ❖ Reforçar a temática de avaliação e gerenciamento de AV nos cursos de pós-graduação de Enfermagem em Nefrologia;
- ❖ Oportunizar cursos de curta duração, coordenados pela SOBEN ou Instituições de Ensino, relacionados aos processos e procedimentos que tanjam o manejo do AV, como uso do ultrassom na sala de diálise e exame físico da FAV; e
- ❖ Desenvolver uma rede colaborativa entre os serviços de diálise, coordenados pela SOBEN ou Instituições de Ensino, no intuito de compartilhar experiências concernentes ao monitoramento e gerenciamento de complicações no AV, propiciando a participação de profissionais oriundos de distintos contextos.

CAPÍTULO 8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS



8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo objetiva sumarizar as respostas encontradas à questão motivadora deste EMM, apontar as limitações encontradas e vislumbrar propostas para futuros estudos.

Esta investigação possibilitou elucidar o empoderamento psicológico dos profissionais de enfermagem no manejo do AV para HD e a multiplicidade de elementos do contexto de trabalho que potencializam ou limitam esse fenômeno.

Identificou-se que os profissionais de enfermagem sentem-se psicologicamente empoderados para o desenvolvimento do processo cuidativo do AV, assumindo a representação de uma atividade relevante, significativa e gratificante, sendo-lhe atribuída o significado de estar cuidando da própria vida do paciente, com quem os profissionais de enfermagem estabelecem vínculos afetivos, em virtude da cronicidade da terapêutica. Além disso, pode-se apreender que esses profissionais sentem-se seguros, confiantes e no domínio das habilidades necessárias para o cuidado do AV, tendo em vista a habitualidade das práticas efetuadas.

O presente estudo demonstrou também que os gestores e enfermeiros sentem-se autônomos para decisões relativas à atuação da enfermagem no manejo do AV, enquanto os técnicos de enfermagem, dado seu escopo de atribuições, recorrem aos enfermeiros nas decisões que extrapolem suas responsabilidades.

Embora reconheçam a importância de seu trabalho para manutenção do AV e efetividade dialítica, os profissionais de enfermagem mostraram incertezas quanto à valorização de seus esforços no âmbito institucional, reverberando em experiências e sentimentos de apatia e resistência.

Desse modo, esta investigação evidenciou que o Significado e a Competência constituem-se nas cognições que contribuem, mais fortemente, para o empoderamento psicológico, devendo ser aprimorados no ambiente de trabalho. Em contrapartida, a Autodeterminação e o Impacto são os mais fragilizados, principalmente, entre os técnicos de enfermagem, indicando a necessidade de instituir práticas gerenciais que avancem na transformação de elementos que potencializem esses atributos.

Nesse prisma, esta pesquisa mostrou que os resultados de empoderamento psicológico são fortemente explicados pela percepção dos profissionais de enfermagem, concernentes às características do ambiente da prática e do clima de segurança.

Face à diversidade entre os cenários de estudo, foram observadas experiências contrastantes entre os indivíduos, propiciando avaliar como estas características são capazes de interferir no empoderamento psicológico.

Para os participantes desta investigação, os gestores de enfermagem são envolvidos nos processos de decisão organizacionais, o que demonstra sua valorização na instituição. Por outro lado, enquanto alguns enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem relatavam ambientes de escuta e valorização da equipe, sentindo-se ouvidos e reconhecidos pela organização; outros narravam experiências que demonstram pouco ou nenhum envolvimento nas discussões relativas ao manejo do AV, sobretudo, os técnicos/auxiliares de enfermagem. Na elaboração dos protocolos assistenciais para cuidado do AV, observou-se expressivo distanciamento desses profissionais, impedindo-os de colaborar nessa atividade.

Assim, esta pesquisa demonstrou que a participação da enfermagem nas discussões para tomada de decisão influencia o Significado, a Autodeterminação e o Impacto, uma vez que seu envolvimento nas discussões fortalece sua conexão com o trabalho, sua percepção de poder escolher suas ações e influenciar os resultados da instituição. Em oposição, quando excluídos, o trabalho torna-se mecanicista, restrito e sem significado, assim como reduz a percepção de colaborar a respeito das formas de executar suas atividades e contribuir para obtenção dos resultados almejados.

A qualidade dos cuidados ao AV foi percebida de modo favorável, sendo identificada que a filosofia norteadora do cuidado de enfermagem é baseada em protocolos assistenciais pautados nos *guidelines* internacionais específicos do manejo do AV para HD. Desse modo, protocolos como curativo do CVC e punção da FAV e da PAV foram abordados como práticas habituais e institucionalizadas, conferindo segurança aos profissionais de enfermagem em seu exercício laboral. Entretanto, notou-se vulnerabilidades no monitoramento e gerenciamento de complicações, podendo ser atribuídas à frágil instituição de políticas de qualificação profissional nas organizações.

Embora a maior parte dos profissionais tenha informado sua participação em programas de capacitação a respeito do AV, as narrativas revelaram que os temas monitoramento e gerenciamento de complicações não foram abordados. Adicionalmente, os enfermeiros pontuaram que, nos cursos de especialização de Enfermagem em Nefrologia dos quais participaram, a referida temática foi abordada de forma teórica e sintética, não contemplando a complexidade que envolve o exame físico para detecção precoce de disfunções. Quanto às capacitações externas, apesar de alguns profissionais relatarem a oportunidade de participar de eventos científicos, manifestaram descontentamento quanto à programação não abranger o tema específico, como o monitoramento e a vigilância dos AV.

No que tange aos programas para capacitação admissional, este estudo demonstrou que programas estruturados favorecem a ambientação e o desenvolvimento das competências requeridas com maior agilidade e segurança. Por outro lado, os programas pautados no aprendizado por observação e orientação assistemática expõem o risco de erro/EA e postergam o desenvolvimento das habilidades necessárias, repercutindo de forma negativa nos pacientes, profissionais e organização.

A competência clínica dos enfermeiros e o apoio técnico-científico à equipe frente às situações assistenciais complexas foram apontadas como elementos que proporcionam segurança aos trabalhadores, reiterando a necessidade de promover ações à contínua capacitação e valorização desses profissionais.

Foram notados depoimentos contrastantes no tocante ao relacionamento interpessoal entre os gestores e a equipe, demonstrando que a liderança é fortalecida, quando se constitui um ponto de apoio, mas é fragilizada quando há falta de reconhecimento do trabalho desempenhado e respeito às opiniões da equipe.

Os resultados envolvendo os fundamentos da enfermagem voltados à qualidade do cuidado e às habilidades, liderança e apoio dos gestores/ enfermeiros à equipe estão associados a todas as cognições de empoderamento psicológico, isto é, a institucionalização dos cuidados, a política de qualificação, a competência clínica dos enfermeiros, o apoio à equipe, o reconhecimento pelo trabalho executado e estabelecimento de relações interpessoais fortalecidas, repercutindo na motivação para desenvolver ações baseadas em evidências científicas frente ao manejo do AV.

Em contraposição, a pluralização dos modos de fazer no processo cuidativo do AV, a capacitação admissional não estruturada, a ausência de política de educação continuada ou permanente específica ao manejo do AV, a rotatividade de enfermeiros, a falta de reconhecimento e as relações interpessoais conflituosas reduzem o senso de empoderamento psicológico.

Quanto aos componentes da estrutura, esta pesquisa mostrou que houve variação relativa ao dimensionamento de pessoal, porém na percepção dos profissionais, um técnico deveria cuidar de, no máximo, quatro pacientes em HD. Em relação aos materiais, os participantes manifestaram que a facilidade para obtenção desses recursos implica segurança, tanto aos profissionais como aos pacientes, no momento de planejar e efetuar as intervenções. Do mesmo modo, afirmaram que o ultrassom *doppler* favorece a avaliação do AV pelo enfermeiro. A existência de vinculação ao serviço de cirurgia vascular ou ao profissional intervencionista propicia melhor colaboração entre médicos e enfermeiros, além de facilitar o acesso do paciente.

Esses elementos potencializam a prática de enfermagem, influenciando, sobretudo, na concepção do Significado, da Competência e do Impacto no manejo do AV, repercutindo na qualidade e segurança da assistência.

As relações entre nefrologistas e profissionais de enfermagem foi marcada pela colaboração conjunta, que é construída por meio da convivência e do compartilhamento de objetivos comuns no manejo do AV; assim, a relação com o cirurgião vascular pode ser incrementada mediante sua inserção na equipe.

Frente aos achados, infere-se que as relações colegiais com os nefrologistas impulsionam os profissionais de enfermagem a sentirem-se mais empoderados para cuidar dos AV no cotidiano do trabalho, elevando o senso de Significado, Competência e Impacto. Entretanto, quando se trata do monitoramento e do gerenciamento das complicações dos AV, os profissionais de enfermagem sentem-se cerceados em virtude das relações conflituosas com os cirurgiões vasculares, sentindo-se fragilizados nessas cognições.

Considera-se que os gestores deveriam ponderar a relação custo-benefício da vinculação do cirurgião vascular à equipe para além das questões econômicas, como

a confiança entre os profissionais, a redução na peregrinação dos pacientes entre os serviços e o aumento de FAV recuperadas.

Quanto à segurança do paciente, evidenciou-se que esta temática, ainda, é incipiente, sendo atrelada ao cumprimento da legislação inerente ao funcionamento de serviços de diálise e ao emprego de protocolos assistenciais, sem a devida reflexão acerca dos danos desnecessários na terapêutica dialítica. Adicionalmente, os resultados apontam que as ações vinculadas ao PNSP estão em fase inicial de elaboração e implantação.

Nessa direção, o clima de segurança foi avaliado como desfavorável. Embora os trabalhadores da enfermagem reconheçam os meios e sejam encorajados a notificar os EA, observa-se que a abordagem individual, o estilo de liderança centralizador e as dificuldades nas relações interpessoais são promotores de sentimentos de medo, angústia e ansiedade. Por outro lado, profissionais que vivenciam em seu ambiente laboral, a implementação de abordagem sistêmica, a comunicação dos EA é estimulada e tratada de forma transparente. Desse modo, o clima de segurança influencia a percepção de empoderamento psicológico em todas as suas cognições.

Não obstante, considera-se oportuno listar as limitações e os desafios da presente pesquisa, reiterando o rigor na condução de todas as etapas preconizadas nos EMM, o sigilo das instituições e a criteriosa interpretação dos achados com base na literatura.

As limitações da presente pesquisa dizem respeito ao recrutamento de instituições para constituírem os cenários de estudo, diante dos cadastros com endereços eletrônicos desatualizados, dificultando a apresentação do projeto de pesquisa e os propósitos da investigação, assim como o receio demonstrado pelos serviços de diálise em constituírem cenários para avaliação de aspectos sensíveis às práticas gerenciais. Nesse sentido, quatro instituições tornaram-se campos deste estudo, contando com participação de 64 profissionais de enfermagem na vertente quantitativa, impossibilitando avançar em outras análises estatísticas. Ainda assim, cabe considerar que se obteve taxa de retorno de 97% dos profissionais de enfermagem; desse modo, os resultados são válidos para a população estudada.

Na discussão dos resultados, verificou-se a escassez de literatura avaliando o empoderamento psicológico entre os profissionais de saúde no Brasil, possivelmente atribuída à recente validação transcultural e psicométrica do instrumento. Assim, futuras investigações são recomendadas sobre esta temática no cenário nacional e em serviços de diálise, promovendo o diálogo e a discussão entre os autores, adensando a interpretação dos resultados. Ademais, propõe-se a integração de pesquisadores de outras áreas do conhecimento, como psicologia e sociologia, a fim de produzir novos olhares sobre o fenômeno.

Os desafios desta investigação referem-se à integração entre os achados quantitativos e qualitativos, constituindo-se em um exercício complexo em busca informações complementares em ambas as perspectivas, a fim de compor um resultado intersubjetivo.

Os resultados integrados permitiram desvendar como as convicções dos profissionais de enfermagem a respeito de seu trabalho no manejo do AV relacionam-se com a assimilação da presença de elementos fortalecedores ou limitantes em seu contexto de trabalho, oferecendo uma compreensão ampliada do objeto de estudo. Sugere-se que novas pesquisas, empregando-se EMM, sejam desenvolvidas com a participação de outros de profissionais de saúde envolvidos no manejo do AV, pacientes e familiares no intuito de compreender a perspectiva de outros atores.

Frente ao exposto, conclui-se que os pressupostos da pesquisa foram confirmados, sustentando-se a argumentação de que o empoderamento psicológico dos profissionais de enfermagem no manejo do AV é influenciado pela categoria profissional e pela percepção acerca do ambiente da prática e do clima de segurança nos serviços de diálise. O exercício do empoderamento psicológico dos profissionais de enfermagem manifesta-se por meio de suas ações e interações em busca da qualidade e segurança no processo cuidativo do AV.

Para além disso, os resultados contribuem para a reflexão acerca dos modelos de gestão, do estilo de liderança, das ações para qualificação profissional, das relações interpessoais e dos aspectos estruturais e processuais que envolvem o manejo do AV em serviços de diálise e sua repercussão sobre o empoderamento psicológico dos profissionais de enfermagem, impactando na qualidade e segurança da assistência.

REFERÊNCIAS



REFERÊNCIAS

- Abdel-Sattar SA, Naiemabdelhamid Z. Work Environment Perception as a Predictor of Patient Safety Culture among Nurses at Al-Ahrar Teaching Hospital. *J Nurs Heal Sci*. 2018;7(2):73–83.
- Adams T, Orchard C, Houghton P. The metamorphosis of a collaborative team: from creation to operation. *J Interprof Care*. 2014;28:339–44.
- Aiken LH. Entornos de trabajo seguros: esenciales para la seguridad del paciente y para sostener una fuerza laboral de enfermeras cualificadas. In: Consejo Internacional de Enfermeras. *Enfermería: una voz para liderar llevando al mundo hacia la salud*. Ginebra; 2020. p. 43–4.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *J Am Med Assoc*. 2002;288(16):1987–93.
- Aiken LH, Patrician PA. Measuring organizational traits of hospitals: The revised nursing work index. *Nurs Res*. 2000;49(3):146–53.
- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(2):143–53.
- Al-Jaishi AA, Liu AR, Lok CE, Zhang JC, Moist LM. Complications of the Arteriovenous Fistula: A Systematic Review. *J Am Soc Nephrol*. 2017;28(6):1839–50.
- Al-Jaishi AA, Oliver MJ, Thomas SM, Lok CE, Zhang JC, Garg AX, et al. Patency rates of the arteriovenous fistula for hemodialysis: A systematic review and meta-analysis. *Am J Kidney Dis*. 2014;63(3):464–78.
- Alves DFS, Silva D, Guirardello EB. Nursing practice environment, job outcomes and safety climate: a structural equation modelling analysis. *J Nurs Manag*. [Internet] 2017 [cited 2021 Jan 13];25(1):46–55. DOI:10.1111/jonm.12427.
- Arhuidese IJ, Orandi BJ, Nejim B, Malas M. Utilization, patency, and complications associated with vascular access for hemodialysis in the United States. *J Vasc Surg* [Internet]. 2018 [cited 2020 Dez 15];68(4):1166–74. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2018.01.049>
- Armada E, Trillo M, Pérez Melón C, Molina Herrero J, Gayoso P, Camba M, et al. Monitoring protocol of native vascular accesses for haemodialysis. *Nefrología*. 2005;25(1):57–66.
- Ashforth BE. The Experience of Powerlessness in Organizations. *Organizational Behavior and Human Decision Process*. 1989;43:207-42.
- Aued GK, Bernardino E, Peres AM, Lacerda MR, Dallaire C, Ribas EN. Competências clínicas do enfermeiro assistencial: uma estratégia para gestão de pessoas. *Rev Bras*

Enferm. 2016;69(1):142–9.

Auraaen A, Saar K, Klazinga N. System governance towards improved patient safety: Key functions, approaches and pathways to implementation. OECD Health Working Papers N° 120 [Internet]. Paris: OECD Publishing, 2020. 118p. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/system-governance-towards-improved-patient-safety_2abdd834-en.

Azevedo Filho FM, Rodrigues MCS, Cimiotti JP. Ambiente da prática de enfermagem em unidades de terapia intensiva. Acta Paul Enferm. 2018;31(2):217–23.

Azizi SM, Heidarzadi E, Soroush A, Janatolmakan M, Khatony A. Investigation the correlation between psychological empowerment and assertiveness in nursing and midwifery students in Iran. Nurse Educ Pract. [Internet]. 2020 [cited 2020 Dez 15];42. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102667>.

Bailey C, Madden A, Alfes K, Shantz A, Soane E. The mismanaged soul: Existential labor and the erosion of meaningful work. Hum Resour Manag Rev. 2017;27(3):416–30.

Balsanelli AP, Cunha ICKO. The work environment in public and private intensive care units. ACTA Paul Enferm. 2013;26(6):561–8.

Balsanelli AP, Cunha ICKO. Nursing leadership in intensive care units and its relationship to the work environment. Rev Lat Am Enfermagem. 2015;23(1):106–13.

Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;84:191–215.

Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Prentice H. Englewood Cliffs; 1986.

Bandura A. Human agency in social cognitive theory. Am Psychol. 1989;44:1175–84.

Bandura A. Selfy-efficacy: the exercise of control. New York: Freeman; 1997.

Bandura A. Science and theory building. Psychol Rev. 2009;14:2–3.

Bandura A, Azzi RG, Polydoro S. Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Bashar K, Conlon PJ, Kheirelseid EAH, Aherne T, Walsh SR, Leahy A. Arteriovenous fistula in dialysis patients: Factors implicated in early and late AVF maturation failure. Surgeon. 2016;14(5):294–300.

Bates DW, Singh H. Two decades since to err is human: An assessment of progress and emerging priorities in patient safety. Health Aff. 2018;37(11):1736–43.

Benedetto A Di, Pelliccia F, Moretti M, D’Orsi W, Starace F, Scatizzi L, et al. What

causes an improved safety climate among the staff of a dialysis unit? Report of an evaluation in a large network. *J Nephrol.* 2011;24(5):604–12.

Bernardes A. Perspectivas contemporâneas da liderança e gestão em enfermagem [Editorial]. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:2018–0247.

Bernardes A, G. Cummings G, Gabriel CS, Martinez Évora YD, Gomes Maziero V, Coleman-Miller G. Implementation of a participatory management model: Analysis from a political perspective. *J Nurs Manag.* 2015;23(7):888–97.

Bienassis K, Kristensen S, Burtscher M, Brownwood I, N S Klazinga. Culture as a cure: Assessments of patient safety culture in OECD countries. *OECD Health Working Papers N° 119* [Internet]. Paris: OECD Publishing, 2020. 103p. [cited 2020 Dez 15]. Available from: <http://www.oecd.org/health/culture-as-a-cure-6ee1aeae-en.htm>

Brandt B, Lutfiyya M, King J, Chioreso C. A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of Tripe Aim. *J Interprof Care.* 2014;28:393–9.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. In: *Diário Oficial da União.* Brasília; 2013, Seção 1, p.43.

Brasil. Assembléia Legislativa. Projeto de Lei Complementar nº 2295/2000. Dispõe sobre a jornada de trabalho dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Brasília; 2020. [atualizado 2021; citado 2021 jan. 11]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=17915>

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. In: *Diário Oficial da União.* Brasília; 2013, Seção I, p. 59.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 154, de 15 de junho de 2004. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise. In: *Diário Oficial da União.* Brasília; 2004, Seção 1, p.65.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 11, de 13 de março de 2014. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise e dá outras providências. In: *Diário Oficial da União.* Brasília; 2014b, Seção 1, p.50.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica no âmbito do Sistema Único de Saúde. In: *Diário Oficial da União.* Brasília; 2018, Edição 109, Seção 1, p.50.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. In: Diário Oficial da União. Brasília; 2013, Seção 1, Nº 62, p.43-4.

Brasil. Tribunal Regional Federal. Processo 1016435-85.2019.4.01.3400. Ação Civil Pública. Brasília; 2020. [atualizado 2021; citado 2021 jan. 11]. Disponível em: <https://pje1g.trf1.jus.br/consultapublica/ConsultaPublica/DetalheProcessoConsultaPublica/listView.seam?ca=8cd07deed570fe8f0439cb49850a65effd9b337063de1fca>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Clínicas para o cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 37p.

Bray BD, Boyd J, Daly C, Doyle A, Donaldson K, Fox JG, et al. How safe is renal replacement therapy? A national study of mortality and adverse events contributing to the death of renal replacement therapy recipients. *Nephrol Dial Transplant*. 2014;29(3):681–7.

Brief AP, Nord WR. Meanings of occupational work: a collection of essays. Lanham: Lexington Books; 1990.

Bryman A. Integrating quantitative and qualitative research: How is it done? *Qual Res*. 2006;6(1):97–113.

Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists – CANNT. Nursing Recommendations for the Management of Vascular Access in Adult Hemodialysis Patients:update. *CANNT J*. 2015;25(Suppl 1):1–48.

Carlomagno MC, Rocha LC. *Rev Eletrônica Ciência Política*. 2016;7(1):173–88.

Carvalho REFL. Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2011.

Catunda HLO, Bernardo EBR, Vasconcelos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB, Aquino PS. Percurso metodológico em pesquisas de enfermagem para construção e validação de protocolos. *Texto e Contexto Enferm*. 2017;26(2):1–10.

Chaves LDP, Mininel VA, Silva JAM, Alves LR, MFS, Camelo SHH. Supervisão de enfermagem para a integralidade do cuidado. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(5):1165–70.

Coentrão L, Turmel-Rodrigues L. Monitoring dialysis arteriovenous fistulae: It's in our hands. *J Vasc Access*. 2013;14(3):209–15.

Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2ª ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

Conger JA, Kanungo RN. The Empowerment Process: Integrating Theory and Practice. *Acad Manag Rev*. 1988;13(3):471.

Connolly M, Jacobs S, Scott K. Clinical leadership, structural empowerment and psychological empowerment of registered nurses working in an emergency department. *J Nurs Manag.* 2018;26(7):881–7.

Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. Resolução nº 543, de 18 de abril de 2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. In: *Diário Oficial da União.* Brasília; 2017, Edição 86, Seção 1, p.119.

Creswell JW, Plano Clark VL. *Pesquisa de métodos mistos.* 2ª ed. Porto Alegre: Penso; 2013.

Creswell JW, Plano Clark VL. *Designing and Conducting Mixed Methods Research.* 3ª ed. Los Angeles: SAGE; 2018.

Dahinten V, Lee S, MacPehee M. Disentangling the relationships between staff nurses workplace empowerment and job satisfaction. *J Nurs Manag.* 2016;24:1060–70.

Dantas WN. *Cultura de segurança do paciente em unidades de hemodiálise na perspectiva da equipe de enfermagem [monografia].* Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2018.

Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. *Manual de diálise.* 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.

Deci E, Ryan R. *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior.* New York: Plenum; 1985.

Deci EL, Olafsen AH, Ryan RM. Self-Determination Theory in Work Organizations: The State of a Science. *Annu Rev Organ Psychol Organ Behav.* 2017;4:19–43.

Dhamija R, Nash SK, Nguyen S V., Slack K, Tadeo J. Monitoring and Surveillance of Hemodialysis Vascular Access Using StenTec and Physical Exam. *Semin Dial.* 2015;28(3):299–304.

Dhillon G, Talib YYA, Picoto WN. The mediating role of psychological empowerment in information security compliance intentions. *J Assoc Inf Syst.* 2020;21(1).

DiNapoli JM, O’Flaherty D, Musil C, Clavelle JT, Fitzpatrick JJ. The relationship of clinical nurses’ perceptions of structural and psychological empowerment and engagement on their unit. *J Nurs Adm.* 2016;46(2):95–100.

Doré C, Duffett-Leger L, McKenna M, Breau M, Dorais M. Burnout and empowerment in hemodialysis nurses working in Quebec: A provincial survey. *CANNT J.* 2018;28(1):14–27.

- Dorigan GH, Guirardello EB. Efeito do ambiente da prática do enfermeiro nos resultados do trabalho e clima de segurança. *Rev Lat Am Enfermagem*. [Internet]. 2018 [citado 2020 Dez 10];26:e3056. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2633.3056>. DOI: 10.1590/1518-8345.2633.3056.
- Dumaine C, Kiaii M, Miller L, Moist L, Oliver MJ, Lok CE, et al. Vascular Access Practice Patterns in Canada: A National Survey. *Can J Kidney Heal Dis*. 2018;5(1):1–12.
- Dust S, Resick CJ, Mawritz MB. Transformational leadership, psychological empowerment, and the moderating role of mechanisc - organic context. *J Organ Behav*. 2014;1–39.
- Dutra HS, Cimiotti JP, Guirardello EB. Nurse work environment and job-related outcomes in Brazilian hospitals. *Appl Nurs Res*. 2018;41:68–72.
- Dwyer A, Shelton P, Brier M, Aronoff G. A Vascular Access Coordinator Improves the Prevalent Fistula Rate. *Semin Dial*. 2012;25(2):239–43.
- Eo Y, Kim Y, Lee N. Path analysis of empowerment and work effectiveness among staff nurses. *Asian Nurs*. 2014;8:42–8.
- Fan Y, Zheng Q, Liu S, Li Q. Construction of a new model of job engagement, psychological empowerment and perceived work environment among Chinese registered nurses at four large university hospitals: implications for nurse managers seeking to enhance nursing retention and quality of. *J Nurs Manag*. 2016;24(5):646–55.
- Faustino TN, Batalha EMS da S, Vieira SL, Nicole AG, Morais AS, Tronchin DMR, et al. National Patient Safety Program in Brazil: Incidents Reported Between 2014 and 2017. *J Patient Saf*. [Internet] 2018 [cited 2020 Dez 12];May. Available from: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000496>. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000496.
- Ferraz RN, Maciel CDG, Borba AKDOT, Frazão IDS, França VV. Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores para a adesão ao tratamento hemodialítico. *Rev Enferm UERJ*. [Internet] 2017 [cited 2020 Dez 12];25:e15504. Available from: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.15504>.
- Fetters MD. Six Equations to Help Conceptualize the Field of Mixed Methods. *J Mix Methods Res*. 2018;12(3):262–7.
- Fetters MD, Curry LA, Creswell JW. Achieving integration in mixed methods designs - Principles and practices. *Health Serv Res*. 2013;48(6 PART2):2134–56.
- Fetters MD, Freshwater D. The 1 + 1 = 3 Integration Challenge. *J Mix Methods Res*. 2015;9(2):115–7.

- Fetters MD, Molina-Azorin JF. The Journal of Mixed Methods Research Starts a New Decade: The Mixed Methods Research Integration Trilogy and Its Dimensions. *J Mix Methods Res.* 2017;11(3):291–307.
- Flynn L, Thomas-Hawkins C, Clarke SP. Organizational traits, care processes, and burnout among chronic hemodialysis nurses. *West J Nurs Res.* 2009;31(5):569–82.
- Fowler S. Toward a New Curriculum of Leadership Competencies: Advances in Motivation Science Call for Rethinking Leadership Development. *Adv Dev Hum Resour.* 2018;20(2):182–96.
- Frasier N. Preparing nurse managers for authentic leadership: A pilot leadership development program. *J Nurs Adm.* 2019;49(2):79–85.
- Gagné M, Deci EL. Self-determination theory and work motivation. *J Organ Behav.* 2005;26(4):331–62.
- Gardner JK, Thomas-Hawkins C, Fogg L, Latham CE. The relationships between nurses' perceptions of the hemodialysis unit work environment and nurse turnover, patient satisfaction, and hospitalizations. *Nephrol Nurs J.* 2007a;34(3):271–81.
- Gardner JK, Thomas-hawkins C, Fogg L, Latham CE. Perceptions of the Hemodialysis Unit Work Environment and Nurse Turnover , Patient Satisfaction , and. *Nephrol Nurs J.* 2007b;34(3):271–82.
- Garrick R, Kliger A, Stefanchik B. Patient and facility safety in hemodialysis: Opportunities and strategies to develop a culture of safety. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2012;7(4):680–8.
- Gasparino RC. Adaptação cultural e validação do do Practice Environment Scale para cultura brasileira [tese]. Campinas: Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas; 2015.
- Gasparino RC, Bagne BM, Gastaldo LS, Dini AP. Percepção da enfermagem frente ao clima de segurança do paciente em instituições públicas e privadas. *Rev Gauch Enferm.* [Internet] 2017 [cited 2020 Dez 12];38(3):e68240. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.68240>.
- Gasparino RC, Guirardello EB, Aiken LH. Validation of the Brazilian version of the Nursing Work Index-Revised (B-NWI-R). *J Clin Nurs.* 2011;20(23–24):3494–501.
- Gasparino RC, Ferreira TDM, Carvalho KMA, Rodrigues ESA, Tondo JCA, Silva VA. Avaliação do ambiente da prática profissional da enfermagem em instituições de saúde. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(4):449–55.
- Gasparino RC, Guirardello EB. Validation of the Practice Environment Scale to the Brazilian culture. *J Nurs Manag.* 2017;25(5):375–83.
- Gasparino RC, Martins MCP, Alves DFS, Ferreira TDM. Validação da Practice Environment Scale entre técnicos e auxiliares de enfermagem. *Acta Paul Enferm*

[Internet]. 2020 [cited 2020 Dez 12];33:eAPE201902. Available from: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0243>.

Gautam DK, Ghimire SB. Psychological empowerment of employees for competitive advantages: An empirical study of Nepalese service sector. *Int J Law Manag.* 2017;59(4):466–88.

Geetha J, Mampilly SR. Psychological Empowerment as a Predictor of Employee Engagement: An Empirical Attestation. *Glob Bus Rev.* 2014;15(1):93–104.

Glazer S, Saint L, Shenoy S. How to prolong the patency of vascular access. *Contrib Nephrol.* 2015;184:143–52.

Greene JC, Caracelli VJ, Graham WF. Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. *Educ Eval Policy Anal.* 1989;11(3):255–74.

Grillo ALML. A cultura de segurança do doente na clínica de hemodiálise [dissertação]. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; 2018.

Grošelj M, Černe M, Penger S, Grah B. Authentic and transformational leadership and innovative work behaviour: the moderating role of psychological empowerment. *Eur J Innov Manag.* 2020;

Gruss E, Portoles J, Caro P, Merino JL, Lopez-Sanchez P, Tato A, et al. Vascular Access Models Cause Heterogeneous Results in the Centres of one Community. *Nefrología.* 2010;30(3):310–6.

Gruss E, Portolés J, Jiménez P, Hernández T, Rueda JA, del Cerro J, et al. Prospective monitoring of vascular access in hemodialysis by means of a multidisciplinary team. *Nefrologia* [Internet]. 2006 [cited 2020 Nov 12];26(6):703–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17227248>.

Gu LY, Zhang LJ. Assessment tools of nursing work environment in magnet hospitals: A review. *Int J Nurs Sci.* 2014;1(4):437–40.

Guetterman T, Feters MD, Creswell J. Integrating Quantitative and Qualitative Results in Health Science Mixed Methods Research Through Joint Displays. *Ann Fam Med.* 2015;13(6):554–61.

Guirardello EB. Impact of critical care environment on burnout, perceived quality of care and safety attitude of the nursing team. *Rev Lat Am Enfermagem.* [Internet]. 2017 [cited 2020 Out 15];25:e2884. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1472.2884>.

Hackman JR, Oldham GR. *Work redesign.* Boston: Addison-We; 1980.

Hair Jr JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Análise multivariada de dados.* Tradução de Adonai Schlup Sant'Anna. 6ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.

Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Healthcare staff wellbeing, burnout,

and patient safety: A systematic review. *PLoS One*. 2016;11(7):1–12.

Hart C. The elephant in the room: nursing and nursing power on an interprofessional team. *J Contin Educ Nurs*. 2015;46:349–55.

Harwood LE, Wilson BM, Oudshoorn A. Improving vascular access outcomes: Attributes of arteriovenous fistula cannulation success. *Clin Kidney J*. 2016;9(2):303–9.

Hayashida KY, Bernardes A, Maziero VG, Gabriel CS. A tomada de decisão da equipe de enfermagem após revitalização do modelo compartilhado de gestão. *Texto e Contexto Enferm*. 2014;23(2):286–93.

Hayes B, Bonner A, Douglas C. Haemodialysis work environment contributors to job satisfaction and stress: A sequential mixed methods study. *BMC Nurs*. 2015a;14(1):1–13.

Hayes B, Douglas C, Bonner A. Predicting emotional exhaustion among haemodialysis nurses: A structural equation model using Kanter's structural empowerment theory. *J Adv Nurs*. 2014;70(12):2897–909.

Hayes B, Douglas C, Bonner A. Work environment, job satisfaction, stress and burnout among haemodialysis nurses. *J Nurs Manag*. 2015b;23(5):588–98.

Hibbert PD, Thomas MJW, Deakin A, Runciman WB, Braithwaite J, Lomax S, et al. Are root cause analyses recommendations effective and sustainable? An observational study. *Int J Qual Heal Care*. 2018;30(2):124–31.

Hochwälder J. The psychosocial work environment and burnout among Swedish registered and assistant nurses: The main, mediating, and moderating role of empowerment. *Nurs Heal Sci*. 2007;9(3):205–11.

Holskey MP, Rivera RR. Optimizing nurse engagement: Using liberating structures for nursing professional practice model development. *J Nurs Adm*. 2020;50(9):468–73.

Ibeas J, Roca-Tey R, Vallespín J, Moreno T, Moñux G, Martí-Monrós A, et al. Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis Spanish Clinical Guidelines on Vascular Access for Haemodialysis. *Nefrologia*. 2017;37(1):1–177.

Janighorban M, Dadkhahtehrani T, Najimi A, Hafezi S. The correlation between psychological empowerment and job burnout in midwives working in the labor ward of hospitals. *Iran J Nurs Midwifery Res*. [Internet]. 2017 [cited 2020 nov 7];25(2):128–33. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7055180/>. DOI: 10.4103/IJNMR.IJNMR_100_19.

Javed B, Abdullah I, Zaffar MA, Haque AU, Rubab U. Inclusive leadership and innovative work behavior: The role of psychological empowerment. *J Manag Organ*. 2017;25(4):554–71.

Jesus EH, Roque SMB, Amaral AFS. Estudo RN4Cast em Portugal: ambientes de prática de enfermagem. *Rev Investig em Enferm.* 2015;Nov:26–44.

Kanter RM. *Men and women of the corporation.* New York: Basic Books; 1993.

Kear T, Ulrich B. Patient safety and patient safety culture in nephrology nurse practice settings: issues, solutions, and best practice. *Nephrol Nurs J.* 2015;42(2):113–22.

Kear T, Ulrich B. A Window into the World of Nephrology Nursing: Nephrology Nurses' Views of the Health and Safety of Their Work Environments, the Impact on Patient Care, and Opportunities for Improvement. *Nephrol Nurs J.* 2018;45(5):437–49.

Khamisa N, Peltzer K, Ilic D, Oldenburg B. Evaluating research recruitment strategies to improve response rates amongst South African nurses. *SA J Ind Psychol [Internet].* 2014 [cited 2020 Jul 12];40(1):1–7. Available from: <https://doi.org/10.4102/sajip.v40i1.1172>.

Khoshmehr Z, Barkhordari-Sharifabad M, Nasiriani K, Fallahzadeh H. Moral courage and psychological empowerment among nurses. *BMC Nurs.* 2020;19(1):1–7.

Kidney Disease: Improving Global Outcomes – KDIGO. CKD Work Group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl.* 2013;3:1-150.

Kliger AS. Patient safety in the dialysis facility. *Blood Purif.* 2006;24(1):19–21.

Kliger AS. Maintaining safety in the dialysis facility. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2015;10(4):688–95.

Knol J, Roland VL. Innovative behaviour: The effect of structural and psychological empowerment on nurses. *J Adv Nurs.* 2009;65(2):359–70.

Kohn L, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: Building a Safer Health System.* Washington: Institute of Medicine, National Academy Press; 1999.

Koirala N, Anvari E, McLennan G. Monitoring and Surveillance of Hemodialysis Access. *Semin Intervent Radiol.* 2016;33(1):25–30.

Kristensen S, Christensen KB, Jaquet A, Beck CM, Sabroe S, Bartels P, et al. Strengthening leadership as a catalyst for enhanced patient safety culture: A repeated cross-sectional experimental study. *BMJ Open.* [Internet] 2016 [cited 2020 Dez 10];6:e010180. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010180>.

Kukita K, Ohira S, Amano I, Naito H, Azuma N, Ikeda K, et al. Update Japanese Society for Dialysis Therapy Guidelines of Vascular Access Construction and Repair for Chronic Hemodialysis. *Ther Apher Dial.* 2015;19(S1):1–39.

Kurcgant P, coordenadora. *Gerenciamento em enfermagem.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.

- Kusmaul N, Butler S, Hageman S. The Role of Empowerment in Home Care Work. *J Gerontol Soc Work*. [Internet] 2020 [cited 2020 Dez 13];63(4):316-334. Available from: <https://doi.org/10.1080/01634372.2020.1750524>.
- Lake ET. Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Res Nurs Heal*. 2002;25(3):176–88.
- Laschinger HKS, Almost J. Workplace Empowerment and Making the Link. *J Nurs Adm*. 2003;33(7):410–22.
- Laschinger HKS, Almost J, Tuer-Hodes D. Workplace Empowerment and Magnet Hospital Characteristics - Making the Link. *J Nurs Adm*. 2003;33(7):410–22.
- Laschinger HKS, Finegan J, Shamian J, Wilk P. Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: Expanding Kanter's model. *J Nurs Adm*. 2001;31(5):260–72.
- Lawson C. Strengthening new nurse manager leadership skills through a transition-to-practice program. *J Nurs Adm*. 2020;50(12):618–22.
- Levin A, Tonelli M, Bonventre J, Coresh J, Donner JA, Fogo AB, et al. Global kidney health 2017 and beyond: a roadmap for closing gaps in care, research, and policy. *Lancet*. [Internet] 2017 [cited 2020 Dez 10];390(10105):1888–917. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30788-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30788-2).
- Li H, Shi Y, Li Y, Xing Z, Wang S, Ying J, et al. Relationship between nurse psychological empowerment and job satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2018;74(6):1264–77.
- Liang HY, Tang FI, Wang TF, Lin KC, Yu S. Nurse characteristics, leadership, safety climate, emotional labour and intention to stay for nurses: a structural equation modelling approach. *J Adv Nurs*. 2016 Dec;72(12):3068–80.
- Liu C, Liu S, Yang S, Wu H. Association between transformational leadership and occupational burnout and the mediating effects of psychological empowerment in this relationship among cdc employees: A cross-sectional study. *Psychol Res Behav Manag*. 2019;12:437–46.
- Lok CE, Huber TS, Lee T, Vachharajani TJ, Valentini RP. KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update. *Am J Kidney Dis*. 2020;75(4):(suppl2):1-164.
- van Loon M, van der Mark W, Beukers N, de Bruin C, Blankestijn PJJ, Huisman RMM, et al. Implementation of a vascular access quality programme improves vascular access care. *Nephrol Dial Transplant*. 2007;22(6):1628–32.
- van Loon NM. Does Context Matter for the Type of Performance-Related Behavior of Public Service Motivated Employees? *Rev Public Pers Adm*. 2017;37(4):405–29.
- Lopez-Vargas PA, Tong A, Howell M, Craig JC. Educational Interventions for Patients

With CKD: A Systematic Review. *Am J Kidney Dis.* 2016;68(3):353–70.

Lorenz VR, Guirardello EB. The environment of professional practice and burnout in nurses in primary healthcare. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2014;22(6):926–33.

Macphee M, Skelton-Green J, Bouthillette F, Suryaprakash N. An empowerment framework for nursing leadership development: supporting evidence. *J Adv Nurs.* 2012;66:159–69.

Magalhães AMM, Costa DG, Riboldi CO, Mergen T, Barbosa AS, Moura GMSS. Associação entre carga de trabalho da equipe de enfermagem e resultados de segurança do paciente. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 2017 [citado 2020 Nov 20];51:e03255. Available from: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016021203255>.

Marcelino CF, Alves DFS, Guirardello EB. Autonomy and Control of the Work Environment By Nursing Professionals Reduce Emotional Exhaustion Indexes. *Reme Rev Min Enferm. [Internet].* 2018 [citado 2020 Out 20];22:e-1101. Available from: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180029>.

Marcelino CF, Alves DFDS, Gasparino RC, Guirardello EDB. Validação do Nursing Work Index-Revised entre auxiliares e técnicos de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2014;27(4):305–10.

Marquis BL, Huston CJ. *Administração e Liderança em Enfermagem- teoria e prática.* Porto Alegre: Artmed; 2015.

Meihs J, Holanda F. *História Oral: Como Fazer Como Pensar.* 2ª ed. São Paulo: Contexto; 2011.

Mertens DM, Bazeley P, Bowleg L, Fielding N, Maxwell J, Molina-Azorin JF, et al. Expanding Thinking Through a Kaleidoscopic Look Into the Future: Implications of the Mixed Methods International Research Association's Task Force Report on the Future of Mixed Methods. *J Mix Methods Res.* 2016;10(3):221–7.

Michaelson C, Pratt MG, Grant AM, Dunn CP. Meaningful Work: Connecting Business Ethics and Organization Studies. *J Bus Ethics.* 2014;121(1):77–90.

Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qual.* 2017;5(7):01–12.

Minayo MCS. *Análise qualitativa: Teoria, passos e fidedignidade.* Cienc e Saude Coletiva. 2012;17(3):621–6.

Minayo MCS, Costa AP. *Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa.* Rev Lusófona Educ. 2018;40:139–53.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento.* 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2015.

Mira JJ, Carrillo I, García-Elorrio E, Andrade-Lourenção DC, Pavan PC, Herrera ALF, et al. What Ibero-American hospitals do when things go wrong? A cross-sectional

international study. *Int J Qual Heal Care*. 2020;32(5):313–8.

Mishra AK, Spreitzer GM. Explaining how survivors respond to downsizing: The roles of trust, empowerment, justice, and work redesign. *Acad Manag Rev* [Internet]. 2008 [cited 2020 Oct 21];23(3):567–88. Available from: <https://doi.org/10.2307/259295>.

Moisoglou I, Yfantis A, Tsiouma E, Galanis P. The work environment of haemodialysis nurses and its mediating role in burnout. *J Ren Care*. [Internet]. 2008 [cited 2020 Dez 15];Feb:1–8. Available from: <https://doi.org/10.1111/jorc.12353>.

Monroig AC, Reddy SN, Chick JFB, Sammarco TE, Chittams JL, Trerotola SO. Fistulography of a Patent Hemodialysis Access: When Not to Treat and Implications for Establishing a Nontreatment Rate. *J Vasc Interv Radiol*. 2018;29(3):376–82.

Morais AS. Iniciativas Nacionais para a Segurança do Paciente no Cenário Brasileiro e Português: Percepção dos Profissionais Envolvidos em sua Concepção e Implementação [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

Moreira AJM. O impacto das práticas organizacionais e do empowerment psicológico nos comportamentos de mobilização, satisfação no trabalho e turnover dos enfermeiros: um estudo empírico realizado em contexto hospitalar [dissertação]. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2017.

Morgan DL. Pragmatism as a Paradigm for Social Research. *Qual Inq*. 2014;20(8):1045–53.

Morris DB, Usher EL, Chen JA. Reconceptualizing the Sources of Teaching Self-Efficacy: a Critical Review of Emerging Literature. *Educ Psychol Rev*. 2017;29(4):795–833.

National Patient Safety Foundation – NPSF. RCA2: Improving Root Cause Analyses and Actions to Prevent Harm. [Internet] Boston:NPSF;2016. Available from: <http://www.ih.org/resources/Pages/Tools/RCA2-Improving-Root-Cause-Analyses-and-Actions-to-Prevent-Harm.aspx>

Neal A, Griffin M, Hart P. The impact of organizational climate on safety climate and individual behavior. *J Individ Behav*. 2000;34(1):99–109.

Neves PDMM, Sesso RCC, Thomé FS, Lugon JR, Nasicmento MM. Brazilian Dialysis Census: analysis of data from the 2009-2018 decade. *J Bras Nefrol*. 2020;42(2):191–200.

Niyyar VD. Ultrasound in dialysis access: Opportunities and challenges. *J Vasc Access*. 2020;21(3):272–80.

Nogueira LS, Sousa RMC, Guedes ES, Santos MAD, Turrini RNT, Cruz DALMD. Burnout and nursing work environment in public health institutions. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(2):336–42.

- Norman I. The nursing practice environment. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(12):1577–9.
- Nunes MFO. Funcionamento e desenvolvimento das crenças de auto-eficácia: uma revisão. *Rev Bras Orientação Prof.* 2008;9(1):29–42.
- O'Brien JL. Relationships among structural empowerment, psychological empowerment, and burnout in registered staff nurses working in outpatient dialysis centers. *Nephrol Nurs J.* 2011a;38(6).
- O'Leary J, Nash R, Lewis P. Standard instruction versus simulation: Educating registered nurses in the early recognition of patient deterioration in paediatric critical care. *Nurse Educ Today.* 2016;287–92.
- Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev enferm UERJ.* 2008;16(4):569–76.
- Oliveira NB, Silva FVC, Assad LG. Competências do enfermeiro especialista em nefrologia. *Rev enferm UERJ.* 2015;23(3):375–80.
- Oliveira PB, Spiri WC, Dell'acqua MCQ, Mondini CCSD. Comparison between the accredited and nonaccredited public hospital working environments. *Acta Paul Enferm.* [Internet] 2016 [cited 2020 Nov 12];29(1):53–9. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600008>.
- Panagioti M, Khan K, Keers RN, Abuzour A, Phipps D, Kontopantelis E, et al. Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: Systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2019;366.
- Panunto MR, Guirardello EB. Ambiente da prática profissional e exaustão emocional entre enfermeiros de terapia intensiva. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2013;21(3):3–10. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281427949016>.
- Patton M. *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice.* 3ª ed. California: Sage; 2002.
- Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab educ saúde* [Internet]. 2020 [citado 2021 Jan 12];18(supl.1):e0024678. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&%0Apid=S198177462020000400401.
- Penedo RM, Gonçalo CS, Queluz DP. Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2019;23:1–15.
- Permarupan YY, Mamun A AI, Samy NK, Saufi RA, Hayat N. Predicting nurses burnout through quality of work life and psychological empowerment: A study towards sustainable healthcare services in Malaysia. *Sustain.* [Internet] 2020 [cited 2021 Jan 21];12:388. Available from: <https://doi.org/10.3390/su12010388>.

Pires BSM, Oliveira LZ, Siqueira CL, Feldman LB, Oliveira RA, Gasparino RC. Nurse work environment: comparison between private and public hospitals. *Einstein (Sao Paulo)*. [Internet] 2018 [cited 2021 Jan 21];16(4):eAO4322. Available from: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2018ao4322.

Plantinga LC, Jaar BG, Astor B, Fink NE, Eustace JA, Klag MJ, et al. Association of clinic vascular access monitoring practices with clinical outcomes in hemodialysis patients. *Nephron - Clin Pract*. 2006;104(4).

Podolny J, Khurana R, Hill-Popper M. Revisiting the meaning of leadership. *Res Organ Behav*. 2005;26:1–36.

Polkinghorne KR, Chin GK, Macginley ROBJ, Owen AR, Russell C, Talaulikar GS, et al. KHA–CARI Guideline : Vascular access – central venous catheters , arteriovenous fistulae and arteriovenous grafts. *Nephrology*. 2013;18:701–5.

Prestes FC, Beck CLC, Magnago TSBS, Silva RM, Tavares JP. Working Context in a Hemodialysis Service: Evaluation of Nursing Staff. *Texto Context – Enferm*. 2015;24(3):637–45.

Prezerakos P, Galanis P, Moisoglou I. The work environment of haemodialysis nurses and its impact on patients' outcomes. *Int J Nurs Pract*. 2015;21(2):132–40.

Pronovost P, Cilleman JI, Wright D, Srinivasan A. Fifteen years after To Err is Human: a success story to learn from. *Physiol Behav*. 2016;176(1):139–48.

Puggina CC, Amestoy SC, Fernandes HN, Carvalho LA, Bão ACP, Alves FO. Educação permanente em saúde: instrumento de transformação do trabalho de enfermeiros. *Espaço saúde (Online)* [Internet]. 2015 [citado 2021 Jan 12];16(4):87–97. Available from: <https://doi.org/10.22421/15177130-2015v16n4p87>.

Quencer KBKBB, Kidd J, Kinney T. Preprocedure Evaluation of a Dysfunctional Dialysis Access. *Tech Vasc Interv Radiol*. 2017;20(1):20–30.

Quinn RE, Spreitzer GM. Seven Questions Every Leader Should Consider. *Organ Dyn*. 1997;26(2):37–49.

Ravani P, Quinn RR, Oliver MJ, Karsanji DJ, James MT, MacRae JM, et al. Preemptive correction of arteriovenous access stenosis: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled Trials. *Am J Kidney Dis*. 2016;67(3):446–60.

Mendes SROL, Pessoa NRC, Santos GMR, Costa NFCG, Frazão CMFQ, Ramos VP. Strategies to Promote Patient Safety in Hemodialysis: An Integrative Review. *Nephrol Nurs J*. 2020;47(5):447–54.

Ribeiro SDF, Cruz IM, Gaspar DR, Pereira FA. A Segurança do paciente no contexto hospitalar: desvelando fatores intervenientes à assistência na percepção de enfermeiros. *Vigilância Sanitária em debate*. 2018;6:74–9.

- Ridley J, Wilson B, Harwood LE, Laschinger HKS. Work environment, health outcomes and magnet hospital traits in the Canadian nephrology nursing scene. *CANNT J*. 2009;19(1):28–35.
- Rigby CS, Ryan RM. Self-Determination Theory in Human Resource Development: New Directions and Practical Considerations. *Adv Dev Hum Resour*. 2018;20(2):133–47.
- Roca-Tey R, Ibeas J, Moreno T, Gruss E, Merino JL, Vallespín J, et al. Dialysis arteriovenous access monitoring and surveillance according to the 2017 Spanish Guidelines. *J Vasc Access*. 2018;1–8.
- Rocha RPF, Pinho DLM. Occurrence of adverse events in public hemodialysis units. *Enferm Glob*. 2019;18(3):1–11.
- Roso A, Romanini M. Empoderamento individual, empoderamento comunitário e conscientização: um ensaio teórico. *Psicol e Saber Soc*. 2014;3(1):83–95.
- Rosso BD, Dekas KH, Wrzesniewski A. On the meaning of work: A theoretical integration and review. *Res Organ Behav*. 2010;30(C):91–127.
- Rubin HJ, Rubin IS. *Qualitative Interviewing: The art of Hearing Data*. 3ª ed. London: SAGE; 2012.
- Ryan RM, Deci EL. Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective: Definitions, theory, practices, and future directions. *Contemp Educ Psychol* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 12];61:101860. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2020.101860>
- Salles BG, Dias FCP, Perissotto S, Andrade JC, Dini AP, Gasparino RC. Empoderamento psicológico dos profissionais de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42:1–7.
- Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is patient safety culture? A review of the literature. *J Nurs Scholarsh*. 2010;42(2):156–65.
- Sampieri RH, Collado CF, Lúcio MPB. *Metodologia de pesquisa*. Tradução de Daisy Vaz de Moraes. 5ª ed. Porto Alegre: Penso; 2013.
- Santiago LMM, Vasconcelos MIO, Canuto OMC, Barreto ICDHC, Dias MSDA, Farias QLT, et al. Formação Técnica Em Enfermagem Integrada Ao Ensino Médio. *Enferm em Foco*. 2017;8(3):80–6.
- Santos JLG, Copelli FHS, Oliveira RJT, Magalhães ALP, Gregório VRP, Erdmann AL. Nursing work environment in the maternal-child nursing department at a university hospital. *Rev Enferm do Centro-Oeste Min*. 2018a;Mar:1–8.
- Santos JLG, Fabrizzio GC, Peiter CC, Mattia D, Perin D, Lorenzini E. Caracterização das pesquisas de métodos mistos em enfermagem publicadas no *Journal of Mixed Methods Research*. *Rev Enferm da UFSM*. 2019;9(N. esp, e7):1–16.

Santos JLG, Menegon FHA, Pin SB, Erdmann AL, Oliveira RJT, Costa IAP. The nurse's work environment in a hospital emergency service. *Rev da Rede Enferm do Nord*. 2017;18(2):195.

Santos JLG, Menegon FHA, Schneider DG, Higashi GDC, Copelli FHS, Erdmann AL. Ambiente de trabalho do enfermeiro em unidades de clínica médica e cirúrgica. *Rev Enferm da UFSM*. 2018b;8(1):72.

Santos RR, Paiva MCMS, Spiri WC. Associação entre qualidade de vida e ambiente de trabalho de enfermeiros. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(5):472–9.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica. Análise dos Dados do Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde do Estado de São Paulo – Vigilância Epidemiológica em Serviços de Diálise Ano 2016 [Internet]. São Paulo; 2017. p.53. Available from: http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/infeccao-hospitalar/doc/ih17_apresentacao_dialise_dados2016.pdf

Schmidli J, Widmer MK, Basile C, Donato G, Gallieni M, Gibbons CP, et al. Vascular Access: 2018 Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2018;55:757–818.

Schumacher MLN. Instrumento de Empoderamento Psicológico: adaptação cultural e desempenho psicométrico da versão brasileira do Psychological Empowerment Instrument [tese]. Campinas: Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas; 2018.

Schumacher MLN, Milani D, Alexandre NMC. Psychometric properties evaluation of the Psychological Empowerment Instrument in a Brazilian context. *J Nurs Manag*. 2019;27(2):404–13.

Schunk DH, DiBenedetto MK. Motivation and social cognitive theory. *Contemp Educ Psychol* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 12];60:101832. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2019.101832>.

Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res*. 2006;6(44):1–10.

Shapira-Lishchinsky O, Benoliel P. Nurses' psychological empowerment: An integrative approach. *J Nurs Manag*. 2019;27(3):661–70.

Sibert SE, Wang G, Courtright S. Antecedents and Consequences of Psychological and Team Empowerment in Organizations: a Meta-Analytic Review. *J Appl Psychol*. 2011;96:991–1003.

Silva JCB, Silva AAOB, Oliveira DAL, Silva CC, Barbosa LMS, Lemos MEP, et al. Perfil

do enfermeiro no gerenciamento dos serviços hospitalares. *Rev enferm UFPE online* [Internet]. 2018 [citado 2020 Dez 12];12(10):2883–90. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236307/30277>

Silva PEBB, Mattos M. Conhecimentos da equipe de enfermagem no cuidado intensivo a pacientes em hemodiálise. *J Heal NPEPS*. 2016;4(1):200–9.

Silva RPL, Meneguetti MG, Siqueira LDC, Araújo TR, Auxiliadora-Martins M, Andrade LMS, et al. Omission of nursing care, professional practice environment and workload in intensive care units. *J Nurs Manag*. [Internet] 2020 [cited 2021 Jan 12];28(8):1986–96. Available from: <https://doi.org/10.1111/jonm.13005>.

Simmons SW, Jacobs S, McKillop A. Developing clinical leadership in New Zealand hospice staff nurses. *Int J Palliat Nurs*. 2020;26(5):200–5.

Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga NS. The economics of patient safety - Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2017. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-economics-of-patient-safety_5a9858cd-en.

Smyth B, Kotwal S, Gallagher M, Gray NA, Polkinghorne KR. Arteriovenous access practices in Australian and New Zealand dialysis units. *J Vasc Access*. 2019;20(6):740–5.

Sousa CN, Apóstolo JL, Figueiredo MH, Martins MM, Dias VF. Interventions to promote self-care of people with arteriovenous fistula. *J Clin Nurs*. 2014;23(13–14):1796–802.

Sousa CN, Marujo P, Teles P, Lira MN, Dias VFF, Novais MELM. Self-Care Behavior Profiles With Arteriovenous Fistula in Hemodialysis Patients. *Clin Nurs Res*. [Internet] 2020a [cited 2021 Jan 12];29(6):363–7. Available from: <https://doi.org/10.1177/1054773818787110>.

Sousa CN, Marujo P, Teles P, Lira MN, Novais MELM. Self-Care on Hemodialysis: Behaviors With the Arteriovenous Fistula. *Ther Apher Dial*. 2017;21(2):195–9.

Sousa CN, Paquete ARC, Teles P, Pinto CMCB, Dias VFF, Ribeiro OMPL, et al. Investigating the Effect of a Structured Intervention on the Development of Self-Care Behaviors With Arteriovenous Fistula in Hemodialysis Patients. *Clin Nurs Res*. [Internet] 2020b [cited 2021 Jan 12]:1–9. Available from: <https://doi.org/10.1177/1054773820974834>.

Sousa MRG. *Segurança Do Paciente Em Uma Unidade De Hemodiálise : Análise De Eventos Adversos* [dissertação]. Goiânia: Faculda de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás; 2014.

Sousa MRG, Silva AEBC, Bezerra ALQ, Freitas JS, Miasso AI. Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2013;47(1):76–83.

Sousa P, Mendes W. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019.

Souto RQ, Lima KSA, Pluye P, Hong QN, Barbosa K, Araújo GKN. Translation and cross-cultural adaptation of the mixed methods appraisal tool to the brazilian context. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online*. 2020;12(2016):510–6. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8615.

Spreitzer GM. Psychological Empowerment in the Workplace: Dimensions, Measurement, and Validation. *Acad Manag J*. 1995;38(5):1442–65.

Sudhir P, Delma D. Comparison of body image perception and the actual BMI and correlation with self-esteem and mental health: A cross-sectional study among adolescents Sudhir. *Int J Heal Allied Sci*. 2018;7(3):145–50.

Taher S, Hejaili F, Karkar A, Shaheen F, Barahmien M, Al Saran K, et al. Safety climate in dialysis centers in Saudi Arabia: A multicenter study. *J Patient Saf*. 2014;10(2):101–4.

Tavares APS, Santos CGS, Neto JB, Silva AMM, Lotaif L, Souza JVL. Cuidados de suporte renal : uma atualização da situação atual dos cuidados paliativos em pacientes com DRC. *J Bras Nefrol*. [Internet] 2020 [citado 2021 Jan 23];1–14. Available from: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2020-0017>.

Teixeira A, Nogueira MA, Alves P. Empoderamento psicológico em enfermagem: tradução, adaptação e validação do “Psychological Empowerment Instrument.” *Rev Port Enferm Saúde Ment*. 2016;16(16):27–33.

Tessitore N, Bedogna V, Melilli E, Millardi D, Mansueto G, Lipari G, et al. In Search of an Optimal Bedside Screening Program for Arteriovenous Fistula Stenosis. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2011;6(4):819–26.

The Health Foundation. Measuring safety culture [Internet]. Londres; 2011. Available from: <https://www.health.org.uk/publications/measuring-safety-culture>.

Thomas-hawkins C, Currier H, Wick G. Environment in Freestanding Hemodialysis Facilities. *Nephrol Nurs J*. 2003;30(4):377–86.

Thomas-Hawkins C, Flynn L, Clarke SP. Relationships Between Registered Nurse Staffing, Processes of Nursing Care, and Nurse-Reported Patient Outcomes in Chronic Hemodialysis Units Continuing. *Nephrol Nurs J*. 2008;35(2):123–31.

Thomas-hawkins C, Lindgren TG, Weaver S. Nurse Manager Safety Practices in Outpatient Hemodialysis Units Continuing. *Nephrol Nurs J*. 2015;42(2):125–33, 147.

Thomas KW, Velthouse BA. Cognitive elements of empowerment: an interpretive model of intrinsic task motivation. *Acad Manag Rev*. 1990;15:666–81.

- Thomé FS, Sesso RC, Lopes AA, Lugon JR, Martins CT. Brazilian chronic dialysis survey 2017. *J Bras Nefrol.* 2019;41(2):208–14.
- Topçu, Türkmen E, Badır A, Göktepe N, Miral M, Albayrak S, et al. Relationship between nurses' practice environments and nursing outcomes in Turkey. *Int Nurs Rev.* 2016;63(2):242–9.
- Türe A, Akkoç İ. The mediating role of social support in the effect of perceived organizational support and psychological empowerment on career satisfaction in nurses. *Perspect Psychiatr Care.* [Internet] 2020 [cited 2021 Jan 12];56(4):985-93. Available from: <https://doi.org/10.1111/ppc.12562>.
- Ulrich B. From “To Err Is Human” to “Safer Together” – Progress in Patient Safety. *Nephrol Nurs J.* 2020;47(5):383–411.
- Ulrich BT. CNE. The Health and Safety of Nephrology Nurses and the Environments in Which They Work: Important for Nurses, Patients, and Organizations. *Nephrol Nurs J.* 2018;45(2):117–68.
- Ulrich BT, Kear TM. The Health and Safety of Nephrology Nurses and the Environments in Which They Work: Important for Nurses, Patients, and Organizations. *Nephrol Nurs J.* 2018;45(2):117–68.
- Valentine SR, Hollingworth D, Schultz P. Data-based ethical decision making, lateral relations, and organizational commitment: Building positive workplace connections through ethical operations. *Empl Relations.* 2018;40(6):946–63.
- Valliant A, McComb K. Vascular Access Monitoring and Surveillance: An Update. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2015 Nov;22(6):446–52.
- Vieira C, Silva DR, C G Prates. *Segurança do Paciente em Serviços de Diálise: rotinas e práticas.* São Paulo: Balieiro; 2019.
- Vieira TDP, Renovato RD, Sales CM. Compreensões de liderança pela equipe de enfermagem. *Cogitare Enferm.* 2013;18(2):253–60.
- Wagner JIJ, Cummings G, Smith DL, Olson J, Anderson L, Warren S. The relationship between structural empowerment and psychological empowerment for nurses: A systematic review. *J Nurs Manag.* 2010;18(4):448–62.
- Wang K, Wang P, Liang X, Lu X, Liu Z. Epidemiology of haemodialysis catheter complications: a survey of 865 dialysis patients from 14 haemodialysis centres in Henan province in China. *BMJ Open.* [Internet] 2015 [cited 2020 Ago 21];5(11):e007136. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/5/11/e007136>. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-007136.
- Wang S, Liu Y. Impact of professional nursing practice environment and psychological empowerment on nurses' work engagement: Test of structural equation modelling. *J Nurs Manag.* 2015;23(3):287–96.
- Waterson P. *Patient Safety Culture: theory, Methods and application.* London: CRC

Press; 2014.

Wegner W, Silva SC, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Education for culture of patient safety: Implications to professional training. *Esc Anna Nery – Rev Enferm.* 2016;20(3):1–8.

World Health Organization – WHO. World Alliance for Patient Safety: forward programme [Internet] Geneva; 2005. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43072>.

World Health Organization – WHO. First Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care. [Internet] Geneva; 2006. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69323>.

World Health Organization – WHO. World Alliance for Patient Safety: Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives. [Internet] Geneva; 2008. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70080>.

World Health Organization – WHO. Implementation manual WHO surgical safety checklist 2009: safe surgery saves lives [Internet]. Geneva; 2009. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44186>.

World Health Organization – WHO. Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. [Internet] Geneva; 2017. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf;jsession>

World Health Organization – WHO. Global patient safety action plan 2021 – 2030, Towards Eliminating Avoidable Harm in Health care. [Internet] Geneva; 2021 Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

Wiig S, Braithwaite J, Clay-Williams R. It's time to step it up. Why safety investigations in healthcare should look more to safety science. *Int J Qual Heal Care.* 2020;32(4):281–4.

Wilson RC, Galuska L. Professional Governance Implementation:: Successes, Failures, and Lessons Learned. *Nurse Lead* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 15];18(5):467–70. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2020.04.011>

Wood LA, Wiegmann DA. Beyond the corrective action hierarchy: A systems approach to organizational change. *Int J Qual Heal care.* 2020;32(7):438–44.

Yanarico DMI, Balsanelli AP, Gasparino RC, Bohomol E. Classification and evaluation of the environment of the professional nursing practice in a teaching hospital. *Rev Lat Am Enfermagem.* [Internet] 2020 [cited 2021 Jan 15];28:e3376. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4339.3376>.

Yıldız A, Kaya S, Teleş M, Korcu C. The effect of nurses' empowerment perceptions

on job safety behaviours: a research study in Turkey. *Int J Occup Saf Ergon*. 2020;26(3):489–96.

Yin, RK. *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Tradução de Daniel Bueno. Porto Alegre: Penso; 2016.

Zangaro GA, Jones K. Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: A Reliability Generalization Meta-Analysis. *West J Nurs Res*. 2019;41(11):1658–84.

Zhang X, Ye H, Li Y. Correlates of structural empowerment, psychological empowerment and emotional exhaustion among registered nurses: A meta-analysis. *Appl Nurs Res [Internet]*. 2018 [cited 2021 Jan 21];42:9–16. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.04.006>.

APÊNDICES



APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ESTUDO QUANTITATIVO)

I. Esclarecimentos fornecidos pela pesquisadora aos participantes

Prezado(a) Profissional de Enfermagem,

Eu, Andressa Garcia Nicole, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP) estou desenvolvendo a pesquisa intitulada *“Processo de cuidado do acesso vascular em serviços de diálise em diferentes contextos de ambiente de prática: um estudo de métodos mistos”*, CAAE nº 06582919.0.0000.5392, sob a orientação da Profa. Dra. Daisy M. R. Tronchin.

O estudo tem o objetivo de compreender como o cuidado com o acesso vascular é realizado em serviços de diálise com distintos contextos de ambiente de prática da enfermagem.

Por sua vivência em serviços de diálise, gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da pesquisa. Sua participação consiste em responder questionários, com duração aproximada de 20 minutos, relativas ao processo de cuidado com o acesso vascular, caracterização institucional e profissional, ambiente de prática, empoderamento psicológico e clima de segurança.

Sua participação é voluntária, o que significa que não receberá nenhum pagamento ao consentir com a pesquisa e que possui total liberdade em recusar-se ou retirar-se a qualquer momento, sem que isso lhe cause prejuízo ou penalidade. Este estudo é conduzido em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, respeitando a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade de seus dados e esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados durante a pesquisa.

Para isso, você tem a garantia de que os dados coletados não serão identificados com seu nome e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores, inclusive a seus superiores hierárquicos. Você tem a garantia de que os dados coletados permanecerão em posse da pesquisadora, armazenados em local protegido por senha, aos quais somente a pesquisadora e orientadora terão acesso. Os mesmos serão armazenados durante o desenvolvimento do estudo e destruídos após 60 meses. Além disso, garantimos que os dados serão utilizados apenas para fins científicos e que sua identificação pessoal ou profissional não será citada em nenhuma fase do estudo, inclusive na divulgação dos resultados. Desse modo, você não passará por constrangimentos.

Por ser uma pesquisa que envolve o preenchimento de questionários, pode implicar risco de desconforto, uma vez que abordará questões pessoais e do contexto do trabalho. Caso isso ocorra, você poderá interromper sua participação a qualquer momento, sem que ocorram prejuízos pessoais ou profissionais. Além disso, você terá direito a assistência à saúde gratuita e integral, pelo tempo necessário, por quaisquer danos relacionados à pesquisa (com nexos causal comprovado).

Os benefícios de sua participação são indiretos e correspondem, essencialmente, em contribuir para a compreensão acerca dos aspectos dos serviços de diálise que interferem no processo de cuidado da enfermagem.

Caso o(a) senhor(a) tenha alguma despesa decorrente de sua participação nesta pesquisa, é garantido o direito a ressarcimento, efetuado pela pesquisadora, mediante reembolso do valor. Outrossim, garanto o direito de indenização, caso ocorra algum dano (com nexos causal comprovado) em função de sua participação no presente estudo.

Este Termo de Consentimento será emitido em 2 (duas) vias, uma ficará com o(a) senhor(a) e a outra com a pesquisadora.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Em caso de dúvidas ou esclarecimentos, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento pelo telefone: (27) 99927-7866 ou e-mail: andressanicole@usp.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, no endereço: Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP; Telefone: (11) 3061-8858; E-mail: cepee@usp.br.

Local: _____ Data: ___ / ___ / ___

Andressa Garcia Nicole
Doutoranda

Profa. Dra. Daisy Maria Rizatto Tronchin
Orientadora

II. Consentimento pós-esclarecido

Eu, _____, RG _____, declaro que, após convenientemente esclarecido(a) pela pesquisadora, compreendo os objetivos desta pesquisa e concordo em participar de forma livre.

Local: _____ Data: ___ / ___ / ___

Assinatura do participante da pesquisa: _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ESTUDO QUALITATIVO)

I. Esclarecimentos fornecidos pela pesquisadora aos participantes

Prezado(a) Profissional de Enfermagem,

Eu, Andressa Garcia Nicole, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP) estou desenvolvendo a pesquisa intitulada “*Processo de cuidado do acesso vascular em serviços de diálise em diferentes contextos de ambiente de prática: um estudo de métodos mistos*”, CAAE nº 06582919.0.0000.5392, sob a orientação da Profa. Dra. Daisy M. R. Tronchin.

O estudo tem o objetivo de compreender como o cuidado com o acesso vascular é realizado em serviços de diálise com distintos contextos de ambiente de prática da enfermagem.

Por sua vivência em serviços de diálise, gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da pesquisa. Sua participação consiste em uma entrevista, que terá apenas o áudio gravado e será realizada em ambiente privativo, de sua preferência. A entrevista buscará compreender sua experiência no cuidado no processo de cuidado com o acesso vascular dos pacientes em hemodiálise e tem duração prevista de 30 minutos.

Sua participação é voluntária, o que significa que não receberá nenhum pagamento ao consentir com a pesquisa e que possui total liberdade em recusar-se ou retirar-se a qualquer momento, sem que isso lhe cause prejuízo ou penalidade. Este estudo é conduzido em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, respeitando a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade de seus dados e esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados durante a pesquisa.

Para isso, você tem a garantia de que os dados coletados não serão identificados com seu nome e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores, inclusive a seus superiores hierárquicos. Você tem a garantia de que os dados coletados permanecerão em posse da pesquisadora, armazenados em arquivo digital, protegidos por senha, que somente a pesquisadora e orientadora terão acesso. Os mesmos serão armazenados o durante desenvolvimento do estudo e destruídos após 60 meses. Além disso, garantimos que os dados serão utilizados apenas para fins científicos e que sua identificação pessoal ou profissional não será citada em nenhuma fase do estudo, inclusive na divulgação dos resultados. Desse modo, você não passará por constrangimentos.

Por ser uma pesquisa que envolve a realização de uma entrevista, pode implicar risco de desconforto, uma vez que abordará questões pessoais e do contexto do trabalho. Caso isso ocorra, você poderá interromper sua participação a qualquer momento, sem que ocorram prejuízos pessoais ou profissionais. Além disso, você terá direito a assistência à saúde gratuita e integral, pelo tempo necessário, por quaisquer danos relacionados à pesquisa (com nexo causal comprovado).

Os benefícios de sua participação são indiretos e correspondem, essencialmente, em contribuir para a compreensão dos aspectos dos serviços de diálise que interferem processo de cuidado da enfermagem.

Caso o(a) senhor(a) tenha alguma despesa decorrente de sua participação nesta pesquisa, é garantido o direito a ressarcimento, efetuado pela pesquisadora, mediante reembolso do valor. Outrossim, garanto o direito de indenização, caso ocorra algum dano em função de sua participação no presente estudo.

Este Termo de Consentimento será emitido em 2 (duas) vias, uma ficará com o(a) senhor(a) e a outra com a pesquisadora.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Em caso de dúvidas ou esclarecimentos, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento pelo telefone: (27) 99927-7866 ou e-mail: andressanicole@usp.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, no endereço: Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP; Telefone: (11) 3061-8858; E-mail: cepee@usp.br; de segunda à sexta-feira, no horário de 08h30min às 11h30min ou das 13h as 17h.

Local: _____ Data: ___ / ___ / ___

Andressa Garcia Nicole
Doutoranda

Profa. Dra. Daisy Maria Rizatto Tronchin
Orientadora

II. Consentimento pós-esclarecido

Eu, _____, RG _____, declaro que, após convenientemente esclarecido(a) pela pesquisadora, compreendo os objetivos desta pesquisa e concordo em participar de forma livre.

Local: _____ Data: ___ / ___ / ___

Assinatura do participante da pesquisa: _____

APÊNDICE C – CARACTERIZAÇÃO DO GESTOR DE ENFERMAGEM, DO SERVIÇO DE DIÁLISE E DO MANEJO DO ACESSO VASCULAR

Prezado Enfermeiro Gestor,

Este instrumento contém questões sobre você e o serviço de diálise onde trabalha. Por favor, responda-as, de acordo com contexto atual.

Parte I – Caracterização sociodemográfica e laboral

1. Qual a sua idade? _____ anos
2. Em qual gênero você se define?
() Homem () Mulher () Prefiro não informar
3. Qual seu estado civil?
() Solteiro () Casado () Viúvo () Desquitado, separado judicialmente ou divorciado
4. Qual seu último título acadêmico concluído?
() Graduação () Especialização () Residência () Mestrado () Doutorado
() Outro: _____
5. Possui especialização em Enfermagem em Nefrologia? () sim () não
6. Há quanto tempo atua em serviços de diálise? _____ anos
7. Há quanto tempo atua neste serviço de diálise? _____ anos
8. Há quanto tempo atua como gestor de enfermagem? _____ anos
9. Qual seu vínculo trabalhista neste serviço de diálise?
() CLT () Estatutário () Outro: _____
10. Possui outro vínculo empregatício? () sim () não
11. Se sim, em que área? _____
12. Qual sua carga horária semanal de trabalho, incluindo outro vínculo? _____ horas/semana.
13. Neste serviço, qual o número médio de profissionais de enfermagem sob sua supervisão? _____

Parte II – Caracterização organizativa do serviço de diálise

1. Natureza do serviço de diálise: () público () privado () filantrópico
2. É conveniado ao SUS? () sim () não
3. Integra uma instituição de ensino? () sim () não
4. Está localizado dentro de hospital? () sim () não
5. Possui certificação de qualidade? () sim () não
6. Se sim, favor especificar: _____
7. Tem núcleo de segurança do paciente implantado no serviço ou no hospital onde está localizado?
() sim, no serviço () sim, no hospital () não () não sei informar
8. Número total de pacientes crônicos em hemodiálise: _____

9. Número de turnos:

2ª, 4ª e 6ª-feira: () 1 turno () 2 turnos () 3 turnos () Outros, especificar: _____

3ª, 5ª e sábado: () 1 turno () 2 turnos () 3 turnos () Outros, especificar: _____

10. Composição da equipe multidisciplinar: *(marque todos os profissionais que a integram)*

() Enfermeiro () Técnico de enfermagem () Nutricionista () Médico

() Assistente social () Psicólogo () Farmacêutico

() Outros profissionais: _____

Parte III – Caracterização do processo de cuidar do acesso vascular

1. Há um coordenador do acesso vascular nesta unidade?

() sim () não () não sei informar

2. Se sim, esta atividade é desempenhada por profissional de qual categoria?

() enfermeiro () médico () cirurgião vascular () Outro: _____

3. Caso o paciente necessite ser avaliado pelo cirurgião vascular, para qual serviço ele é encaminhado:

() central de regulação do SUS

() centro de acesso vascular próprio

() cirurgião vascular escolhido pelo paciente

() cirurgião vascular escolhido pela equipe médica

() cirurgião ou equipe de cirurgia vascular da instituição

() outro: _____

APÊNDICE D – CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE E DO MANEJO DO ACESSO VASCULAR

Prezado Participante,

Este instrumento contém questões sobre você e o serviço de diálise onde trabalha. Por favor, responda-as, de acordo com contexto atual.

Parte I – Caracterização sociodemográfica e laboral

1. Qual sua idade? _____ anos
2. Em qual gênero você se define? () Homem () Mulher () Prefiro não informar
3. Qual seu estado civil?
() Solteiro () Casado () Viúvo () Desquitado, separado judicialmente ou divorciado
4. Neste serviço, qual sua função?
() Auxiliar de enfermagem () Técnico de enfermagem () Enfermeiro
5. Qual seu último título acadêmico concluído?
() Auxiliar ou Técnico de Enfermagem () Graduação () Especialização () Residência
() Mestrado () Doutorado () Outro: _____
6. Há quanto tempo atua em serviços de diálise? _____ anos
7. Há quanto tempo atua neste serviço de diálise? _____ anos
8. Qual seu vínculo trabalhista neste serviço de diálise?
() CLT () Estatutário () Outro: _____
10. Possui outro vínculo empregatício? () sim () não
11. Se sim, em que área? _____
12. Qual sua carga horária semanal de trabalho, incluindo outro vínculo? _____ horas/semana.
13. Qual o número médio de pacientes, por turno, sob sua responsabilidade? _____ pacientes.

SOMENTE PARA ENFERMEIRO:

14. Possui especialização em Enfermagem em Nefrologia? () sim () não
15. Neste serviço, qual o número de técnicos/auxiliares de enfermagem sob sua supervisão? _____

Parte II – Processo de cuidar relativo ao acesso vascular

1. Neste serviço, há protocolos assistenciais e/ou de segurança do paciente implementados?
() sim () não () não sei informar
2. Se sim, quais você, de fato, você observa sendo realizados no dia a dia? (*marque todas que forem aplicáveis*)
() Higienização das mãos
() Queda
() Identificação do paciente

- Preparo e administração de medicamentos
- Prevenção de infecções
- Punção da FAV ou prótese arteriovenosa (PAV)
- Curativo de cateter
- Encaminhamento do paciente para avaliação da cirurgia vascular
- Outro: _____

18. Se sim, você participou da construção dos protocolos? sim não

19. Neste serviço de diálise, há capacitação para os profissionais de enfermagem relativo aos cuidados com o acesso vascular? sim não

20. Neste serviço de diálise, quais dos seguintes aspectos abaixo você registra no prontuário do paciente? *(marque todas que forem aplicáveis)*

- Tempo de hemostase após retirada das agulhas
- Número de tentativas realizadas para obter sucesso na punção
- Dor na punção da FAV ou da PAV
- Presença de hematomas persistentes
- Presença de sinais infecciosos
- Fluxo sanguíneo (Qb)
- Outras: _____

21. Neste serviço, há protocolo para vigilância do acesso arteriovenoso implementado?

- sim não não sei informar

22. Se sim, quais técnicas são utilizadas? *(marque todas que forem aplicáveis)*

- Medição de fluxo intra-acesso (Qa): ecodoppler ou método de diluição
- Kt/V
- Pressão arterial e/ou venosa medida pela máquina de diálise
- Taxa de recirculação
- Pressão venosa estática
- Outros: _____

SOMENTE PARA ENFERMEIROS:

23. Neste serviço de diálise, há protocolo para o monitoramento do acesso arteriovenoso implementado? sim não não sei informar

24. Se sim, quais técnicas utiliza? *(marque todas que forem aplicáveis)*

- Inspeção
- Palpação
- Teste de aumento de pulso
- Teste de elevação do braço
- Ausculta do sopro
- Outros: _____

APÊNDICE E – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Dados iniciais:

Data: ____ / ____ / _____

Hora inicial da entrevista: ____ : ____

Horário final da entrevista: ____ : ____

Função: _____

Idade: _____ anos

Tempo de atuação em serviços de diálise: _____

Tempo de atuação neste serviço de diálise: _____

Dados para validação:

Entrevistado: _____

E-mail: _____

Preparação: Esta entrevista é sobre sua experiência no manejo do acesso vascular dos pacientes em hemodiálise. As perguntas são abertas e flexíveis, permitindo o surgimento de novas questões no decorrer da conversa. Suas respostas são confidenciais, portanto, serão tratadas de forma anônima. Suas informações não serão compartilhadas com outros profissionais ou gestores de seu ambiente de trabalho. Não há resposta errada ou certa, portanto, sinta-se à vontade para expressar sua opinião.

❖ Empoderamento psicológico

1. Conte-me sobre o que significa cuidar do acesso vascular.
2. Para você, qual a importância do trabalho da enfermagem com o acesso vascular?
3. Conte-me como é organizado o cuidado com o acesso vascular dos pacientes em hemodiálise neste serviço e o papel de cada membro da equipe.
4. Que outras atividades você considera importante realizar? Você percebe facilidades ou dificuldades para implementá-las?

5. Você lembra de alguma situação em que se sentiu inseguro para realizar suas atividades? Como você lidou com isso?

❖ **Ambiente prática**

6. Para você, como o trabalho do enfermeiro com o acesso vascular é percebido pela equipe e pelo paciente? Como você se sente em relação a isso?

7. Fale-me sobre como são elaborados os protocolos de cuidado neste serviço?

8. Sobre os aspectos estruturais do serviço de diálise (recursos físicos, materiais, serviços de apoio), como eles facilitam ou dificultam o cuidado com o acesso vascular?

9. Que outros fatores você considera que contribuem ou dificultam o desenvolvimento de seu trabalho com o acesso vascular dos pacientes?

❖ **Clima de segurança**

10. Fale-me sobre como são abordados os erros/eventos adversos que interferem na segurança do paciente, neste serviço.

APÊNDICE F – NARRATIVAS

Entrevistado: EG 1

Data: Janeiro de 2020.

Início: 8h15min. **Término:** 8h54min.

Caracterização do participante: Enfermeira, 45 anos, especialista em Enfermagem em Nefrologia. Graduada há 20 anos. Atua em serviços de diálise há 20 anos e, neste serviço, há 15 anos, como gestora.

Narrativa:

“Para mim, trabalhar em diálise significa ter autonomia. É uma das áreas da enfermagem que tem mais autonomia por lidar com pacientes crônicos e pela possibilidade de conhecer bem a sua equipe, uma vez que há pouca rotatividade, tanto da equipe médica como de enfermagem.

É um trabalho em que, não vou dizer que você é o centro de tudo, mas tem um certo empoderamento profissional e isso é uma coisa que me fascina. Além do empoderamento, tem o conhecimento e o uso intensivo da tecnologia. Ah! É uma área que requer muito estudo e atualização contínua... Isso é uma das coisas que me encanta muito na nefrologia.

Aqui, por ser um serviço particular, temos algumas dificuldades em relação ao acesso vascular.

Posso dizer, que a primeira se refere ao acesso permanente do paciente. Vejo que aqui, a taxa de pacientes com cateter é alta, mais de 50%. Não estou falando sobre cateter de curta permanência. Não! Esse cateter nem é colocado no meu paciente. É o cateter de longa permanência. Pelo fato de os pacientes serem de convênio e admitidos em situação de urgência nos hospitais, o primeiro acesso é o cateter de longa permanência. É um tipo de acesso que fica mais escondido, dá mais conforto ao paciente, tem a questão da estética, não tem a dor da punção... Então, ele [o paciente] se acomoda e não aceita a retirada desse acesso.

A segunda dificuldade é que os médicos não trabalham junto comigo para incentivar os pacientes a fazerem a fístula. Creio que pelo fato de pertencerem a algum convênio e certa condição social, os pacientes acabam insistindo para manter o cateter de longa permanência. Então, eu tenho que fazer um trabalho inverso ao das outras clínicas, que é promover o acesso permanente por fístula.

Eu observo que temos uma outra dificuldade que é ter um cirurgião vascular que confeccione as fístulas começando pela parte mais radial, pois a definição da técnica é feita por ele. Grande parte das vezes, observo que um dado acesso poderia ter sido feito mais radial, mas têm alguns vasculares

que usam, somente, a técnica mais proximal. E então, fazer o quê? É sabido que podemos fazer até 20 fístulas em um braço, temos 20 opções de técnicas diferentes. Às vezes é necessário fazer a primeira fístula na radial para maturar a veia para conseguir rebater um pouco mais para cima. Assim, há várias técnicas disponíveis, porém não são usadas aqui e isso acaba dificultando as nossas punções.

A Clínica não possui convênio com cirurgião vascular, portanto a escolha do profissional depende do convênio do paciente, o que também é um dificultador.

Quando o enfermeiro avalia a fístula e suspeita de alguma estenose, comunica o médico de plantão e ele encaminha o paciente para o vascular, para que seja feito um ultrassom e possamos acompanhar o que está ocorrendo. Nós, da equipe de enfermagem, conseguimos identificar algumas estenoses, mas há algumas situações, como o caso de uma paciente que tem uma estenose arterial e o vascular não quer mexer. Ele disse para a paciente que a enfermagem que não está sabendo puncionar, mas está nítido que a estenose precisa ser mexida. Esses conflitos acontecem, porém não é só isso, existe a questão do valor dos procedimentos cirúrgicos que o médico irá receber. Portanto, trabalhar com convênio não é tão fácil assim, varia de convênio para convênio, de paciente para paciente.

No entanto, a maior dificuldade mesmo é tentar fazer o paciente compreender que ele precisa de uma fístula!

Quando você me pergunta como organizamos o cuidado com o acesso vascular, no caso de termos um paciente com fístula, primeiramente, os enfermeiros avaliam o acesso. Para isso, nós analisamos o resultado do ultrassom do braço e a veia escolhida pelo cirurgião para fazer a fístula. Não temos pressa para puncionar o acesso. Em outras unidades sei que é puncionado com 30 dias, aqui puncionamos de acordo com o tipo de fístula confeccionada. Não temos muitas fístulas em radial, temos muitas fístulas altas, o que dificulta a punção. Por isso, optamos em demorar o máximo possível para puncionar, pois se ocorrer algo negativo com a punção, esse paciente não tira mais o cateter. Fazemos um acompanhamento do braço com a fístula bem de perto e observamos a sua maturação. Geralmente, esse período dura uns 2 meses, porém pode chegar até 4 meses para puncionar. E aí, sim, tentamos fazer da forma mais positiva para o paciente, evitando hematoma.

A primeira punção que realizamos é a arterial; o enfermeiro punciona a arterial umas três vezes e depois passa a puncionar a venosa. Sabe, fazemos de tudo para evitar o primeiro hematoma, porque se acontecer, acabou o acesso... Considero isso um trabalho da enfermeira com o paciente, porque o enfermeiro só inicia a punção se tiver mesmo condições.

Aqui, se o braço permitir, utilizamos a técnica de Buttonhole, na qual o enfermeiro vai fazendo o túnel. Assim que o túnel é "construído", o enfermeiro delega para o técnico de enfermagem, que vai acompanhar a angulação. Na maior parte das vezes, esse técnico vai puncionar durante 1 mês, pois há o rodízio mensal entre esses profissionais na unidade.

Outra técnica usada é a de Escada; a enfermeira avalia e, às vezes, até na terceira punção delega a atividade para o técnico, sempre considerando as características e condições do acesso. Isso

é muito importante, uma vez que há pacientes que têm medo e não querem ser puncionados pelo técnico, mas no dia a dia, vamos trabalhando junto ao paciente.

Sabe, eu considero o trabalho da enfermagem com o acesso vascular de extrema importância. A equipe de enfermagem daqui é muito boa, todos são muito bons de punção. Tentamos trabalhar da seguinte forma: fez um hematoma, chama o enfermeiro, não tenta repuncionar. Preferimos parar a punção e solicitar que o paciente volte outro dia, para não prejudicar o acesso. É claro que acontece, uma hora ou outra, de o funcionário [técnico de enfermagem] repuncionar; nesse caso, chamamos e advertimos.

Também, ocorrem situações em que o médico diz: – Punciona, porque eu quero que puncione. Sabemos que isso só vai complicar, aí não podemos fazer nada... Deixamos a responsabilidade com o médico. Mas, isso não é comum, pois o médico respeita muito a opinião dos enfermeiros em relação à punção. Na maior parte das vezes eles perguntam para nós [enfermeiros], não pedem o técnico de enfermagem fazer sem consultar o enfermeiro. Como te disse, quem conduz a punção, desde o começo, é o enfermeiro.

É muito difícil ter uma punção que os enfermeiros não vão dar conta. Para mim, a responsabilidade pelo acesso é deles, contudo, se não conseguirem, podem me chamar. Mas, eu só vou se eles já tiverem tentado e se realmente quiserem que eu tente, pois como gestora, não consigo ficar toda hora na assistência. É assim que costumo trabalhar com as duas supervisoras, uma em cada turno.

Eu vejo que tem outras coisas que deveríamos fazer no cuidado com o acesso, mas não conseguimos. Começamos a fazer um controle [impresso] geral de acessos, onde as enfermeiras vão registrando os problemas que identificam, porém o ideal seria ter um programa de monitorização do acesso. Ou seja, deveríamos ter um impresso para o controle de acesso no prontuário de cada paciente, com informações de como foi a punção em cada dia e o que ocorreu. Mas, não conseguimos um tempo hábil para isso.

Na verdade, eu penso que não adianta só o enfermeiro fazer esse monitoramento do acesso, todos que puncionam precisam estar envolvidos. Os técnicos [de enfermagem] deveriam ser orientados com relação ao que é necessário avaliar.

Porém, eu vejo que é inviável um técnico [de enfermagem] assistir seis pacientes, como foi deliberado em Portaria [Portaria nº 1.675, de 07 de junho de 2018]. Considero isso, o maior retrocesso da enfermagem na nefrologia. Eles têm outras prioridades para serem feitas e a avaliação mais criteriosa do acesso acaba ficando sob a responsabilidade do enfermeiro. Como você pode ver, aqui tenho uma unidade pequena, e conseguimos acompanhar mais de perto, porém em unidades maiores, isso é impossível.

Assim, posso dizer que um processo sistemático de avaliação da fístula não conseguimos fazer. Deveria? Claro que sim! Deveríamos selecionar um dia do mês e avaliar todos os acessos, acompanhar, como se fosse uma equipe de acesso vascular. Mas, não conseguimos fazer.

Outra dificuldade é: para onde vamos encaminhar esse paciente quando verificarmos um problema? Como vamos dizer que o problema foi detectado? Eu acredito que as unidades deveriam ter um ultrassom portátil para o enfermeiro fazer uma avaliação mais criteriosa. Há alguns ultrassons em que você consegue conectar ao celular ou tablet e visualizar a imagem, porém não é nossa realidade. Tem um médico daqui que tem [ultrassom portátil], quando ele está aqui, às vezes, conseguimos avaliar a primeira punção. No entanto, dependemos da presença dele. O uso do ultrassom possibilita visualizar o primeiro ponto de punção, isso é muito bacana, porque eu consigo saber exatamente onde vou fazer a punção arterial, por exemplo, ao invés de ficar selecionando qual melhor local por meio da palpação. Isso está ultrapassado, mas não é a realidade do Brasil. Talvez se tivéssemos equipamentos um pouco mais baratos e acessíveis para os enfermeiros comprarem, seria melhor, funcionaria como um equipamento de bolso. Nossa! Isso facilitaria muito o primeiro acesso. Quando puncionei pela primeira vez uma fístula com ultrassom, eu fiquei encantada, porque fui exatamente no melhor local para puncionar aquela fístula, não prejudiquei o acesso, não fiz hematoma, nada.

Para mim, a responsabilidade do enfermeiro na primeira punção é enorme, porque considero que é o que vai determinar quais serão os pontos de punção da vida daquele paciente. Então, fazer uma avaliação de acesso sem ter um equipamento [ultrassom] que eu possa justificar o que está acontecendo, fica sendo só a palavra de um enfermeiro para um vascular. Quando você conhece o vascular e ele respeita seu trabalho, ótimo, pode ligar ou mandar um relatório, que ele vai considerar sua avaliação. Agora, quando se trata de vasculares que não acreditam no que você diz e no que você faz, só por você ser um enfermeiro, fica difícil. Quando o paciente chegar lá, ele vai falar: – Eles não sabem puncionar, olha aqui o barulho da fístula. Esse relacionamento faz toda diferença.

Sabe, eu me sinto muito tranquila com relação à competência da minha equipe, principalmente dos enfermeiros; sei que posso me ausentar e o trabalho seguirá. Penso que um bom gestor é esse... Ele sai e o trabalho continua, também fico feliz que uns confiem nos outros.

Em relação ao emprego de mudanças de protocolo, eu considero uma coisa muito difícil de ser feita, porque requer novo treinamento e é necessário tempo para isso. Em unidade de diálise, mudamos quando ocorre determinação da vigilância sanitária, com prazo de auto de infração e, às vezes, isso exige uma mudança “para ontem”, temos poucos dias para nos adequarmos. Eu tenho que ver o que é preciso mudar, discutir com as enfermeiras, escrever e apresentar na prática aos técnicos como vai ser. Não é fácil!

Um protocolo ou outro quando tem que ser modificado, primeiramente, aviso os enfermeiros. Costumo fazer reuniões com eles no máximo a cada seis meses, geralmente, a cada 3 meses. Nessas reuniões eu comunico as mudanças para eles e em seguida eles comunicam a equipe. Em seguida entra o papel da supervisão, acompanhando a mudança.

Uma das minhas preocupações após a implantação ou mudanças de rotina ou protocolos, é muitas vezes, as adaptações que são feitas. Alguns profissionais de enfermagem acabam modificando de acordo com seu jeito ou criatividade. Isso me incomoda muito, são péssimas práticas. Quando percebo que está acontecendo, aí sim, eu chamo os enfermeiros e digo que precisamos rever...

Seria mais fácil se eles [equipe de enfermagem] dissessem quais são suas dificuldades, o que não está dando certo, pois poderíamos explicar os riscos, as técnicas que estão sendo infringidas, os danos que poderiam provocar aos pacientes... Eu vejo que eles acabam fazendo adaptações para facilitar o seu trabalho, sem entender quais são as consequências. Isso é muito ruim.

Penso que na enfermagem, não cabe o "jeitinho". Temos que lutar pelos melhores materiais, equipamentos e espaços de trabalho. Nenhum profissional consegue trabalhar sem recursos adequados.

Com relação à nossa estrutura, eu acredito que possuímos os recursos necessários... A única coisa que eu queria mesmo era um ultrassom, mas não é a realidade do país. Uma unidade satélite não está autorizada a passar cateter de curta permanência, porque não tem o equipamento de raios X. Então, o ultrassom seria uma coisa fantástica, tanto para os médicos quanto para os enfermeiros.

No mais, a clínica está bem equipada com vários tipos de agulha, cuja escolha é realizada pelo enfermeiro no momento da punção... Vejo que meu maior problema com acesso aqui é o número de pacientes com cateteres.

Penso, ainda, que um facilitador do trabalho para a equipe de diálise seriam os grupos de discussões. Eu tenho a oportunidade de participar de um grupo, no Estado de Pernambuco, que faz reuniões clínicas sobre acessos vasculares em hemodiálise. Esse trabalho é coordenado por uma enfermeira e discutimos muito sobre como avaliar o acesso venoso, esclarecemos dúvidas e estudamos alguns casos. Minha participação é via Whatsapp. Uma sugestão, seria a SOBEN [Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia] criar um grupo em cada Estado, onde os enfermeiros pudessem acompanhar com reuniões a cada 3 meses, por exemplo, para relatar e estudar casos das unidades onde trabalham e as experiências de sucesso na resolução do problema relativo à punção ou outro aspecto.

Eu acredito que o que precisa em relação ao acesso vascular é a mobilização dos enfermeiros, pois com recursos de internet, de vídeos e tantos outros, dá para montar grupos de discussão. Na minha opinião, a SOBEN está meio "parada". E aí fica difícil nos reunirmos. Também, considero que a região Nordeste está com uma das melhores equipes de enfermagem em nefrologia no Brasil. As enfermeiras possuem um empoderamento fantástico. Gostaria que no Sudeste, fosse assim... Aqui tudo é muito individualizado, cada um com sua clínica.

De um modo geral, eu penso que precisamos evoluir em relação ao acesso. Aprendemos muito na prática, mas precisamos desenvolver a parte teórica, estudar mais. Para mim, os enfermeiros precisam participar de congressos e serem liberados pelos serviços.

Sabe, considero muito difícil fazer treinamento em serviço, muito difícil mesmo, porque envolve uma questão de custos. Se for fora do horário do trabalho, tenho que dar folga para compensar. Porém, vou dar em folga como? Teria que colocar alguém para cobrir e pagar por isso. Portanto, tenho que dar no horário de trabalho, mas aí vem a questão do número de pacientes por funcionário. Eu tento ser criativa, já busquei parceria com uma empresa para dar um curso a distância para eles [profissionais da enfermagem], envio vídeos educativos via Whatsapp, contudo é muito difícil.

Dentro de unidade satélite é diferente de hospital, pois lá você tem o setor de Educação Continuada, vem a relação dos trabalhadores para participarem e a escala com a reposição. Em unidade satélite não tem isso. Gera custo. Não que no hospital não gere, mas tem pessoal suficiente para isso. Aqui é tudo muito enxuto, barra no custo.

Em relação à motivação, sempre teremos fatores que nos motivam ou desmotivam. Aqui, eu percebi que a mudança na legislação sobre o número de técnicos [de enfermagem] por paciente desmotivou muito a equipe e eu assino embaixo, embora não tenha mecanismos para mudar essa realidade. Aqui, nós estamos trabalhando com um técnico de enfermagem para cinco pacientes, no entanto, acho que isso diminui a qualidade do cuidado. O que acontece na prática é que se você tirar as agulhas de um paciente e depois vazas sangue, ficará vazando, pois, certamente, para dar conta de todos, você já estará paramentado cuidando de outro paciente e o que estiver com sangramento terá que esperar. Com isso, no outro dia, a fístula estará infectada. Portanto, no meu modo de pensar, precisa que o COFEN e o COREN [Conselho Regional de Enfermagem] reforcem que o paciente renal é grave e, embora esteja compensado, pode descompensar a qualquer momento. Essa determinação de um para seis ou um para cinco não é viável.

O que fazer para motivar os funcionários? Folga, claro! [risos]. O que mais motiva o funcionário é folga e o reconhecimento, é parabenizá-lo quando está certo, mas o principal mesmo é folga. Aqui, eu consegui fazer assim: em janeiro, quem não faltou no ano anterior, tem uma folga a mais. Quando a clínica foi credenciada para fazer o curso de educação continuada com uma instituição parceira, no ano passado, eles também ganharam uma folga a mais. O que eu posso fazer, eu faço.

Outra coisa que motiva é salário, entretanto nisso eu não consigo mexer. Se eu pudesse dar uma gratificação... Nossa! Isso seria uma das coisas que mais eles mais valorizariam. Todavia, não consigo.

Não é fácil gerenciar a equipe. Ah! Eu já tive muita dificuldade. Vixi! É muito complexo quando você tem uma demissão que vai além de coisas relacionadas à enfermagem ou quando o técnico ou o enfermeiro não realizam as atividades de acordo com sua função, não respeitam a hierarquia... São situações complicadas de gerenciar. Se eu estiver conduzindo errado, prefiro que mostrem meu erro. Mas, se não tiver, eu vou mostrar por que esse funcionário passou por cima de mim. Por causa dessas coisas, eu procuro registrar tudo e pedir para assinar.

Com relação à segurança do paciente, teoricamente, é uma coisa nova em diálise. Não que a diálise não tenha segurança, pelo contrário, é um dos serviços que mais têm segurança. Desde o uso do dialisador, dos equipamentos... Porque temos uma legislação própria para essas unidades. Então, um dos setores que mais preza por segurança é a nefrologia.

Agora, com esta questão da legislação da segurança do paciente, nós estamos começando a implantar protocolos específicos envolvendo todas as áreas, desde a admissão. Nós fomos notificados agora e temos 1 ano para fazer tudo isso. As unidades satélites vêm sendo orientadas pelo município sobre como fazer o plano de segurança. Os hospitais já possuem, mas com outro tipo de estruturação. Para uma unidade satélite, é diferente.

Aqui, eu fiz um plano de segurança e disponibilizei aos trabalhadores; todos leram. Agora, vamos trabalhar a cultura de segurança, tanto do paciente como da equipe. Estou começando pela enfermagem. Percebo que a equipe médica é mais resistente. Também incluiremos os serviços de nutrição, higiene e limpeza.

Hoje em dia, nossa tratativa dos incidentes depende de caso. Por exemplo, ainda não temos o sistema Notivisa, portanto, não notificamos. Se o evento envolver o paciente, procuramos resolver rapidamente, mas não há a notificação no sistema. Em relação ao funcionário, se for um erro grave, ele é advertido, se for um erro que cabe somente advertência verbal, a gente faz. Depende do grau do erro.”

Entrevistado: EG 2

Data: Janeiro de 2020.

Início: 16h24min. **Término:** 17h18min.

Caracterização do participante: Enfermeiro, 38 anos, especialista em Enfermagem em Nefrologia. Graduado há 14 anos. Atua em serviços de diálise há 19 anos e, neste serviço, há 10 anos como gestor.

Narrativa:

“Eu comecei a trabalhar em diálise no ano 2000, como técnico de enfermagem. Terminei a graduação em Enfermagem em 2005, e passei a trabalhar como enfermeiro assistencial. Em meados de 2006 concluí a especialização e, com isso, assumi o cargo de RT [responsável técnico] na clínica em que eu trabalhava. Há 10 anos os diretores me chamaram para ser coordenador de um conjunto de clínicas desta empresa. Então, atualmente, além de RT desta clínica, eu também atuo como coordenador de um grupo de clínicas.

Desde o momento em que eu escolhi ser enfermeiro e trabalhar em nefrologia, este ambiente tem significado bastante para mim. É gratificante e eu me identifico com o trabalho que realizamos aqui. A experiência gerencial tem me enriquecido muito, pois além da parte assistencial, que eu continuo tendo bastante contato, eu aprendi o lado da gestão. Nem sempre uma e outra conseguem caminhar tão juntas, gerando alguns impasses. Atuando na gestão, eu consigo fazer a ponte entre a gestão e a qualidade do cuidado, ou seja, tento manter a qualidade, sem ultrapassar os custos. Equilibrar. Por isso, acho que esta experiência tem me trazido um aprendizado muito grande nesse sentido.

Sabe, eu tive muitas dificuldades para assumir esta posição. Quando eu era enfermeiro assistencial e assumi o cargo de enfermeiro RT, estava ótimo, estava confortável para mim. No momento em que me ofereceram a função de coordenador, fiquei um pouco apreensivo, com medo de não dar conta. Inicialmente, eu recusei, mas depois comecei a refletir e pensei: – Puxa, eu estou em um patamar dentro da unidade que eu não consigo mais crescer. Eu preciso de algo a mais. Não por ambição, para evoluir profissionalmente. Se amanhã me dissessem para voltar a ser somente RT de uma clínica, eu não me importaria, pois já consegui o que queria: aprender e desenvolver uma visão mais ampliada. Então, no início eu mesmo criei uma barreira, achei um desafio muito grande, muita responsabilidade, porém depois eu fui refletindo e decidi aceitar.

Você pode imaginar, é um serviço complexo, envolve várias unidades e necessita de uma equipe. Hoje nós temos uma equipe formada, concreta, com uma relação bacana entre nós. Eu acho que isso ajuda muito na manutenção do cargo. Dificuldades? Temos. Muitas. A cada dia aparece uma diferente, mas eu levo isso como aprendizado. É muito rico para mim.

Com relação ao cuidado com o acesso vascular, já tivemos muitas dificuldades, porém algumas coisas conseguimos melhorar. Antes não tínhamos um sistema efetivo para confeccionar as fístulas, por isso, há cerca de quatro anos implantamos, aqui nesta unidade, um centro de confecções de acesso vascular. Então, eu tenho um vascular [cirurgião] contratado que vem três a quatro vezes por mês aqui para avaliar as fístulas que encaminhamos e também para confeccionar novas. Ele avalia em torno de dois pacientes e faz quatro fístula-dia.

Sabe, o elo entre ele e o paciente é a enfermagem. Nós temos um controle [impresso] onde registramos todos os pacientes que estão com acesso provisório para agendarmos a construção do acesso permanente. Pode ser que faça a fístula no mesmo dia ou marque para outro dia, conforme a prioridade. Quanto aos pacientes que estão com problemas na fístula, nós marcamos a consulta, o vascular avalia e define os procedimentos que serão necessários.

Não sei se te disse antes, nós somos uma clínica privada que presta serviço para o SUS [Sistema único de saúde]. Assim, tem acessos que nós confeccionamos aqui, entretanto, aqueles mais complexos precisamos encaminhar para um serviço público de alta complexidade. É claro que, às vezes, isso gera conflito com alguns órgãos, pois dizem que a responsabilidade de estabelecer um acesso é da unidade. Concordo, mas tem acesso que não podemos fazer aqui. O nosso município tem a vantagem de ter um hospital municipal que atende alta complexidade vascular, porém não é a realidade de todas as regiões. Portanto, quando montamos o nosso centro de confecção de acessos, procuramos um vascular que trabalhasse, também, nesse hospital. Essa articulação facilita muito, tanto para o paciente quanto para nós.

Além de que, ele é um excelente profissional. A relação dele com a enfermagem é tranqüilíssima, sendo o nosso vascular de referência, facilita muito a comunicação. Ele está sempre perguntando sobre os pacientes, discute os casos com as enfermeiras, é bem preocupado. Lembro de ter que ligarmos para ele sobre um problema com o acesso de determinado paciente, ele sair do consultório e passar aqui para verificar. Às vezes, a fístula para de funcionar pela manhã, a gente liga e ele pede para levar o paciente no consultório ou no ambulatório ou pede para algum colega atender... Sempre dá um jeito de salvar esta fístula. Assim, conseguimos intervir rapidamente e o acesso do paciente é preservado.

Ainda pensando em problema, posso falar do relativo à colocação de um enxerto de PTFE [prótese de politetrafluoretileno]. Esse enxerto, não podemos realizar aqui, é preciso encaminhar o paciente para uma unidade de internação, para um centro cirúrgico, pagar diária, pagar o vascular, o anestesista, então, tem um custo muito elevado para o serviço. Nesses casos, a alternativa que conseguimos é implantar um cateter de longa permanência e encaminhar o paciente, via ambulatório da prefeitura, para fazer o procedimento do enxerto via SUS. Ele vai ficar na fila durante um bom tempo, mas enquanto isso, estará sendo dialisado sem prejuízo. Mesmo se houver necessidade de trocar o cateter de longa permanência, será vantagem. A prótese é muito custosa. Lógico que, em último caso, se o paciente não tiver condições de fístula e nem de cateter, a única coisa que for salvar sua vida for a prótese, nós vamos fazer, independentemente do valor. A gente preza por isto. Até temos contrato com

um centro cirúrgico particular para fazer este tipo de acesso, contudo só encaminhamos em último caso mesmo. É a nossa retaguarda de alta de complexidade, caso a do município não consiga resolver.

Nesses 4 anos, eu notei um aumento na sobrevida dos acessos e na agilidade em confeccionar acessos permanentes. Antes, a clínica tinha uma prática, imposta por nós da gestão, que o paciente somente seria encaminhado para a confecção de um acesso definitivo após 3 meses de admissão, independente de estar bem ou mal. Considerando que teria que esperar mais 40 dias para maturação da fístula, ele só dialisaria por fístula depois de 4 meses. Isso era péssimo! O paciente ficava muito tempo com cateter. Hoje, a gente pensa de uma forma diferente, consegue ser mais ágil. Quando entra um paciente, o enfermeiro avalia e se der para agilizar, logo encaminha. Às vezes, 3 semanas depois ele está com a fístula em processo de maturação.

É claro que isso tem um preço. A remuneração do vascular é feita via APAC [autorização de procedimento de alto custo]. Ele faz um relatório do procedimento realizado e a unidade consegue cobrar do SUS. Daí a própria clínica paga o vascular. Na verdade, o vascular define um valor para o procedimento, que não necessariamente é o valor que vamos receber do SUS. Na maior parte das vezes, o SUS não consegue acompanhar o valor cobrado pelos profissionais. Estamos falando de uma diferença gigantesca. O SUS paga em torno de R\$ 300,00 pelo pacote de confecção do acesso, contanto material e honorário, e a gente paga o dobro para o médico, com os materiais.

Eu posso encaminhar para outro lugar? Até posso, no entanto de todo modo eu que tenho que pagar o acesso principal do paciente. No nosso caso, fazemos isso porque, além do acesso ser responsabilidade da clínica, percebemos que o acesso definitivo trará retorno financeiro para clínica. Quanto mais rápido fizermos a fístula, menor o risco de infecção, de gasto com antibiótico, menor risco de perder o acesso, diminui a possibilidade de ter que refazer um acesso provisório... Com essa agilidade, mesmo gastando mais na confecção, em longo prazo o saldo é positivo. Antes, de 3 em 3 meses tínhamos que trocar o acesso do paciente. Não dava. Além de ser custoso, expunha o paciente a muito mais riscos. Todos esses aspectos foram considerados.

Eu sinto que, mesmo com todo esse trabalho e as coisas que temos feito, as críticas sempre irão existir, porque a lidamos com pessoas com opiniões totalmente diferentes. Mas, ainda assim, eu me considero uma pessoa motivada para o trabalho. Ver os resultados me motiva, ver que a empresa está crescendo, que os pacientes estão bem dialisados, que está fluindo bem... Isso tudo me motiva muito.

Na época que comecei a trabalhar aqui, me disseram que a clínica não estava tendo lucro, que estava com número muito baixo de pacientes. A minha meta era aumentar o número de pacientes, pois tínhamos vagas, funcionários e demanda. Realmente, quando eu cheguei, fiquei abismado com o número reduzido de pacientes, cerca de 110, para uma clínica deste porte e com uma estrutura tão boa. Isso não pode acontecer! Comecei a perceber que estava confortável para a equipe ficar com aquele tanto de paciente. Lógico, melhor eu ficar com 110 pacientes do que com 190 pacientes... Trabalho bem menos e o meu salário é o mesmo. Então, logo conversei com médico RT e falei que podíamos admitir pacientes. No primeiro momento, ele ficou receoso, disse que teria que ver questões

relativas à vaga, máquina e outras. No final, fizemos uma força tarefa e a ideia foi aceita. Clínica lotada é melhor do que clínica com vaga ociosa, porque em vaga ociosa fica um entra e sai e você nunca está com pacientes estáveis. Hoje eu estou com a capacidade máxima e com pacientes compensados. Não tenho mais este tipo de problema.

No contexto geral, eu não recebo muitas reclamações sobre o trabalho da enfermagem. Às vezes, o médico reclama de um funcionário ou outro, todavia, no geral, os funcionários são elogiados tanto pelos médicos como pelos pacientes. Quando acontece alguma coisa, o médico RT me fala, eu chamo, converso, explico e a gente já resolve. O médico RT e o enfermeiro RT têm uma relação muito boa, assim como os médicos assistenciais com enfermeiros assistenciais.

Posso te dizer, que as relações entre a enfermagem e os médicos são bem tranquilas, não vejo nenhum problema entre eles. Quando precisamos, eles são bem solícitos. Claro que existem dias em que eles estão mais acessíveis e outros nem tanto. Têm dias que você fala que o cateter de tal paciente não tá funcionando e ele diz que é para levar assim mesmo, têm outros dias que vai trocar. Tentamos intermediar, porém têm decisões que são deles.

Eu oriento que a conversa seja sempre entre enfermeiro e médico, tentamos manter a hierarquia. Às vezes, o técnico vai direto no médico ou o médico vai direto no técnico, mesmo o enfermeiro estando ali. Todavia, tentamos sempre quebrar isto falando que o enfermeiro deve atuar como uma ponte entre eles. Não é autoritarismo, é que o enfermeiro tem que saber o que está sendo feito com os pacientes. Hoje em dia isso melhorou muito. Eu vejo que o médico e o técnico passam todas as coisas para o enfermeiro e conseguimos controlar melhor o trabalho na unidade.

Particularmente, eu não tenho muitos conflitos com a equipe. Existem coisas administrativas que vêm impostas direto da administração e eles [trabalhadores da enfermagem] não concordam, como a questão da mudança no dimensionamento de pessoal, que foi alterada em Portaria [Portaria nº 1.675, de 07 de junho de 2018]. Se eles quiserem falar sobre isso, a gente até pode, mas é o tipo de coisa que nem eu tenho poder de mudar. Eu discuto enquanto a decisão está sendo tomada pela direção, no entanto depois que vem para o nível operacional, eu não tenho como discutir. Eu também tenho que acatar e fazer. E isto eles não entendem, gerando conflito.

Sabe, eu sou uma pessoa tranquila, sempre converso, sou muito acessível. Hora nenhuma eu fico ordenando, dizendo: – Vocês têm que fazer e pronto. É claro que a gente analisa. Como gestor, para algumas coisas eu vou pedir opinião aos enfermeiros, não vou levar ao conhecimento dos técnicos. Se o enfermeiro tiver dúvida, ele pode chegar à equipe e dizer que eu propus tal coisa e perguntar a opinião deles. Está certo. Mas, eu ir até à equipe e perguntar o que eles acham... Não! A opinião deles é mais voltada à prática e não pela questão científica. Por exemplo, sobre o momento de fazer o curativo do cateter, eles não vão pensar que o curativo deve ser feito antes da sessão ou até 10 minutos depois de iniciada a diálise para sabermos se apresenta sinais de infecção. Imagine você deixar para fazer o curativo na quarta hora, antes de o paciente sair? Aí, o paciente fez a diálise com aquela secreção, fez bacteremia e assim vai. Então, não! Este tipo de coisa eu discuto com a enfermeira.

É lógico... Têm coisas que eles participam. Para isso, chamamos todo mundo e falamos: – Estamos mudando a rotina x, o que vocês acham? Tem sempre aquele que fala que não quer, que não gosta, que não vai dar certo, que é negativo em tudo. Mas, pedimos para testar durante uma semana e depois verificar se deu certo ou não. Se deu, mantemos, caso contrário repensamos e ajustamos. A mudança, inicialmente, sempre é negativa para eles, pois vai dar um certo trabalho. Contudo, depois que se acostumam, melhora.

É complicado, sabia? Sempre tem aquele funcionário que rema contra, que não está feliz com a parte administrativa, e nem com a assistencial. Ah! Teve uma discussão com a enfermeira e já fala está desmotivado. Graças a Deus não é a maioria! Eu vejo que a maior parte gosta de trabalhar aqui, vem trabalhar com gosto, faz o que tem que fazer. Nosso absenteísmo não é alto.

Eu sinto que tenho bastante autonomia para realizar meu trabalho, tanto para implantar como para modificar vários processos. Até esta mudança para agilizar a avaliação e a confecção do acesso vascular que conversamos antes, se eu fosse somente gestor, talvez pensasse diferente, mas sendo gestor e enfermeiro, eu consigo ter outro olhar e, assim, pude provar para a empresa que era viável.

Aqui, ficamos muito à vontade para trabalhar, para tomar nossas decisões e fazer o que compreendemos ser melhor ao paciente. Eu escuto bastante as enfermeiras e dou bastante autonomia para elas também. Isso, às vezes, é um problema, pois acham que estão à vontade demais. Ora, eu penso que se me dão autonomia é porque acreditam em mim. Os proprietários da clínica me falaram: – Leve a clínica como se fosse sua. Então, eu sigo conduzindo a clínica como se fosse minha mesmo, faço tudo que eu acho que deveria fazer de melhor. É claro que respeitando certos limites, principalmente, financeiros. Por exemplo, se um enfermeiro disser que quer fazer a técnica de Buttonhole em todos os pacientes, eu vou responder que precisamos ver a viabilidade de comprar a agulha adequada para isso. E eu já sei que não vai ter. Então, tem autonomia? Tem. Porém, dentro do que eu tenho de recursos.

Para mim, os recursos essenciais para cuidar do acesso vascular não faltam. Claro que sempre queremos coisas a mais. Se você me perguntasse se eu gostaria de implantar o Buttonhole aqui, eu diria que sim. Mas eu não tenho essa condição. Para prestar um atendimento de diálise com qualidade, eu tenho tudo que eu preciso: tenho máquinas boas, materiais bons, agulhas.

Sabe, às vezes, é complicado. Somos um grupo grande, por isso temos uma central de compras. Não sou eu que compro a seringa ou a agulha que vamos utilizar. Tem um setor específico e esse setor analisa custo, orçamento. Muitas vezes, ele opta pelo que é mais barato e nem sempre é o melhor. Quando tem um material novo, nós avaliamos, se for negativa, ele exclui o fornecedor, no entanto, não tem como excluir definitivamente, pois em caso de urgência, tem que comprar com o que tiver.

Com relação à qualificação da equipe, eu sempre tento conseguir congressos ou alguma coisa assim aos enfermeiros, mas confesso que não é com facilidade. Até mesmo para liberá-los é difícil, pois temos o quadro reduzido. Se hoje, um enfermeiro vai a um evento e fica uma semana, temos que pagar outro enfermeiro para substituir ou eu ficar no lugar dele. E não dá. Muitas vezes, esse enfermeiro

também não quer ir porque tem a família dele, o segundo emprego, a questão financeira... Se eu disser para o enfermeiro que ele está liberado, ele vai me dizer que só vai se pagarmos as despesas. Então, além de liberar, eu tenho que tentar com algum fornecedor a inscrição, a hospedagem, a passagem e cobrir os demais gastos. Hoje em dia, na verdade, nenhum fornecedor está nos dando isso. Então, eu não consigo. As duas partes não conseguem tão fácil. Eu gostaria muito que eles fossem, porém não dá.

Sempre trabalhamos com uma escala muito reduzida. Quando sai um funcionário e contratamos outro, já contamos com ele na sala. Eu não tenho como deixar um funcionário 15 dias em treinamento admissional, só observando, lendo manuais... Não! Ele entra na escala do serviço, até porque o básico do técnico de enfermagem ele adquire na escola e não aqui. Aqui, só vai aperfeiçoar o que ele deve ter aprendido lá. Máquina, punção, essas coisas... É lógico que vai passar pelo acompanhamento do enfermeiro. Hora nenhuma é deixado sozinho. Mas, o treinamento na admissão, não temos. Ele tem acesso ao nosso manual de normas e procedimentos, a todos nossos documentos e, assim, consegue obter a teoria. Porém, a parte prática é no dia a dia, acompanhado pelo enfermeiro e técnicos, que estão sempre juntos tirando dúvidas.

No decorrer dos anos, a educação continuada é realizada a cada dois meses mais ou menos. Recentemente, tivemos uma aula sobre acesso. Nós observamos um certo índice de hematomas durante as punções, montamos uma aula e fizemos um processo de educação continuada, tanto teórico como prático. A parte prática fizemos indo lá no paciente junto com o funcionário, mostrando a distância necessária entre as agulhas, a palpação, falamos sobre não puncionar em caso de dúvida... Se eu tiver um índice alto de infecção, vou reforçar a lavagem das mãos, processo de infecção cruzada, técnica de curativos, essas coisas. Outro exemplo é a parada cardiorrespiratória, os funcionários de hemodiálise ficam perdidos em situações de emergência, pois não acontecem na rotina, é raro. Então, é assim que fazemos: avaliamos a necessidade mediante os problemas que vão ocorrendo.

Muitas vezes, os enfermeiros conseguem fazer esses treinamentos no horário de trabalho. Colocam uma turma mais reduzida na sala, outra turma sai, depois revezam. Isso permite que façamos várias aulas, mas, de curta duração. Fazemos isso quando se trata de assuntos que precisam ser aprofundados como acesso, urgência, parada. Para isso, montamos aula com datashow, essas coisas... Entretanto, tem que ser em horário de serviço, fora do horário ninguém vem.

O que costumo fazer, ainda, é aproveitar o período das reuniões. Primeiro comunico as demandas de reunião e, em seguida, emendo um treinamento, com alguma coisa impressa ou só um bate papo mesmo. Outras vezes, chamo o funcionário ali mesmo no balcão e conversamos. Principalmente quando é para mudar rotina... Ou quando é sobre alguma coisa que aconteceu no dia a dia, preferimos resolver e orientar ali mesmo, na hora, in loco.

Eu percebo que esses treinamentos rápidos e práticos na sala de diálise, funcionam melhor. Treinamento tipo aula, com datashow, eles até participam, perguntam, mas na hora de colocar em prática, não fazem. Nesse treinamento de acesso vascular mesmo, foi explicado todos os tipos de acesso, desde o curativo de cateter até a punção de fístula. Depois dividimos em grupos e fomos lá na

sala, ensinar direto no paciente. Mostramos os problemas que eles devem observar quando palpam, por exemplo. Às vezes, a fístula está parada, o paciente não falou, o funcionário não olhou e passou, punctionou uma fístula parada. Digo que foi no automático. Penso que mostrar *in loco* como se faz é melhor, funcionou... Assim como para os enfermeiros, eu não consigo pagar um curso fora para os técnicos, mas esses treinamentos internos dão bom resultados e conseguimos...

Quando penso sobre o dia a dia, vejo que o que mais dificulta meu trabalho é o quadro reduzido de funcionários. Hoje estou conseguindo manter um ou dois funcionários a mais na escala geral, porém essa Portaria que dimensiona um [técnico de enfermagem] para seis [pacientes] me preocupa. No final do ano, por exemplo, três funcionários estavam com afastamento médico. A gente se viu em uma situação complicada. Quando ocorre uma falta, deixa de ser um [técnico de enfermagem] para seis [pacientes] e passa a ser um para doze. O enfermeiro entra para ajudar, mas é complicado. A verdade é que a equipe acaba fazendo o que dá para fazer e isto pode até ser arriscado para o paciente.

Com relação à segurança do paciente, nós organizamos o Núcleo e agora estamos aperfeiçoando: acertando quem são os membros, como serão as reuniões, a questão da nomeação oficial... Hoje, eu já tenho algumas ferramentas, como identificação do paciente na pasta e na máquina e estamos confeccionando os crachás. Também acompanhamos o implante e a retirada de cateter. Devagar vamos organizando.

Quando acontece algum incidente, primeiramente, atendemos e acompanhamos o paciente, porque temos os protocolos de como fazer. Por exemplo: troca de capilar [capilar de um paciente instalado em outro]. Nesse caso, retiramos o capilar, colocamos um novo e conversamos com o médico RT a respeito de como o paciente será monitorado. Com relação ao funcionário, a gente penaliza: dá advertência ou suspensão, porque é um erro grave. Nós mantemos as coisas bem identificadas, tudo certinho, se ocorrer algum problema é falha humana mesmo. E, por fim, acabamos conversando com a equipe de enfermagem, com o médico e explicamos para o paciente o que aconteceu. Graças a Deus, nesses anos que eu estou aqui, tive poucos problemas. Mas ainda não está bem definida no Núcleo a dinâmica de como os erros e os eventos serão tratados”.

Entrevistado: EG 3

Data: Janeiro de 2020.

Início: 15h18min. **Término:** 15h50min.

Caracterização do participante: Enfermeira, 34 anos, especialista em Enfermagem em Nefrologia. Atua em serviços de diálise há 10 anos e, neste serviço, há 3 anos como gestora de enfermagem.

Narrativa:

“Lembrando a minha vida profissional, eu trabalhei 3 anos em clínica de diálise como enfermeira assistencial. Depois, trabalhei em outra instituição, porém não na área de nefrologia. Em seguida eu vim para este hospital e trabalhei na UTI [unidade de terapia intensiva], na enfermaria e no ambulatório, todos específicos da nefrologia. Quando eu fui convidada para ser gestora daqui, na verdade, eu me surpreendi. Nossa! Eu não esperava. Eu não conhecia o setor, nem os funcionários, nem a dinâmica de trabalho, nada... Foi um desafio imenso, porque o pessoal [da enfermagem] trabalha na unidade há muitos anos; têm cerca de 30 anos de hospital. Eu cheguei nova e com experiência de um lugar de fora. Eu achei bem desafiador. Com o tempo fui percebendo o quanto é gratificante conseguir coordenar a equipe e organizar o serviço. Mas, foi um desafio!”

Para mim, de todos os cuidados que fazemos aqui na diálise, o cuidado com acesso vascular é o mais importante. Temos que saber montar máquina, entender dos banhos, da prescrição, porém se não cuidarmos do acesso do paciente, estamos deixando de cuidar da vida dele. Os técnicos/auxiliares de enfermagem às vezes se queixam abordagem dos pacientes quando escolhem quem puncionar e até mesmo como puncionar, entretanto, eu falo que o paciente tem razão. Não é que vamos deixar de fazer o nosso serviço, mas a fístula é dele, o cateter é dele. Se ele não cuidar... A vida dele depende desse acesso e nesse sentido, ele só está protegendo sua própria vida. Um sinal de aderência e entendimento com o seu tratamento, de que quer o melhor tratamento. Por isso, a enfermagem tem que ter toda cautela, todo cuidado, toda paciência do mundo porque ele depende do acesso para fazer a diálise.

Há algum tempo, eu percebi que a nossa taxa de infecção em cateter aumentou. Realizamos um treinamento de lavagem de mãos e de curativo de cateter para toda equipe, preconizei que curativo [do cateter] seria privativo do enfermeiro e que os técnicos/auxiliares teriam apenas que ligar o paciente à máquina, cuidando, claro, da desinfecção dos hubs. Esta ação está dando certo, mas confesso que

não é fácil mudar. No início, gerou um certo desconforto entre técnico/auxiliares, pois pensavam que não estávamos confiando no trabalho deles, mas não era nada disso.

Sabe, aqui na unidade, nós temos um número muito grande de profissionais. Para você entender, tem o médico assistente, dois R4 [médico residente do 4º ano], tem dois R3 [médico residente do 3º ano]. Na enfermagem, tem funcionários que possuem jornada de trabalho em turno de 12x36h, então, nesta semana eles cuidam de um paciente, na outra semana de outro. Eles ficam até 15 dias sem ver o paciente e isso faz com que as informações vão se perdendo.

Agora, existe um impresso padronizado, onde os enfermeiros anotam o que está acontecendo com os acessos e, assim, conseguimos acompanhar melhor. Está sendo uma experiência bem bacana. Eu já pude observar nos indicadores que houve uma redução nas taxas de infecção. O que aconteceu, de fato, é que dessa forma conseguimos melhorar a comunicação. Usou pomada? Por que usou? O curativo está sendo trocado a cada 7 dias ou diariamente? Por quê? Conseguimos saber o que está acontecendo, pois estamos monitorando.

Chegamos a ter o caso de um paciente que deu um resultado alterado no swab. Na reunião mensal com a CCIH [Comissão de controle de infecção hospitalar], uma enfermeira disse que estava usando Gentamicina®, a outra disse que era outra coisa e o paciente disse que não estavam passando nada. Nossa! Imagine! Qual era o tratamento correto? Qual o tratamento que estava sendo feito? O que precisávamos, nesse caso, é falar a mesma língua. E o problema era que cada médico tinha uma conduta. E, na reunião mensal, decidimos por centralizar todas as informações, para manter as mesmas condutas. Com essa medida, nós conseguimos melhorar.

Além disso, com os registros, passamos a ter argumentos para ir ao médico e dizer que o cateter está há tantos dias assim, o que já foi feito e se precisa que ele faça alguma coisa. Temos tudo registrado.

Sabe, os pacientes daqui são bem mais graves que em outros serviços, têm muitas comorbidades. Temos vários pacientes aqui com o último acesso vascular possível, então, são pacientes que têm uma complexidade muito grande. Com esta ação, conseguimos mostrar para os médicos que não era apenas a enfermagem que não estava lavando a mão, que não estava fazendo o curativo corretamente... Existem outras problemáticas envolvidas, por exemplo, temos pacientes que não deixam os profissionais da enfermagem fazer o curativo, eles acabam trocando em casa... Agora estamos anotando tudo isso, porque se no futuro acontecer alguma coisa, temos registrado que o paciente recusou a troca de curativo, por exemplo.

Lembro de uma situação na qual a paciente parou de dialisar porque não tinha mais acesso. Não tinha onde passar cateter e não conseguia fazer fístula ou colocar prótese. Não tinha mais o que pudssemos fazer por ela. E aí? Quais foram os cuidados que tivemos com os acessos? Qual nossa parcela de responsabilidade pelos acessos que ela perdeu? Agora, está tudo registrado. Sinto que temos mais controle sobre o que está acontecendo e, assim, temos mais respaldo. Conseguimos notificar os problemas daquele acesso, por exemplo, se o paciente é ligado com as linhas invertidas,

se foi notificada infecção de cateter quando e quantas vezes, se houve hematoma em FAV e estamos observando e anotando o aumento da pressão venosa durante a terapia.

Com essas mudanças, eu observei até diminuição da quantidade de pomadas. Pois, a pomada ficava com o paciente e agora fica na unidade e controlamos a validade e conservação. Agora temos uma caixa de pomada com durabilidade para uma semana, caso não seja usada, jogamos fora e pegamos uma nova; o paciente também não leva mais para casa. A informação é centralizada. Sabemos o que cada paciente está usando e as enfermeiras falam a mesma língua. Desse modo, é um número menor de profissionais manipulando e pode também conseguem supervisionar melhor. O fluxo de comunicação médico – enfermeiro – técnico de enfermagem melhorou. Também estamos registrando com fotografias. Deixamos tudo arquivado. Estas medidas melhoraram muito o processo de cuidado com os acessos.

De fato, eu gostaria de estar mais próxima da equipe, acompanhar mais de perto o trabalho, sinto que é preciso, entretanto eu não consigo. Eu acabo conversando muito com as enfermeiras e pelo visto as coisas estão indo bem. Então, fico mais tranquila.

Aqui, eu considero que temos autonomia para decisões de enfermagem, só nos casos extremos que somos barrados. Até eu mesma peço para elas [enfermeiras] irem com calma e comunicar o médico antes de tomar alguma atitude. Por exemplo, nós temos pacientes com túnel, acho que são seis. Desses seis, dois se autopuncionam. O enfermeiro que faz o túnel, temos essa autonomia, porém a decisão de realizar o procedimento de Buttonhole é médica.

De modo geral, normalmente, o nefrologista assistente faz as três primeiras [técnica de Escada] punções, depois ele passa para o enfermeiro ou para um técnico de enfermagem com maior habilidade. O enfermeiro até pode fazer, mas preferimos que os médicos nos ajudem na primeira punção [nesta instituição, relatou-se elevada rotatividade de enfermeiros]. Quando eu vim para cá, já tinha essa prática, talvez por ser um hospital escola. Além disso, eu tenho somente uma enfermeira que é mais experiente. No restante, são todas novas. Uma está há mais tempo que eu e as demais estão aqui há mais ou menos 2 anos. E aprenderam aqui. Então, elas ainda não adquiriram toda habilidade ou tato para fazer primeira punção e eu não consigo estar toda hora para ajudar.

Por causa disso, os enfermeiros acabam fazendo os cuidados do dia a dia com o acesso vascular, não fazem aquele exame físico completo da fístula, não fazem... Até temos um protocolo [escrito], para que o exame completo seja realizado pelo enfermeiro, ao menos, uma vez por semana, entretanto confesso que ainda não implantamos, porque eu teria que treiná-las e ainda não tive como.

Outra situação que interfere na avaliação do acesso, é que eu não tinha uma rotatividade alta de enfermeiros, porém no ano passado, saíram três: dois enfermeiros conseguiram outro emprego e uma eu precisei demitir, sendo que a unidade estava desfalcada. Como você sabe, aqui é um hospital público, a contratação é demorada. Nesse momento o quadro está completo com a entrada de três novos enfermeiros.

Com isso, a realidade aqui é que tenho vários técnicos/auxiliares [enfermagem] mais experientes que os enfermeiros. E tem, viu?! Isso gera uma insegurança para os dois profissionais. Tem fístula que, dependendo do que for, eu sei até qual técnico/auxiliar vou chamar. Infelizmente, mas é a realidade. Punção é mão, é prática.

Sabe, teve o caso de uma paciente que a enfermeira fez a primeira punção e depois precisamos do auxílio do ultrassom para continuar, pois era bem profunda, superdifícil... Passados alguns dias, uma funcionária mais antiga conseguiu e continuou puncionando no mesmo lugar, com o mesmo ângulo... E acabou fazendo o túnel...Depois passou a usar agulha sem corte e hoje a paciente se autopunciona, contudo o túnel aconteceu ao acaso. Porém, o nosso protocolo preconiza que quem deve fazer o túnel é o enfermeiro.

Quando você me pergunta sobre treinamento para a equipe, dependendo do tipo como manuseio de máquinas ou dispositivos, emprego de curativos específicos, a empresa fornecedora vem até a unidade e realizam, combinamos, agendamos e tudo ocorre aqui. É fácil...

Os enfermeiros vão mais em congressos, só planejamos para não desfalcar a escala. Os técnicos nem tanto, eles vão aos nossos treinamentos internos [realizados pelo hospital], que conseguimos liberar pelo menos uns dois por ano, porém os temas não são específicos de Nefrologia.

O treinamento de funcionário recém-admitido, fica sob responsabilidade das enfermeiras. Treinamos em blocos [assuntos/temas], para eles não se atrapalharem. Primeiro ensinamos a montar a máquina; depois a devolver o sangue para o paciente para encerrar a diálise; a seguir, trazer o sangue do paciente para máquina; e só depois manipular o cateter e fazer a punção. A enfermeira libera passo a passo, à medida que o funcionário se sente seguro e ela observa que a técnica está sendo bem executada. Mas, eu sempre falo que quero que eles entendam bem o que estão fazendo e o porquê, uma vez que são muitos passos e muita coisa nova para aprender.

Eu acho que aqui, precisaríamos investir em capacitação dos enfermeiros sobre acesso vascular. A especialização [Enfermagem em Nefrologia] não traz tudo que deveria. Para mim, não trouxe toda a complexidade que hoje eu vejo aqui. Ela é mais abrangente, trata dos pacientes de nefrologia de modo geral. Eu acho que falta conteúdo, aprofundamento. Meu projeto para esse ano é a capacitação dos enfermeiros. Primeiro eu quero escrever todos os protocolos e depois treinar todo mundo de novo, para padronizar o cuidado. E todo ano relembrar. Acho que o que faz muita falta aqui é relembrar como se faz.

Eu faço reunião a cada 2 meses com toda equipe de enfermagem, se possível, tento incluir algum tipo de assunto como treinamento. Lembro que, no ano passado, eu fiz de lavagem de mãos e de curativo. Porém, para isso, eu tenho que digitar a aula e enviar ao Serviço de Educação Permanente e à Divisão de Enfermagem avaliarem, estando tudo certo, eu posso falar com a equipe. É bem burocrático. E tem que ser tudo registrado.

Em nossas reuniões, não sou só eu que falo, todos eles podem trazer as opiniões e sugestões. Quando preciso mudar alguma coisa, geralmente, numa primeira reunião, eu falo a minha ideia e pergunto se alguém tem algo a acrescentar, sugestão. Eles comentam, daí eu organizo e na próxima reunião informo que, considerando o que todos falaram podemos mudar e a partir de agora vai ser assim. Todavia, é muito difícil isso acontecer. Na grande maioria das vezes, eles não falam... São bem resistentes...

Em relação a trazerem [profissionais de enfermagem] uma ideia nova, então, nem pensar. Tanto que na avaliação de desempenho, todo ano eu coloco que precisam se atualizar, estudar, inovar... Mas, eles não entendem o que significa isto. Eu acho que eles não conseguem absorver. Veem a diálise como uma rotina, eles acham que tem que fazer daquele jeito e acabou, que não precisa melhorar nada.

Portanto, como você pode perceber, confesso que tenho muita dificuldade para implantar coisas novas aqui. Minha principal dificuldade é a resistência da equipe. Curativo de cateter, por exemplo, eles [técnicos/auxiliares de enfermagem] não aceitam até hoje que é privativo do enfermeiro. Não é sempre, porém quando o enfermeiro está sobrecarregado de atividades e delega para eles fazerem... Nossa! Está feita a confusão! Então, tudo é muito difícil para eles [técnicos/auxiliares de enfermagem]. Tudo que eu coloco de novo, eles vêm com um aspecto negativo. É um trabalho extra conseguir convencê-los de que é melhor assim. Eu acho que é pelo fato de serem muito antigos, estarem há muito tempo fazendo a mesma coisa, não sei... Não querem mudar.

Sabe, eu tento motivar bastante os funcionários, mas é dureza. Se você não dá a folga que ele pede, não dá o final de semana que precisa, não coloca os plantões remunerados que ele precisa... Tudo vem abaixo... Os únicos fatores motivadores para eles, aqui, são esses [folga e plantão remunerado]. De resto, nada. Mesmo esses, não são tão motivadores assim. No final do ano eu não fiz a escala, meu Deus! Eles tiveram duas folgas no período de natal e ano novo. Foi o fim! Falaram que não queriam nem vir trabalhar. Então, escala mexe muito com eles.

Na questão da equipe multidisciplinar, geralmente, trabalhamos bem. A nutrição, a psicologia e a fisioterapia não se envolvem muito nas atividades aqui, acabam ficando mais distantes. No entanto, com os médicos a relação é mais próxima. Quando a gente fala o que está acontecendo com o paciente, eles avaliam, veem o que está acontecendo, nos ajudam. Eu sinto que eles nos escutam muito, dão valor ao que falamos, considero uma parceria muito boa. A única coisa ruim é que são muitos médicos, então a informação acaba se perdendo.

Quando temos problema com o acesso vascular, dependendo de como for, nossos médicos mandam para o serviço de cirurgia vascular daqui do hospital mesmo [hospital público] e nós explicamos a situação. Aí, é claro, têm as divergências de opinião, mas, no geral, eles sempre vão olhar para o que a enfermagem diz. Os nossos pacientes são mais complexos, sabe? Então, quando a gente fala com que eles [nefrologistas] é porque tem que encaminhar logo para o vascular. E eles encaminham. Há duas semanas tivemos um paciente que veio com a fístula mais fraca, a enfermeira chamou, o médico logo

encaminhou para o pronto socorro e o paciente foi atendido; realmente tinha parado a fístula e foi passado cateter. Quando temos intercorrências desta natureza, o atendimento da vascular é bem rápido. Eles são proativos.

Agora, quando é necessário confeccionar uma fístula, aí dependerá do caso. Se for um paciente que não está em urgência dialítica e tem condições de pagar ou possui convênio, o médico encaminha para uma instituição particular. Mas, são bem poucos. A maior parte vai para o pronto-socorro, aguarda avaliação e faz a fístula aqui no hospital mesmo.

Com relação aos nossos recursos, quantitativo de pessoal, eu tenho o necessário. Sobre estrutura física, eu acredito que precisamos de uma melhoria, tem até proposta de reforma. Se melhorar a estrutura física, é possível melhorar a escala para distribuir funcionário por paciente, cada um [técnico/auxiliar de enfermagem] com seus quatro [pacientes]. Hoje, eles não assistem assim, atendem o todo, dividem por atividade. Contudo, se observar, vai ver que eles atendem o todo de um lado [área física com 12 máquinas], se você pedir para ir para o outro lado da sala, ninguém vai. Tem esse conflito e eles dizem: – Ah! Eu estou deste lado e não daquele. Eu falo para eles que não existem lados, que na escala está escrito o número da poltrona dos pacientes sob seus cuidados, mas eles não aceitam.

Referente a material, geralmente, não falta. Falta no mês de janeiro, que é um mês crítico para o hospital e, agora, por exemplo, temos diversos materiais faltando. Hoje, está faltando luva de procedimento e precisamos usar luvas estéreis no lugar, está faltando determinado tipo de banho e estamos usando outro que não é o que está na prescrição. Então, esse problema nós temos, mas como te disse, geralmente, ocorre em determinados períodos do ano por problemas de licitação e contratos, é um hospital público. Excluindo os meses mais críticos, na maior parte do ano, não falta. Se fosse em um outro lugar não teria a quantidade de materiais que temos aqui.

Quando você me pergunta sobre as questões de segurança do paciente, aqui nós temos o protocolo institucional. Então, eu não posso deixar de executar as seis metas preconizadas pelo hospital [identificação do paciente; comunicação assistencial; segurança na prescrição, no uso e administração de medicamentos; cirurgia segura; higienização das mãos; reduzir risco de queda e lesão por pressão]; no entanto, eu precisei elaborar e implantar um protocolo específico para a diálise. Eu consegui fazer algumas coisas, como as placas de identificação. É que a diálise é um serviço que, se você pensar... Por exemplo, risco de queda, todos os pacientes têm: todos fazem uso de heparina, todos são dialíticos. Então não tem como eu sinalizar. Mas a vigilância me pediu, então, eu precisei fazer o protocolo de risco de quedas, entretanto é meio complexo.

Quando tem algum incidente, notificamos em nosso sistema eletrônico interno, aí eu preciso fazer um plano de ação informando o que eu fiz frente ao ocorrido. Assim que faço a notificação, encaminho para o setor responsável [Comitê de Qualidade e Segurança do Paciente] e lá eles notificam no Notivisa. Normalmente, eu chamo o profissional envolvido e, dependendo do que for, eu faço a reorientação, explico como é o correto e consideramos isso como um treinamento. Se tiver que mudar alguma coisa do processo de trabalho, também mudamos”.

Data: Janeiro de 2020.

Início: 13h16min. **Término:** 14h05min.

Caracterização do participante: Enfermeira gestora, 42 anos, especialista em Enfermagem em Nefrologia. Graduada há 19 anos, atua nesta instituição há 17 anos e, neste serviço, há 10 anos como gestora.

Narrativa:

“Veja, trabalho neste hospital há 17 anos. Iniciei como enfermeira assistencial, depois fui enfermeira encarregada no PA [Pronto Atendimento] e, também enfermeira assistencial aqui na diálise. Em 2008, eu concluí minha pós-graduação em Enfermagem em Nefrologia e, em 2009, quando abriu uma vaga na diálise eu assumi como gestora.

Eu considero que tudo que aprendi foi na prática, no dia a dia mesmo. Depois que a gente trabalha na área e que tem um conhecimento técnico, acaba esperando um pouco mais da especialização [Especialização de Enfermagem em Nefrologia]. Lembro que tive aulas muito boas, no entanto algumas foram bem superficiais, poderiam ser mais aprofundadas. O estágio eu acabei fazendo aqui mesmo. Na minha opinião, faltou mostrar um pouco da vivência, foi muito teórica e não mostrou nada daquilo que eu precisava efetivamente para o meu dia a dia. Por exemplo: como cuidar de um acesso, de um capilar que coagulou, um cateter... Esses detalhes que estão no cotidiano do trabalho. É claro que foi proveitosa [Especialização], vê a teoria daquilo que já vinha fazendo. Mas, para quem nunca trabalhou em diálise, acho que teve dificuldade na prática, deve ter ficado um pouco perdido.

Quando me chamaram para vir trabalhar na diálise, a enfermeira daqui me deu um treinamento de uma semana. Foi bem legal! Ela comprou até anilina [corante], colocou nos galões e eu via subir o líquido [simulando o sangue], via o caminho que percorria no sistema e, assim, eu aprendi como preenchia. Foi bem didático! Eu nunca tinha trabalhado em diálise, não sabia nada. Então, nesta semana, ela me deu um parâmetro pelo menos de como montar a máquina. Depois eu fiquei dois meses treinando em outra instituição. E olha que eu nem vinha trabalhar aqui, o hospital estava me pagando para fazer esse estágio fora. Foram dois meses intensos: aprendi a ligar, desligar, reuso... Considero ter sido uma experiência formidável, que eu carrego para vida! Tanto que até hoje as enfermeiras me chamam para ajudar a punccionar os acessos quando elas têm dificuldade. Daí eu vou lá com calma, tranquilidade e faço. Sempre gostei, né? Às vezes sinto falta da assistência. Foi uma bagagem que eu ganhei e foi excelente para mim!

Eu percebo que o hospital investiu em mim e investe em outras pessoas também, faz parte da política da instituição. Todo ano temos direito a pedir auxílio educação, então, sempre que eles

[enfermeiros e técnicos de enfermagem] *precisam ou têm interesse, acabam solicitando. Claro que existem algumas regras: tem que ter dois anos na empresa, não pode ter duplo vínculo empregatício... No meu caso, o hospital pagou metade de minha pós-graduação, pagou 40% do MBA [Master of Business Administration] que finalizei agora, pagam congresso...*

As enfermeiras, geralmente, pedem para ir a congresso e o hospital paga os custos como hospedagem, transporte, alimentação, essas coisas. Nos congressos que eu vou, sempre vai uma enfermeira ou a nutricionista comigo. Os técnicos acabam pedindo com menor frequência as idas para eventos. Lembro de uma técnica de enfermagem que solicitou ao hospital o pagamento da faculdade de Enfermagem e a instituição estava pagando 60% do valor da mensalidade, porém ela acabou desistindo. Então, o hospital investe, mas pede auxílio do gestor para tomar essa decisão: se é uma pessoa que vale a pena investir, se tem futuro dentro da instituição... Coisas como essas... De todo modo, vejo que o hospital investe bastante na capacitação do profissional.

Posso dizer também que a equipe é bem comprometida. A maioria trabalha só aqui; os que trabalham em outros lugares, quando veem coisas novas, acabam trazendo algumas ideias. Por exemplo, esta semana uma técnica veio me falar de um curativo para fixar as pontas do cateter, uma coisa nova, que a gente não tem aqui. Eu vejo que eles se preocupam, querem melhorar o serviço.

Mas, assim, eu tenho que analisar, porque tem serviços que as contas são abertas, dá para colocar mais materiais. Aqui nós trabalhamos com pacote, então, tenho que verificar a necessidade. Como gestora, eu posso saber que o produto é ótimo e tenho autonomia para tomar essas decisões, porém preciso avaliar a relação custo-benefício, porque também sou responsável pela gestão econômica. A equipe [enfermagem] não avalia isso, quanto mais coisa colocar, melhor. Por mais que seja um hospital particular e receba de convênio, não podemos extrapolar o valor do pacote. O custo do meu material já é mais caro, se eu não ficar atenta, pago para o paciente dialisar e daí não faz sentido.

Vou te dar um exemplo, tempos atrás, observei um certo aumento no indicador de infecção de cateter, então decidi usar um curativo de CHG [Gluconato de Clorexidina] para testar. Falei com a minha diretora e ela disse que se eu achava necessário, que era para fazer. Entende? Sempre que eu tenho um problema, minha diretora me ouve e apoia. Ela confia em minha avaliação. Então, para decisões na parte assistencial, eu tenho bastante apoio. É lógico que compartilho tudo, mas percebo que ela me dá total autonomia e, assim, eu tenho respaldo. Prova é que ela sempre diz que eu não dou trabalho para ela, que eu consigo resolver tudo internamente. E eu me sinto bem com isso.

Aqui temos, também, o coordenador médico da diálise que me ajuda, que me apoia bastante. Por exemplo, quando estou com um funcionário de licença médica, eu peço e ele me ajuda a reorganizar o horário de diálise dos pacientes internados. Eu sei que posso contar com ele para essas coisas. Só quando é questão envolvendo custos, que eu vejo que vai afetar muito o orçamento, que eu prefiro discutir e encaminhar. Quando são aspectos menores do trabalho, eu mesma acabo fazendo. Nunca tive problema.

Quando você me pergunta sobre o cuidado com o acesso vascular, eu considero que é o principal trabalho da enfermagem. Para mim, nós somos os olhos do paciente porque é por meio da

enfermagem, que são observados os problemas que estão acontecendo, que o médico toma alguma ação. Se a enfermagem ficar quieta, o paciente vai ficar com aquele acesso ruim, não teremos providência e, assim, não vai ter melhoria.

Sabe, aqui nós tentamos fazer todos os cuidados preconizados: não fazemos curativo circular na fístula, ficamos esperando para ver se não vai sangrar; no cateter fazemos curativo com CHG e, sempre que possível, as enfermeiras acompanham para ver se o cuidado está sendo adequado; tomamos cuidado com a heparina para o paciente não sangrar muito, usamos o doppler para punccionar fístula nova ou que ainda não tenha o cordão visível... Buscamos fazer o que há de melhor na literatura.

Outra coisa que eu considero bom é ter um cirurgião vascular de referência. O médico [nefrologista] faz contato direto com ele ou, às vezes, os enfermeiros mesmo ligam ou enviam mensagem. Mesmo tendo o vascular de referência, nós sempre perguntamos para o paciente antes se podemos contatar o vascular daqui ou se ele tem algum. Caso sim, ele procura o profissional, caso não será o do hospital. No consultório, ele [cirurgião vascular] só atende particular. Se o paciente da diálise tiver problemas com o acesso vascular, interna pela retaguarda e faz tudo via convênio. Mas, essas questões de convênio ou reembolso os médicos que resolvem com o paciente, eu não me envolvo.

Considero fundamental ter o vascular de referência, uma vez que conhecemos a técnica que ele utiliza para confeccionar a fístula e ele nos conhece também. Tem dois pacientes aqui, por exemplo, que estão usando o cateter Hero implantado; a princípio eram as enfermeiras quem punccionava, agora passaram para os técnicos e está correndo tudo bem... Eles vão conversando e se entendem.

Na nossa rotina, quando o paciente está começando no serviço, é a enfermeira quem instala, acompanha, orienta. Sempre que tem fístula nova, a enfermeira faz as primeiras punções e só libera quando perceber que a fístula está apta para ser punccionada pelos técnicos. Nesse caso, ela escolhe o técnico para passar a punção de acordo com a habilidade, não é qualquer um. Depois vai passando para outros e aos pouquinhos todos estão preparados para manipular aquela fístula.

Os técnicos são capacitados para identificar sempre que houver problema em algum acesso, como cateter vibrando, via invertida, punção ruim... Eles comunicam à enfermeira que toma alguma atitude ou avisa ao médico, para que ele que possa avaliar e tomar as condutas: vai para vascular, interna, troca o cateter, faz exame na fístula. Os técnicos são bem treinados sobre quando reportar alguma coisa.

Mas, assim... É o treinamento do dia a dia, nada aprofundado. Eles ficam um mês em cada sala, com os mesmos pacientes, justamente para monitorarem o acesso. Eles sabem dizer se houve diferença no frêmito entre uma sessão e outra, orientam os pacientes sobre o que devem observar e os cuidados que devem ter. Porém, eu acho que o treinamento não é tão intenso, poderia ser um pouco mais.

Às vezes, o próprio equipamento avisa quando não está indo bem, os alarmes ajudam bastante, porém observo que os técnicos não ficam 100% atentos. Acontece de a máquina soar, eles desligarem o alarme e nem se preocuparem em saber o motivo. Muitas vezes isso acontece. As enfermeiras sempre chamam atenção, pedem para olhar o porquê de estar alarmando. Por outro lado, no caso de

soar o alarme, o enfermeiro tem outra atitude, verifica se tem ar na linha, pressão venosa alta ou baixa, se é arterial ou venosa. A enfermeira tem um olhar diferenciado.

Quando a gente exige, é porque sabe que os técnicos têm condições de fazer melhor. Para mim, se eles puncionam é porque têm a condição de avaliar o acesso do paciente, por exemplo. Cada técnico tem os pacientes que estão sob sua responsabilidade, então, qualquer problema que ocorrer ali é ele que tem que observar e identificar.

A enfermeira supervisiona, no entanto ela faz muita coisa, tem muita burocracia, muita documentação e também a SAE [sistematização da assistência de enfermagem]. Atividades que o técnico não faz. Se o técnico não realizar o trabalho dele corretamente, o paciente fica um pouco deixado de lado. Por mais que tenha enfermeira, ela não dá conta de tudo. Há muito tempo nós fizemos um teste, deixando só as enfermeiras puncionando, mas não deu certo, porque não damos conta, não dá tempo, atrasa tudo... Por isso voltamos atrás e os técnicos estão aptos a puncionar.

No meu modo de ver, o técnico tem essa responsabilidade sim. Inclusive, uma vez, eu comecei a monitorar um indicador de repunção de fístula [número de repunções/paciente e profissional que executou], pois eu achei que estava tendo muita. Contudo, isso não deu certo, pois entre eles começaram a discutir quem estava repuncionando mais vezes, gerando muita tensão. Na verdade, meu intuito era verificar qual técnico possuía mais dificuldade para puncionar para que pudéssemos auxiliá-lo nessa questão. Nossa! Não imaginei que isso pudesse acontecer! Então, voltamos atrás.

É claro que a responsabilidade maior é da enfermeira, mas como técnico liga, monitora e desliga o paciente, logo, acaba estando mais próximo. Por isso, eu entendo que ele tem essa condição e, se tiver algum problema, comunica à enfermeira para tomar alguma atitude.

A enfermeira está sempre ali, ela resolve. Quando percebe alguma coisa que não está certa, chama o técnico e orienta ali mesmo, no dia, para que ele esteja sempre orientado. Essa é a ideia, porque se deixar para outro momento, acaba passando, você esquece, depois não faz mais.

Sabe, algumas enfermeiras acabam fazendo isso com mais facilidade que outras. Tenho enfermeiras que têm dificuldade na orientação, para chamar atenção, no entanto outras já incorporaram isso como uma atividade do dia a dia, da supervisão mesmo.

Olha, eu costumo passar visita todos os dias, em todos os turnos, exceto no da madrugada. O que eu vejo é que o paciente está sempre avaliando o trabalho da enfermagem. Tem paciente que às vezes reclama que a fístula vazou, o curativo ficou sangrando, que alguém fez um curativo de um jeito diferente e ele acha que não ficou legal, que está machucando, que o cateter ficou incomodando, ou que não gostou da punção daquele profissional, que tem a punção muito pesada... Essas coisas. Eu até tenho pesquisa de satisfação, mas eles acabam não colocando muito, acham que vai me atrapalhar. Engano, explicamos, não adianta. Então, os nossos pacientes acabam avaliando e falando, para as enfermeiras ou para mim. Porém, na maior parte das vezes, eles falam que não estão tendo nenhum problema. Eu percebo que eles valorizam o nosso trabalho.

Tivemos o caso de um paciente que tinha bastante sangramento, todavia ele nem reclamava, eu que percebi que todo dia sangrava, sangrava, sangrava... Fomos observando, diminuindo a dose de heparina e hoje ele faz sem heparina, sem anticoagulante e ainda assim sangra. São coisas que precisam ser observadas, o paciente fazendo heparina há um tempão e as enfermeiras... nada. Puxa! Sangra todo dia, fica uma hora aqui segurando... Tem alguma coisa errada. Aí eu dou um toque para elas [enfermeiras], elas discutem com o médico e resolvem o que fazer.

Com os pacientes, o pessoal daqui é bem atento e eles têm tempo para isso, não é como uma clínica grande que você tem 25 pacientes para atender. Aqui, um técnico fica com cinco pacientes, mas conta com uma pessoa de apoio para ajudar. Então, dá para dar um bom atendimento. Não acatamos a portaria de um técnico para seis pacientes, achamos que diminuiria muito a qualidade.

Eu considero que a equipe médica também valoriza o trabalho da enfermagem, contudo nem sempre a gente tem 100% de escuta. Por exemplo, já aconteceu de avisarmos que o cateter estava ruim e o médico responder que não iria fazer nada. Depois de um ou dois meses trocar. Quando avisamos ele respondeu que estava bom, que era daquele jeito, que o Kt/V estava atingindo, porém nem sempre é assim.

De um tempo para cá, o coordenador médico tem orientado à equipe médica a avaliar de maneira mais atenta, se hoje a gente fala que o paciente não está conseguindo fazer a sessão, que a máquina está alarmando muito, o médico solicita um ultrassom, o paciente já é encaixado, faz o exame, agenda e realiza o procedimento... Tudo muito rápido, a ideia é não deixar a disfunção complicar.

Sabe, eu tenho muito cateter ainda. Vejo que a principal razão é o paciente ser jovem e não querer fazer fístula de jeito nenhum, porque nunca teve infecção no cateter e não quer ser picado. Todos usam cateter permanente, nenhum paciente recebe alta com cateter temporário, então, eles vão ficando. Só se tiver alguma coisa muito gritante que ele não possa mesmo colocar o de longa permanência. Até hoje, só tive um paciente que ficou com temporário, porque na passagem teve um hematoma enorme e como ele tinha problema de coagulação, os médicos decidiram não passar outro. Ele acabou ficando com o temporário, mas era agudo e logo saiu de diálise. Ficou pouquinho tempo.

Temos também os pacientes idosos, os que têm dificuldade de acesso e aqueles com muitas comorbidades. Eu tenho um turno que só tem pacientes oncológicos, então já tem dificuldade de acesso, usam port-a-cath para fazer quimioterapia, ou seja, não têm acesso mesmo. Nesses anos, verifico que o perfil do paciente aqui na diálise mudou muito. Temos muito mais imunodeprimidos, mais suscetíveis doenças, com isso até o número de infecção mudou. É a única coisa que conseguimos imaginar. Nós damos treinamento de higiene de mãos, a enfermeira acompanha os curativos, acompanha ligar e desligar. Nós fizemos um treinamento recentemente. Você percebe que a técnica não está errada. O paciente que é mais suscetível. Porém, não sei, alguma quebra de barreira de vez em quando tem, com certeza.

Se eu precisar mudar um protocolo, eu envolvo o setor de práticas assistenciais e o de controle de infecção para ver se têm alguma coisa neste sentido implementada no hospital e para ter respaldo. Analisamos os guidelines para vermos o que é preconizado fora do país, quais são as melhores práticas

e implementamos aqui. Esse é o fluxo de mudança. Por exemplo, o CHG é uma indicação do NKF/KDOQI [National Kidney Foundation / Kidney Disease Outcomes Quality Initiative], no entanto até então não usávamos porque a infecção era muito baixa, menos de 0,5%. Agora o índice subiu muito e entendemos que era necessário tentar outra coisa. Decidimos iniciar com o CHG para ver se melhora porque eu estava tendo até infecção de túnel, o que eu não tinha. Porém, veja bem, tem paciente que vem com curativo sujo, solto, molhado... Então, se você for olhar o paciente, tem coisa por trás. Dá para contar nos dedos os pacientes que fazem tudo direitinho. A nossa taxa de infecção foi para 1,8%, que no nosso serviço significa uma infecção a cada dois meses. Não é alta, se comparada com outros serviços, mas temos que reduzir...

Para implementar, se for uma mudança muito rápida, eu chamo as enfermeiras e peço para multiplicarem para a equipe. Se for uma mudança muito drástica, que eu vejo que vai ter mais resistência, eu mesma passo e explico o motivo da transição, no entanto eu não costumo ter resistência. O pessoal daqui é muito receptivo. Lógico que sempre tem um ou outro que fala que vai piorar, vai aumentar trabalho, porém como disse não costumo ter muito problema não.

Na clínica, estamos muito acostumados a ter protocolo para tudo e até preferimos que seja assim. Mas, por exemplo, se vem um paciente dialisar e não está prescrito heparina, mesmo sendo protocolo eles não fazem, perguntam se é para ficar sem mesmo ou se é para fazer. Eles sabem discernir quando é protocolo e quando não é. Esse engajamento é bom, mostra comprometimento.

Em termos de recursos, eu tenho à disposição tudo do bom e do melhor. Tanto para curativo, como outros materiais, máquinas, pessoal. Material tem sobrando, não tem restrição nenhuma. O que eu faço é assim, digo que não é porque o material está sobrando, que pode usar à vontade. Não! Temos o protocolo de curativo e usamos um frasco de clorexidina, pode usar como quiser, porém é um frasco. Até porque as pessoas abusam, temos um controle para não ter desperdício. É claro que tem sempre novidade no mercado, porém se vejo que não há necessidade, que o gasto é desnecessário, não usamos.

Quando você me pergunta sobre a minha relação com a equipe, eu sou muito próxima deles, vejo tudo que está acontecendo aqui. Quando fizemos o projeto desta clínica, a minha sala foi projetada no final do corredor, que é uma sala maior, todavia eu optei por ficar aqui [sala próxima à entrada da sala de diálise], assim eu tenho uma localização estratégica que me permite acompanhar a dinâmica do trabalho. Aqui, eu consigo ver a entrada e saída dos pacientes, vejo o acompanhante, o funcionário. Eu fico atenta a tudo. Eu passo visita nos pacientes, sento no posto de enfermagem e sempre converso com a equipe e também dou liberdade para conversar comigo. Às vezes, eu fico sabendo de coisas pelos técnicos, mas as enfermeiras que deveriam ter me falado. Eu dou essa liberdade, porque eu quero que eles saibam que a qualquer hora podem bater na minha porta e virem falar comigo. Eu acho bom que eles venham.

O que aconteceu no passado é que, algumas vezes, eles acabavam me referenciando e ultrapassando a enfermeira, eles não viam a enfermeira como referência. Isso foi um ponto negativo. Com o tempo, eu passei a falar quem era a enfermeira referência dele e que se ela não resolvesse,

que ele poderia vir falar comigo. Até para dar um pouco mais de autoridade para a enfermeira, para que ela conseguisse desempenhar melhor o seu papel. Se não fosse assim, não precisaria ter enfermeira. Hoje eles sabem quem é sua enfermeira de referência, uma em cada turno, e que acima delas ainda tem uma coordenadora que fica o dia todo, que é a pessoa que vai resolver o problema que elas não conseguirem. Ela é meu braço direito, faz 8 horas que é justamente para me ajudar no administrativo.

Depois que eu percebi que eles ultrapassavam hierarquicamente, eu fui mudando um pouco. Passei a reforçar que as enfermeiras podem resolver a maior parte dos problemas administrativos e assistenciais, que não era tudo que precisaria vir até mim. Porém tem técnicos que ainda preferem vir falar comigo do que falar com a enfermeira, não sei muito bem o porquê, talvez pela escuta mesmo, mas hoje eles se reportam mais a elas e elas a mim. Todos têm liberdade comigo.

Essa proximidade facilita o meu trabalho, eu estou todo dia aqui, passo, vejo o que está acontecendo. Eu não costumo chamar a atenção do funcionário, eu chamo a enfermeira e falo para ficar de olho nisso ou naquilo. Ela que tem que estar vendo. Essa proximidade que eu tenho com os pacientes, acompanhantes, técnicos, enfermeiros, médicos, nutrição é bom, não é ruim. Você não fica longe, sabe tudo que acontece, tem como tomar atitude, dar suporte se precisar.

Por exemplo, teve um dia que estourou um cano, era feriado, eu estava na minha casa, ainda assim eu vim e ajudei a resolver. Eu mostro que a gente está junto para trabalhar ali, que temos o mesmo objetivo, então, estamos juntos na hora boa e na hora ruim. Não sou uma pessoa brava [risos].

Eu acho que dessa forma é bom, o que foi ruim no começo é que eu dei muita liberdade e eles passavam por cima das enfermeiras. Quando eu chamava a enfermeira para conversar, ela dizia que não estava nem sabendo. Então ficava um ambiente ruim, elas perguntavam por que o técnico não tinha falado com ela, que ela mesma resolveria... Por isso eu comecei a mudar um pouquinho e eu percebi que elas se sentiram mais empoderadas para fazer as coisas.

Eu sinto que eles ficam um pouco desmotivados quando não recebem PRV [programa de remuneração variada]... Desmotiva total os funcionários. Eles falam que trabalharam tanto e não atingiram a meta ou o orçamento, que não é justo, que eles fizeram tudo direitinho... Isso dá uma desmotivada. Não a ponto de falarem que não vão mais fazer as coisas, mas desmotiva.

Outra coisa é quando tem aquele que é um pouco mais despreocupado e os outros ficam reclamando que estão trabalhando a mais, que a enfermeira não vê. Então, você tem que parar, ir lá, conversar, ver o que está acontecendo.

Eu considero que para motivar a equipe temos que estar junto, orientando, falando, mostrando que o que eles fazem vale a pena, mostrando o retorno que aquilo traz para o paciente, o carinho que o paciente tem. Quando teve o problema de infecção e a enfermeira coordenadora foi para fazer o treinamento, eles ficaram engajados. Eu percebo a alegria quando eles vêm com ideias para os pacientes e a gente implementa. Quando um começa estudar, o outro quer também e a gente apoia. Um começa a fazer uma coisa e o outro quer fazer também. Essa relação próxima motiva. E mostrar para eles que aqui é um bom lugar para trabalhar.

Sabe, não é fácil motivar a equipe porque você tem que estar motivado também. Eu gosto muito do que eu faço, então eu tento motivar e fazer com que eles se espelhem um pouco em mim. Eu tenho um funcionário que saiu agora que foi técnico comigo desde o começo e hoje ele é enfermeiro, ele fala que aprendeu muito comigo, que eu consigo motivar, consigo enxergar como uma coisa ruim pode se tornar boa e assim eu vou. Eu tento mostrar para eles que aquilo que para eles está errado, pode ser visto de vários jeitos.

Eu me sinto motivada, quando eu preciso de ajuda e todo mundo tá disposto. Às vezes, eu nem preciso pedir e a pessoa já se prontifica. Esse retorno é ótimo. Eu vejo outras gestoras, às vezes, desesperadas porque têm funcionários em licença médica e não encontram ninguém para substituir. Tem setor que fica pedindo para outro setor para repor e eu penso: – Não é possível, um setor com mais de 200 pessoas e ninguém pode fazer? Então, aqui, eu tenho 19 técnicos e se eu tenho problema, sempre tem alguém para me ajudar. Esta união da equipe, esta disposição para ajudar, me motiva. Não é uma equipe que você pensa: – Ah! Que chato, ninguém colabora! Nada disso.

O retorno que eu tenho dos pacientes sobre a equipe, sobre a diálise em si, também me motiva muito. Hoje somos referência, eu recebo gente do Brasil inteiro, do Sul, do Nordeste, para conhecer a diálise, ver nossa dinâmica de trabalho, é motivador saber que você faz um bom trabalho.

Mas, sempre que tem algum problema aqui, eu me envolvo, eu não fujo. Eu sempre tento motivar as enfermeiras dizendo que elas mesmas podem resolver os problemas e que eu estarei aqui para dar o apoio que precisarem. Costumo dizer: – Olha, fiquem sempre junto, observem, porque se vocês fecharem os olhos para os problemas, aí vem reclamação! Para mim, o problema não é meu ou daquele, é da equipe. Então, dou autonomia e eu fico sempre por perto, porque a pessoa pode precisar de ajuda, não conseguir sair do problema e aí eu tento ajudar da melhor forma. Às vezes, o paciente ou o acompanhante nem tem razão, porém a gente escuta, tenta apaziguar, porque a enfermeira no auge do conflito pode resolver da maneira errada e você está lá para dar apoio. Ou então, tem um paciente para puncionar e a enfermeira pede para eu ir dar apoio moral, eu até disso gosto, eu acho legal ela me ter como referência para dar apoio técnico. Eu sempre brinco e digo que nem sei puncionar mais e elas falam que gostam de ter o meu apoio moral. Então, isso é bom.

O que me desmotiva é quando eu escuto um falar do outro, que o outro não trabalha, questiona por que pegou licença, essas coisas me desmotivam. Eu falo sempre que é um setor bom para trabalhar, porque não é como as outras diálises por aí, a gente percebe, sabemos como é. Isso me dá uma desmotivada com a equipe porém tem que respirar fundo, reunir todo mundo, mostrar que não é assim, que aqui é bom, que é melhor que os outros lugares; se eles trabalham aqui, aqui eles têm que ser o melhor que puderem; se trabalham lá, sejam o melhor lá; mas aqui vamos ser o melhor que pudermos para nossa equipe, para o nosso paciente; vamos fazer o nosso melhor.

Com relação às questões de segurança do paciente, temos um núcleo de segurança, tem os protocolos de segurança implementados e eu vejo que as questões de segurança têm melhorado bastante. Antigamente, ninguém falava dos erros, ninguém falava do que aconteceu, hoje, qualquer erro, como por exemplo, vazar um pouquinho de sangue, eles já falam. A gente tem a notificação, pode

ou não colocar o nome de quem está notificando, e eu sempre incentivo notificar. Às vezes acontece de dizer: – Ah! Não foi comigo, foi com outro. Eu digo que não interessa quem foi, mas o quê, então, que é importante notificar. Notifica e, quando voltar para mim, vamos avaliar e procurar melhorar, para não acontecer de novo. Tenho pouco, ainda assim qualquer problema é notificado e estamos fazendo um trabalho grande no hospital para que eles entendam que devem notificar.

E trabalhar a segurança no dia a dia, com os próprios pacientes, orientando que se tem uma bolinha laranja é porque tem risco de queda, que precisa ter consciência de que não pode levantar sozinho, que tem que ficar com a grade levantada, que tem que ir até a balança de cadeira de rodas. Têm os riscos psiquiátricos também. Eu acho que a responsabilidade, até a saída da diálise é do técnico, então, falo para não deixar o paciente sozinho ou só com acompanhante... Porém, ainda, não ocorre com todos os pacientes.

Eu percebo que eles acabam falando, quando tem erro eles dizem assim: – Nossa, você não sabe o que eu fiz ontem. Então, ele vem até mim e conta porque sabe que se não for ele, outra pessoa falará. Eu acho que isso está bem instituído. Da notificação, talvez tenham mais receio, mesmo assim eles falam e eu ou a enfermeira notificamos.

Eu sinto que eles não têm medo de contar porque sabem que não é punitivo, que é educacional. Por exemplo, era para o paciente fazer 3h30min e programou 3h, é notificado, eu chamo a enfermeira, comunico e ela conversa com o funcionário. Se fosse uma coisa mais grave, talvez ficassem com medo, mas todos já têm bastante consciência, não acredito que aconteçam coisas e eles não falem. Não sei, acho meio difícil. Quero acreditar! [risos].

Eu tento sempre fazer o meu melhor. Penso que quando a gente gosta do que faz, faz melhor. Eu acho que o apoio que a instituição dá, o que eles investem na diálise, que eles acreditam na diálise, eu acho que não posso reclamar. Isso acaba favorecendo o meu trabalho. Olha, eu fiz tudo diferente aqui, do meu jeito: o salão tem nome de flores, tem frases nas paredes. Eu tentei fazer um setor totalmente diferente, mais humanizado. Todo mundo que vem conhecer o hospital, a direção traz aqui na diálise. Tivemos visitas de países norte americanos, de europeus e do Brasil. Então, é gostoso receber esse retorno. Eu me sinto reconhecida”.

Entrevistado: EENF 1

Data: Janeiro de 2020.

Início: 9h15min. **Término:** 9h56min.

Caracterização do participante: Enfermeira, 39 anos, especialista em Enfermagem em Nefrologia e Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Concluiu a graduação há 15 anos, atua em serviços de diálise há 14 anos e, neste serviço, há 5 anos.

Narrativa:

“Lembro que durante a faculdade, um dos meus estágios foi na diálise, bem não foi propriamente um estágio, só passávamos por lá e mais nada. Quando eu comecei a trabalhar, eu pensei: – Meu Deus, onde eu estou? Essa máquina vai me engolir!

Depois eu fui me apaixonando pelo trabalho, mas principalmente pelos pacientes. Paciente crônico é assim: ou você ama ou não, porque convivemos muito, temos um vínculo muito grande. E a partir do momento em que tem muito convívio, os pacientes passam a ter mais liberdade.

Vejo que o paciente depende de você, em todos os momentos, para tudo. Se acontece alguma coisa boa, bem; se ele fez alguma coisa errada, você errou junto. É uma experiência que vivemos juntos, pois todo o tempo podemos ensinar, ajudar, é uma troca muito grande... Aprendemos e ensinamos o tempo todo.

Quando o paciente chega aqui na clínica, normalmente, já vem com o cateter de longa permanência, que foi passado em centro cirúrgico, no período de internação. E aqui, ele inicia o tratamento... O técnico [de enfermagem] realiza o curativo, porém eu gosto de ver. Nesse procedimento, ele sempre abre o curativo e me chama ou quando estou ocupada, ele me informa como está o aspecto. Confesso que gosto de acompanhar, e orientar o paciente, caso sinta alguma coisa diferente, como muito prurido, dor, ardência no local... Peço para me avisar, precisamos ficar de olho.

Os técnicos do primeiro turno são sempre orientados de que os pacientes com fístula, quando chegam, têm que lavar os braços antes de entrarem [sala de hemodiálise]. Eles lavam o braço, colocam algodão com água oxigenada e ficam sentados esperando para entrar na sessão. Estão bem acostumados com essa rotina. Fazem isso antes, pois quando são chamados para pesar, preferem estar com o braço lavado.

O paciente recém-admitido sempre toma um susto enorme... Tudo é muito novo para ele. Então, eu espero passar um tempo para ele ir se habituando com a diálise e depois começo a explicar

sobre o que é a fístula, a sua importância, se marcou consulta com o vascular... Vamos abordando devagar.

No momento em que chega aqui, agora com a fístula, eu faço o primeiro curativo, a ausculta, vejo se tem frêmito... Eu também chamo sempre o médico para avaliar. Oriento o paciente sobre o autocuidado no período de maturação e os sinais de complicação que ele precisa ficar atento. Aqui, temos um material impresso sobre esses cuidados, feito pela chefia, que entregamos para o paciente. Ah! Os técnicos, também, costumam orientar em relação a isso.

Posso te dizer que todos os dias o paciente é avaliado. A partir de um mês que ele fez a fístula, eu pergunto quando vai retornar ao vascular. Reforço que precisa desse retorno para liberação da punção. Então o paciente vai, faz o ultrassom e volta com um parecer, de que se podemos ou não puncionar. Caso não, vamos esperar mais um mês.

As primeiras punções dos pacientes que estão no meu turno de trabalho, sempre sou eu quem faço. Aqui, trabalhamos com túnel, a técnica Buttonhole. Porém, se estou com muitos pacientes com punção nova, eu não consigo “tunelizar” todos; nesse caso passo as punções que estão melhores para os técnicos de enfermagem. Mas, normalmente, eu gosto de realizar a punção até formar o túnel, para depois liberar para os técnicos [enfermagem]. Temos essa prática....

Sempre quando vou puncionar, eu olho o paciente, converso, explico o que vou fazer, palpo o trajeto, ausculto o frêmito... Verifico se está bom para puncionar. Outra coisa que avalio é a pressão arterial medida pela máquina. Coloco o isolador e verifico o quanto de fluxo realmente a fístula está suportando. Se a pressão começar a negativar muito, sei que estamos forçando demais. Então, é preciso diminuir o fluxo para preservar a fístula e orientar o paciente a fazer mais exercícios para desenvolvê-la ou encaminhar para o vascular.

Quando percebo que o paciente tem muito medo, sempre chamo alguém para me acompanhar e segurar o braço, pois passa mais segurança ao paciente. Cuidei de um paciente que tremia o corpo inteiro, hoje ele consegue se controlar sozinho, mas antes tinha que pedir para alguém segurar o braço para não correr o risco dele puxar ou dobrar o braço.

Os técnicos, antes de puncionarem, sempre avaliam se tem frêmito ou não, e se a fístula está boa para punção. Quando puncionam uma vez e não deu certo, já me chamam, não ficam puncionando outras vezes, pois pode prejudicar o acesso do paciente. Se não conseguirmos puncionar, eu chamo o médico e comunico que precisa deixar o acesso descansar, ou precisa de uma avaliação [pelo cirurgião vascular]. Se o paciente tiver uma boa condição clínica, ou seja, seus exames laboratoriais tiverem bons resultados, ele retornará no próximo dia de sua sessão; se não, voltará no dia seguinte.

Eu criei um impresso chamado “Controle de Confecção de Acesso”, que fica afixado na sala da gestora de enfermagem, sendo de fácil visualização para os enfermeiros. Nesse impresso, anotamos todos os pacientes que estão com problema e o que foi feito. Contém os seguintes dados: data, nome do paciente, tipo de acesso e o local, se está funcionando ou não com base no fluxo na máquina e no frêmito, conduta e outras observações. Deixo tudo anotado, principalmente, a data e quantas vezes foi solicitado para que o problema fosse resolvido. Isso é importante para verificarmos o tempo que

demorou, quem não encaminhou e o porquê de não estarmos conseguindo resolver, pois um acesso ruim prejudica o tratamento do paciente.

Por isso, eu peço para os pacientes fazerem avaliação com o vascular a cada 6 meses. Nem que seja apenas uma consulta, para que o médico olhe e diga que está tudo bem. Eu considero muito importante a avaliação periódica.... Eu até brinco com os pacientes falando que não consigo enxergar lá dentro do vaso, que só consigo ver por fora; eu não tenho ultrassom aqui para avaliar como que está. De todo modo, faço a palpação do trajeto para verificar se tem estenose, inclusive uma paciente tem uma estenose muito visível, conseguimos ver colabar. Mas, não é em todo paciente que conseguimos detectar, só sentimos que o vaso diminuiu.

Aqui na clínica, não temos o doppler, portanto, solicitamos que o paciente procure um vascular para fazer o exame e depois traga para guardarmos uma cópia em sua pasta e no sistema [prontuário eletrônico]. Há casos em que os médicos conseguem pedir por aqui, pois alguns convênios autorizam; outros convênios negam por ser procedimento vascular, ou seja, o nefrologista não pode pedir.

Em relação aos testes de elevação do braço e aumento de pulso, estes não fazemos. O teste de recirculação fazemos somente quando há necessidade. Também não são feitos outros testes... Ainda assim, acredito que fazemos um bom controle dos acessos.

Os pacientes seguem as orientações que damos, vão ao vascular quando indicamos, realizam exercícios com bolinha, pesos, fazem compressa água morna. Considero que o maior problema mesmo são aqueles pacientes que não possuem vaso para fazer a fístula. Mas, mesmo assim, os cateteres são adequados. Eu tenho dois pacientes que não têm condições de fístula, mas o cateter tolera fluxo de 400 ml/min e os exames são bons, na medida do possível.

Na época em que cursei a pós-graduação de Enfermagem em Nefrologia não tinha muita experiência e foi muito teórica, mas com o tempo fui aprendendo e associando o que aprendi para desenvolver melhor o meu trabalho. Também aprendi muito com um cirurgião vascular que trabalhou comigo em outra instituição, conversávamos sempre sobre acesso e discutíamos alguns casos. Ele explicava a importância de manter o acesso do paciente íntegro, não pressionar muito quando fizéssemos o curativo.

Todos os técnicos que trabalham aqui têm muita experiência, estão há muitos anos em diálise. Cada um veio de um lugar diferente e gostamos de trocar as experiências. Eu me sinto tranquila desenvolvendo o trabalho aqui, mesmo com relação aos pacientes mais graves, em urgência, vejo que tenho um bom preparo, pois tenho bastante experiência e também trabalhei em UTI [unidade de terapia intensiva], então eu não me sinto insegura.

Recentemente, tivemos um curso on-line, gratuito, proporcionado pelo fabricante das máquinas que usamos aqui. A clínica foi inscrita no site e selecionada para participar do curso, junto com outras unidades de todo o Brasil. Nesta cidade, somente, duas foram selecionadas. Houve classificação dos participantes e entrega de certificados. No curso discutiu-se muito sobre os acessos. Essa atividade foi meio que uma disputa, uma gincana, para ver o conhecimento de todo mundo. Isso foi muito legal. Primeiro era feito o curso e em seguida uma prova on-line. No começo, a equipe ficou meio relutante

com a atividade, achando que estavam perdendo tempo. Depois, começaram a ver a importância e todo mundo passou a perguntar: – O que você respondeu nessa questão? Por que eu errei isso? E a gente explicava para eles. Foi uma experiência de muito aprendizado.

A equipe de enfermagem é bem interessada e gosta de aprender. Quando eles veem uma coisa nova, me perguntam se eu já vi, questionam por que estamos fazendo determinada prática daquele jeito... Sempre trocamos informações. É uma equipe muito boa.

Na minha percepção, eles são motivados. Eu gosto de dar retorno para todos. Sempre que tem alguma coisa de errado, eu oriento como deve ser, chamo individualizado sem que ninguém fique sabendo. Eu penso que é uma questão de saber conversar, pois as pessoas podem se chatear mais pela forma como você fala do que pelo fato de ser chamado atenção. Por outro lado, quando eles acertam, eu parablenizo, elogio, acho muito importante para motivar a equipe.

O que me motiva são os pacientes [olhos lacrimejantes, emocionada], eles são muito carinhosos, receptivos, têm interesse em tudo. O que poderia me desmotivar é ver que meu trabalho não está sendo reconhecido ou que as pessoas estão interferindo demais em minhas decisões. Nós acompanhamos o paciente muito de perto, conhecemos suas particularidades, por isso, considero que nossa avaliação é muito precisa. Poder tomar as decisões relativas a meus pacientes é importante para mim.

Eu acredito que nas relações de trabalho é importante motivar: – Vocês têm capacidade! Vocês sabem! Se tiverem dúvidas ou acharem que vão errar, podem me chamar a todo momento para o que precisarem. Aprecio o fato de terem um olhar clínico, também, gosto de ensinar que têm que saber avaliar o paciente como um todo. Se precisarem trabalhar em um hospital e não souberem detectar que o paciente não está bem, podendo ter uma parada cardíaca diante de você, não tem como prestar atendimento. O paciente não é só o braço ou só a máquina; o paciente é um todo.

A equipe de enfermagem sabe que o trabalho deles faz a diferença para o paciente, pois sempre temos agradecimentos e elogios deles pelo trabalho realizado, até mesmo por uma conversa. Eu me lembro de um paciente que chorou quando foi transferido para outro serviço, disse que sentia saudades. Ah! Para mim, não tem reconhecimento melhor do que isso. Temos também pacientes que postam em suas redes sociais o quanto são gratos, e isso deixa a equipe muito feliz.

Outro ponto que posso destacar, é que o trabalho da enfermagem é reconhecido pela equipe médica, eles percebem o nosso esforço para obter os melhores resultados para o paciente.

Vejo que o nosso trabalho é bem visto, desde o acolhimento ao paciente, as punções, os cuidados com o acesso, as orientações. Na minha opinião, os nossos pacientes fazem poucos hematomas relacionados à punção. Eu costumo dizer que se não fizer hematoma até meia hora de diálise, o hematoma não é por problema de punção. O problema é por algo que veio depois, como mexer o braço, por exemplo, que não está mais relacionado ao nosso trabalho.

Nós temos muita liberdade para discutir com os médicos sobre que ocorre com os pacientes. Nós conversamos muito sobre os acessos dos pacientes, cada um coloca seu ponto de vista e achamos um caminho, traçamos a conduta em conjunto. E isso é bom!

Normalmente, quando precisamos mudar algum procedimento ou processo no trabalho, a iniciativa vem da chefia. Por exemplo, o projeto de segurança do paciente que vamos implantar. Fizemos um curso e ela está começando a desenvolver. Iremos dividir a elaboração do projeto e participar da Comissão de Segurança do Paciente.

Não é sempre que as mudanças funcionam na prática como planejamos, por isso é preciso acompanhar e, se necessário, rever. Vamos adequando.

Na diálise, é mais difícil ocorrer mudanças, temos uma rotina... Muitas pessoas não gostam de mudanças. Quando eu vejo alguma coisa nova e quero trazer, eu converso com a gestora, mas, geralmente, mantemos as coisas como estão.

Eu foco muito na qualidade do serviço, por isso oriento minha equipe que os pacientes entrarão na sala de hemodiálise todos juntos; eu mesma peso porque gosto de ver como eles estão na entrada. Os técnicos começam a ligar os pacientes devagar, quando eu chego vou acompanhando, entrego as linhas para que eles conectem ao cateter, aproveito para ver o curativo... Estou sempre rodando na sala e vendo o que estão fazendo.

Quando começa a desligar as máquinas, eu também estou presente. Eu gosto de ajudar e avaliar como os pacientes estão finalizando a sessão de hemodiálise.

Para mim qualidade é ter um plantão tranquilo, garantir que todos os pacientes saíram daqui bem. Após desligar o paciente temos 36 minutos para desinfecção da máquina e mais 10 minutos para lavagem dos capilares, antes de iniciar o próximo turno. Não vejo necessidade de fazer as coisas de forma apressada, pode incorrer em risco para o paciente.

Quando você me pergunta sobre os recursos, posso dizer que os materiais que temos para trabalhar são muito bons. Então, esse é um fator que me ajuda muito. Talvez pudéssemos melhorar o atendimento na sala de emergência nos casos de parada de cardiorrespiratória. Com relação ao número de funcionários, eu tenho um número adequado, não falta pessoal.

No sentido de melhorar ainda mais o nosso trabalho, eu acho que deveríamos ter um acesso mais fácil aos vasculares... Se eles viessem até a unidade penso que teriam condição de avaliar os acessos mais problemáticos e melhorar, ainda mais, o trabalho junto aos pacientes. Penso que o ideal seria ter um vascular de referência para todos os pacientes, mas como são vários convênios, não conseguimos...

Com relação à segurança do paciente, hoje, não temos nenhum protocolo implantado, porém seguimos algumas regras, como por exemplo: o capilar e as linha são identificadas com nome completo do paciente, e fazemos conferência com ele perguntando qual seu nome; quando ele responde, conferimos com a etiqueta do capilar. Ajudamos na locomoção dos pacientes que apresentam dificuldades para deambular, sempre fazemos dupla checagem nas medicações a serem

administradas. Temos funcionário que é exclusivo para pesar e aferir os sinais vitais dos pacientes na entrada e na saída, qualquer alteração dos sinais vitais, ele me chama e eu vou avaliar o paciente, para comunicar ao médico.

Outro exemplo, é quando ocorrem os hematomas. Nós fazemos compressas, o médico prescreve medicação, orientamos o paciente sobre os cuidados domiciliares e relatamos no livro. Pode perceber que fazemos todos os cuidados necessários.

Com relação aos profissionais, quando são envolvidos em algum incidente, a nossa conduta é: chamamos para conversar, entender o que aconteceu e, dependendo da situação, pode ser advertido. Na primeira vez, verbalmente e na segunda vez por escrito. Mas, sempre procuramos orientar.

Eu acredito que a equipe de enfermagem se sente à vontade para falar comigo, em caso de algum incidente. Eu dou essa liberdade, pois acho importante saber o que está acontecendo. Só assim poderei identificar a necessidade de reforçar uma orientação. Em minha vida profissional, eu já passei por uma situação em que o técnico preparou medicação errada, mas não chegou a administrar, e ele me contou.

A maioria das pessoas se sente insegura em falar sobre os erros no processo de trabalho com medo das punições. Penso que, muitas vezes, a insegurança é por não saber como os erros serão vistos ou tratados. Porém, se temos confiança na chefia imediata, as falhas podem ser discutidas e até evitadas.”

Entrevistado: EENF 2

Data: Janeiro de 2020.

Início: 13h35min. **Término:** 14h03min.

Caracterização do participante: Enfermeira, 39 anos, especialista em Enfermagem em Nefrologia. Concluiu a graduação há 12 anos, atua desde então em serviços de diálise e, neste serviço, há 7 anos.

Narrativa:

“Eu estou na enfermagem há muitos anos... Eu trabalhei como técnica de enfermagem durante 6 anos, enquanto fazia faculdade, mas nunca quis trabalhar em nefrologia, eu achava muito estranho. Meu sonho era trabalhar em PS [pronto socorro], UTI [unidade de terapia intensiva], GO [ginecologia e obstetrícia].

No entanto, quando comecei a trabalhar, fui contratada em um hospital como técnica [de enfermagem] e me colocaram justamente no Centro de Diálise. Sabe aquela expressão “Eu caí lá de paraquedas”, foi assim. No início, eu confesso que me sentia incomodada com aquelas máquinas, aquelas agulhas... Na verdade, era medo. Então, eu fui estudar, procurar informações... Tinha que perder o medo. Tanto que fiquei apenas 1 mês como técnica, pois surgiu uma vaga de enfermeira e eu assumi. Isso foi em 2008. Bem, eu tive que estudar ainda mais, me preparar, e foi um processo muito interessante. Estudei sobre as máquinas, as fístulas, os cateteres, os cuidados... E de fato tudo aquilo foi me encantando.

Era uma clínica que prestava serviço para o SUS [sistema único de saúde], então, era totalmente diferente daqui: faltavam equipamentos, materiais... Nosso maior desafio era manter a qualidade com os poucos recursos que tínhamos, afinal lidávamos com pessoas de baixa renda, que necessitavam de nós. Não que os pacientes daqui também não precisem, mas as pessoas de lá, muitas vezes, não tinham nem o que comer, vinham com fome. Era uma realidade muito sofrida.

Tudo isso foi chamando muito a minha atenção e eu me apaixonei. Nós nos tornamos uma família: um dia nós brigamos, no outro dia ficamos bem e assim vai. Isso para mim foi muito interessante. Sinto que evoluí não só profissionalmente, mas como pessoa também.

Foram 3 anos e meio trabalhando naquele serviço; nesse período, fiz a pós-graduação na área [Enfermagem em Nefrologia]. Eu vim pra cá há 7 anos... É outra vivência, mas o cuidado e a atenção com os pacientes são os mesmos, independentemente de eu estar no SUS [sistema único de saúde] ou numa clínica particular.

É um trabalho que significa muito para mim... Sinto que ter esse vínculo, poder acompanhar os pacientes ao longo do tempo, avaliar... É um privilégio. Eles nos contam tudo, sabe? Às vezes, depois

que o médico passa visita, eles me chamam e dizem que precisam de tal coisa, que não falaram com o médico porque ficaram com vergonha. E, claro, eu vou resolver. Eu me importo com eles, choro quando estão mal, me alegro quando transplantam... Eu me imagino ali, me ponho no lugar deles, não é uma situação fácil.

Para mim, o cuidado que eu faço com o acesso vascular é um dos principais. Os técnicos [de enfermagem] estão ali, mas fazem, como posso te dizer, apenas os procedimentos... Cumprem as atividades técnicas. Percebo que nem sempre conseguem observar um aspecto no braço do paciente ou no cateter que está diferente, que mudou de uma sessão para outra.

Aqui, normalmente, os enfermeiros assumem a punção até “tunelizar”, pois usamos a técnica de Buttonholle. Durante todo esse processo, eu conheço a fístula de cor e salteado; se tiver qualquer coisa diferente, eu sei. Depois que transfiro a punção para os técnicos, eu procuro estar sempre olhando, acompanhando.

Nós sempre orientamos o paciente quanto ao exercício com a bolinha, a aplicação de compressa de gelo ou de água morna... Fazemos isso constantemente. Fica até parecendo uma receita e, assim, eu tenho a impressão que eles memorizam. Outro dia, um paciente disse que tinha parado de tomar o AAS® [ácido acetilsalicílico] e quando eu perguntei o porquê, ele disse simplesmente que quis parar. Então temos que fazer esse processo educativo, explicar que não pode, o motivo...

Eu acredito que temos sempre que repetir essas orientações e vejo que os técnicos [de enfermagem] nem sempre possuem feeling. Quando eu questiono, alguns técnicos se ofendem, ficam bravos. Por isso, procuro estar sempre a par de tudo que está acontecendo: aquele cateter que saiu um ponto, o cateter que está saindo do local correto, o fluxo que está baixo... Nessas situações, comunico o médico para tomar uma providência.

Aqui, nós registramos tudo que acontece com o acesso vascular no sistema [prontuário eletrônico]: se tem coágulo, quem punccionou, se a punção falhou, quantas foram as tentativas, curativo de cateter molhado... Tudo o que ocorre, nós anotamos. Temos, inclusive, um controle dos acessos [impresso] e um livro de registro. Nós relatamos qualquer alteração, para que tanto eu, como nossa gestora ou a outra enfermeira, possamos saber o que priorizar naquele acesso, caso alguém troque de turno.

Além disso, todo mês fazemos o relatório dos acessos vasculares. Para isso, eu vou lá e avalio. Não consigo fazer o exame completo, mas avalio as veias colaterais, a pressão, o frêmito, faço a palpação para ver se tem estenose... Enfim, procuro observar se tem algum problema.

Vejo que aqui é mais difícil dar aneurisma por causa da técnica Buttonhole. Essa técnica eu aprendi nesta clínica, pois na outra não usávamos e todos os pacientes tinham aneurisma. A técnica é muito prática, o hematoma é mínimo. Acontece? Claro que sim, pois sempre tem um paciente querendo virar o braço, mas são pouquíssimos casos.

O meu papel, como enfermeira, é supervisionar os cuidados com o acesso vascular. Os funcionários ficam fixos com os mesmos pacientes durante um mês, então, facilita o acompanhamento

mensal. Qualquer alteração, eles me comunicam e eu aviso ao médico, pedindo uma avaliação. A não ser que seja, por exemplo, um coágulo, daí eu peço apenas para relatar e oriento o paciente.

Por exemplo, quando o paciente mexe o braço e faz um hematoma, eu avalio a extensão do hematoma e aviso para o médico se terei condições de repuncionar. Se eu vir que não vamos conseguir, avaliamos em conjunto o peso e a pressão arterial para definir se é melhor voltar no dia seguinte ou na próxima sessão. Se percebermos que não dá para esperar, explicamos ao paciente o que aconteceu e pedimos permissão para realizar novas tentativas. É uma avaliação conjunta. Isso é bem tranquilo. Eu não gosto muito de ficar insistindo na punção das fístulas, acho que não é agradável, não é bom para o paciente e nem para o acesso, vejo que acaba prejudicando. Eu tenho por hábito tentar duas vezes. Graças a Deus, na maior parte das vezes, dá certo.

A parte de monitorização do acesso, nós ficamos bem tranquilos, pois a máquina nos dá muita informação. Acabamos vendo, tanto a pressão venosa como a arterial. O que complica, às vezes, é que não temos um vascular de referência, temos vários vasculares e, isso cria o problema com o feedback. Por exemplo, ocorre de observarmos na prática que a fístula não atinge um fluxo adequado, mas tem frêmito. Encaminhamos para o vascular e ele fala para o paciente que a fístula está funcionando, que a enfermagem não sabe puncionar. Entende? Essas coisas são complicadas e não dependem da gente. Seria interessante se falássemos a mesma linguagem. Na prática, quem está aqui somos nós. Se eu estou vendo que o cateter não vai, puxa! Eu não vou fazer coisas para prejudicar o paciente. E nem sempre isso é entendido cirurgião vascular.

Temos uma equipe muito boa em termos de punção. Eu sempre digo para os técnicos de enfermagem que se tiverem dificuldade, para não insistirem, para me chamarem. Não vamos correr o risco de prejudicar o acesso. Não me importo, se dizem que não estão conseguindo, eu vou lá, sento-me, mostro, ensino. Acredito que os técnicos não devem ter medo de puncionar. Só não faz hematoma quem não punciona. E, assim, percebo que eles evoluem. Com alguns pacientes, nós nos sentamos, conversamos, explicamos que o funcionário está fazendo o melhor.

Eu já tive o caso de um paciente não querer que um funcionário o puncionasse porque era negro. Acredita nisso? Ele não queria. No início, até pensei em trocar o técnico por um tempo para evitar desgaste, mas depois pensei: – Não! Ele é igual a todos! Fui lá, expliquei para o paciente e ele, meio a contragosto, foi aceitando. Era um técnico que puncionava superbem. Nós sabemos que tem paciente que não quer ser puncionado por este ou aquele ou que só quer determinado funcionário. Isso existe, mas nós explicamos que existem férias, existem folgas. E aí? Quem vai puncionar?

Se eu percebo que preciso dar um treinamento rápido para eles, depois que todos os pacientes estão ligados, eu os chamo ali na sala mesmo, bem rápido, falo as coisas que observei e digo como deve ser feito. Por exemplo, curativo precisa ser feito assim ou de outra forma. Agora, uma coisa é fato, treinamento fora do plantão, eles não vêm, é impossível. Mas, se for rápido e dinâmico, eu consigo fazer no meio do plantão. Eu não tenho quantidade suficiente para tirar os técnicos da sala para fazer treinamento, tem que ser algo que possamos conversar ali mesmo. O fato de a sala ser toda aberta facilita isso.

Nós, enfermeiros, não temos muita capacitação em serviço, mas pelo menos uma vez por ano nós participamos de alguma atividade. Esse ano, fomos liberados e tivemos a inscrição paga pela clínica para participar de um evento em uma universidade aqui do município. A nossa gestora vai mais em eventos do que nós, vai muito, e sempre traz alguma algo diferente.

Sabe, eu já me senti insegura para lidar com certas situações. Quando trabalhamos muito tempo em diálise, ficamos afastados de certas situações que não são tão comuns aqui, como parada [cardiorrespiratória], por exemplo. Então, eu fui estudar. Eu fiz uma pós-graduação de Enfermagem em Terapia Intensiva com ênfase em Cardiologia para ter um embasamento teórico. A parte de urgência é a que mais tenho receio, por isso estou sempre estudando, lendo, vendo o que mudou. Eu sinto que sabemos a parte teórica, mas falta a prática e isso conta muito.

Eu sempre converso com a nossa gestora e falo sobre as coisas que estou com dúvida e ela me explica. E procuro estudar, pois sei que preciso dar apoio aos técnicos. Mas, também, não tenho vergonha de dizer que não sei, que eu vou estudar e que depois retorno. Eu faço isso. Geralmente, quando passamos muito tempo em um setor, sabemos muito daquela especialidade, mas ainda assim precisamos nos atualizar.

Aqui, eu sinto que o trabalho da enfermagem é reconhecido pela empresa quando não temos nenhuma infecção, quando os médicos não fazem nenhuma queixa, quando os pacientes estão bem dialisados, quando os pacientes elogiam... Essas coisas.

Normalmente, mantemos nossa rotina, não são realizadas muitas mudanças. Exceto quando nossa gestora precisa mudar alguma, daí, ela altera, nos comunica e nós informamos aos técnicos. Se precisar de alguma contribuição minha para discutir, pode contar comigo, mas, geralmente, não precisa. Se isso acontecesse, eu acharia bom, pois acredito que poderia ajudar nessas decisões.

Com relação aos recursos, eu tive uma vivência em outra clínica em que tínhamos escassez de material. Para ter uma ideia, a caixa de luvas ficava comigo e os funcionários tinham que me pedir para trocar. Isso era horrível! Aqui o estoque é aberto. É lógico que não gastamos além da conta, temos discernimento, não desperdiçamos. Quando eu vim para cá e vi essa quantidade de material [suficiente], eu me assustei. Eu tenho duas caixas de luvas em cada carrinho, tenho gavetas e gavetas de material. Isso, óbvio, é maravilhoso! Tudo que precisamos temos à disposição, quando alguma máquina quebra é repostada rapidamente, eu não tenho problema de recursos. Eu nunca trabalhei sem máquina aqui, mas em outro lugar sim.

Quando você pergunta a respeito de fatores de motivação, eu posso te dizer que ver os resultados obtidos pelos pacientes é muito importante para mim. Como te disse, me importo muito com eles. O que me incomoda um pouco é quando percebo que há alguma interferência de outros profissionais em situações que eu deveria resolver, quando vejo que estou perdendo autonomia. Por exemplo, questões relacionadas à fístula, são minha responsabilidade, eu mesma gosto de olhar, avaliar o problema e resolver. Acompanhar a evolução do acesso dá mais segurança para mim e ao paciente. Ele sabe que, mesmo que troque o técnico, o enfermeiro está monitorando, sabe o que está acontecendo. Acredito que são pequenos desgastes que não precisariam ocorrer.

Com relação à motivação da minha equipe, posso te dizer que varia muito. Por exemplo: escala de folga ou de férias é uma coisa importante para eles. Quando ocorre algum conflito entre os técnicos por causa disso, eu tento intermediar antes de ir para a chefia, porque dependendo de como for, ela vai barrar, não é possível atender a todos. Quando o retorno da chefia não é o que esperavam, eles ficam muito chateados.

Aí entra o meu papel, pois se é uma coisa que eles valorizam muito e que dá para conciliar, eu penso que não precisamos dramatizar. Eu percebo que quando conseguem aquela folga que pediram, pronto, já estão felizes. Por isso converso com cada um, digo para se acalmarem, que eu vou conversar, vou ver um jeito que fique bom para todo mundo. Tem alguns que explodem, que querem discutir, mas tento amenizar a situação. Penso que é uma questão de saber conversar.

Eu acredito que eles gostam de trabalhar aqui; para ter uma ideia, eu não tenho índice elevado de atestado médico referente a licença, é muito raro. Então, vejo que com o mínimo, já se sentem felizes.

Sabe, meus funcionários são antigos, 5, 6, 10 anos de experiência... Tenho funcionário que está aqui há mais tempo que eu. É um local muito gostoso de trabalhar, mas eles não aprenderam a relevar, não escutam... Têm que por na balança os prós e os contras. Tem local que não é possível fazer nada disso.

Eu vejo que eles são comprometidos, dobram plantão quando precisamos, porém nem sempre têm um agradecimento. Esta é outra situação que acabam chateados. Eu tenho o hábito de ser grata. Todo final de plantão eu digo a eles: – Muito obrigada! É uma coisa minha. Eu sei que eles são a força daqui.

Quando percebo que eles [técnicos de enfermagem] não estão bem, que ocorreu alguma coisa, eu chamo a equipe para conversar. Faço reuniões, agradecimentos, reforço que não tivemos bacteremia, que tivemos poucos hematomas. Acho importante que eles saibam os resultados de nosso trabalho para ficarem motivados.

Com relação à segurança do paciente, nós temos vários trâmites aqui para que nenhum evento adverso aconteça com os pacientes. Por exemplo, eu separo os capilares no reuso e coloco nas máquinas para a equipe montar. Antes de ligar os pacientes, eu confiro novamente. Depois que eu passei a fazer isso, o índice de troca é zero. Quando eu percebo algum erro antes de atingir o paciente, eu comunico à gestora... É lógico! Mas, também converso com o funcionário. A partir do momento que atinge o paciente, é advertência, sem choro... E não sou eu quem aplico, é a gestora.”

Data: Janeiro de 2020.

Início: 14h40min. **Término:** 15h01min.

Caracterização do participante: Enfermeiro, 47 anos, especialista em Enfermagem em Nefrologia. Concluiu a graduação há 10 anos, e desde então, atua neste serviço de diálise.

Narrativa:

“Eu comecei a trabalhar em diálise no ano 2000, como técnico de equipamentos, fazendo manutenção de máquinas de hemodiálise. Em 2004, eu ajudei a montar esta clínica e, em 2006, decidi fazer o curso de Enfermagem porque eu gostava da área. Hoje eu trabalho como enfermeiro assistencial, porém sei fazer manutenção dos equipamentos e desinfecção do tratamento de água. Eu gosto muito de trabalhar aqui, mexer com público, principalmente com paciente renal crônico.

Em relação ao acesso vascular, no meu modo de ver, os técnicos de enfermagem, às vezes, falham muito no cuidado. Não sei se é por medo de errar, de atrasar o turno ou por querer sair mais cedo... Acabam sendo muito afoitos. Eu sei que existe uma pressão para que a troca de turno seja rápida, porque os pacientes querem sair mais cedo ou a equipe da manhã quer acabar logo ou a tarde que quer adiantar... Tem tudo isso, mas não é assim que deve funcionar. Percebo que a maioria dos problemas que temos é por conta da pressa.

No momento de puncionar o acesso, por exemplo, eu penso que tem que avaliar, sentir o frêmito, verificar se não é só pulso, se tem condições... Eles não fazem isso, vão puncionando de qualquer jeito e quando não dá certo, chamam o enfermeiro para resolver. Já aconteceu de não avaliarem, puncionarem e só depois perceberem que não tinha frêmito. Portanto, eu acredito que deveriam ter um pouco mais de cuidado, avaliar com mais calma. Tudo isso é importante para que o acesso do paciente permaneça bom.

Na nossa rotina, as primeiras punções são feitas pelo enfermeiro. Em algumas clínicas, é preconizado que o enfermeiro puncione cinco vezes antes de passar a punção para o técnico, aqui nós fazemos uma, duas, três semanas... Até fazer o túnel. Bem, têm clínicas que não fazem túnel e vão com a agulha de corte mesmo, mas nós preferimos utilizar essa técnica [Buttonhole] para não prejudicar muito o endotélio. É uma opção nossa. Em seguida, passamos a punção para o técnico, acompanhamos até que ele esteja puncionando com facilidade. Daí, eu posso deixá-lo responsável por aquela punção. Na verdade, treinamos dois ou três técnicos para que na falta de um, outros estejam preparados para puncionar o paciente. Se ficar tudo para o enfermeiro fazer, fica muito pesado, não tem lógica trabalhar assim. Temos outras responsabilidades que os técnicos não têm.

Nós temos todos os procedimentos definidos/padronizados, como punção, distância entre as agulhas para o sangue não recircular e o paciente fazer uma diálise correta... O que não temos é um protocolo para encaminhar o paciente para o vascular, fica a critério do enfermeiro. Quando observamos que alguma coisa não está indo bem, encaminhamos para o vascular e ele nos dá as diretrizes.

Sabe, o nosso paciente nos conhece bem. Ele avalia a nossa postura, percebe como estamos... Até a parte técnica ele avalia. Se eu não puncionar bem, ele pega uma implicância, que você nem imagina. Portanto, o paciente está sempre atento. Apesar disso, vejo que eles valorizam o nosso trabalho, assim como a equipe médica também. Geralmente não temos problema, a convivência aqui é bem tranquila.

Se eu quiser trazer alguma inovação ou propor alguma mudança na rotina, tenho que conversar com a RT [responsável técnica]. Se ela achar que é bom, passamos a fazer. Mas, eu nunca propus algo na parte de enfermagem.

Quando é a RT que precisa mudar alguma coisa, os enfermeiros participam. Inclusive, agora estamos criando os protocolos de segurança do paciente. Para isso, temos conversado inicialmente sobre a identificação do paciente. É assim que fazemos: em primeiro plano reúnem os enfermeiros e o RT, depois passamos para os técnicos o que foi discutido e como deverá ser feita a atividade. Geralmente, os técnicos veem alguma coisa nova com certo receio, com medo, insegurança, acham que não vai dar certo, mas depois concordam... Acabam aceitando e fazendo.

No meu dia a dia, não me sinto inseguro para realizar minhas atividades como enfermeiro. Sou bem tranquilo com relação a isto. Se eu me sentir inseguro, eu não faço e sim chamo outra pessoa.

Com relação a nossa estrutura, não tenho o que reclamar, é muito boa. Considero compatível com o tamanho do serviço.

O que eu sinto que deveríamos melhorar é com relação à capacitação em serviço. Pelo menos, uma a cada três meses. Porque as pessoas ficam estagnadas, repetindo sempre os mesmos erros. Eu acho que precisaríamos de treinamentos práticos: o técnico fazer o procedimento e o enfermeiro observar se está correto. Com isso, conseguiríamos padronizar as nossas práticas, impedindo que cada um faça do seu jeito. Eu penso que poderíamos trazer enfermeiros de outras clínicas ou nós mesmos fazermos... Tudo é válido. Eu, por exemplo, já participei de treinamentos específicos sobre acesso vascular; inclusive, já dei treinamento em uma outra clínica.

Na realidade, hoje não conseguimos fazer por uma questão de tempo. Teria que disponibilizar um horário, uma data específica para isso... E precisamos não só treinamento de acesso, mas, de outras coisas, como parada [cardiorrespiratória]. Se hoje ocorrer uma parada aqui na clínica, como eu fico? O pessoal não sabe atender. Vejo, ainda, que realizar treinamento fora do horário não funciona, eles não vêm, pois os enfermeiros e técnicos têm outro trabalho, outras responsabilidades... Teria que ser dentro do turno de trabalho, no próprio serviço. Mas, dentro do horário, a dificuldade é em relação à assistência, pois é muito corrido e não posso deixar de olhar o paciente. Veja bem, nós temos quatro pacientes para cada técnico de enfermagem, temos quatro técnicos em cada turno, se eu tirar dois da

sala para dar treinamento, fica sobrecarregado. E chamar um por um é inviável. Então, é complicado, o nosso maior problema é tempo.

Eu posso reunir a equipe dentro da sala de diálise para dar um treinamento, isto é possível, mas tem que ser de uma forma que eles não se sintam ofendidos, como se não soubessem o que estão fazendo. Eu vejo que, às vezes, nós estamos corrigindo uma coisa com a melhor intenção e as pessoas acham que estamos denegrindo a imagem delas. Então, tudo isso tem que ser pensado, analisado. Outra coisa que não acontece é sermos liberado para congresso, mas deveria.

No geral, eu gosto de trabalhar aqui, sinto que tenho autonomia para desenvolver as atividades com a minha equipe. Ah! Se não tivesse eu lutaria por isso. Eu penso que se eu trabalho com uma equipe, a equipe tem que se sentir à vontade comigo, mas sou eu quem digo as regras, não eles. Se estou num cargo de liderança, não posso abrir mão disso. Por outro lado, sei que tenho que ter a equipe junto comigo, abraçada. Se começo a destratar um ou outro, terei inimizade... E aí, pronto, não tenho como trabalhar. Entendo que preciso ter a equipe comigo, pois dependo dela. Imagine uma intercorrência, um problema, preciso da equipe. Por isso, eu vejo que tem que equilibrar isso.

Sabe, eu me sinto muito motivado para trabalhar. O paciente sempre me motiva, cuidar deles me motiva. Dinheiro nunca foi tão importante quanto cuidar deles, buscar melhorar a qualidade de vida... Isso, também, me motiva. Por outro lado, muitas coisas me desmotivam, como não ser bem tratado, não ser reconhecido, ser culpado por algo que não cometi. Isso acontece, às vezes, eu fico bem chateado.

Eu diria que a minha equipe é... Mais ou menos motivada. O que mais pesa para eles é o relacionamento, se eles são bem tratados ou não. E eu vejo que aqui se peca um pouco nesse sentido. Tem um problema de relacionamento, tanto entre eles, como com a equipe inteira: enfermeiros, chefia...

Com relação à segurança do paciente, quando ocorre algum evento adverso, chamamos o técnico e conversamos. Falamos o que aconteceu e avaliamos a gravidade. Trocar capilar entre pacientes é um erro grave, erro de medicação é grave... A pessoa precisa reconhecer isso, dependendo da gravidade é caso de advertência, para que isso não se repita mais.

Eu percebo que ninguém tem tranquilidade para falar de um erro. Se comete um erro, procura esconder. Aqui não temos muitas ocorrências; quando acontece, o pessoal na maior parte das vezes procura esconder; mas não adianta, porque de um jeito ou de outro, nós sempre ficamos sabendo. Nem todos [técnicos/auxiliares de enfermagem] são assim, mas alguns fazem isso por insegurança ou medo de perder o emprego.”

Entrevistado: EENF 4

Data: Janeiro de 2020.

Início: 14h37min. **Término:** 15h08min.

Caracterização do participante: Enfermeira, 46 anos, especialista em Enfermagem em Nefrologia. Atua em diálise há 14 anos e, neste serviço, há 3 anos.

Narrativa:

“Eu trabalho com hemodiálise há muitos anos; em diferentes clínicas, mas sempre com o mesmo grupo [empresarial]. Eu iniciei minha carreira trabalhando em um hospital municipal e, vendo o trabalho de algumas amigas que atuavam na hemodiálise, me interessei pela área e pedi para fazer um estágio voluntário. Depois, fiz especialização [Enfermagem em Nefrologia] e fui trabalhar na diálise. Sabe, as coisas foram acontecendo... Não foi, necessariamente, uma escolha. Eu conheci, gostei e fui construindo esse caminho.

O que eu mais gosto neste ambiente é o contato com o paciente, o vínculo que fazemos. Eu percebo a importância do nosso trabalho para a melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida dos nossos pacientes. Percebo que, de fato, fazemos a diferença na vida deles.

Com relação ao acesso vascular, discutimos [equipe médica e de enfermagem] sobre isso todos os dias. Tanto nossa equipe como a equipe médica ficam angustiadas quando o paciente permanece com cateter muito tempo. Insistimos para substituir porque sabemos da importância da fístula para a qualidade da diálise e, assim, para a melhoria da saúde deles. Sabe, nós nos preocupamos com o bem-estar dos pacientes.

Para mim, o acesso vascular é a vida do paciente! Temos que ficar atentos a muitas coisas: fístulas novas, hematomas... Por isso, eu acabo direcionando os funcionários que têm punção melhor às fístulas mais difíceis, sei que se complicar, poderá acarretar sérios danos futuramente.

Eu considero que o técnico de enfermagem está apto tanto para ligar cateter como para puncionar fístula. O que temos padronizado é que, para as fístulas novas, as cinco primeiras punções são feitas pelo enfermeiro. Na sequência, ele passa para o técnico. Se achar necessário, o enfermeiro continua puncionando mais um pouco, no entanto não seguramos as atividades muito tempo sob a nossa responsabilidade. Preferimos que os técnicos estejam capacitados para fazer. É claro que supervisionamos para ver se o curativo está sendo feito corretamente, se o cateter está sendo conectado do jeito certo... Nas fístulas, observamos se a distância de uma agulha para outra está sendo respeitada, se a técnica de punção está correta... Constantemente estamos olhando e orientando para que a equipe possa fazer o melhor.

Quando eu percebo que alguma coisa não está sendo feita na técnica correta... Ah! Não deixo para depois não! Chamo a equipe na hora, faço uma reunião rápida, reoriento e registro em ata. Não espero marcar um dia para reunir todo mundo. Aqui, cada enfermeiro age assim com sua equipe. Se deixar para outro dia, acaba não fazendo.

Mesmo que não tenha acontecido nenhum problema, de vez em quando conseguimos dar um treinamento para eles no horário de trabalho. Na hora da diálise, tem um período mais tranquilo, no meio do turno, que organizamos as coisas para o próximo turno. E nesse período, dá tempo de reorientar as práticas mais comuns de nosso dia a dia... Por exemplo, esses dias observei que estão jogando a tampa dos capilares no lixo e não estão mandando para o reuso junto com os recirculares. Ah! Ontem mesmo eu chamei a equipe e falei sobre a importância, sobre o risco de acidente de trabalho que o "reusista" [técnico de enfermagem que atua na desinfecção do sistema de hemodiálise] corre ao colocar o capilar na pressão, pois com a tampa evita que jorre sangue para todo lado... São assuntos pontuais, que podemos conversar ali mesmo e reorientar. Não toma muito tempo e o trabalho está sempre ajustado.

Quando eu vou avaliar a fístula, eu olho o frêmito, a coloração do braço, sinais flogísticos, essas coisas. Porém, uma avaliação mais criteriosa, específica, não faço. Só a do dia a dia mesmo. Eu acredito que a partir do momento em que a equipe reunir e colocar este tipo de avaliação em nossa rotina, será feito, não teremos problema. Penso que se não tiver padronizado, acabamos não fazendo.

Sabe, eu já participei de treinamentos específicos sobre acesso vascular, contudo aqui é um pouco complicado para sermos liberados. Hoje nós estamos em três enfermeiros assistenciais. Entretanto, até três meses, nós éramos em duas, uma cobria a folga da outra. O gestor não cobre folga. Então, na verdade, não tínhamos folga. Foram três anos trabalhando assim. Olha, foi um período difícil!

Eu trabalho em outro lugar e perdi oportunidade de ir a congressos porque não tinha quem me cobrisse aqui. Se tivesse cobertura, acredito que a direção liberasse. Talvez agora que estamos com a equipe completa, seja possível. Mas, não tem patrocínio não, nenhum... Só mesmo, a liberação dos dias, o resto tem que ser por nossa conta.

Aqui, sabemos das novidades porque a enfermeira da manhã trabalha em outro lugar e eu também. Então, temos contato com o que estão fazendo em outros lugares. Ela traz uma coisa nova, vemos que é interessante e implantamos aqui também. Depois falamos com o gestor se deu certo ou não, ele nos dá essa autonomia. Graças a Deus! Apesar de todos os problemas, o que nos faz permanecer aqui é essa liberdade para trabalhar, para implantar coisas novas, o que acreditamos ser melhor ao paciente ou à equipe. Nós temos isso aqui e é muito bom, me sinto valorizada!

Posso dizer que aqui, nós conseguimos fazer algumas coisas bacanas, mas ficamos sabendo dessa forma. Muito difícil os técnicos [de enfermagem] trazerem alguma sugestão. Eles chegam, trabalham e saem [pensativa]. Engraçado, né? Parece que não criam vínculo com o serviço, a maioria é apática, se prende na rotina e pronto. Reconheço, que principalmente os mais novos, têm as ideias mais afloradas. Esses perguntam bastante, são mais interessados. Só! Os mais antigos não. Por mais que busquemos alguma coisa nova, eles não se interessam. Teve uma época que colocávamos artigos científicos no mural para eles lerem, deixávamos o computador aberto para pesquisa... Não adiantava nada. Ninguém

nem olhava! Tem o manual da diálise, nem isso eles olham. Não têm interesse, não! Acho que isso ocorre por conta da própria jornada de trabalho, eles saem de um serviço e entram em outro, não têm tempo para nada, estão sempre cansados, se sentindo sobrecarregados. A maior parte trabalha em outro serviço, são poucos que têm um vínculo só. Eu vejo que eles até gostam do fazem, mas realizam de forma mecânica.

Eu penso que para aumentar o interesse deles [técnicos de enfermagem], teríamos que dar mais tempo para fazerem as coisas, parece que estão sempre correndo... Talvez destacar o funcionário do mês, liberar para participar de algum curso, patrocinar treinamentos... Mostrar que é importante participar dessas coisas. A clínica deveria bancar isso, investir. Tem gasto? Tem, lógico! Mas, eu acredito que o retorno é muito maior do que esse gasto.

No aspecto de motivação ou desmotivação, vejo que tem certas coisas que desmotivam o funcionário, como o tempo, por exemplo, pois é muita correria, a pressão para ser tudo muito rápido é grande. Penso que isso tem relação com o dimensionamento. Aqui, nós trabalhamos com um [técnico de enfermagem] para seis [pacientes]. Todas as outras unidades, me parece que reviram isso e voltaram para um para quatro. Caramba! O terceiro turno trocou praticamente a equipe toda, não aguentaram ficar. Nessa troca, como tem muito funcionário novo, estamos conseguindo deixar um grupo maior para um dar apoio ao outro. Então, nesse turno, eu estou conseguindo manter seis técnicos de enfermagem para 24 pacientes. Mas daqui a pouco eles [a direção] vão reduzir... Daí, vem atestado médico de licença, porque os funcionários não aguentam. E não dá mesmo, é inviável! A qualidade da assistência fica muito prejudicada, porque é mais corrido, o técnico não consegue acompanhar o paciente. Ele vai fazer um curativo, mas tem de ser muito rápido, porque tem mais cinco pacientes para olhar. E aí, acontecem as intercorrências: uma fístula que vaza, uma máquina que alarma, um paciente que tem hipotensão... É uma questão de risco para o paciente mesmo. Considero um absurdo!

Outra coisa que desmotiva é o salário, especificamente aqui, pois recebemos o piso do sindicato. Não tem um diferencial em relação às outras unidades. É o salário mais baixo do mercado. Isto desestimula. Nós já perdemos vários profissionais bons por conta disto. Se eles tiverem oportunidade em outro lugar, eles vão. E é coisa pouca para a clínica, cerca de R\$200,00 ou R\$ 300,00 reais a mais. Mas, para o funcionário faz muita diferença. Eu acho que aqui, além do dimensionamento, o que mais peca é isso: salário.

No dia a dia, eu me sinto muito segura para realizar as minhas atividades como enfermeira. Quando ocorre de eu me sentir insegura por alguma razão, não faço. Acabo sempre chamando outro enfermeiro, geralmente, tem mais um: assistencial ou gestor. E tenho também um bom relacionamento com os médicos: se não tem outro enfermeiro, eu chamo os médicos e eles ajudam. Saber que tem esse apoio é importante, não me sinto sozinha.

Aqui, vejo que o trabalho da enfermagem é valorizado, exceto na questão financeira. Mas, tanto os pacientes, como os médicos e a administração reconhecem o nosso trabalho. Eu percebo o reconhecimento dos pacientes porque estou sempre com eles e recebo demonstração em forma de abraço, balas, um carinho. Eles verbalizam muito também. Os médicos, por sua vez, discutem muito

conosco sobre o caso do paciente, pedem a nossa opinião, pois sabem que somos nós que estamos ali de frente. A empresa, eu vejo que... Às vezes... Quando precisa mudar alguma prática de enfermagem, os gestores nos escutam, valorizam a nossa opinião, mas em outras coisas não. Por exemplo, essa mudança de dimensionamento mesmo... Veio a determinação, cumpra-se e pronto. Não chegaram a discutir conosco para saber os impactos sobre a assistência. Eles poderiam dizer que chegou a nova lei, que está em discussão, perguntar nossa opinião. Mas, não! Imagine!

Em termos de insumos, temos o que precisa, não falta. É claro que não é para gastar de maneira descontrolada, mas temos o necessário para trabalhar da melhor forma.

Como te disse antes, eu me sinto tranquila para trabalhar aqui. Acho que as coisas funcionam bem, uma delas é a questão da avaliação do acesso vascular e da confecção de fístula. Temos um vascular que vem duas ou três vezes por mês fazer as fístulas aqui na clínica [centro de acessos vasculares próprio]. É o nosso vascular de referência. Ele também avalia as fístulas com problema, como frêmito diminuído ou baixo fluxo na máquina, faz o doppler e avalia se precisa fazer alguma intervenção. Quando é alguma coisa que não dá para ser feita aqui, ambulatorialmente, ele encaminha para o hospital público de retaguarda, onde ele atende. Isso agiliza muito. Não precisamos ficar o tempo todo preocupados com aquele acesso que não está indo bem.

É claro que, primeiro, discutimos os problemas da fístula do paciente entre nós, enfermeiros, porque o enfermeiro que estará aqui na hora da consulta do vascular pode não ser o enfermeiro do turno do paciente. Então, temos que saber para conversar com o vascular, falar o que está acontecendo.

Eu acho isso sensacional! Mas, acontece aqui, nesta clínica. Eu já trabalhei em serviços que eram assim. Tínhamos pacientes que ficavam três, quatro meses com cateter de curta permanência esperando uma vaga no hospital de retaguarda para fazer a fístula. Era um absurdo. Paciente tinha infecção, não ficava bem dialisado, muito ruim mesmo. Para mim, ter um vascular de referência faz toda diferença. Temos um paciente que foi admitido na semana passada, veio para avaliação do vascular e já fez a fístula. Uma semana de diálise apenas, é maravilhoso!

O vascular que trabalha aqui é muito gentil, muito educado. Podemos discutir com ele, falar das nossas dificuldades com o acesso... Ele ouve, valoriza nossa avaliação. Não fica dizendo para o paciente que não sabemos puncionar. Então, funciona. Temos um bom relacionamento profissional.

Quanto às questões de segurança do paciente, temos alguns protocolos implantados. Você pode ver, por exemplo, que nas máquinas têm uma placa com a identificação do paciente. Quando ocorre algum incidente, sempre levamos para o gestor e tomamos a decisão em conjunto. Dependendo da gravidade do evento, pode ocorrer ou não a penalização do funcionário envolvido. Posso te dizer que já tivemos erro de medicação, por exemplo. O que fizemos foi mudar o local onde estava a medicação porque entendemos que foi isso que gerou a troca. Na correria, a pessoa pegou um parecido e acabou fazendo. Teve a falha humana, a gente sabe que tem que olhar, ler o nome da medicação que está administrando... Então, além de mudar o local da medicação, reorientamos toda a equipe.”

Entrevistado: EENF 5

Data: Janeiro de 2020.

Início: 19h10min. **Término:** 19h33min.

Caracterização do participante: Enfermeira, 39 anos. Formada há 8 anos, possui experiência em outras áreas assistenciais. Atua neste serviço de diálise há 8 meses.

Narrativa:

“Eu atuo na enfermagem há 20 anos, sendo 8 como enfermeira. Eu trabalhei nesta instituição como técnica de enfermagem durante 5 anos, porém em outro setor. Saí, fiquei 7 anos trabalhando como enfermeira em outra instituição e depois voltei. Fiz uma prova geral e, depois de aprovada, me encaminharam para a diálise. Não foi uma escolha.

Sabe, eu sempre gostei de trabalhar com paciente clínico. Na diálise, temos pacientes crônicos, mas inconstantes, que a qualquer momento podem apresentar surpresas. E eu gosto desta adrenalina, de ter que ficar atenta ao que pode acontecer a seguir, episódios fisiopatológicos, reações químicas e fisiológicas do paciente... Aqui temos que pensar o tempo todo, ficar atentos, por isso eu gosto bastante.

Para mim, o trabalho da enfermagem com o acesso vascular é de total importância porque o nefrologista só passa e dá uma olhada... O cirurgião vascular só faz o acesso... Quem mantém, somos nós da enfermagem, junto com o paciente. E a vida dele depende desse acesso. Por isso, considero extremamente importante.

Em outros lugares que eu trabalhei, já cuidava do acesso vascular para hemodiálise. Por exemplo, eu trabalhei em UTI [unidade de terapia intensiva] e dialisávamos paciente lá. Aqui, eu tenho mais vivência, lógico. Quando cheguei, eu aprendi bastante com as enfermeiras e técnicas de enfermagem mais antigas, com os médicos... Eles me ensinaram muitas coisas.

Aqui, assim que a fístula é feita, que está maturada, as primeiras punções são feitas pelo médico que acompanhou a maturação da fístula. Depois ele passa para o enfermeiro continuar a punção. O enfermeiro tem o papel de ensinar para toda a equipe de enfermagem, explicar como deve ser feita aquela punção, os cuidados...

Durante a diálise, os médicos nos procuram para saber sobre o acesso, pois sabem que nós conhecemos como é a fístula de cada paciente e o próprio paciente reconhece que nós é que sabemos o melhor local de punção, como é a pele do paciente, o trajeto da veia, onde deve ser feita a próxima punção... Então, tanto os médicos como os pacientes reconhecem e têm total confiança em nosso trabalho.

Sabe, vejo que os pacientes valorizam muito o papel da enfermagem, inclusive, se identificam com alguns profissionais. Eles nos procuram quando têm algum problema em casa, como uma hipotensão severa, dizem que não estão sentindo a fístula ou que estão com algum outro problema que querem relatar. Eles sempre ligam para a equipe de enfermagem, antes de qualquer coisa, até mesmo antes de procurar o pronto socorro. Eles têm a equipe de enfermagem como referência.

Quando você me pergunta sobre os fatores que contribuem ou dificultam o meu trabalho, posso te falar que temos algumas dificuldades aqui no serviço, como a questão do material. Penso que poderíamos ter tamanhos de agulha diferentes, conforme a fístula e não só agulha padronizada, por exemplo. Na verdade, temos recebido assim, mas sabemos que existem vários tamanhos de agulha. O correto seria iniciar a punção da fístula com um tamanho e depois aumentar ou diminuir, conforme o fluxo, mas, infelizmente temos tido somente um tamanho. Essa questão de material envolve custo, sabe? Tem outras coisas que às vezes faltam, como luvas; e outras que poderiam ser melhores, como as máquinas. Mas, temos que nos virar com o que temos, não temos governabilidade sobre isso.

No dia a dia, sempre tem uma situação ou outra em que nos sentimos inseguros, sempre tem aquela fístula que a gente pensa que não vai conseguir... Mas, o que me tranquiliza é que sempre tem alguém mais experiente para nos auxiliar. Às vezes é uma enfermeira ou um técnico/auxiliar de enfermagem que me ajuda a sentir a fístula, a localizar o ponto de punção, a puncionar, a repuncionar... Tudo isso é gratificante e sempre deu certo. Por mais que eu tenha tido algum momento de insegurança, sempre tive alguém para dar um apoio.

Com relação a programas de capacitação, o que nós temos aqui são treinamentos gerais. Eu sei que enfermeiros que trabalham com pacientes agudos [outro setor] receberam treinamentos sobre as máquinas, vieram os representantes dos fabricantes e fizeram o treinamento. Eu ainda não participei, mas eu sei que existe.

Eu penso que se nós fizermos um treinamento adequado para a equipe, os técnicos/auxiliares [de enfermagem] serão capazes de identificar problemas no acesso, na punção, problemas que podem acontecer antes, durante ou depois da sessão... Poderão fazer curativos com melhor qualidade... São coisas que podemos conseguir fazendo treinamentos em serviço, dividindo em turmas pequenas. Estou falando de atividades curtas, de 15 minutos no máximo, na sala mesmo. Inclusive, este é o planejamento que fizemos junto com a chefia para este ano.

Relativo à liberação para congressos, acho que é possível, é só uma questão de planejamento, falar com a chefia, essas coisas. Eu ainda não pedi... Mas não significa que não tenha.

Eu percebo que a nossa chefe está sempre preocupada em trazer coisas novas. Ela fala conosco e discutimos sobre como incluir em nossa rotina. Fazemos um teste em um paciente, verificamos como foi... Se for bom, vamos progredindo com aquela ideia. Eu nunca trouxe sugestões sobre cuidados com acesso vascular, porém já trouxe sobre outras coisas. Eu senti que as minhas propostas foram bem recebidas, nós temos bastante liberdade para dar sugestões. É tranquilo.

A equipe [técnico/auxiliar de enfermagem] não costuma trazer sugestões. Nós temos bastantes dificuldades com eles devido ao fato de haver tipos diferentes de contrato trabalhista. Nós temos alguns profissionais que trabalham em regime estatutário e outros em regime celetista. Existe um conflito entre eles. É bem difícil trabalhar com a equipe assim. Não é uma questão de ser bom líder ou não, de influenciar o comportamento da equipe ou não... Por exemplo, eles fazem muita comparação com chefia anterior. Eles não entendem que na época da chefia anterior, fazíamos diálise de 30 pacientes-dia e hoje fazemos de 120 pacientes-dia. Sabe, não tem como dar mais aquele tanto de folgas por semana... É impossível! E o mundo é daqui para frente, o serviço foi crescendo... Se está todo mundo aqui, é porque precisa de todo mundo aqui. Ah! É bem difícil. Eles não compreendem. Mas, eu vejo que com o passar do tempo essa questão está evoluindo.

Hoje em dia, o quantitativo de funcionários celetistas é muito maior do que os estatutários. Confesso que é muito mais fácil trabalhar com celetista. Muito mais fácil! São muito mais flexíveis, mais compreensivos, se adaptam mais facilmente às ideias novas e também são mais motivados.

Na minha opinião, os estatutários não se sentem motivados por causa da estabilidade, porque não correm o risco de perder o emprego. Para eles, se fizerem o que precisam fazer, está tudo bem... Se não fizerem, está tudo bem também. Não tem por que renovar, motivar, inovar... Não faz diferença. Essa é uma grande barreira, uma grande dificuldade que nós temos. Os contratados, como precisam se manter no emprego, acabam participando mais, se envolvendo mais... Muito mais!

No geral, eu me sinto uma pessoa motivada... O que me faz vir é que eu adoro o que eu faço! Eu gosto muito! Eu penso sempre nos pacientes. Isto é o que mais me motiva. Eu gosto da assistência, eu gosto unir o assistencial e o administrativo, porque se não tiver alguém para cuidar disso, não conseguimos atender os pacientes.

O que mais me desmotiva é a falta de motivação do outro. A falta de colaboração da equipe, de união, de amor ao outro... Estamos no mesmo barco, né? Por que não tornar o ambiente mais agradável? Por que não se importar com outro? Isto me desmotiva muito.

Agora, frente às questões de segurança do paciente, quando nos deparamos com algum incidente, primeiro atendemos o paciente. Depois, abrimos notificação, investigamos e fazemos um levantamento dos problemas. Se for necessário, revemos protocolo, o atendimento, o motivo da falha, os profissionais envolvidos... Se for necessária uma punição, vai ser feita, porque também não podemos deixar passar. Mas, para isso, tem que ter análise para ver se foi falha no processo, onde foi, essas coisas... Aí sim, tomamos uma decisão.”

Data: Janeiro de 2020.

Início: 8h22min. **Término:** 8h43min.

Caracterização do participante: Enfermeira, 32 anos, especialista em Enfermagem em Nefrologia. Concluiu o curso de graduação há 10 anos e, desde então atua em serviços de diálise. Trabalha neste serviço há 8 anos.

Narrativa:

“Eu ingressei na nefrologia quando ainda estava na graduação, por meio de um estágio extracurricular com duração de quase 2 anos... E assim, nunca mais saí.

Depois eu fiz a especialização [Enfermagem em Nefrologia], porém, como já tinha uma certa experiência, achei que foi bem fraca, eu esperava mais. Algumas pessoas na minha sala nunca tiveram contato com diálise, então, às vezes, a professora falava de capilar, dialisador... E elas nem imaginavam o que eram. Ou a professora voltava muito no básico ou seguia em frente e o pessoal ficava sem entender. Com isso, eu notei que não conseguiram aprofundar em alguns conteúdos. Foi uma especialização bem superficial.

Como eu fui estagiária de uma clínica bem grande e a gerente de enfermagem de lá foi minha professora na faculdade, eu aprendi tudo com ela. Sou eternamente grata! Sou o que sou por causa dela. Chorei quando saí, foi uma experiência ótima!

Para mim, por um lado, o trabalho em diálise é bem gratificante porque criamos bastante vínculo com o paciente, conhecemos o olhar, o jeito de cada um... Qualquer gesto diferente, já sabemos que tem alguma coisa errada. Isso é bem bacana! Por outro lado, é bem cansativo porque eles são muito exigentes, cada vez querem mais coisas. Alguns até confundem, acham que temos que resolver toda a vida deles. Para pôr limite é um pouco difícil. Mas, tem a outra parte que compensa tudo!

Como enfermeira, eu sinto que meu trabalho faz muita diferença no tratamento deles, pois temos um olhar diferenciado. Às vezes está prescrito um determinado peso, porém conhecendo o paciente, sei que se programar uma perda maior de três quilos e meio ele vai passar mal, então, essa é a hora de atuar. Sabe, muitas vezes, quando vou até a máquina e converso com o paciente, sinto necessidade de conversar com o médico e digo: – Estou achando que ele está muito descorado, não acha que precisa colher um hemograma? É com esse olhar mais apurado que fazemos a diferença.

Considero que as relações profissionais aqui são muito boas, temos liberdade para ter essa conversa. Os médicos nos ouvem bastante. Por exemplo, se eu vejo que o paciente chegou muito hipertenso e que está com os pés bem edemaciados, eu sugiro ao médico aumentar a prescrição de

ultrafiltração em 300 ou 500 mililitros. Ele vem, avalia e diz que tudo bem. Essa parte é bem tranquila. Quando são decisões específicas da enfermagem, sinto que temos bastante autonomia para agir, como nos casos relativos à punção, por exemplo.

Aqui, eu acredito que há uma grande preocupação com a qualidade do serviço e, por isso, para trazer uma inovação é preciso ter bastante embasamento, tanto teórico como prático. Na verdade, nunca trouxe, mas acho que não teria problema. O que poderia acontecer é, ao analisarem a proposta, trazerem outros estudos mostrando que o procedimento que estou querendo alterar pode causar mais infecção ou alguma coisa assim. Contudo, temos essa liberdade de iniciar uma discussão, eles nos ouvem sempre.

Eu vejo que o cuidado com o acesso vascular é bem organizado. O enfermeiro sempre faz as primeiras punções e depois, quando percebemos uma certa facilidade na fístula, passamos para os técnicos, bem devagar, um por um, sempre acompanhando, até liberar para todos eles.

Sabe, às vezes pode acontecer de um de nós já ter puncionado e perceber que o frêmito está diferente, então chamamos o médico e ele avalia. Se achar necessário, pede um doppler. Aqui é fácil porque estamos em um ambiente que posso dizer completo, temos tudo aqui... Além disso, são pacientes de convênio, então, facilita bastante. Normalmente, já conseguimos identificar os problemas com o acesso vascular bem no início. Quando vejo que a fístula está com frêmito ou fluxo baixo, por exemplo, consigo encaminhar, rapidamente, para o vascular e solicitar um encaixe. Pode acontecer de o paciente até concluir a sessão com um fluxo mais baixo, porém sai daqui e vai direto para o doppler. Dependendo do resultado, interna imediatamente e faz os procedimentos que forem necessários. Então, aqui resolve bem rápido, no mesmo dia.

Em relação aos cuidados com o acesso vascular, digo que no dia a dia, avaliamos a fístula, mas o exame físico completo não fazemos, só a palpação e a inspeção mesmo. O teste de elevação do braço e o teste de aumento de pulso, por exemplo, não fazemos. Se percebemos algum problema, ligamos o isolador arterial. O venoso fica sempre aberto, porém o arterial, às vezes, abrimos e outras não. Dependendo de nossa avaliação, encaminhamos para o vascular; no entanto, não temos um protocolo definido para isso, depende da avaliação de cada profissional.

Nós temos a facilidade de ter um vascular de referência no serviço. A maioria dos nossos pacientes é examinada por ele, pois já conhece os nossos médicos e interna aqui mesmo se precisar. Isso é ótimo, resolvemos tudo por aqui. Se observarmos algum problema, nós mesmos [enfermeiros] ligamos e falamos o que está ocorrendo com o paciente. O médico vai perguntar se foi feito um doppler, respondemos que sim e pronto. Ele passa aqui e avalia o paciente.

É claro que já aconteceu, em casos de dificuldade de punção, de ouvir do vascular que não sabemos puncionar. Entretanto, cada caso é um caso e, normalmente, somos ouvidas. Quando falamos que não está dando fluxo ou que já tentamos puncionar e não deu, ele investiga e é frequente encontrar uma estenose ou algo de errado. Eu penso que quem punciona sabe o que está ocorrendo. Antigamente havia mais problemas, hoje conseguimos nos posicionar melhor em relação a isso, temos

uma convivência tranquila. Às vezes, ele mesmo nos liga e pergunta o que está acontecendo, pede para explicarmos...

Creio que essa relação com o vascular facilita tanto o trabalho da enfermagem quanto do paciente, pois ganhamos tempo. Na clínica em que fiz estágio, não tínhamos esse contato, não sabíamos quem iria atender o nosso paciente, era tudo mais demorado. Ficávamos muito preocupadas com o acesso, pois não tínhamos um processo assim tão resolutivo.

Aqui, eu percebo que os pacientes sentem bastante segurança no enfermeiro, ainda mais quando o técnico fala que não está conseguindo e assumimos a punção novamente. Eu vejo que eles se sentem mais seguros quando vamos lá, avaliamos e falamos o que vamos fazer. Eles confiam em nosso trabalho e isso é gratificante. Sinto que estou cumprindo o meu papel.

Com relação à estrutura do serviço, eu considero excelente. Temos todos os recursos de que precisamos: diferentes tamanhos e tipos de agulhas, capilares, doppler, não fazemos reuso, temos capilares de alto fluxo, máquinas modernas... Quanto à estrutura material, física e de pessoal aqui não temos problema. Para mim, só o fato de o paciente ficar aqui mesmo: se precisar de um doppler é fácil, se precisar de uma internação é fácil... Ah! Isso favorece muito, me dá muito mais tranquilidade e segurança para trabalhar.

Penso que poderíamos melhorar, ainda mais, o nosso cuidado anotando o valor da pressão arterial. Não sei como seria isso, talvez impresso ou direto no sistema [prontuário eletrônico]. Acho que com isso, conseguiríamos perceber mais rápido algum problema que estaria por vir. Às vezes observamos que alguma coisa não vai bem, mas vamos seguindo, até termos algo mais objetivo, que nos dê certeza.

Quando temos algum problema no serviço, normalmente, a gestora chama os enfermeiros e explica o que está acontecendo. Ela fala que tem de revisar o protocolo, pergunta nossa opinião e, normalmente, nomeia alguém para ficar responsável por pesquisar o que tem de mais novo na literatura sobre o assunto e trazer para discussão. Por exemplo, quebra de barreira no caso de infecção. Já aconteceu. Pesquisamos e fizemos uma aula de infecção à equipe, eu mesma dei essa aula. Depois conversamos e tiramos as dúvidas para que, de fato, todos executássemos a técnica conforme padronizado.

Sabe, considero muito boa essa possibilidade de participar das decisões, nos sentimos importantes, sentimos que nossa opinião está sendo ouvida, que está sendo válida. Isso levanta nosso moral. Eu sinto que não sou mais uma, sinto que estou fazendo a diferença.

Os técnicos também são convidados a participar. Nessa aula que eu dei, perguntei se eles tinham alguma ideia, alguma sugestão que pudéssemos implementar para resolver o nosso problema. Deixei bem aberto, porque a nossa gestora é muito aberta. Ela escuta muito. Claro que alguns técnicos participam mais, outros menos. Alguns estão aqui somente para cumprir a carga horária mesmo. Mas, sempre têm aqueles que fazem a diferença.

Em relação à motivação, posso dizer que que é muito difícil motivar as pessoas. Aqui, de uma maneira geral, os técnicos são bem motivados, no entanto se dissermos que têm uma meta a cumprir, alguma coisa que mexa em pontos, pois tem PRV [programa de remuneração variável], essas coisas... Eles se empolgam ainda mais. Vejo que temos que ir para esse lado porque pessoas são pessoas: são diferentes, umas mais resistentes outras não...

Eu sinto que a maioria, principalmente, se for para o bem do paciente, compra a ideia e faz. A equipe aqui é muito boa, ajuda bastante. Se o enfermeiro ligar para algum técnico e disser que um colega faltou, eles rapidamente se prontificam para cobrir. Não temos muita dificuldade, é um setor em que as pessoas são bem engajadas, lógico que tem as “peças raras”, mas isso é como em todo lugar... Têm turnos que eles colaboram mais entre si e outros menos... Por exemplo, se um colega está dificuldade na punção, outro fala que pode deixar, que ele vai, pois está acostumado com aquela punção. Ou, então, se alguém diz que nunca puncionou aquela fístula, outro diz que vai ajudar porque já puncionou ou vão juntos. Essa troca entre eles é muito boa.

De modo geral, eu me sinto motivada para trabalhar. O que mais me motiva são os pacientes, a troca ou melhor, a relação com o paciente e o vínculo estabelecido. Acho isso bem bacana e considero que é difícil ter em outras áreas da enfermagem, porque tem pacientes que ficam aqui 5, anos, 8 anos... Podemos acompanhar toda a evolução. O que me desmotiva, às vezes, é ouvir uma grosseria que não estava esperando, fazer muito e não ser reconhecida pelos pacientes, pela equipe ou pela instituição.

Quanto à equipe, eu percebo que os funcionários ficam desmotivados quando acontece algum erro ou uma quase falha, alguma coisa ninguém viu. Isso mexe um pouco com eles, ficam repetindo: – Eu estava lá, como que eu não vi?

Percebo que quando acontecem esses casos [incidentes], comunicamos ao médico em primeira instância, para resolver o problema do paciente. Em segunda instância, comunicamos à supervisora, quase que ao mesmo tempo. Tem um protocolo no sistema onde temos que notificar, dizer tudo que aconteceu, como foi... Dependendo do evento, somos chamados para ajudar a fazer a análise do caso, por exemplo, se for um evento sentinela ou alguma coisa assim. Se for um evento sem muita consequência, é só notificado e as outras instâncias do hospital vão verificar o que pode ser feito para que isso não ocorra novamente. Como aconteceu quando iniciamos com prescrição eletrônica, ela era muito poluída e, às vezes, pulávamos linha. Não chegou a acontecer nenhum evento, mas poderia ter acontecido, por exemplo, pular a prescrição de um potássio no banho ou alguma coisa assim. Então, agora mudou, vem em negrito.

Sabe, a cultura de segurança aqui no hospital já mudou bastante. Quando acontece alguma coisa, as críticas nem sempre são bem recebidas, porém não é punição, as pessoas são chamadas para uma orientação. É que a gente sempre fica meio assim... Será mesmo só uma orientação?

Eu confio no meu trabalho, nunca me senti insegura, todavia, sei que se eu precisar, terei um apoio. Por exemplo, uma fístula complicada que eu nunca tenha puncionado e agora o paciente vem no meu horário... Dá um certo receio, no entanto eu tenho a liberdade de chamar minha gestora para

me acompanhar ou a outra enfermeira para ir junto. Isso me tranquiliza. Se for alguma coisa não técnica, eu também tenho a liberdade de falar que nunca passei por uma situação assim e a gestora sempre auxilia, orienta, fica junto... E isso me deixa mais segura.”

Entrevistado: EENF 7

Data: Janeiro de 2020.

Início: 8h22min. **Término:** 9h02min.

Caracterização do participante: Enfermeira, 46 anos, especialista em Enfermagem em Nefrologia. Graduada há 22 anos e, desde então, atua nesta instituição. Há 15 anos foi transferida para unidade de diálise.

Narrativa:

“Eu gosto muito de trabalhar na diálise por causa do contato que temos com o paciente, do relacionamento que conseguimos estabelecer, da possibilidade de acompanhar a evolução deles... Isso é muito importante para mim.

Sinto que o trabalho da enfermagem aqui é muito relevante. Como vemos o paciente três vezes por semana, reconhecemos até as situações em que o "bom dia" está diferente, já sabemos que ele não está bem, por isso o cuidado é bem diferenciado. Eu considero que o enfermeiro, principalmente, tem um olhar do todo, somos nós que fazemos fluir o dia a dia: o setor vai andar conforme o olhar do enfermeiro.

Sabe, a organização do nosso trabalho é uma tarefa bastante complexa, pois temos pacientes que fazem 1h45min de diálise, outros 2h, outros 4h... Com isso, faço a minha programação assim: chego às 6h, olho no livro de plantão se tem alguma demanda urgente e na escala se tem algum paciente diferente dos habituais. Acontece de ter vaga e vir um paciente internado dialisar, por isso eu fico esperta porque tem chamar no setor. Depois preparamos as máquinas, verifico se todas as salas estão prontas, vejo com a escriturária as fichas e libero para os pacientes externos entrarem. Eu gosto de recepcioná-los, pois posso saber como passaram a noite, se têm alguma queixa, se tem paciente novo... E defino quais pacientes eu mesma vou ligar. Depois que ligamos os pacientes, fazemos rodízio para tomar café e fazer as anotações. Quando a outra enfermeira chega, ela confere as programações nas máquinas e nós nos sentamos para discutir alguns casos.

Hoje, por exemplo, tinha uma paciente fazendo sessão extra, então discutimos o caso dela entre nós e depois com o médico. Passamos visita em todos os pacientes e quando o médico chega, falamos quem precisa de receita, quem passou mal em casa... Quando ele passa sua visita, já tem essas informações. Depois que os técnicos tomam café, eles fazem o curativo do cateter e preparam a sala para desligar.

O horário de trabalho dos técnicos é bastante diversificado para garantir que tenhamos um apoio nas trocas de turno e para realizar as sessões nos outros setores do hospital, que também são

de nossa responsabilidade. Aqui na diálise, cada técnico assume, no máximo, cinco pacientes. Porém, nas trocas de turno, chega outro técnico, além da enfermeira que está sempre presente. Com relação aos enfermeiros, além de contarmos com uma enfermeira assistencial em cada turno, temos uma coordenadora que trabalha das 7h às 16h, mas que também ajuda na assistência. Às segundas, quartas e sextas-feiras têm diálise noturna, então tem uma enfermeira que trabalha das 18h às 6h. Com isso, eu vejo que temos uma boa organização e quantidade de profissionais de trabalhar.

Em relação ao acesso vascular, as primeiras punções [técnica de Escada] são feitas pelo enfermeiro e, somente, liberamos para o técnico, quando percebemos que está mais fácil para puncionar. Se tivermos com dificuldade, às vezes, precisamos usar o ultrassom, então, mantemos a punção sob nossa responsabilidade por mais um tempo. Quando começa a ficar mais tranquilo, passamos para um técnico de cada vez, começando pelo que tem mais habilidade, até liberar para todos. Mas ficamos do lado, orientando se é mais superficial ou profunda, o trajeto... Se ele não tiver dificuldade, acompanhamos mais uma vez, e ele passa a puncionar sozinho. Se percebermos que ele foi e voltou, não conseguiu, teve dificuldade, que tivemos que ajudar... Seguimos mais de perto até que ele tenha segurança. Para mim, é muito importante que ele desenvolva habilidade e que se sinta seguro.

Quando recebemos um enfermeiro ou técnico novo, nós treinamos, mesmo que ele tenha experiência, para garantir que tudo será realizado conforme padronizado aqui. Neste momento, eu estou treinando uma enfermeira da UTI [unidade de terapia intensiva] que não tem experiência nenhuma em diálise, só fez a pós-graduação. Então, eu explico a máquina, ensino a montar o sistema, a desligar, manipular o cateter... Tudo em um sistema de cateter com linha que montamos só para treinamento, sem paciente. Ela me observa ligando e desligando algumas vezes e se não tiver dúvidas, eu deixo que ela ligue e vamos ajustando a técnica. Mas, só vai estar com o paciente quando estiver bem capacitada.

Considero que todo esse tempo é bom para que pacientes também se familiarizem com aquela pessoa, pois eles ficam receosos com funcionário novo, sentem medo... Portanto, depois desse período, eu indico que puncione as fístulas mais fáceis, depois aquelas um pouquinho mais difíceis e assim vai, até chegar às mais complicadas. Às vezes, tem fístula que é fácil, mas o paciente não é... Nesses casos, geralmente, só deixamos os funcionários novos puncionarem quando estão muito seguros, pois se errar uma vez, pronto, gera um conflito e o paciente não quer mais. O profissional mesmo passa a se sentir incapaz e isso é muito ruim. Ele precisa estar confiante.

Sabe, eu procurei me capacitar, também, fazendo a especialização de Enfermagem em Nefrologia e posso te dizer que foi muito fraca. Eu já tinha muitos anos de diálise e pensei que iria aprender um monte de coisas. Mas, foi meio decepcionante. Não focou muito na diálise e o conteúdo foi muito superficial. Sobre o acesso vascular, falaram o básico: o que é uma fístula, anastomose... Não me lembro nada mais aprofundado. Então, a especialização não me acrescentou muito, aprendi mais no dia a dia na prática.

Lembro de que quando entrei aqui, eu não sabia nada, porém fui observando como a pessoa que me orientava agia e sendo treinada. O que me ajudou muito foi também nessa época ter trabalhado com duas técnicas que tinham 20, 30 anos de hospital e de diálise, elas sabiam muito e me ensinaram bastante. Assim, eu fui desenvolvendo a habilidade no dia a dia. Aprendi muito com os médicos também, eles me ensinaram...

Eu nunca tive oportunidade de fazer um curso específico sobre cuidados com acesso vascular, avaliação da fístula... Na verdade, nós não temos muita disponibilidade sobre este tipo de curso no país. Pelo menos não que eu tenha visto. Eu queria muito ter a oportunidade de participar de um curso de ultrassom para enfermeiros, porque eu uso, mas não tenho muita habilidade, fico sempre com dúvida para mexer direito no aparelho. Queria me aprofundar, pois acabamos usando o ultrassom mais para fazer a punção. Apesar disso, considero que o ultrassom foi um ganho pra nós, não é todo serviço que tem. Para melhorar, seria bom que o médico ultrassonografista pudesse acompanhar quando tivéssemos dificuldade ou se os nossos médicos tivessem uma formação melhor nessa parte de imagem. Talvez uma punção que eu não consiga, com o ultrassonografista ao lado, eu conseguiria.

No ambiente da diálise, eu observo que, em geral, os pacientes valorizam o trabalho da enfermagem, eles chamam pelo enfermeiro, gostam quando nós mesmos vamos ligá-los. Às vezes brincam: – Nossa, sou celebridade hoje, ela vai me puncionar! Eles veem que quando tem um hematoma, somos nós que auxiliamos, ajudamos. Tanto que orientamos o técnico a tentar uma vez, se não der certo, não é para tentar a segunda, tem que chamar o enfermeiro. Nós realizamos todo o cuidado: avaliamos, puncionamos, usamos o ultrassom em caso de dificuldade... E o paciente reconhece isso.

Eu sinto que os médicos também valorizam nosso trabalho. Eles pedem para avaliarmos o acesso, dizem que temos mais destreza, então, que é para resolvermos quaisquer questões com a fístula. Até mesmo o próprio vascular [cirurgião vascular de referência], tem essa conduta. Ele liga muitas vezes perguntando como foi a punção de determinado paciente, principalmente, quando foi realizado algum procedimento. Pergunta e considera a nossa opinião... Acho que se ele não confiasse, não iria fazer isso, não é? Eu sinto que eles confiam muito no meu trabalho.

Hoje mesmo passei por uma situação envolvendo o que te falei acima. Tinha uma paciente que os técnicos me alertaram que a máquina estava apitando muito, daí, eu fui até lá, vi o que ocorria, conversei com a médica e falei que de vez em quando era preciso diminuir fluxo e que considerava ser necessário fazer o ultrassom. Ela nem questionou, fez logo o pedido. Isso para mim é confiança e, assim, eu me sinto valorizada.

Quando eu avalio o paciente e quero mudar o lugar de punção, por exemplo, eu tenho autonomia para isso. Já aconteceu várias vezes de dizer para a médica que puncionamos, repuncionamos e não deu certo, que está muito edemaciado, que vi no ultrassom... E na minha opinião é melhor o paciente voltar amanhã ou colocar um gelo e esperar para ver se dá para repuncionar daqui meia hora. Ou, então, que o paciente dialisou 2h e ganhou pouco peso, se não é melhor suspender a

sessão. Geralmente, eles acatam. Entende? Eu sinto que temos poder de decisão ou pelo menos de influenciar a decisão quando fazemos a nossa avaliação e damos o nosso parecer.

Outro ponto importante é que aqui temos liberdade para trazer inovação. A instituição é muito aberta para tudo que é novo, porém tem que ser conversado e aprovado pela coordenação. Se for assunto de enfermagem, tem que ser aprovado pela gestora de enfermagem. Por exemplo, eu falo: – Fui no congresso, vi essa técnica, o que você acha? Daí ela vê se pode, não pode, se tem que envolver equipe médica, a coordenação de práticas assistenciais ou se ela mesma pode dar o aval. A partir daí podemos pôr em prática e observar o que acontece.

Nas ocasiões em que precisamos mudar algum protocolo aqui na diálise, a nossa gestora conversa com todos os enfermeiros e damos a nossa opinião. Tem coisas que são discutidas com a equipe toda, mas os técnicos de enfermagem não participam muito, não sei... Eles ficam receosos.

Reconheço que a nossa equipe é muito unida, não tenho o que falar. Eu sempre tento dar abertura, falo que todos estão em crescimento e que não é porque sou enfermeira que não posso crescer junto com eles. Eu penso que todo mundo tem algo para contribuir com o grupo. Como a maioria deles trabalha em dois empregos, às vezes veem alguma coisa interessante no outro vínculo e trazem. Se for para melhor, é sempre bom, por isso a gente sempre dá abertura. É claro que depois avaliamos se é possível implementar ou não e damos um retorno.

Eu vejo que eles trabalham mais motivados quando veem e sentem a enfermeira ao lado. Tem enfermeira que larga o funcionário e eles trabalham sem apoio, eu acho isso muito ruim. Não é que eu faça o trabalho deles, mas também não fico só na parte burocrática. Eles sabem que têm o apoio, que estou junto... Não só na hora que chamam para resolver alguma coisa, mas o tempo todo. Sinto que quando não é assim, eles ficam meio chateados, porque parece que você trabalha, trabalha e outra pessoa fica sossegada. Eu sou assistencial, mas sei que tenho outras atividades que eles não têm que fazer, porém se eles não nos vêem ao lado, se sentem meio ignorados.

Outra coisa que motiva os funcionários é quando eles nos veem gerenciando a equipe, definindo quem faz o quê, para não deixar uns trabalhando mais que outros. Eu percebo que isso ajuda bastante.

O elogio também faz parte, o reconhecimento diário. Dizer: – Hoje, você está demais! Eu tenho o hábito de fazer isso... É o meu jeito e vejo que isso empolga os funcionários.

Particularmente, o que me motiva é conseguir o plantão sem pendências, chegar no final e ver que está tudo organizado. Ah! Isso é muito bom. Porque chegar no final e ver que faltou isso, faltou aquilo, que está meio bagunçado... Me sinto mal. Então, quando eu consigo gerenciar para passar o plantão organizado, eu fico satisfeita!

Para mim, o clima de trabalho influencia muito na motivação. Por exemplo, eu trabalho com uma equipe que tem um relacionamento muito bom, então eu venho super feliz para trabalhar. Às vezes, é claro, ficamos com preguiça [risos] ... Mas não significa que não queremos vir para este trabalho, fazer estas coisas, encontrar com essas pessoas... Nada disso. É a interação da equipe, esse

engajamento que motiva. Sabe, eu me sinto mal quando acontece alguma coisa e não posso vir ou fico doente, por exemplo, porque sei que vou fazer falta na equipe, que eles vão ter que trabalhar mais por eu não estar lá. E esse é um pensamento geral na equipe, não só meu, eu vejo isso neles.

Com relação às questões de segurança, quando ocorre algum incidente, nós passamos para a gestora, é feita a notificação no sistema e conversamos com o profissional, orientamos, buscamos ver o que poderia ter feito melhor. Eu sinto que eles ficam muito chateados quando acontece alguma, ficam com vergonha por estar envolvido naquele erro, mas não que eles tenham vergonha de assumir, não ficam com medo, eles se sentem responsáveis pelo que ocorreu.”

Data: Janeiro de 2020.

Início: 17h15min. **Término:** 17h54min.

Caracterização do participante: Enfermeira, 41 anos, especialista em Enfermagem em Nefrologia. Graduada há 17 anos, atua em serviços de diálise há 16 anos e, neste serviço, há 7 anos.

Narrativa:

“Eu tive uma professora na faculdade que era chefe de uma clínica de hemodiálise, ela sempre indicava aos alunos que tivessem interesse na área a fazer estágio extracurricular nesse local. Foi o que eu fiz, no final do segundo ano, comecei a estagiar, gostei e fui ficando... Foram quase 2 anos e quando saí, sabia que era isso que eu queria fazer, ser enfermeira de diálise!

De manhã, eu trabalhava em uma clínica privada e pequena, todos pacientes eram de convênio. Veja, o reuso era feito por no máximo seis vezes; todo o material ficava à disposição; tínhamos treinamentos frequentes, então o número de infecção era pequeno; os procedimentos vasculares eram feitos em um hospital próximo, do qual éramos terceirizados, por isso a mobilidade era boa e rápida. Era bem tranquilo e organizado.

No período da tarde, eu trabalhava em um ambiente totalmente oposto, a clínica era grande, tínhamos três turnos com 45 pacientes cada e atendíamos tanto SUS [sistema único de saúde] como convênio. Particularmente, nem sabíamos quais eram pacientes do SUS e nem do convênio; graças a Deus não tinha diferença: a comida, o atendimento, a sala, tudo era o mesmo. Eu lembro que um cirurgião vascular vinha até a clínica e passava cateter de curta permanência e fazia pequenas intervenções nas fístulas quando precisava, mas depois foi proibido fazer esses procedimentos na clínica. Com isso, os pacientes de convênio tiveram que procurar um cirurgião vascular que atendesse pelo seu convênio e para os pacientes do SUS formalizamos um contrato com uma clínica vascular, para onde encaminhávamos os pacientes, quando necessário. Todos eram muito bem assistidos, mas a rotatividade de pacientes era grande, tornando difícil ter um controle sobre os acessos vasculares.

Eu sempre fui enfermeira assistencial, mas pela manhã também respondia como RT [responsável técnica]. Com a experiência nessas duas clínicas, eu tenho a impressão de que nas unidades satélites nós ficamos muito limitados, não temos muito o que aprender ou oportunidade para crescer, ficamos estagnados, por isso eu quis vir para uma clínica intra-hospitalar. Aqui você começa estudar mais, crescer, evoluir... O ambiente te impulsiona para isso.

Sabe, eu vejo que o mundo aqui é um pouco diferente, porque apesar de ser convênio também, é um convênio melhor, os pacientes são mais exigentes, conhecem muito sobre a sua doença e o seu tratamento, têm mais recursos à disposição... Quando é necessário, a maioria deles interna aqui mesmo, portanto é fácil resolver. Além disso, a maior parte é acompanhada pelo nosso cirurgião vascular de referência, por isso, qualquer problema com fístula ou cateter a resolução é muito rápida e fácil, bem diferente de ver se o convênio dá direito, esperar fazer, voltar... Ah! Nesses casos é muito mais difícil trabalhar.

Aqui, nós não recebemos paciente ambulatorial com cateter de curta permanência. Há casos em que o paciente é admitido no hospital em situação de urgência, é passado um cateter de curta permanência, mas sai de alta com cateter de longa permanência. Outra situação possível é quando o paciente vem de outra instituição com infecção e, aí sim, tira o permanente e fica com de curta duração enquanto trata a infecção. No entanto, em outras clínicas que eu já trabalhei era diferente. Era passado um cateter de curta permanência na internação, o paciente ia para casa com ele e dialisava um bom tempo assim... Confesso que vi ficar três meses, até encaminhar o paciente para outra clínica ou hospital para passar o permanente ou fazer fístula. Nossa! Era muito complicado.

No que se refere a programas de treinamento, como te disse, esse é dos fatores que fazem com que aqui nós tenhamos mais oportunidades de crescimento. Logo que vim para cá percebi que tinha uma possibilidade de aprender mais, pois estamos sempre estudando, lendo, temos muitas aulas para participar...

O hospital oferece todos os meses várias oportunidades de cursos, em diversas áreas do cuidado, e em clínicas menores você não tem isso. Eu me lembro que a lei exigia que os enfermeiros da diálise dessem treinamentos para os técnicos. Portanto, quando eu era estagiária, a enfermeira pedia para eu realizar esses treinamentos com temas sobre os medicamentos mais usados, cálculo de medicação, parada cardiorrespiratória.... Depois que eu me tornei enfermeira, fazia também, mas o tempo era mais curto, muitos pacientes, muita coisa para fazer, nem sempre dava. Diferente daqui, que o hospital oferece vários cursos online, preparados pela equipe de Educação Continuada. Todos os meses, praticamente, temos que fazer algum curso: eles divulgam e fazemos online, tem até nota. Tem outros cursos que somos obrigados a fazer presencial, como parada cardiorrespiratória e brigada de incêndio.

Eu sempre gostei de trabalhar em hemodiálise porque sinto que tenho bastante autonomia para tomar decisões referentes aos assuntos da enfermagem. Graças a Deus, nos três lugares onde eu já trabalhei, muitos anos em cada um, os médicos e a equipe como um todo têm confiança no enfermeiro, reconhecem e valorizam o nosso trabalho. Claro que me refiro a coisas que dizem respeito à enfermagem, lógico! Os técnicos direcionam as demandas para as enfermeiras assistenciais de cada turno e nós resolvemos.

Quando eu falo com o médico que o cateter está ruim, não está funcionando ou está com fluxo baixo, é porque já fizemos várias coisas, como inverter as vias, fazer flush, passar soro, posicionar o paciente de lado... E, ainda assim, não está funcionando. Portanto, quando comunicamos o médico,

já tomamos todas as condutas de enfermagem e não funcionou. Não vamos simplesmente falar que não está funcionando sem ter feito nada, não transferimos o problema. Sabemos nosso papel, nossa responsabilidade.

Sabe, esse olhar clínico do enfermeiro é muito importante. Eu vejo que, às vezes, o técnico punciona e depois chama para falar que a fístula estava sem frêmito. Como que ele não viu isto antes? Se vai puncionar, tem que avaliar o acesso primeiro.

Nos últimos tempos, eu tenho sentido que os vasculares [cirurgiões] estão começando a nos ouvir melhor, mas ainda assim, mesmo em um hospital como este, o vascular não nos escutava muito. Você falava que a fístula estava colabando, com pressão venosa alta, fluxo baixo, problemas na punção, que estava preocupada, achando que não evoluiria muito bem... E ele pedia para você ter calma, que a fístula era nova, para esperar. Ele até fazia ultrassom e dizia: – Nossa, o fluxo está ótimo! A fístula está ótima, não tem nada! E você tinha que insistir até que ele decidisse olhar com detalhe e ver que realmente tinha uma estenose, trombose, aí sim, colocava stent... Só então via que você tinha razão. Puxa! Quando a gente fala que tem problema é porque tem, pode olhar. Agora, depois que começamos a trabalhar com um vascular de referência, isso está melhorando, avançamos muito. Ele telefona para nós nos primeiros dias de uso da fístula e pergunta qual nossa avaliação, como foi a punção, se deu fluxo... Ele sabe que temos experiência, conhece nosso trabalho, então, nos ouve mais.

Lembro que fui fazer especialização [Enfermagem em Nefrologia] para me capacitar ainda mais, porém percebi que não me deu subsídio nenhum. Eu continuei sabendo o que eu sabia. Para ter uma ideia, a turma começou com 70 alunos e terminou com 15, porque quem não tinha noção do que era hemodiálise continuava sem saber e para quem já atuava, o conteúdo era muito superficial. Eu me lembro que os professores não falavam fístula arteriovenosa, falavam "FAV". A enfermeira do lado olhava para mim e perguntava: – O que é FAV? Aconteceram vários episódios assim. Como eu já tinha feito 2 anos de estágio e estava há 1 ano trabalhando, sabia do que eles estavam falando. Lógico que aprender a teoria é bom, mas considero que foi muito superficial e sem aplicabilidade prática. Por exemplo, sobre a fístula foi falado como é feita, como funcionava, frêmito, circulação colateral... O básico, nada aprofundado. Não posso falar que me acrescentou muito.

Com relação ao cuidado com o acesso vascular, aqui, é a enfermeira que começa a puncionar as fístulas novas e depois, quando está boa, passa para os técnicos; cateteres nós sempre acompanhamos para ver se têm alguma disfunção ou complicação. A partir daí os técnicos assumem o cuidado e nós resolvemos os problemas que surgirem.

Quando tratamos de acesso, penso que o fato de termos ultrassom é um diferencial. Apesar de ter muita experiência e gostar de seguir o meu tato, sentir e ver o trajeto, com o ultrassom eu consigo saber perfeitamente onde está a agulha. Isso nos dá um norte para que não façamos hematoma e nem seja necessário repuncionar. Geralmente, usamos na primeira punção para ver o trajeto, presença de colaterais, calibre, profundidade... Esse equipamento é muito bom, nos ajuda demais. Quando foi comprado, veio o representante dar um treinamento e também o vascular daqui deu uma aula sobre o uso.

No dia a dia, a avaliação que fazemos do braço do paciente é para ver se está edemaciado, hiperemiado, com sinais de infecção, como está o frêmito... Temos um olhar clínico para tudo isso. Há muito tempo fui a um congresso multidisciplinar específico sobre acesso vascular para hemodiálise, mas foram abordadas muitas temáticas da área médica, como novas técnicas para confecção de fístula, cateteres novos que estavam surgindo no mercado, estas coisas. Praticamente nada da enfermagem foi discutido. Eu esperava aprender sobre exame físico do acesso, punção, mas não teve nada disso. É muito difícil encontrar treinamentos específicos nessa área.

Eu acho que a instituição poderia ofertar isso, pois os cursos que nós fazemos são gerais. A nossa gestora corre muito atrás de treinamentos para nós, enfermeiras. No ano passado mesmo, ela solicitou aos representantes comerciais auxílio para que pudéssemos participar de alguma atualização. Acredito que se tivéssemos cursos específicos, talvez pudéssemos melhorar o nosso olhar clínico sobre a fístula, o cateter, o PTFE [enxerto de politetrafluoretileno], o Hero®. Percebo, que estamos defasados na questão de avaliação do acesso, queria ter mais treinamentos sobre isso.

Em outra época, vejo que fui muito resistente, felizmente não sou mais, tenho vontade de aprender coisas novas. Por exemplo, eu sei que tem lugares que o Hero® não tem dado certo, mas aqui está indo bem, pois o representante e o cirurgião vascular vieram, explicaram como o que é, como funciona, os cuidados que devemos ter... Por isso, eu acho que se ampliasse essa parte de treinamentos específicos, teríamos resultados ainda melhores.

De um modo geral, eu sinto que tenho muito apoio no trabalho que realizo. Qualquer problema que eu não consiga resolver, passo para a coordenadora e se ela não conseguir, passa para a gestora. Mas, sempre conversamos juntas e tentamos resolver, depois vamos conversar com a equipe, ver o que pode ser feito para melhorar. Sinto que tenho total apoio, em nenhum momento me sinto sozinha.

A equipe também é muito colaborativa. Sempre tem um ou outro que é mais complicado, mas isso tem em todos os turnos e em todos os lugares. Em geral, eles colaboram muito entre eles. Alguns trazem ideias novas, dizem que viram fazer de tal jeito em outro lugar e perguntam se não poderíamos tentar aqui. Por exemplo: – No outro lugar que eu trabalho tem lencinho umedecido que tira cola do cateter e do braço, será que dá para usar aqui para não precisar friccionar tanto o braço do paciente? Ou falam sobre um objeto para apoiar o braço, essas coisas... Sempre que eles trazem alguma sugestão, eu valorizo, dou atenção, escuto, pois a nossa gestora é muito aberta. Melhorias aqui são sempre bem-vindas, sempre! Nós escutamos e depois a nossa gestora analisa, vê se é possível incluir no pacote, se é bom, se é viável...

Eu considero que o ambiente de trabalho tem que ser bom, agradável, feliz. Todos precisam estar bem, pois sempre tem aquela ovelha negra que acaba contaminando o resto. Se a equipe está bem, está com clima bom, funciona. Por isso, eu considero que não devemos trazer problemas de fora para cá, temos que chegar aqui e trabalhar. Sabe, quando tem muito disse-me-disse, muita fofoca, acaba atrapalhando; às vezes uma coisa nem é verdade e vai se espalhando, quando vê um está triste, o outro está chateado e você não sabe o porquê. Até descobrir, o problema já tomou outra proporção. Então, eu percebo que ter muita fofoca desmotiva a equipe e torna o ambiente de trabalho ruim.

Outra coisa que desmotiva é perder dinheiro, pois sempre que mexe no bolso eu vejo que complica, por exemplo, diminuir o convênio médico que é ofertado pelo hospital, aumentar o desconto da alimentação... Isso tudo desmotiva.

Eu vejo que eles gostam [técnico/auxiliar de enfermagem], quando damos liberdade para agirem, quando percebem que confiamos neles. Outra coisa é conciliar as folgas e as férias que eles querem. São coisas que conseguimos fazer, não é difícil. Na verdade, considero que devemos fazer isso, porque um ajuda o outro. Aqui pensamos muito assim: se o técnico pede para ir embora mais cedo e você responde que tem que cumprir horário, que não pode, quando você precisar dele, ele também vai falar não. É claro que analisamos se não vai prejudicar o setor, o trabalho, principalmente os pacientes... Se não for prejudicar, nós sempre ajudamos. Eu percebo que eles pensam assim também e, por isso, sempre nos ajudam quando precisamos.

Sabe, se o funcionário quiser estudar na faculdade do hospital, tem desconto. Tem auxílio educação também, mas funciona assim: você pede, o hospital analisa e, se merecer, eles dão. Eu, por exemplo, sempre vou a congressos. O hospital sabe que isso reflete no trabalho, pois, quando eu volto, passo à equipe o que eu aprendi e melhoramos o serviço. Para mim, é uma motivação. Os técnicos também podem, mas solicitam menos. Aqui é muito bom de trabalhar por causa disso.

Para mim, quando fazemos o nosso trabalho direito, temos o reconhecimento da empresa. Aqui temos muitas oportunidades de crescer, de fazer provas internas, se tornar supervisora, coordenadora, de técnico passar para enfermeiro... Vi isso acontecer. Portanto, oportunidades têm, claro que precisamos fazer provas, mostrar habilidades, mostrar potencial, não sair de licença médica sem necessidade, não faltar, ser um bom funcionário... Daí faz a prova e vê.

Com relação a nossa estrutura, não posso reclamar de material, equipamentos, pessoal... Temos tudo para trabalhar. Não falta! A menos que tenha licença, falta, folga, férias, mas sempre tem alguém para cobrir, não ficamos descobertos. Material de almoxarifado fica dentro da sala, nós fazemos um inventário de tempos em tempos para saber quanto tem de material e a cobrança é feita por pacote. Isso facilita muito a nossa vida! Não podemos esquecer de cobrar nada no sistema, pois caso contrário fica desfalcado. Tem kit cateter, kit fístula, tudo. Por exemplo: a fístula vazou? Não precisa ficar pedindo para o almoxarifado mais uma gaze e o paciente ficar sangrando até chegar. De jeito nenhum! Temos tudo na sala. Isso facilita muito.

Sabe, eu considero que, neste hospital, somos orientados a cumprir à risca os protocolos e isso é muito bom, nos dá a garantia de que estamos fazendo as melhores práticas. Para mim, trabalhar em um lugar com tantos protocolos, tantas regras, é bom. [...] É claro que às vezes reclamamos que tem muita papelada, mas isso só traz benefício. Nas clínicas, pela minha experiência, às vezes fica mais solto. Um exemplo: Noripurum®. Cada lugar que eu trabalhei era de um jeito. Em um lugar, eu via um técnico fazendo em uma seringa de 20ml, diluído. Fazia devagar? Fazia rápido? Não sei. Quando eu virava as costas, outro técnico fazia diluído em soro de 50ml, outro fazia em soro de 100ml. Então, tinha um protocolo escrito, mas não era seguido, cada um fazia de um jeito. Para mim, isso é um problema, não me sentia segura em supervisionar aquela equipe, não sabia como as coisas eram feitas,

considerava um perigo para o paciente. Aqui não, o protocolo é fazer na seringa, na máquina, faltando uma hora para acabar a sessão e todo mundo faz assim. Todos!

Algumas pessoas podem achar que isso é robotizar a equipe, mas, para mim é uma questão de segurança, de ter um modelo de trabalho a ser seguido. Aqui, todos compreendem a importância de termos as práticas bem definidas, mas, principalmente, eu vejo que é uma questão de o enfermeiro exigir mesmo, ter pulso firme, monitorar, reforçar os motivos, os riscos e supervisionar o andamento. Onde eu trabalhei não tinha isso, eram muitos pacientes, pouca gente, tanta coisa para olhar... Eu passava o dia apagando incêndio e os cuidados ficavam sem olhar. Eu não tinha como olhar, não dava.

Além disso, trabalhei com técnicos que me diziam: – Você acabou de chegar e quer mandar em mim? Eu sei como se faz Noripurum®. Alguns trabalhavam lá há 20 anos, eram muito resistentes. Eu pensava: – Você é enfermeira, tem que se impor. Mas como? Era muito difícil. Como eu senti dificuldade com os técnicos! Era complicado fazer valer os protocolos por causa disso, tinha que conquistar a confiança deles [técnicos de enfermagem] aos poucos, devagar.

Quando você entra em um hospital que tem um programa de qualidade, que tem esta cultura, isso facilita muito nosso trabalho. As pessoas entendem que as práticas têm uma fundamentação científica, têm uma forma correta de fazer... É muito mais tranquilo e fazem com que eu me sinta muito mais segura.

É claro... Eu entendo que, com o tempo, acabamos inserindo nosso jeito próprio de fazer as coisas. Por exemplo, eu fui treinada para ligar o cateter de uma forma, de repente, em lugar de colocar a gaze dobrada, passei a colocar aberta. Outro técnico passou a dobrar a gaze três vezes, porque achou melhor assim. Quando nos damos conta, cada um está fazendo de um jeito e certas adaptações podem causar complicações. Por isso, de vez em quando chamamos todo mundo, revisamos as técnicas e voltamos ao padrão. Da última vez, foi sobre curativo de cateter e lavagem de mãos. A coordenadora deu uma aula e acompanhou todos fazendo para acertar a técnica. Eu vejo que, às vezes, é preciso retomar.

Isso acontece com os pacientes também. Eu fui enfermeira de diálise peritoneal e me lembro que treinava o paciente de um jeito, daqui um ano pedia para voltar e rever a técnica... Nossa! Eu me assustava: – Não foi assim que eu te ensinei! Não é que seja errado mudar, mas desde que não contamine. Se você mudar a técnica e deste jeito tornar mais fácil contaminar do que o jeito anterior, melhor voltar. Desde que não contamine, é válido. Às vezes ocorre de os técnicos [de enfermagem] acharem mais fácil fazer de um jeito e pedirem para olharmos para ver se não está contaminando. Se virmos que não está, deixamos. Mas, se considerarmos arriscado, não.

Com relação às questões de segurança do paciente, quando acontece algum incidente, todos podem notificar. Os técnicos sabem, todos sabem que podem notificar e como fazer. Por exemplo: o paciente caiu. O médico atende, inicia o protocolo de cuidados e nós notificamos. O paciente é reorientado e sempre reforçamos com a equipe: pedimos para manter a cama baixa, deixamos a campainha ao lado do paciente, levamos em cadeira de rodas... Não é perfeito, mas tentamos.

Sabe, não é apontando o dedo, a notificação é usada para melhorar o cuidado. Os gestores do hospital têm reunião todos os dias para discutir as coisas mais importantes que ocorreram no dia anterior. São expostos os problemas e eles discutem as melhores soluções”.

Entrevistado: ETE 1

Data: Janeiro de 2020.

Início: 10h10min. **Término:** 10h52min.

Caracterização do participante: Técnica de Enfermagem, 46 anos. Atua em diálise há 21 anos e, neste serviço, há 2 anos.

Narrativa:

“Para dizer a verdade, eu não escolhi trabalhar em diálise. Eu fiz o curso [Técnico de Enfermagem], me formei e fiz a prova para trabalhar em um hospital geral. Qualquer setor que escolhessem para mim estava bom. Como a hemodiálise ainda seria inaugurada, fizemos um treinamento e fomos trabalhar na enfermaria, esperando até abrir a unidade... E foi rápido, antes de 3 meses, fomos para lá.

Esse treinamento que te falei foi como um curso, porém a enfermeira da diálise falou só a parte técnica, a prática mesmo. Eu lembro que foi realizado no próprio setor; para simular a instalação de um paciente na máquina, eu pegava a linha arterial, pinçava e colava no meu corpo, eu via subir o soro, como se fosse o sangue do paciente... Era bem legal! Todos os funcionários [técnicos de enfermagem] tinham de participar e durou em torno de 3 semanas. Isso fez uma grande diferença para mim, me deu mais segurança para começar. Só não incluiu punção porque não tinha como, mas as demais técnicas, aprendemos todas. Claro que não posso dizer que iniciei sabendo tudo. Não! De jeito nenhum! Mas tirou muitas dúvidas, aquele medo, aquela insegurança... Eu nem sabia o que era hemodiálise, nunca tinha visto.

Sabe, eu gosto de trabalhar em diálise, gosto muito do dia a dia. Para mim, antes do curso, era um bicho de sete cabeças, mas depois eu fui adquirindo experiência... Acabei gostando, hoje eu levo de boa. É lógico que eu não sei tudo em diálise porque a gente sempre tem muita coisa para aprender, mas hoje é tranquilo.

Às vezes, acontece de eu me sentir um pouco insegura, principalmente, quando o paciente é novo. Portanto, no primeiro dia de sessão, eu converso com a enfermeira e peço orientação, mas, depois, no dia a dia é tranquilo. Quando me sinto insegura, eu procuro alguém. Se for uma fístula mais difícil ou que eu tenha deixado de puncionar por duas sessões ou mais, peço auxílio de uma colega ou da enfermeira, alguém que tenha puncionado o paciente recentemente. Imagine se eu vou lá, punciono e não dá certo. E aí? Melhor pedir ajuda. E as pessoas ajudam.

Para mim, o trabalho da enfermagem faz muita diferença para o paciente. Sabe por quê? Eu penso que a fístula é a vida dele, é a vida que está em nossas mãos. Se você não sabe puncionar, se você tem dúvida, se você erra... Errar é humano, eu sei, mas persistir no erro não está certo. Então,

penso que você tem que ter consciência do que está fazendo e sempre fazer bem feito... Se não sabe, aprenda.

Na hora da punção, por exemplo, não é só ir lá e puncionar e pronto. Não! Você precisa analisar. Quanto está o fluxo? Eu inicio sempre com fluxo baixo e depois vou aumentando... Preciso avaliar se atingiu um bom fluxo. Se não atingiu, eu desligo, testo a punção... Se não der certo, eu comunico a enfermeira, ela vem e avalia se é para tirar a agulha, puncionar em outro lugar... E faço o que tiver que fazer. O que eu não posso é ligar o paciente de qualquer jeito e sair.

É sempre assim, antes de puncionar, eu observo o braço do paciente: como está o frêmito, se está edemaciado, se tem hematoma, alguma lesão... Porque não pode. Ah! Eu vejo se está com sinais flogísticos também. Sempre que percebo alguma coisa diferente, eu comunico ao enfermeiro, que comunica ao médico, para tomar as providências: se vai entrar com antibiótico, se vai encaminhar para o vascular, algo nesse sentido. Imagine se eu não vejo, só vou lá e punciono, pode dar uma complicação para o paciente, não é?

Alguns pacientes consideram o nosso atendimento muito bom, mas cada um tem seu ponto de vista. Isso varia de paciente para paciente. Por exemplo, um paciente avalia o técnico X como um bom funcionário, porque punciona bem, faz todos os procedimentos certos... Outro paciente que não avalia da mesma forma, prefere outro técnico. Eu acredito que é mais uma questão de empatia do que da técnica em si. Eles passam muito tempo conosco, então acabam se afeiçoando mais a uns do que a outros. Faz parte do trabalho... Às vezes acontece de o curativo do cateter sair, descolar da pele, e o paciente já chegar questionando, dizendo que o técnico fez o seu curativo errado. Nesses casos, penso que é mais fácil culpar alguém que procurar saber o que aconteceu.

No meu ponto de vista, os médicos valorizam mais o trabalho da enfermagem que os próprios pacientes. Alguns profissionais da enfermagem também valorizam, mas outros não. Eu vejo que alguns profissionais [os enfermeiros e o gestor] poderiam melhorar a forma como falam comigo; algumas vezes, são grosseiros... Sabe tem coisas que aprendi de um jeito que é diferente do que ele aprendeu. Se é para fazer diferente, explica, vou entender. Tem saber falar com as pessoas! Isso acontece entre o núcleo de enfermagem, não com os médicos. Com os médicos é tranquilo.

Na troca de turno, eu percebo que tem certa preocupação com a qualidade do que estamos fazendo, mas é muita correria, tem que ser tudo rápido. Sempre ouço os enfermeiros falando: – Vamos trocar. Enxágua. Faz desinfecção. Monta capilar. Vamos! Eles não falam diretamente para correr, mas a gente percebe a cobrança para que o ritmo seja rápido. Não é fácil!

No dia a dia do trabalho, posso dizer que é muito difícil ser ouvida pela gestora, sabe aquela expressão “Ter que fazer um abaixo-assinado para marcar o dia da reunião pra ser ouvida”? É mais ou menos assim... Caso contrário, você nunca é ouvida! Eu já nem falo nada, porque a minha opinião não vai satisfazer ninguém.

Para você ter uma ideia, quando vai mudar alguma coisa, o técnico [de enfermagem] é só comunicado. A chefia imediata diz: – Leia o protocolo de enfermagem que foi modificado e assine que

está ciente e a partir de agora vai ser assim. Não participamos da elaboração de nada, ninguém pede nossa opinião.

Sabe, eu gostaria de participar, gostaria de ser mais ouvida. Pelo menos, que perguntassem: – Como você acha que paciente evoluiu? Como você acha que poderíamos melhorar isso? Eu penso que não deveriam mudar os protocolos, sem consultar os técnicos, como foi com o de queda, ninguém pediu nossa opinião. Eu não concordo com essa forma de agir dos supervisores. Eu acho que deveriam chamar, sentar, explicar, perguntar se temos alguma ideia, explicar a proposta... Eu já li a pasta de protocolos que tem aqui. Porém, os enfermeiros deixaram lá no posto de enfermagem, mandaram ler e assinar. O que acontece na prática, é que algumas coisas que estão nesses protocolos são realizadas, outras não. O de queda, por exemplo, seguimos quase tudo; outros não. Tem gente que nem sabe o que está escrito lá.

Eu me considero uma pessoa muito fechada, falo somente o necessário e faço o que tiver a meu alcance. Se eu precisar de alguma coisa ou tiver dúvida, eu chego, peço licença e digo o que preciso. O colega responde e pronto. Posso dizer que não sou muito questionadora, não entro em atrito. Não vai mudar nada mesmo.

Com relação a recursos, equipamentos, medicamentos, material... Sempre tem. O que falta mesmo é funcionário. Tem folguista, mas está faltando um funcionário no período intermediário que não foi repostado. As faltas não são frequentes, mas quando acontecem, ficamos muito sobrecarregados, porque já cuidamos de cinco pacientes por turno.

Veja, se acontecer um problema com o paciente que não deveria ter acontecido, eu falo com a enfermeira. Se eu errei, ela corrige o erro e, se for para aplicar advertência escrita, aplica; se não for, faz só verbal e já avisa que a próxima será escrita. Se o erro não for meu, eu vou falar de quem foi. Muitas vezes, pode não ter um único culpado, entende? Se tiverem dois funcionários mexendo em uma máquina e acontecer um erro, os dois erraram. Por exemplo, se eu liguei a máquina e outro instalou o paciente, a culpa é dos dois. Não vou apontar o dedo e dizer foi ela ou ele, sendo que nós dois estávamos na máquina. Agora, se eu puncionei o paciente, instalei e fiz alguma coisa errada, o erro foi meu e eu assumo. Por exemplo, esqueci de fazer heparina e o sistema coagulou, então o erro foi meu.”

Entrevistado: ETE 2

Data: Janeiro de 2020.

Início: 16h10min. **Término:** 16h22min.

Caracterização do participante: Técnica de enfermagem. Atua em serviços de diálise há 6 anos e, neste serviço, há 6 meses.

Narrativa:

“Posso dizer que eu me identifiquei com a hemodiálise desde quando eu estudava. Quando fiz o curso técnico [de enfermagem], tinha a opção de fazer especialização em Hemodiálise e acabei fazendo. Fiz estágio em uma clínica e me identifiquei muito. Foi muito bom! Por coincidência, o meu primeiro emprego foi em hemodiálise. Aí eu não quis sair mais! [risos].

Eu gosto de tudo na hemodiálise, mas, na verdade, eu gosto mesmo de cuidar. Independentemente, se fosse em outro lugar, penso que me identificaria também, porque o cuidado é minha profissão. Aqui, temos a oportunidade de ver um paciente que vem crítico, evolui, melhora e, assim, você percebe que, realmente fez parte daquele processo atuando como técnico de enfermagem. Isso é muito gratificante para mim! Eu gosto disso! É muito bom!

Para mim, o trabalho que faço com o acesso vascular é muito importante, pois tem que ser muito bem manuseado. É preciso lavar muito bem as mãos, todo procedimento estéril, usar máscara para proteger, tanto o paciente como a nós mesmos, tem que ver sinais flogísticos, secreção, fluxo sanguíneo, várias coisas... Se tiver algum problema, identificamos e informamos o enfermeiro.

Por isso eu sinto e te digo que esse trabalho é muito importante, nós que estamos na linha de frente, perto do paciente. Eu já trabalhei no SUS [sistema único de saúde] e no particular. Eu percebo que algumas coisas no SUS poderiam melhorar muito em termos de cuidados. O problema é que no SUS trabalhamos muito sobrecarregados, tem muitos pacientes, muitas intercorrências, os pacientes são mais graves e desse modo, não conseguimos dar a assistência que eles merecem. Sabe, eu percebo que no SUS, os pacientes chegam mais graves, descompensados. Onde eu trabalhava vinham pacientes internados para dialisar, então estavam em estado bem crítico. Diferente daqui, em que eles chegam estabilizados. Por isso é muito mais tranquilo.

Hoje em dia eu não me sinto insegura para realizar meu trabalho, mas nunca podemos ter 100% de confiança, porque eu acho que quando confiamos 100%, deixamos de conferir, checar, avaliar e é aí que falhamos. Sempre tem que achar que você não sabe tudo, que sempre pode aprender mais.

Lembro que quando comecei a trabalhar em diálise foi muito difícil, pois me colocaram para acompanhar pessoas que não gostavam de ensinar. Eu tive que ter muita força de vontade para

aprender. No primeiro mês, eu não pude fazer quase nada porque a pessoa que ficou encarregada de estar junto comigo não se preocupava em me ensinar. Por um lado, eu até entendo, porque o trabalho em si já sobrecarrega demais, tem lugares em que ficamos sobrecarregados mesmo. Mas, aí, decidi conversar com minha chefe e dizer que não estava dando certo, pois eu queria muito aprender. Isso sempre foi meu sonho! Eu não poderia deixar escapar aquela oportunidade. Sabe, cheguei a pensar que não iria nem ser aprovada no período de experiência por conta de não estar conseguindo aprender os procedimentos, as rotinas, o trabalho mesmo.

Sabe, eu me preocupava porque, com o paciente na máquina, qualquer coisa que você fizer errado, pode matá-lo. Eu me sentia insegura por conta disto. Foi quando minha chefe me ouviu e pediu para que outra pessoa me acompanhasse e em duas semanas eu me desenvolvi bastante. Faltando 15 dias para acabar os três meses [período de experiência], eu comecei até a puncionar. Confesso que foi ótimo; um período com tudo bem detalhado, bem direitinho, ela me explicava tudo. Só mesmo no primeiro mês que foi bem difícil, como te disse.

Quando cheguei aqui, como já tinha experiência, não precisei de treinamento. Só me passaram a rotina do serviço mesmo.

Hoje, quando tem uma punção mais difícil ou alguma coisa assim, eu sinto que tenho ajuda. Eu sempre busco aprender e aprendo muito com as pessoas que trabalham comigo. Graças a Deus, eu me considero muito boa em punção do acesso. Eu gosto de sentir bem o trajeto, testar antes para não fazer hematoma, procuro usar meu tempo fazendo os cuidados com calma. Sabe, quem sofre com os nossos erros são os pacientes, principalmente, quando se trata da fístula. Aqui, se você punciona e não dá certo, vem a sua enfermeira, te explica, você aprende. Nesse aspecto, é bem tranquilo.

A minha função aqui é cuidar dos pacientes que assumo. Fazemos rodízio entre os pacientes mensalmente. Posso dizer que vejo os cuidados como rotineiros de qualquer serviço de hemodiálise: ligar e desligar pacientes, trocar curativo, deixar a máquina pronta, testar o capilar para ver se não tem resíduo de desinfetante, verificar pressão do paciente, verificar o frêmito antes de puncionar, realizar os cuidados com o cateter, essas coisas.

No cuidado do paciente antes de instalar a hemodiálise, a primeira coisa que eu observo é o frêmito, para mim, é o mais importante, pois se o paciente chegar com a fístula parada e eu puncionar, será em vão. Eu vou machucar o paciente sem ter necessidade. Depois eu ausculto com o estetoscópio para ver se tem pulso, vejo sinais flogísticos, hematoma.... Isso tudo eu avalio e comunico ao enfermeiro, tanto na prótese como na fístula. Às vezes, quando tem coágulo, oriento o paciente a fazer compressa morna em casa para dissolver os coágulos, para não ter problema com punção. Acontece de o paciente ter o acesso difícil e pode ser alguma estenose, então, também comunicamos ao enfermeiro.

Olha, os pacientes recebem bem as informações, mas não conseguimos ter certeza de que eles seguem. Nenhum paciente diz que não faz, mas não havendo melhora, percebemos que não está fazendo como deveria ser feito. Porém, sempre orientamos, faz parte do cuidado. Quando ocorre algum

hematoma, por exemplo, fazemos a compressa de gelo e, às vezes, já saem daqui com o braço melhor e orientamos massagem e compressa em casa.

Quando você me pergunta sobre como são realizadas as mudanças de protocolos e desenvolvidos os programas de capacitação, por eu estar aqui há pouco tempo, não tive oportunidade de participar de nenhuma coisa assim, mas eu acredito que, se tiver, as enfermeiras vão comunicar. Também não presenciei nenhuma falha nos cuidados, acredito que aqui fazemos tudo certinho. Pelo menos eu acho”.

Entrevistado: ETE 3

Data: Janeiro de 2020.

Início: 16h50min. **Término:** 17h03min.

Caracterização do participante: Técnica de Enfermagem. Atua em serviços de diálise há 19 anos e, neste serviço, há 7 anos.

Narrativa:

“Quando eu fiz o estágio no curso Técnico de Enfermagem na hemodiálise, isso foi em 1999, em um primeiro momento, me assustei um pouco, mas depois passei a gostar. Fiquei com isso na cabeça, pensando que talvez fosse um dos lugares onde eu gostaria de trabalhar um dia e acabou dando certo. Nas primeiras semanas, confesso que fiquei preocupada, mas depois vi que era isso mesmo que eu queria e me apaixonei, nunca mais quis sair. Até tive outras propostas, porém preferi ficar aqui.

Eu vejo que o trabalho da enfermagem com o acesso vascular é muito importante. Antes de puncionar, temos que observar o acesso, para mim isso é muito sério. Há todo um cuidado que temos que fazer, desde o início até o fim, inclusive na retirada de agulha. Eu prezo bastante para que o cuidado seja bem feito, porque isso faz muita diferença no tratamento dos pacientes. Além disso, eles veem a diferença no cuidado que cada profissional tem com eles.

Um fato real que acontece nas clínicas grandes, com mais pacientes, é que nós ficamos muito sobrecarregados, o paciente chega e já vão puncionando. Eles [técnicos de enfermagem] não avaliam, não palpam, não sentem. O negócio é inserir a agulha e procurar o vaso. Para mim, não é assim! Mas... Sabe, eu não os culpo, nós trabalhamos muito sobrecarregados, não dá tempo, é muito corrido.

Quando eu chego no plantão, sempre prefiro ir com calma, puncionar devagar, mesmo que demore mais tempo e a chefia não goste. Eles [técnicos de enfermagem] até me chamam, pedem ajuda, e eu faço tranquilamente. Não vou correr, deixo isso claro. É gratificante saber que os colegas confiam em mim. Assim, eu sinto que faço um bom trabalho. Estes detalhes fazem a diferença no tratamento do paciente, que percebe nitidamente isso. Para mim, é gratificante! Faz valer a pena!

Aqui, como é uma clínica pequena, nós conseguimos fazer com mais tempo, mais calma, sem tanta pressão, não tem tantos pacientes para cada um... Então conseguimos cuidar melhor. Eu me sinto melhor trabalhando dessa forma. Não gosto de correria, fico com medo de fazer alguma coisa errada.

Eu vejo que o nosso papel no cuidado com o acesso vascular é observar se tem algum sinal de infecção, se tem coágulo ou não, essas coisas. Porque estamos muito próximo ao paciente o tempo

todo, na linha de frente. Se tiver alguma coisa fora do normal, chamamos a enfermeira. Vejo que nessa hora, entra o papel dela. Quando chamamos, ela vem, olha, escuta o que a gente diz. Quando é coisa do paciente, ela nos dá atenção. Então, eu acho que fazemos tudo que precisa ser feito, não vejo nada que a gente possa melhorar.

Posso dizer que no começo eu me sentia insegura, mas hoje sou mais confiante. Tenho mais experiência, não é? Quando eu tenho dificuldade, a enfermeira ou próprios colegas ajudam. Em lugar que é mais sobrecarregado, eu vejo que as pessoas se ajudam mais... Mesmo aqui, que é mais tranquilo, as pessoas também se ajudam. Às vezes, quando eu não estou conseguindo puncionar, sempre tem alguém que está mais acostumado com aquela fístula que vem e ajuda, pois um pequeno detalhe faz diferença.

Quando você me pergunta sobre mudanças de protocolo... Olha, aqui não se muda rotina não, eles não aceitam muito bem. Eu sempre levo sugestões daqui para o outro lugar onde eu trabalho e lá é diferente, eles aceitam. Não sei se é porque é uma clínica grande, com muitos pacientes e poucos recursos... É bem precária, muito diferente daqui. A própria enfermeira de lá pergunta se temos sugestões de coisas para melhorar, mas aqui não. Acho que pode ser porque lá é mais difícil mesmo. Aqui, tem mais recurso, então eles acham que basta, que é suficiente.

Veja, nos momentos em que precisa mudar alguma coisa, a enfermeira chega e nos comunica. Fala o que vai mudar, como passará a ser feito e que precisa de nossa colaboração para que dê certo, é isso. Porém, não participamos da decisão, nem damos opinião, só somos comunicados mesmo.

De novo, comparando com a outra clínica, às vezes acontece de darmos uma sugestão e depois a enfermeira faz uma reunião trazendo a ideia como se fosse dela. Ah! Mas não importa. Para mim, o importante é que ela me ouviu e aceitou a sugestão.

Como te falei, aqui nós temos todos os recursos que precisamos para trabalhar e isso é bom, dá mais tranquilidade, não temos que nos preocupar se vai faltar. Lá na outra clínica, diferentemente, temos que nos virar com o que temos. Ficamos preocupados o tempo todo. Aqui não, aqui tem tudo, como luvas à vontade, por exemplo. É claro que não vamos desperdiçar.

Sabe, eu me sinto motivada para trabalhar aqui. Ver os pacientes contentes com o meu trabalho é o que mais me motiva [sorriso]. É uma das coisas que mais me faz feliz! Eu sinto que estou fazendo o meu trabalho bem feito, que estou na área que deveria estar mesmo. Para mim, motivação é isso!

O que me desmotiva é quando eu quero uma folga em tal dia e não me deixam tirar... Aí, eu fico enlouquecida [risos]. Às vezes, você escolhe uma data, outro vem e quer a mesma data que você e, quando ele tem preferência, acabo pensando: – Nossa! Mas eu estou aqui há muito mais tempo, quando precisa de manhã, eu venho, quando precisa cobrir tal coisa também venho, e na hora que eu preciso, não recebo nada. Eu sinto isso como uma falta de consideração. Fico muito chateada.

Com relação à segurança do paciente, no meu ponto de vista, é muito difícil acontecer alguma falha, mas quando acontece... É advertência com certeza. Tem toda uma conversa falando que precisamos prestar atenção, falam dos riscos, do que poderia ter acontecido com o paciente... Mas a

advertência vem... Primeiro, é advertência verbal e, se você repetir ou tiver algum dano para o paciente, daí, é escrita.

Se acontecer alguma coisa errada, os técnicos falam, comunicam, mas ficam com medo. É muito difícil acontecer, a gente se policia muito, toma muito cuidado. A enfermeira confere tudo, quem vai ligar o paciente confere tudo de novo. Para fazer medicação também conferimos várias vezes. Tem sempre duas ou três pessoas diferentes conferindo tudo antes de fazer, então é muito difícil acontecer uma falha ou erro.”

Data: Janeiro de 2020.

Início: 14h. **Término:** 14h20min.

Caracterização do participante: Técnica de Enfermagem, 39 anos. Atua em serviços de diálise há 10 anos e, neste serviço, há 7 anos.

Narrativa:

“Posso dizer, que quando eu terminei o curso Técnico de enfermagem, não tinha uma área específica em que quisesse trabalhar. A hemodiálise foi o meu primeiro emprego, iniciei assim que terminei o curso, e acabei gostando. Eu nunca trabalhei em outra área, mas a hemodiálise me chama muito atenção, eu gosto bastante do que fazemos aqui. Eu faço sessões em pacientes que estão internados na UTI [unidade de terapia intensiva] também, mas eu sempre gostei de ficar na clínica, por isso nunca saí para trabalhar em hospitais.

O cuidado com os pacientes é o que mais chama a minha atenção, pois eles são bem carentes, conversam bastante... Sabe, nós ficamos muito tempo com eles. Com alguns, eu acabo até tendo muita afinidade.

Para mim, o trabalho da enfermagem com o acesso vascular dos pacientes é bem importante. Tem paciente que tem muita dificuldade para confeccionar acesso, que já perdeu várias fístulas, portanto, temos que dar bastante apoio para não ter mais sofrimento ainda. Na verdade, seja a fístula ou cateter, os dois são muito importantes para eles, precisamos fazer a nossa parte para que dure muito tempo.

A minha responsabilidade aqui, com os cateteres, é principalmente trocar o curativo. Fazemos com clorexidina alcoólica e sabão degermante, usamos luva estéril, tudo como deve ser. Geralmente, é o técnico de enfermagem quem faz. Aqui nós temos, tanto cateter temporário como de longa permanência. Nos dois casos, usamos gazes. Para a fístula, também, seguimos uma rotina: o paciente quando chega lava o braço, antes de puncionar temos o cuidado de fazer a antissepsia com o álcool, cuidado para não puncionar no mesmo lugar para não sangrar, essas coisas. Às vezes não tem jeito e acaba sangrando, porque fica aquela crosta. Tem paciente que desenvolve aneurisma muito rápido, observo que muitos dos nossos pacientes têm. Além disso, temos muito cuidado para não fazer hematoma também. Tanto que as primeiras punções quem faz é o enfermeiro e depois os técnicos, que é justamente para não formar hematoma. É porque a fístula está nova, não é? Então é melhor ficar na responsabilidade deles [enfermeiros]. Quando dá uma amadurecida, aí nós puncionamos.

Eu também oriento os pacientes sobre os cuidados com a fístula: compressa de água morna ou de gelo conforme o caso, não pegar peso no braço da fístula, não verificar pressão arterial, tudo isso. Geralmente, eu reforço essas orientações quando eles perguntam alguma coisa, porque eles já são orientados quando fazem a fístula. O médico já fala, conversa com eles. Os enfermeiros quando começam a puncionar também explicam. Depois disso, um ou outro pergunta alguma coisa e eu reoriento. Eu acho que os cuidados básicos nós fazemos, não vejo como poderíamos fazer melhor.

Sabe, aqui na hemodiálise, eu já me senti insegura, principalmente nas situações em não consigo sentir bem a fístula, saber a localização... Nessas situações fico insegura. Como não gosto de ficar manipulando a agulha dentro do vaso para achar a localização, eu prefiro de imediato chamar o enfermeiro para me auxiliar. Tenho medo de prejudicar o acesso, entende? Nunca aconteceu de eu puncionar e a fístula estar parada, mas já vi isso acontecer com colegas. O que me ocorreu foi, ao chegar para puncionar, o paciente ficar com medo, não querer que eu fizesse... No entanto, considero isso normal, principalmente, quando somos novos no serviço. Hoje isso não acontece mais.

Agora, vejo como algo muito bom, é que os enfermeiros sempre dão apoio ou ajudam quando nós precisamos. Eles sempre estão por ali. Se você sente que não vai conseguir ou coloca a agulha e não dá certo, podemos chamar o enfermeiro que ele vem. Isso dá confiança à equipe, nos sentimos amparados.

Percebo que aqui, os pacientes não costumam reclamar do nosso trabalho. Às vezes acontece de a pressão arterial do paciente baixar muito e a fístula parar de funcionar, daí sim, eles reclamam, ficam chorosos, preocupados. Mas, fora isso, não costumam reclamar.

A equipe médica é bem tranquila, sempre tem um ou outro que é mais intolerante, porém a maioria é tranquila. Quando precisamos conversar alguma coisa sobre o paciente, na verdade, passamos para o enfermeiro e ele comunica o médico. Como no caso de medicação, se o paciente estiver com algum problema e precise ser medicado, agimos assim. Só se o enfermeiro não tiver na sala, falamos direto com o médico, mas é tranquilo também. Ele fala o procedimento que deve ser feito ou pede para ver depois com o enfermeiro. Não temos problemas.

As atividades que fazemos aqui são muito rotineiras, não mudam muito... Todos os dias fazemos a mesma coisa. Então, ninguém fica em cima da gente, vigiando, fiscalizando, não! Nós vamos lá e fazemos. Só quando acontece alguma coisa mais séria é que chamamos o enfermeiro ou o médico. Por exemplo, quando o paciente está fazendo hemodiálise, a pressão [arterial] cai muito e precisamos fazer um procedimento que chamamos de "zerar a perda", que é programar a máquina para não retirar mais líquido do paciente. Nesses casos, só comunicamos o enfermeiro que zeramos a perda porque a pressão baixou muito, infundimos soro e pronto. É tranquilo. Ele sabe que tem ficar atento a esse paciente.

E claro, essas coisas nós escrevemos no prontuário. Registramos quase tudo, principalmente as intercorrências. É que as folhas do prontuário daqui têm poucas linhas para escrever tudo, tudo... Tem vezes que não dá. Mas, procuramos escrever quase tudo.

Eu percebo que os técnicos de enfermagem daqui não costumam dar muitas sugestões, muitas ideias para melhorar o serviço. Pelo menos, eu nunca vi. Nós ficamos sabendo de alguma coisa nova pelos enfermeiros. Eles nos chamam e comunicam. Geralmente é o RT [responsável técnico] quem faz isso. Ele conversa com os funcionários e explica que tal rotina vai mudar, que passaremos a fazer assim, assado, que a partir de agora vai funcionar desse jeito. Como se fosse uma educação continuada. Normalmente, os técnicos só ouvem, não dão opinião. Dar opinião é bem difícil acontecer. Não é que as sugestões não seriam bem recebidas, acho que os técnicos que não amadurecem as ideias para dar a opinião mesmo. Talvez os enfermeiros até acatassem. Mas, o que eu vejo é que ninguém [técnicos de enfermagem] tem vontade de falar mesmo. Estão cansados, querem fazer o trabalho e pronto.

A nossa estrutura para trabalhar até que é tranquila, mas o material é muito regrado, controlado. Vem aquela quantidade e pronto. Se acontecer alguma coisa e precisar de mais, tem que falar com o enfermeiro, que ele consegue mais no estoque. Não fica tudo aberto, à vontade para pessoa usar, não é assim. O armário fica até trancado. E também não pode ficar pedindo tudo a qualquer hora. Funciona assim: deixamos tudo pronto nas bandejas para o próximo turno; dentro do armário fica soro, álcool, gaze, tudo que você usa na hemodiálise, se precisar algum material que acabou ou faltou, fala com o enfermeiro, pois ele tem a chave, vai lá e pega. É tipo no hospital que pega na farmácia, no entanto, aqui pega no armário. Ah! E tem que descrever tudo no prontuário. É um pouco ruim, porque acaba demorando e o paciente tem que ficar esperando, atrasa o turno...

Eu vejo que aqui as pessoas reclamam muito do salário, mas do trabalho em si não. Quem trabalha em outros lugares diz que o nosso salário está abaixo do salário do mercado, por isso eles reclamam. Isto desmotiva, muito. Sabe, tem dias que não estou muito motivada para vir trabalhar, não estou a fim de vir, mas acho que isso acontece com todo mundo. É mais cansaço! Contudo, de um modo geral, eu gosto de vir trabalhar aqui, eu gosto do que eu faço. O que mais me motiva é o cuidado com o paciente, eu gosto de estar com eles.

A relação com os colegas é tranquila, vira e mexe tem algum conflito, mas nada demais. É como em todo lugar. Vamos levando.

Eu percebo que quando acontece alguma coisa com o paciente que não deveria acontecer e já foi conversado antes, já foi avisado, é dado advertência. Isso até aconteceu comigo... Levei uma advertência. O que ocorreu é que fui orientada a fazer a desinfecção da máquina e não fiz, não sei o que houve... Sabe aquela frase "passou batido"? Foi isso. Na época, lembro que estava trabalhando em outro serviço, cheguei aqui agitada e logo fui colocando o capilar para lavar. Foi bem em um dia que o pessoal da vigilância [sanitária] estava na clínica. Acontece que a troca de turno, quando não tem muito funcionário é agitada, corrida. Eu não sei como estava naquele dia, mas eu sei que não pus em desinfecção.... Esse foi o motivo da advertência. Na verdade, o que aconteceu foi que eu cheguei alvoroçada e montei o capilar sem prestar atenção. Eles dão orientação antes, explicam como funciona, que tem que fazer desinfecção e tal. E se você não faz, leva advertência.

Sabe, a maior parte das pessoas têm medo de falar quando erram... O que observo é que quando você acerta, ninguém fala nada, porém no dia em que comete um erro leva uma bronca tão grande que parece que tudo que fez antes sempre estava errado. Nesse aspecto, é como estou te falando, eu sinto que as pessoas não valorizam muito nosso trabalho, ele não é tão reconhecido. Não somos elogiados e isso, para mim, é não valorizar. Então, tanto faz se trabalhamos bem, se nos esforçamos. Ninguém está nem aí.”

Entrevistado: ETE 5

Data: Janeiro de 2020.

Início: 08h29min. **Término:** 08h55min.

Caracterização do participante: Técnica de Enfermagem, 37 anos. Formada há 7 anos, atua há 6 anos neste serviço de diálise.

Narrativa:

“Eu me formei em 2012 e, passado alguns meses, vim trabalhar aqui. Foi meu primeiro emprego. Eu sou funcionária celetista, com contrato indeterminado, mas aqui também tem funcionários concursados.

Quando fui admitida, eu fiz a integração e a chefia me trouxe para cá; vim direto para hemodiálise. Não sabia nada! Ao chegar, me assustei, porque no curso [Técnico de enfermagem] nós não vemos nada sobre essa área. Estudamos muito sobre cuidados, mas nada específico. Na verdade, aqui na cidade até tem curso específico, é como uma especialização, que se quisermos fazer para entender melhor essa parte, depois de concluído o curso técnico nós podemos. Se eu pudesse fazer esse curso mais à frente, eu gostaria.

Posso dizer que foi depois que eu entrei, é que comecei a me identificar com o trabalho, com os pacientes, com os cuidados... Hoje digo que é uma área que não pretendo sair, pois me identifiquei bastante e amo o que eu faço.

Eu considero o cuidado com o paciente em hemodiálise diferenciado. Eu nunca trabalhei em outros setores, mas vejo que os pacientes de hemodiálise estão conscientes de sua doença e tratamento, entendem bastante do assunto... Se eu cuidar de um paciente que tem mais de 30 anos em diálise, ele sabe o lugar certinho de puncionar a veia dele, por exemplo. E nós aprendemos muito com eles, é uma troca. Isso é gostoso! Não lidamos com pacientes inconscientes, que não reagem ou que amanhã irão embora. Conseguimos nos comunicar, convivemos muito tempo juntos... Quando você não entende muito bem do assunto, o paciente acaba te dando uma aula [risos]. Então, para mim, na hemodiálise nós não ficamos apenas nos cuidados básicos, fazemos um troca de experiência e isso me cativa bastante.

Lembro que quando cheguei, eu tive um treinamento inicial, no entanto muitas coisas fui aprendendo ao longo do tempo. Eu vejo que todo dia é uma novidade, nunca saberemos tudo e temos que estar abertos para aprender. Outras técnicas/auxiliares de enfermagem daqui têm cerca de 30 anos de hospital, então, eu, que estou aqui há 6 anos, ainda me sinto uma novata.

Eu lembro que o treinamento foi dado pelos enfermeiros, na sala de emergência. Foi tanto teórico como prático. Depois, eu fui para o setor, mas fiquei olhando, observando os companheiros. No dia a dia, eles [enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem do setor] foram me treinando, me ensinando. Quando você se sente segura, aí é hora de falar que consegue fazer. Uma coisa importante aqui, é que paciente sabe que você está em treinamento, muitos têm medo, outros já chamam e dizem que pode começar por eles, pois sabem que iremos ficar, então que confiam em nós. E, assim, no dia a dia, vamos fazendo e aprendendo.

Sabe, não é que seja ruim, mas às vezes penso que quando trabalhamos muito tempo na hemodiálise, é como se ficássemos presos, deixamos de aprender outras coisas que também fazem parte do trabalho da enfermagem. É um setor fechado, nos tornamos especialistas. Para você ter uma ideia, quase não somos remanejados para outros setores. Eu acho que sendo um técnico ou um enfermeiro, deveríamos saber todos os cuidados da área da enfermagem. Alguns, claro, são feitos em qualquer lugar, como verificar pressão [arterial] ou preparar medicação, no entanto, vejo que perdemos o contato com certos tipos de cuidados que não realizamos diariamente.

Dentre as coisas que fazemos no dia a dia, sempre tem coisas que poderíamos fazer melhor, porém, fazemos o que está estabelecido em nossa rotina. Não está escrito, sabe? Mas existe um padrão, uma forma de fazer as coisas que é seguida há anos.

Por exemplo, a enfermeira coloca na escala o nome de todos os funcionários e onde cada um vai ficar, quais são os pacientes sob seus cuidados. Entretanto, na prática, você pode observar que não trabalhamos assim, dividimos os cuidados, não fica cada um cuidado dos seus pacientes... Fazemos isso porque temos que sair para tomar café, almoçar... E, quando alguém sai, eu não vou olhar só os meus pacientes, eu tenho que olhar todos. Veja, às vezes, alguém liga meu paciente, mas eu sei que aquele paciente na escala é meu, então eu que tenho que conferir se o banho [soluções de diálise] dele está certo. Se eu vou verificar pressão [arterial], eu não olho só dos meus, eu olho e anoto de todos. Se alguém prepara medicação, prepara para todos os pacientes. Na hora de desligar, também, não desligo só os meus, acabo desligando os meus e o do colega. Um cuidado que temos é que quem desliga sempre confirma a medicação com quem é responsável pelo paciente: – É essa mesma? E confirma com o paciente também, pois ele sabe. Se o paciente fala que não, eu vou lá na prescrição e confirmo. É assim que fazemos no dia a dia para não acontecer nenhum erro. Você sabe que em qualquer setor esses erros podem acabar acontecendo, não é?

No meu modo de ver, isso não está certo, mas funciona assim há anos. Eu sei que sou eu quem tem que fazer os cuidados com os pacientes que estão sob minha responsabilidade, porém aqui nós trabalhamos assim, divididos por tarefas, há anos. Quando eu entrei, já era assim e tive que entrar no ritmo do pessoal. Eu não posso dizer que vou seguir divisão por paciente e só eu do grupo fazer assim. Reconheço que seria o certo. Eu deveria cuidar dos meus pacientes, preparar a medicação dos meus pacientes, administrar a medicação dos meus pacientes. É assim que o COREN [Conselho Regional de Enfermagem] nos orienta a trabalhar. Eles dizem que cada um deve cuidar dos seus pacientes, pois você vai responder por eles. Só que, infelizmente, por ser um setor grande e não termos uma

quantidade de funcionário suficiente fazemos isso. Nós nos reunimos e falamos: – Aqui estão as medicações, você prepara? Que eu vou preparar os banhos. Ela vai preparar medicação dos meus pacientes e eu preparar os banhos dos dela. É uma troca. Um conjunto. E assim o setor vai, até o final do plantão.

Quando você me pergunta sobre o cuidado com o acesso vascular, eu entendo que representa a vida dele. Ele depende da máquina, depende do acesso para poder dialisar. Por isso, nós temos que ter todo cuidado, tanto com o cateter, como com a fístula. Querendo ou não, eu estou lidando com a vida dele. Se eu faço algo errado, posso levar o paciente a óbito ou ficar um dia ou mais sem dialisar. Eu prejudico o paciente. Isso não pode acontecer.

No dia a dia, primeiramente, o paciente chega, lava o braço e medimos a pressão [arterial]. Antes de puncionar, nós verificamos se tem frêmito, porque às vezes está sem frêmito e informamos o enfermeiro que aquela fístula não vai funcionar. Tem frêmito, o paciente está posicionado, eu já programei a máquina, então, faço a antisepsia. Já tem um lugar certo que onde puncionamos as vias venosa e arterial. Às vezes, mudamos um pouco o lugar porque a pele vai ficando mais fina. Aqui tem pacientes que dialisam diariamente, estão todos os dias aqui fazendo 2 horas. Outros vêm três vezes por semana e ficam 4 horas. Então, toda vez temos que mudar a punção. Dói? Vai doer, porque é um lugar novo. Mas, infelizmente, temos que fazer assim. A pele vai afinando e corre mais risco de vazar. Vaza muito durante a diálise ou depois que desliga, quando vai fazer o curativo. Por isso, quando a pele fica mais fina, trocamos a punção.

Temos muitos casos aqui de pacientes que conhecem a própria punção. Eles mesmos falam para puncionar com determinado ângulo. Tem uma paciente, por exemplo, que tem fístula há bastante tempo, até teve mais de uma. Ela sempre diz qual a direção, o local correto de puncionar. É interessante, eles ensinam qual é o local exato onde temos que colocar a agulha, justamente para não ficar colabando, dando todo aquele problema que vemos durante a sessão.

Mas, quando eu tenho muita dificuldade mesmo, eu peço para o enfermeiro ir comigo. Às vezes é uma fístula que não estamos acostumados a puncionar. Ocorre de errar? Sim, às vezes erramos. Nós podemos puncionar, entretanto, se eu tentar uma ou duas vezes e não der, eu chamo a enfermeira e passo a punção para ela. Na situação em que estamos com muita dificuldade, os colegas que são mais acostumados acabam nos ajudando ou orientando como fazer. E isso é bem tranquilo, tanto para o paciente como para nós; ele sabe quando a fístula dele é complicada.

Sabe, nem todos os pacientes valorizam o nosso trabalho, mas alguns têm muita gratidão. Contudo, não trabalhamos esperando por isso. Nós fazemos o nosso melhor porque fizemos um juramento, é a profissão que escolhemos. Eu amo o que eu faço. Eu acordo 4h da manhã, moro longe, tenho um filho de 1 ano e 6 meses... Eu saio da minha casa orando ao Senhor para que dê tudo certo no dia. Eu venho fazer o meu melhor, não dou as costas para o paciente. Se ele precisa de atenção, eu dou atenção.

É verdade que em certos dias o plantão não vai tão bem. Às vezes, é você que não está bem, outras é o paciente. Ah! Tem dias que só queremos ligar o paciente, fazer o que tiver para ser feito e ir embora. Ainda assim, eu nunca desconto meus problemas ou sentimentos negativos no paciente. De vez em quando, são eles que descontam na gente, sabia? Mas, relevamos porque sabemos que não é fácil para eles. Imagine você dialisar três vezes por semana, durante 4 horas... Eu vejo que muitos pacientes são novos e se privam de trabalhar, pois tem empresa que não aceita. Sabemos que eles têm uma certa revolta ou não aceitam o tratamento. Nós também não temos culpa, chegamos aqui e tentamos fazer o nosso melhor. E assim, seguimos relevando algumas coisas.

Aqui, nós fazemos o nosso trabalho sempre com o aval do médico. Nunca fazemos nada sem a permissão do doutor. Agora mesmo eu estava administrando uma medicação no rapaz, pois ele estava hipertenso. Foi com ordem de quem? Temos que ter um respaldo para tudo que formos fazer. Foi ordem do médico? Foi ordem do enfermeiro? Escrevo lá no prontuário.

Posso te dizer que nós trabalhamos como uma equipe, trabalhamos juntos. O médico não anda sem o enfermeiro e o enfermeiro não anda sem o técnico. Para dar tudo certo, temos que atuar como uma equipe. Eu não sei se o médico ou enfermeiros valorizam o nosso trabalho, mas deveriam, porque ninguém leva uma hemodiálise sozinho. No fundo, no fundo eles sabem que um depende do outro. Nesse mundo, precisamos um do outro.

Quando nós percebemos que o serviço pode melhorar em algum aspecto, nós podemos para dar a nossa opinião, temos liberdade para isso. É só uma opinião, se aceitarem, bem; se não, tudo bem também. Falamos a nossa sugestão e os motivos; o enfermeiro vai falar se pode ou que não pode e o porquê. Por exemplo, posso falar que hoje eu puncionei em tal lugar e não em outro porque na minha avaliação estava dessa forma ou de outra. Também peço para ele ir lá depois e dar uma olhada. Eles confiam em nosso trabalho. Graças a Deus, não temos problema com os enfermeiros ou com a chefia. Os enfermeiros não ficam no nosso pé. A chefia nos ouve. É gostoso quando trabalhamos em lugar onde temos a possibilidade de dar nossa opinião, de trocar ideias, de trabalhar em conjunto. E aqui nós temos isso!

O que mais me motiva, quando eu levanto cedo para vir trabalhar, é a gratidão de saber que eu estou viva, que eu tenho meu emprego, dinheiro para levar para dentro da minha casa e que posso dar um pouco de mim para esses pacientes que estão aqui.

O que me desmotiva é o cansaço. Ah! A gente cansa demais! Porém, isso faz parte... Eu trabalho em escala de 12x36h. Fazia plantão de 8h, depois passei para 12x36h. Trabalho só aqui, mas é a correria do dia a dia, a rotina, o estresse, o trânsito... Relevo porque, graças a Deus, tenho um trabalho. Prefiro pensar assim.

Com relação aos recursos para o cuidado, teve uma época em que tínhamos todos os materiais que precisávamos no setor. Entretanto, sabemos como está a situação por aí... Hoje faltam alguns materiais. Não vou dizer que não falta, porque falta, fazemos como dá. Por exemplo, estamos sem luva de procedimento... Fazer o quê? Vamos usando a estéril, porque nenhum procedimento pode ser feito

sem luva. Sempre damos um jeito para nunca ficar totalmente sem material, arranjamos outro meio para poder trabalhar.

Quanto ao número de funcionários, hoje, estamos em quatro técnicos/auxiliares [de enfermagem], dois de cada lado [a sala de diálise é dividida em dois lados paralelos, com 12 máquinas em cada lado], mas nem sempre é assim. Quando ocorre de alguém faltar ou estar em licença médica, ou alguma coisa assim acaba sobrecarregando bastante, porque não tem como cobrir.

No caso de ter que mudar alguma rotina, primeiro é falado às enfermeiras. Depois que está tudo resolvido, elas nos chamam na sala e comunicam. Dizem que a partir de hoje o procedimento vai passar a ser de tal forma e o motivo da mudança. E temos que nos adaptar. Elas que decidem, nós só temos que fazer e pronto.

Quando ocorre algum incidente com o paciente, seja pequeno ou grande, temos que comunicar. Informar tudo que aconteceu. As pessoas falam sim, não têm medo. Nós sabemos que trabalhamos aqui e não estamos livres de erros. Graças a Deus, até hoje ainda não aconteceu de ninguém ir a óbito por motivo de erro nosso.

Nos casos em que o erro acontece, somos chamados na sala da chefia e é conversado. Nunca, até agora, tanto comigo quanto com outros colegas que já passaram por isso, eu vi acontecer alguma punição. Claro que somos sempre orientados, eles conversam, fazem reunião... Lógico que não falam quem foi, não expõem a pessoa, mas reforçam como deve ser feito por todos os funcionários para não acontecer de novo. Às vezes, o que eu errei, outra pessoa pode errar de novo, caso não seja conversado, discutido. É uma orientação que tem que ser dada para todos. Por exemplo, se eu errei na fístula do paciente, a minha chefe vai chegar e falar o que houve, que o paciente teve hematoma, que eu tenho que ter mais cuidado na hora de puncionar, que é só um hematoma, para eu fazer compressa e que amanhã o paciente já dialisará normal. Depois disso, ela vai explicar para os outros funcionários o que aconteceu e como eles devem fazer para isso não acontecer com os pacientes que estão cuidando. Essa coisa de ficar apontando o dedo não tem. Nós sabemos que todos trabalhamos no setor e todos corremos o risco de errar.”

Entrevista: ETE 6

Data: Janeiro de 2020.

Início: 16h18min. **Término:** 16h38min.

Caracterização do participante: Técnica de Enfermagem, 41 anos. Formada há 16 anos, atua neste serviço de diálise há 8 meses.

Narrativa:

“Eu não escolhi vir para cá, me propuseram e eu aceitei. No início, foi chocante e ao mesmo tempo gratificante. Eu gosto de lidar com ser humano e na hemodiálise o paciente é muito carente, extremamente carente, no sentido de necessidade de cuidado. Ele precisa de muita atenção, às vezes, coisas simples, como uma dobra de cobertor, passar por ele e perguntar se está tudo bem... É a atenção em si que importa. Com o tempo, cria-se um vínculo. Às vezes, ele gosta do jeito que você faz e acaba dizendo: – Ah! Só você coloca o cobertor desse jeito!”

É claro que precisamos ter muito cuidado para não exagerarmos nesse vínculo, eles têm que entender que é o nosso trabalho, cuidamos só aqui, não lá fora. Temos de colocar um limite. Quando estamos aqui, trabalhamos com muito amor e cuidado, mas é só isso, não pode misturar as coisas. Ainda assim, é difícil manter um afastamento, uma barreira, uma parede. Não dá! Somos humanos também.

Para mim, o trabalho da enfermagem com o acesso vascular é de extrema importância, porém não sei se ele é valorizado. Às vezes, você pode puncionar e a agulha ficar na parede. Já pensou? Pode causar hematoma. Então, tenho que estar sempre atenta, perguntar ao paciente se está sentindo dor, verificar se a máquina está alarmando, atentar na hora de retirar a agulha, tudo que fazemos é de extrema importância. Estamos lidando com um ser humano. Machuca. Dói. Além disso, pode ter um impacto sério nos resultados da diálise e, assim, na vida dele. Eu vi casos em que o paciente fica traumatizado e não quer mais aquele profissional.

Sabe, alguns pacientes carregam muitas dores dentro de si. Daí vem o mal humor, uma resposta mal dada... Nem sempre é com você, é um problema pessoal, porém ele foca em você. Dizem que tudo na vida é ação e reação, mas eu não acredito. Como é possível você tratar bem e o paciente te destratar? Eu acredito que há algo de errado com ele e acaba descontando em você. A não ser, claro, que o profissional trate o paciente de maneira ríspida, contudo não é o que acontece aqui. Eu acho que quando paciente se irrita com facilidade, o problema está com ele... Eu entendo, é muito tempo de diálise, muito sofrimento, 4 horas sentado três vezes por semana, outros por 2 horas todos

os dias... *Puxa! Não é fácil ficar naquela cadeira. Causa essa irritabilidade mesmo e precisamos compreender. Para mim, a chave é empatia.*

Quando o paciente chega para a sessão, você o admite e faz os cuidados. No cuidado com a fístula, avaliamos se o frêmito está bem palpável ou se está fraco, se tiver fraco chamamos a enfermeira ou pedimos ajuda a algum colega. Na dúvida, sempre pedimos uma segunda opinião, entende? Se tiver com frêmito bom, sem nenhum sinal de infecção, você faz a antisepsia e a punção para ligar o paciente.

Em todas as situações em que tive dúvida ou dificuldade, eu sempre tive apoio, tanto dos enfermeiros como dos colegas de trabalho. Sabe, tem técnicos/auxiliares de enfermagem que já têm mais de 20 anos que trabalham aqui e estão sempre prontos para ajudar. Eles [técnicos/auxiliares de enfermagem mais antigos] se preocupam em não causar hematoma, não lesionar, não prejudicar o paciente... Quando tem um acesso difícil, por exemplo, eles mesmos falam para gente deixar, que eles vão puncionar. Perguntam se queremos olhar, ver como eles fazem. Às vezes, é a primeira punção e... Puxa! O colega está aqui há 20 anos, então, sabe muito, melhor que ele faça. Aqui, tanto eles como os enfermeiros são maravilhosos em relação a isso.

Tem situações em que me sinto insegura e daí eu percebo que preciso estudar mais, ler mais, perguntar mais. Preciso estar envolvida em situações que me fazem aprender mais, não posso fugir. Sabe, quando isso ocorre, não me sinto como se não soubesse nada, eu peço ajuda e vejo isso como uma oportunidade de aprender. Eu entendo que estou aprendendo, que cada dia virão novos desafios e que vou aprender cada vez mais, ler mais, perguntar mais. Geralmente eu pergunto muito, tiro muita dúvida, não deixo passar. Pode ser uma dúvida boba para as outras pessoas, mas não fico calada, vou lá e pergunto para o enfermeiro. Para mim não é boba. Se eu não sei, vou lá e pergunto.

Nesses 16 anos de formada, eu trabalhei em outras áreas, como clínica médica, clínica cirúrgica, psiquiatria. Em todas essas áreas, eu tinha que fazer punção, coletar de sangue... Porém, o cuidado da fístula é diferente, o curativo, tudo é muito diferente. Eu aprendi aqui, com os técnicos/auxiliares de enfermagem e os enfermeiros mesmo. Eles dão bastante apoio e material para ler.

Quando eu comecei nesse emprego, a parte da manhã era de treinamento. No entanto, eram treinamentos gerais da área hospitalar, onde fiquei nos três primeiros meses. Depois que vim para cá, de imediato não colocamos a mão no paciente, ficamos só observando e aprendendo aos poucos. Só quando a enfermeira libera, que vê que estamos indo bem, que somos liberados para fazer os procedimentos. Primeiro eu aprendi a programar a máquina, preencher o sistema [linhas e capilar], tudo por partes. Só depois que eu fui mexer no paciente, demorou um pouco para isso acontecer.

Depois desse período inicial, só temos treinamento quando for ocorrer alguma mudança. Daí eles [enfermeiros e gestora] chamam e explicam como vai funcionar. Não participamos das discussões, somos apenas comunicados. Se houve outro tipo de interação, eu não sei, neste tempo que eu estou aqui, foi assim.

A nossa gestora sempre deixa bem claro que aceita sugestões, opiniões, mudanças, que está aberta. Ela já nos chamou para dar ideias, para ver se tínhamos alguma coisa para acrescentar no serviço, para propor algo novo. Essa abertura ela deu. Eu nunca trouxe uma nova ideia, uma proposta, então, eu não sei se de fato isso iria se concretizar, se daria mesmo importância. Eu fico um pouco constrangida, porque não tenho tanta experiência assim como os outros colegas.

Com relação a recursos, às vezes falta. Tem coisas que dá para substituir, por exemplo: quem usa capilar tamanho 20 passa a dialisar com 18, substituímos luvas de procedimento por luvas estéreis. Mas, sempre falta material, um ou outro sempre falta. Enfermagem é imprevisto! Sabemos que é assim. Eu ainda acho que aqui acontece menos que em outros locais públicos que trabalhei. Aqui o material fica disponível, fica na sala para usarmos.

Ainda assim, mesmo faltando material, eu acho que o cuidado que nós fazemos aqui, é o que precisa ser feito. Nada a menos, mas também nada além.

O que mais me desmotiva aqui, é quando falta o trabalho em equipe. Quando penso nisto, não dá nem vontade de vir. Trabalhamos em prol exclusivamente do paciente, então, temos que trabalhar em equipe para alcançar os objetivos e muitas vezes não conseguimos porque lidamos com ser humano [colegas de trabalho]. Os seres humanos são diferentes: tem pensamentos diferentes, ideias diferentes. Não gostam do novo. Não gostam de você que é nova no serviço. Então, às vezes, é complicado.

O que me motiva é... Bem, na verdade, eu preciso trabalhar. Foi a área que eu escolhi... Eu gosto de cuidar do ser humano, é muito gratificante. Tem paciente que olha para você e te agradece só pelo jeito que você falou com ele, te agradece pelo respeito que tem por ele. Confesso que acho isso incrível. Algumas pessoas falam que é difícil trabalhar com paciente crônico, considero difícil mesmo, mas precisamos olhar o lado bom também. Você escolhe estar aqui, o paciente não escolhe. Não foi escolha dele estar aqui. É uma lição de vida e um aprendizado para levar para a vida, tanto profissional como pessoal.

Eu nunca estive envolvida ou presenciei algum acontecimento que fizesse mal ao paciente. O que vi foram pequenos hematomas, muito pequenos mesmo. Não vou dizer que foram insignificantes, mas foram leves. Eu vejo que todas às vezes que acontece um hematoma, a enfermeira diz: – Gente, acontece, vamos cuidar. A enfermeira dá um apoio muito bom no sentido de dizer o que temos que fazer. Por isso, nós sempre comunicamos e fazemos o que tiver que ser feito. Elas não ficam punindo ninguém, é sempre uma orientação.”

Data: Janeiro de 2020.

Início: 11h30min. **Término:** 12h18min.

Caracterização do participante: Técnica de enfermagem, 36 anos. Trabalha em serviço de diálise há 8 anos, sempre neste serviço.

Narrativa:

“Eu fiz o processo seletivo para trabalhar em outro setor, mas como a diálise estava precisando, me encaminharam para cá. Eu não sabia como era, quando eu vim, fiquei totalmente chocada. Eu conhecia as sessões de hemodiálise realizadas na UTI [unidade de terapia intensiva] onde eu já tinha trabalhado, no entanto, não eram nossa responsabilidade, sempre tinha um técnico ou enfermeiro da diálise para conduzir a sessão. Quando acontecia alguma intercorrência, nós chamávamos quem estava cuidando, nunca colocávamos a mão. Era uma regra: quem não conhece diálise, não mexe. Para mim, era surreal, coisa de outro mundo! Quando eu cheguei aqui e vi essas máquinas, pensei: – Jesus, não vou ficar nem uma semana. Graças a Deus, tem 8 anos e sou apaixonada pela diálise.

Trabalhar aqui tem uma parte boa, mas ao mesmo tempo ruim: o fato de lidar com pacientes crônicos. Nós desenvolvemos um vínculo, pois são sempre os mesmos pacientes. Por alguns deles, sabemos que não temos mais o que fazer, vemos a pessoa piorando a cada dia e com isso ficamos muito tristes... Vemos a pessoa indo embora aos poucos. Nossa! É triste! Muito triste! Mas, também há outros pacientes que nos trazem uma nova esperança. Alguns ficam pouco tempo porque logo são transplantados, outros permanecem em diálise e com uma boa qualidade de vida. Quando penso nisso, fico refletindo sobre o quanto vale a pena o nosso serviço, o quanto tem sido bem feito. Quando vejo que o paciente foi embora sem nenhuma infecção... Nossa! Isso é demais! Eu fico eufórica! Eu gosto muito do que eu faço.

Em relação ao cuidado com o acesso vascular, para mim, precisamos ter em mente que alguns pacientes que só têm aquele acesso, já passaram vários cateteres, fizeram várias fístulas, porém todos trombosaram. O acesso por onde dialisa hoje é único, então temos que ter o máximo de cuidado; se ele perder, não terá outro.

Sabe, eu sempre procuro fazer o meu melhor. Acabo sempre me perguntando: O que eu queria que fizessem por mim? E se fosse um parente meu? Penso nisso e sempre me coloco no lugar deles, não no sentido da doença, mas do cuidado. Como eu gostaria que fizessem a antisepsia do meu cateter? Que puncionassem o meu braço? Eu sempre tenho o cuidado de perguntar se ele lavou o braço, faço a antisepsia com cuidado, converso sobre a importância disso. Eu sei que posso transmitir

uma infecção e o paciente também precisa saber. Fico atenta para não puncionar no mesmo lugar, e faço punções escalonadas. Se eu vejo que o braço está com algum sinal de infecção eu não punciono; chamo o enfermeiro e comunico. Se o médico ou enfermeiro vier avaliar e disser que pode puncionar, eu pergunto se não pode ser mais para cima ou se posso colocar mais de lado... Avalio se a fístula está com bom frêmito, se está difícil para puncionar, quantas tentativas foram realizadas...

Eu tento puncionar no máximo três vezes; caso não consiga, chamo a enfermeira. Às vezes, quando vejo que é o último acesso do paciente e que ele está sofrendo, tento só duas e já chamo o enfermeiro ou o médico; digo que não dá para tentar mais, que seria bom fazer um ultrassom para ver o que está acontecendo ou encaminhar para um cirurgião vascular... Não podemos arriscar.

Eles [enfermeiros e médicos] ouvem muito quando falamos isso. Podem até pensar que cabe aos enfermeiros avaliar essas coisas? Sim, mas cabe primeiro a quem está fazendo o procedimento. Se eu vou puncionar o paciente, eu tenho que avaliar o braço antes. Eu não vou chegar, fazer antissepsia de qualquer jeito e puncionar. Eu vou avaliar o braço e o paciente como um todo. Como o paciente chegou? Como está? Como está o peso? Quanto de ultrafiltração ele suporta? Não vou programar o quanto o paciente está pedindo, mas o quanto eu acho que devo colocar, conforme o protocolo da empresa. Se ele quiser mais ou menos, eu chamo a enfermeira e passo para ela. Ela discute com o médico. Se caso os médicos escreverem na prescrição para diminuir ou aumentar, daí eu faço. Mas, eu nunca faço nada por minha conta, sem prescrição.

Se eu que estou dando o cuidado, tenho que ver isso tudo, não é? Se eu não tiver esse cuidado, como fica lá frente? E, também, escrever tudo, relatar, porque se não fizer isso, como que meu colega vai saber? Eu trabalho dia sim, dia não; e no dia que eu não estiver, como que meu colega vai saber que o paciente teve alguma intercorrência? Não vai saber. Então, se eu não informar ao enfermeiro ou não escrever, não adianta. Também não adianta passar só verbalmente, porque às vezes o enfermeiro não estará no outro dia. Então, eu gosto de deixar tudo certo. Sou muito metódica. Gosto mais de trabalhar assim, faz mais sentido para mim. Sou meio chata, na verdade, mas eu gosto de fazer as coisas da maneira que acho correta. Nesse tempo todo, graças a Deus, nunca levei bronca, nunca fui chamada atenção. Com os pacientes também nunca tive problema. Bem, então, eu acho que estou no caminho certo.

Eu vejo que os pacientes reconhecem o meu trabalho, pelo menos, nunca vi nenhum deles reclamar. Diretamente não. Para ter uma ideia, eles comemoram quando eu volto de férias. Para mim, quando você trabalha bem, você tem o reconhecimento. Mas, também, no dia em que eu fizer alguma coisa errada, o paciente vai falar que não está bom, eu sei disso.

Eu me lembro que, quando entrei aqui, quase nenhum paciente deixava eu puncionar. Eu pensava: – E agora? Como vou fazer? Lógico que no começo você fica com insegurança, mas depois é só fazer com cuidado que dá certo. Nunca tive problema com paciente não, graças a Deus!

No entanto, com a equipe foi um pouco diferente. Eu lembro que, quando comecei a trabalhar aqui, fui muito bem recebida pelos enfermeiros, mas por alguns técnicos/auxiliares de enfermagem não.

Não sei o porquê. São funcionários muito antigos, eles têm 20, 30 anos de casa... Quando você vem de hospital particular, como eu vim, você vem “moldada”. Lá tem protocolo para tudo, tudo mesmo! Nunca faz nada fora do protocolo. Eu trouxe para cá o que aprendi lá, contudo, quando cheguei, me disseram que eu tinha que pôr na cabeça que não trabalhava mais lá. Foi um susto! Fiquei meio chocada! Tudo que eu fazia, elas reclamavam que demorava demais, que tinha um jeito mais rápido de fazer. Eu não concordava; para mim, tudo que demanda mais cuidado, demora mais. Lembro que uma delas chegou a me dizer este ditado: “a porta da rua era a serventia da casa”, que se eu não quisesse, poderia ir embora. Nossa! Nesse dia eu saí daqui chorando, cheguei a pedir demissão quatro vezes, mas a minha chefe disse para eu ficar, que eu teria a mesma dificuldade que senti no primeiro emprego, mas que iria passar.

Sabe, eu não senti dificuldade no meu primeiro emprego, pois quando cheguei lá eu tive treinamento, conversaram comigo, explicaram como as coisas funcionavam, falaram exatamente o que eu deveria fazer e como. Fiquei 7 dias em treinamento e mais 15 dias só observando, depois me levaram para uma sala e explicaram para que servia cada coisa. Aqui não. Eu cheguei, me enviaram à sala de diálise e disseram: – Fique aí. Meu Deus! Eu só pensava: – E agora? O que eu faço? Mandavam fazer isso, mandavam fazer aquilo, mas não explicavam como era. Eles [técnicos/auxiliares de enfermagem mais antigos] insistiam: – Aqui é assim, você aprende no susto. Não! Para mim, não se aprende no susto. No susto você pode matar alguém. Eu tinha medo, não me sentia segura... Então, começaram a dizer que eu fazia “corpo mole”. Eu não me nego a fazer nada, porém, se eu não tiver segurança para fazer, não vou fazer. A menos que alguém me ajude. Mas sem saber, sozinha, nem pensar. Não vou. Sinto muito! Então, quando eu entrei aqui, a minha dificuldade foi essa.

Depois que eu pedi demissão e não aceitaram, outras pessoas começaram a me ajudar e a minha antiga chefe designou alguém para me ensinar. Primeiro me ensinou sobre a máquina, para que servia... Eu me lembro que ela dizia que não adiantava me pedir para cuidar do paciente, se eu não soubesse manusear a máquina.

Hoje em dia, eu vejo a importância desses ensinamentos. Eu lembro que toda vez que a máquina alarmava, as pessoas diziam para eu ir lá. Eu pensava: – E agora? O que eu faço? Eu tinha medo, porque eu achava que se apertasse um botão errado, o paciente morreria. Agora, eu vou lá e sei o que devo fazer. Por isso, sempre falo para os funcionários novos que se a máquina está alarmando, tem algo de errado: ou fluxo está baixo, ou está alto, ou paciente fez hematoma, ou o banho [dialisato] acabou... Alguma coisa está acontecendo. A máquina “conversa” com você, é só olhar. Se não souber, peça ajuda, alguém vai te explicar. Foi importante para mim e espero que seja para eles também.

Depois que me ensinaram sobre a máquina, passaram para fístula e, por último, o cateter. Não que a fístula tenha menos importância que o cateter, mas os cuidados são diferentes. Ambos, se você fizer alguma coisa errada, vai prejudicar o paciente, só que o cateter, como é uma via central direta, o dano é maior. Então, a pessoa que me treinou dizia que enquanto eu não tivesse o cuidado adequado com o braço, não me colocaria para manipular o cateter. Ela me explicou todos os cuidados, como tinha

que fazer, falou sobre a prótese. Eu me lembro que ela dizia que a primeira coisa era visualizar como estava o membro, preservar aquele membro. Nunca coletar nada naquele braço que não fosse para a diálise. Aquele braço é exclusivo. Então, eu aprendi que o braço da fístula é primordial, que eu tenho que preservar o máximo que puder.

Ter esse treinamento inicial, fez toda diferença para mim. Sabe, eu escolhi enfermagem porque gosto; então eu vou fazer o que é certo, vou fazer direito. Eu sou muito detalhista, então acabo demorando muito para fazer as coisas. O que é bom é que eu só faço se tiver certeza; se não tiver, não farei. Eu não vou colocar a vida de outra pessoa em risco.

Em todos os outros serviços, pelo que eu ouço falar, você precisa ter um curso de diálise, que dura em torno de seis meses, para ser admitido. É para conhecer as máquinas, ver como funciona, para que serve a diálise, a função do rim, o que acontece quando ele para de funcionar... É uma especialização técnica. Quando eu comecei a trabalhar, não sabia nada disso. Aqui é o único lugar que admite sem experiência e te dá essa oportunidade. Fui aprendendo de curiosa que sou. Fui perguntando, comprei livros de diálise para ler em casa. Isso foi me dando mais segurança. A minha enfermeira, digo a enfermeira que ficava comigo, da época me dava muita liberdade para procurá-la e tirar dúvidas. Ela sempre dizia que se eu tivesse dificuldade, que poderia falar com ela. Então, pela parte da chefia, eu fui muito bem recebida. Até hoje, tudo que precisamos, eles atendem.

Quando entra algum funcionário novo, eu tento passar tudo que posso, porque é a maneira como gostaria de ter sido recebida quando cheguei. Eu faço com que os outros se sintam acolhidos. Digo sempre que no começo é difícil, mas que vai conseguir, que o aprendizado não é igual para todo mundo. Uma pessoa é mais rápida, outra mais lenta, uma é mais corajoso, outra mais medrosa. Temos que saber trabalhar o medo e o interesse de cada um. Não podemos passar por cima de ninguém.

Eu considero o trabalho que fazemos com o acesso vascular muito importante. Antes de puncionar, eu tenho que avaliar, perguntar se lavou o braço e mesmo que tenha lavado, eu devo fazer antissepsia com a técnica correta. Eu olho como está o frêmito, se não tem sinais flogísticos. Se eu vejo que não tem nada disso, daí eu posso fazer a punção. Eu converso muito com o paciente e costumo perguntar: Como é sua fístula? É profunda? É superficial? E a punção, faço sempre escalonada, nunca no mesmo lugar, porque a pele vai ficando fina, chega uma hora que a fístula até pode romper. Então, sempre tenho esses cuidados. Quando tenho dificuldades, eu converso com as enfermeiras. Tem paciente que faz muito hematoma, que a fístula é difícil, por isso peço uma avaliação, falo dos problemas que eu estou vendo e que acho melhor que ela [enfermeira] tome a frente ou chame o médico.

Geralmente, eu me sinto bastante confiante para fazer o meu trabalho, mas dependendo do grau de dificuldade da fístula do paciente, eu prefiro nem colocar a mão. Se eu não conheço, se a fístula é nova, se somente os enfermeiros tiverem puncionado, eu tenho mais medo, só punciono se alguém me direcionar. Normalmente, tem um enfermeiro e um técnico que manipulam aquela fístula nova. Antigamente, o enfermeiro ficava do seu lado e você mesmo puncionava as fístulas novas. Hoje, as

primeiras punções são feitas pelos enfermeiros ou pelos médicos. Depois, eles te direcionam, falando se é uma punção profunda, superficial, essas coisas.

Depois de puncionar, o próximo passo é conectar o paciente à máquina. Para isso, eu verifico se as linhas estão corretas; nunca ligo paciente com fluxo sanguíneo alto, no máximo 90 ou 100 [ml/min], só quando o sangue tiver passado pelo capilar, que aumento o fluxo. Se não tiver esse cuidado, o paciente pode se sentir mal. E tenho cuidado também com a heparina, pois se a pressão [arterial] do paciente estiver muito alta, eu falo com a enfermeira e não administro. Vou monitorando a pressão para ver se dá para fazer depois, enquanto isso vou irrigando o sistema com soro e acrescento o valor deste volume à ultrafiltração do paciente.

Aqui, normalmente, os técnicos têm mais autonomia que os enfermeiros, porque, muitas vezes os enfermeiros são novos, entraram agora, não conhecem muito de diálise. Sabe, tem muita rotatividade de enfermeiro, eles não param. Acontece de ter um enfermeiro bom, que sabe muito, mas ele consegue um emprego melhor e vai embora. E você fica. Aí entra outro enfermeiro que não conhece diálise e ele acaba aprendendo conosco. Então, depois disso, tudo que eles têm de dúvida, recorrem a nós. Isso me deixa um pouco insegura: se eu tenho dificuldade, para quem eu vou perguntar? Se o enfermeiro que entrou está perguntando para mim, o que eu faço? Eu preciso passar por cima e falar com os médicos. Com isso, acaba gerando um certo conflito. Mas, o que eu vou fazer? Como eu vou perguntar para o enfermeiro, se ele pergunta tudo para mim? Tem enfermeiro que é recém-formado, que está entrando agora, que está tão perdido como eu estava quando entrei. Aí, penso: como uma pessoa vai poder me orientar? Eu costumo falar para o médico que o enfermeiro é novo e, então, ele fala que tudo bem. Eu vejo que hoje, quando os enfermeiros novos entram, é diferente de quando eu entrei, todos abraçam, todos ajudam.

Em todo esse tempo que estou aqui, já mudaram três enfermeiros gestores. Cada um que entra tem olhar diferente, ninguém trabalha igual. Quando levamos uma ideia, alguns dizem que é legal, aceitam e tentam mudar; outros falam que é melhor não mexer, que sempre foi assim... Eu penso que quando é para melhorar, vale a pena mexer. Hoje, temos liberdade para dar opinião, mas depois acabam esquecendo. Nós falamos, eles dizem que vão ver e o assunto acaba ali. Bem, nessas situações eu penso que não era tão importante, porque se fosse, eles dariam ouvidos. Então, dentre as coisas que nós falamos, algumas prosseguem, outras caem no esquecimento.

Sabe, eu trabalho nesta empresa há muitos anos e gosto muito de trabalhar aqui, mas houve um fato que me deixou muito chateada. O meu filho escorregou no banheiro, quebrou o nariz e teve que fazer realinhamento. Isso foi no sábado, onze horas da noite, e eu teria que trabalhar no domingo, passei a madrugada inteira com ele no hospital. Além de conter o sangramento, tiveram que chamar um neurologista, pois ele não estava enxergando muito bem e estava com o braço dormente. Ele machucou muito. Eu tirei foto do atestado e mandei para a enfermeira no domingo mesmo, expliquei que não poderia trabalhar e o motivo. Ela disse que tudo bem. No dia em que voltei a trabalhar, minha chefe, que não é a mesma de hoje, disse que a empresa não aceitaria o atestado porque era de um clínico geral. Gente! Meu filho caiu e eu dei entrada pela emergência. Lá quem atendeu foi um clínico

geral, depois que ele teve avaliação do neurologista e do otorrinolaringologista. Ela disse que o atestado tinha que ser do otorrino porque ele quebrou o nariz. Eu fui lá no RH [setor de Recursos Humanos] e eles me disseram que só não iriam aceitar porque, pela CLT [Consolidação das leis trabalhistas], eu só teria direito a afastamento se meu filho tivesse até 6 anos e como ele tinha 14 anos, não poderiam aceitar. Ainda assim, disseram que eu poderia acordar com a minha chefia, pois ela poderia dar uma falta justificada ou ver um dia para eu repor. Eu conversei com ela e nada. Disse que me daria falta sem justificativa. Puxa! Eu já nem estava pedindo mais para abonar, só estava pedindo para dar falta justificada. Falta sem justificativa, nós perdemos três dias. Eu tinha um extra para fazer, mas até isso ela tirou. Sabe, a gente se dedica tanto e quando precisa é tratado desse jeito. Fiquei chateada mesmo. Olha há quanto tempo estou na empresa, eu nunca dei nenhum tipo de trabalho, nunca apresentei um atestado, nunca fiz uma reclamação sequer de mim, sou uma boa funcionária, sempre que elas pedem alguma coisa, eu faço... Mas, mesmo assim... Cheguei a me perguntar se ela teria algum problema pessoal comigo... Não sei por que fez isso. Fiquei bem chateada.

Agora eu estou fazendo faculdade. Acredita que algumas pessoas me perguntaram por que eu quis fazer isso agora, que eu já tenho 36 anos? Puxa! Eu sou técnica e quero ser enfermeira. Quando eu entrei aqui, eu trabalhava em dois empregos e meus filhos eram pequenos. Então, eu quis esperar eles crescerem. Agora, um tem 15 e outro tem 12 anos, dá para eu fazer sossegada, porque eles não precisam de mim o tempo todo, conseguem se virar sozinhos. E outra coisa que o pai deles terminou a faculdade no ano passado, então agora ele pode ficar com eles à noite para eu estudar. Eu preferi primeiro cuidar dos meus filhos, deixá-los crescerem, para depois tocar minha vida. Eu só [ênfase] tenho 36 anos. Sou nova ainda!

Eu gosto de estudar, faço vários cursos fora da instituição, porque aqui eles não investem na gente. Se você quiser, você mesmo tem de buscar. Eu tenho vários cursos, mas porque eu pago. Aqui não tem nem liberação de dias, nada... Tenho que fazer nas folgas. Às vezes, eles dão alguns treinamentos aqui, mas são aquelas coisas bem básicas. Eles passam uns slides, você assina um papel e pronto. Para mim, não é um curso, é só para lembrar coisas que ficaram lá atrás.

Sabe, eu tenho a sensação de que ficamos esquecidos aqui.

Roupa privativa, por exemplo... eu acho um absurdo termos que vir com a roupa de casa para trabalhar com esses pacientes de diálise, sendo que mexemos diretamente com sangue. Tem paciente com HIV [vírus da imunodeficiência humana], com hepatite B, hepatite C. Se acontecer um acidente e cair muito sangue em você, tem que se limpar aqui mesmo e voltar a trabalhar. Uma vez aconteceu comigo e era um paciente com HIV. Caiu no meu olho e na minha boca, inclusive. Só me mandaram ir para o setor de Moléstias infecciosas, depois voltar para cá e continuar a trabalhar. Passei o dia inteiro chorando. Eu estava com medo. É claro que fizeram exame, eu fiz acompanhamento, tomei os antirretrovirais, fiz tudo, só que naquele dia eu não tinha mais condições de continuar trabalhando, e ninguém nem ligou. Eu estava muito abalada. Eu uso aparelho [ortodôntico], minha boca toda cortada. Nossa! Quanto medo! Depois o infectologista me disse que a carga viral do paciente estava baixa e

que não tinha risco. Eu tive reação aos antirretrovirais e não me afastaram nenhum dia, nada, tive que continuar vindo trabalhar normalmente. Agora, todo ano eu faço exame! Morro de medo!

São coisas que não esquecemos...

Apesar dessas coisas, eu gosto muito do que eu faço. Nunca pego 30 dias de férias, só 20 dias, porque eu gosto muito de vir trabalhar. Se eu não vou para lugar nenhum, vou ficar fazendo o que dentro de casa? O mesmo ocorre quando eu estou de folga, se me ligarem e pedirem para vir trabalhar, eu venho. Estou em casa, estou fazendo nada, eu venho. O que me motiva é gostar do que eu faço, porque se você olhar para as coisas que acontecem, de como te tratam quando você precisa, você não vem. Mas, só de pensar o quanto gosta do que faz, o quanto está ajudando o outro, o quanto você se sente bem quando está trabalhando, você esquece. Eu procuro passar por cima disso, porque se não, eu vou ficar frustrada, até desistiria de ser enfermeira, ficaria no técnico mesmo, pensando que não valeria a pena tanto esforço. Mas, não! Acredito que vale a pena, sim! Eu quero ser uma enfermeira diferenciada. E hoje em dia eu penso em fazer especialização em Enfermagem em Nefrologia, quero ser enfermeira de diálise.

Quando você me pergunta sobre como são realizadas as mudanças em nossa rotina de trabalho, geralmente é de cima pra baixo. Há dois anos, por exemplo, os técnicos faziam os curativos de cateter, agora são os enfermeiros que fazem. Eles nos chamaram e disseram que a partir daquele dia seria assim, pois estávamos com muitos casos de infecção. Para mim, isso foi como dizer que não estávamos fazendo o serviço direito. Eles tentaram esclarecer, disseram que não era isso, que os médicos e a chefia de enfermagem acharam melhor deixar com os enfermeiros para monitorar o que estava acontecendo, verificar se era lavagem inadequada das mãos, se o próprio paciente que não estava se cuidando, essas coisas. Então, os enfermeiros começaram a fazer. Só que são muitos pacientes, são três turnos, todos os turnos são completos. Chegou uma hora que os enfermeiros começaram a pedir a nossa ajuda. Eu me recusei. Falei que se eu não estou autorizada, eu não vou fazer. Depois, acontece alguma coisa, vão falar que não foram somente eles que mexeram, que tinha técnico fazendo também. E a culpa vai ser de quem? Vai ser minha. Então, sinto muito. Eu sou assim, o que é certo é certo. Daí fizeram outra reunião dizendo que quando precisasse, que era para gente ajudar.

Então, dependendo da mudança, é a chefia de enfermagem junto com os enfermeiros que fazem, outras são feitas pelos médicos. Para mim, os médicos interferem muito no que seria trabalho do enfermeiro. Às vezes, eles vêm e pedem para punccionar mais para cima ou mais para baixo, mudam a direção da agulha, essas coisas. Se o médico e o enfermeiro discordarem, prevalece o que o médico mandar. Na verdade, depende do enfermeiro. Alguns ouvem as sugestões dos médicos, se concordar, reúne a equipe e discute a necessidade de mudanças, mas não faz só porque o médico está pedindo. Hoje eu tenho enfermeiros que agem assim, mas cada um trabalha de um jeito. Tem uns que trabalham mais para o lado dos médicos, tem outros que trabalham mais para o nosso lado. A nossa chefe mesmo, quando reclamamos alguma coisa relacionada aos médicos, ela vai falar com eles, discute, disso não posso reclamar.

Com relação a recursos, sempre falta alguma coisa, principalmente no final e começo de ano. Quando falta, a gente se vira com o que tem. Por exemplo, agora não tem luva de procedimento e estamos substituindo pela estéril. Mas, vai chegar uma hora que vai ter de procedimento e não vai ter estéril. E aí? Então, temos sempre que ficar dando jeitinho. E isso é péssimo.

Outro exemplo é campo cirúrgico. É preconizado que utilizemos campo no momento de trocar o curativo do cateter, mas, às vezes, não tem. Então, vamos improvisando com outros materiais estéreis. Mas até onde isto é certo?

Por um lado, vejo um pouco de desperdício. Por exemplo, o frasco de Heparina tem 5ml e está prescrito 2ml, os outros 3ml são jogados no lixo. Uma hora vai faltar. Mas, por outro, tem coisas que fazemos aqui que não considero desperdício, que acho certo, como a troca de luva a cada paciente. Tem lugares em que você fica o dia todo com a mesma luva. Eu discordo. Imagine se eu for lá, ligar aquele paciente e, se a luva não sujar de sangue, eu pôr no bolso, lavar minha mão e passar um álcool. Para minha proteção está tudo bem. Depois eu calço a mesma luva e vou para outro paciente? E a infecção cruzada? Não existe? Graças a Deus, aqui não acontece isto, mas em outros lugares acontece.

Eu também bato muito na tecla sobre a entrada de alunos. Se não pode entrar ninguém na hora de fazer curativo, os alunos também não podem. Ou se estamos manipulando o cateter e o médico vem avaliar sem máscara. Eles falam que eu sou chata, mas... Gente! O mesmo cuidado que eu tenho que ter, eles também têm que ter.

Eu penso, também, que deveríamos ter mais cuidado com a circulação de pessoas, porque você limpa a mesa auxiliar, lava as mãos, abre o material estéril... Quando vê, entra parente para pôr o paciente para sentar-se. Ou alguém vem, encosta em você, bate e contamina. Tosse, espirra, contamina. Nós nos policiamos para fazer tudo corretamente. Sempre têm aqueles que nem tanto, mas são poucos. Falamos para os pacientes e acompanhantes para ter cuidado, que a diálise tem que ser mais restrita, mas nem sempre adianta. É você mexendo e gente andando para lá e para cá. Para mim, diálise teria que ser como um centro cirúrgico ou uma UTI. Não é um setor fechado? Setor fechado deveria entrar somente o paciente e o funcionário. A porta só deveria abrir na hora que os pacientes tivessem que entrar e sair acompanhado por uma nós, para não entrar mais ninguém. Isso que eu entendo por setor fechado.

Por exemplo, você tomou conta de um paciente isolado. Isolado entre aspas porque aqui não tem sala específica para isolamento. O que fazemos é pular duas poltronas. Para mim, isso não é isolamento. Suponhamos que este paciente esteja com uma bactéria multirresistente e você vai cuidar dele. Aí você toma seus cuidados: coloca gorro, máscara, luva, avental, deixa um manguito exclusivo para esse paciente. Quando acaba, o paciente vai embora e você tira tudo, joga fora e vai cuidar de outro paciente. Como assim? Para mim isso não é isolamento. Isolamento é você ficar só com aquele paciente ou só com os pacientes de isolamento. Nessa parte, eu também acho que peca. Não sei se é por causa de estrutura, se não tem lugar para colocar. Também não tem sempre pacientes assim,

talvez por isso não façam um lugar específico. Eu acho que são coisas que deveriam mudar, mas não mudam.

Normalmente, como estamos aqui há muito tempo, eu vejo que as intercorrências que acontecem são corriqueiras, fazemos disso uma rotina. Por exemplo: coagulou o capilar ou rompeu o sistema. Se não der para devolver o sangue, tiramos o sistema e jogamos fora. Na hora de montar outro sistema, devolvemos o prime para compensar a quantidade de sangue que ele perdeu. Se tiver muito coagulado, preferimos não devolver, pois pode causar uma embolia. Temos o cuidado de lavar o acesso, avaliar e ver se poderemos usar o mesmo ou se será necessário repuncionar.

Com hematoma, a mesma coisa. O paciente reclama que está doendo, se identificarmos um hematoma, paramos a máquina e chamamos o médico. Ele avalia. Se achar que dá para continuar, continuamos; se achar que não, paramos.

Então, danos ao paciente, às vezes, têm, mas tentamos minimizar o máximo que pudermos. Depende também de quem estiver no dia, se tem mais ou menos experiência. Se tem muito tempo de diálise, já conhece, sabe que se o capilar está com pressão de transmembrana alta, é porque o capilar está ruim, não vai ficar toda hora silenciando a máquina para parar de alarmar. Nessa parte, conseguimos nos virar bem. São coisas corriqueiras, estamos acostumados.

Antigamente, nós fazíamos o reuso dos capilares: antes até 21 vezes, depois até 12 vezes, depois até 7 vezes... Hoje não fazemos mais reuso. Naquele tempo, havia erros, como troca de capilares por causa de nomes parecidos. Na hora de montar, lavar o sistema e colocar o paciente para sentar-se, acabava trocando. Porém, nós percebíamos rapidinho e tirávamos. Claro que sem fazer alarde. Chamava o técnico/auxiliar de enfermagem, falava que errou e resolvia. Até por conta dessas coisas que resolveram parar de fazer reuso.

Eu sempre falo para as minhas colegas para não ficarem pensando que se fizerem alguma coisa errada perto de mim, que eu vou ficar calada. Eu vou ser obrigada a falar. Não porque eu quero prejudicar, mas ao ficar quieta, eu estou prejudicando o paciente. E vice-versa. Se tem alguma coisa errada que eu estiver fazendo, chego para mim e fale. Acho nós mesmos podemos nos policiar.

Hoje, por exemplo, fazemos a dupla checagem. Eu preparo a máquina e peço para alguém conferir. Às vezes, quando você está fazendo, não tem noção do erro. Mas, outra pessoa pode olhar e perceber. As enfermeiras também fazem a dupla checagem e isso acaba ajudando. Duas cabeças pensam melhor que uma. Às vezes, você está tão atarefado, paciente entrando e saindo, você ligando paciente... Liga um aqui, outro ali. Chega uma hora que você fala: – E agora? O que eu ia fazer mesmo? Dá branco. Precisa parar, respirar e ver o que falta fazer. Então, quando acontece algum erro, eu sempre procuro falar o que eu vi, o que eu sei. Mas nunca por maldade. Só dar um toque mesmo. Entende? Não é pela gente, é pelo paciente. Sempre ele que vai ser o mais prejudicado.

Quando acontece algum incidente com o paciente, as enfermeiras nos chamam na sala, conversam, explicam o risco, mostram onde foi o erro, ensinam de novo como deve ser feito, pedem

para tomar cuidado. Elas pedem para não fazermos nada se não tivermos segurança, para pedir ajuda. Às vezes, até colocam alguém para nos acompanhar, para ajudar, até possamos sentir-nos seguros de novo. Com isso, cada dia vemos menos erros. Têm aqueles corriqueiros, como os hematomas, que aí não tem jeito, acabam acontecendo.

Mas, eu nunca vi punição. O máximo que eu já vi ocorrer é ela explicar o que houve, você assumir o erro e assinar um termo dizendo que errou, que foi conversado, que você foi treinado e que vai melhorar. Mas, nem chega a ser registrado como advertência. Punição, aqui, eu nunca vi. Tem orientação, isso tem.”

Entrevistado: ETE 8

Data: Janeiro de 2020.

Início: 8h49min. **Término:** 9h14min.

Caracterização do participante: Técnica de Enfermagem, 32 anos. Atua em serviços de diálise há 10 anos e neste serviço há 6 anos.

Narrativa:

“Eu entrei na Enfermagem porque a minha mãe teve câncer e eu cuidei dela por muito tempo. Depois que ela ficou bem, se recuperou, eu falei para mim mesma que conseguiria fazer aquilo por outras pessoas. Lembro que minha mãe sempre dizia que eu cuidava muito bem. Foi assim, que decidi fazer um curso de Enfermagem e me apaixonei.

Durante o curso eram ofertadas bolsas de estágio para determinados lugares. Eu fui selecionada para fazer a prova em uma clínica de diálise, onde fui aprovada e estagiei por 6 meses. Era só para conhecer o funcionamento, não podíamos puncionar e nem manipular cateter, fazíamos o básico como verificar pressão arterial, organizar material, essas coisas. Quando o estágio terminou eu estava muito adaptada e, então, eles me perguntaram se eu não queria ser efetivada e ao concluir o curso, fui admitida. Eu lembro que a enfermeira reforçou toda a rotina da clínica, o passo a passo de todos os procedimentos que eu ainda não tinha feito, enfim, me explicou tudo que eu precisaria fazer. Eu trabalhei por 4 anos nessa clínica, que atende pelo SUS [sistema único de saúde], depois eu fui para outra clínica também vinculada ao SUS e, a seguir, eu vim para cá e nunca mais saí da diálise. Até pensei em ir para outras áreas, mas eu me identifiquei muito aqui e decidi continuar.

O que mais gosto, na verdade, é que temos muito contato com o paciente. Não é aquele paciente que vem, vai embora e nunca mais vemos. Na diálise, você acaba tendo um vínculo, vê o paciente três vezes por semana, acompanha o progresso. Além disso, a diálise é algo que fazemos para que o paciente fique bem, pelo menos eu interpreto desse modo. Algumas pessoas acham horrível, porém eu considero que a hemodiálise é uma terapia que a ciência encontrou para deixar os pacientes com problemas renais se sentindo bem. Eles, às vezes, chegam aqui muito graves, muito edemaciados, com falta de ar, mas saem bem. Penso que é um tratamento diferente do tratamento de câncer, por exemplo, é um benefício para o paciente, deixa ele melhor, proporciona uma qualidade de vida melhor.

O acesso vascular para esses pacientes é primordial porque dependem do acesso para ter uma boa diálise. Então, eu tenho que tratar do acesso com a maior seriedade possível, tanto a fístula quanto o cateter, porque sei que se a punção for ruim, ele vai ter uma diálise ruim, a eficiência não vai

ser boa, não vai conseguir obter os resultados de que precisa. E do cateter também, pois se ele tiver uma diálise boa, vai filtrar tudo como deve ser. Além disso, tem o risco de infecção. A fístula tem muitos riscos, porém o cateter tem mais. Tento sempre prestar muita atenção no momento de ligar um cateter para não contaminar, porque sei que é uma porta de entrada para bactérias, para infecção. Uma vez que desenvolve infecção é um transtorno muito grande para a vida deles.

Eu sei que muitos pacientes que não têm condição de fazer outro acesso. Às vezes, o médico fala para fazer de tudo com o cateter porque não tem outro lugar para passar. Por isso, temos que tratar com a maior seriedade. Com a fístula, eu tento fazer o melhor possível também. Se vejo que é uma fístula complexa, que não vou conseguir puncionar, que não sinto segurança, eu chamo a enfermeira e peço para ela fazer ou me acompanhar. Tem paciente que não tem condições de outra fístula. Na verdade, para mim, o cuidado com o acesso vascular do paciente renal é primordial.

Sabe, tem dias que são mais corridos e não temos muito tempo para fazer com aquela atenção toda. Nós até brincamos que é preciso tomar muito cuidado com o piloto automático... Essa expressão significa que parece que ligamos um botão e saímos como robôs ligando todo mundo. E aqui não é diferente de outros lugares, tem dias que é corrido mesmo e não temos tanto tempo. Mas, tem dias que são mais tranquilos, onde os intervalos são maiores. Eu tento me policiar, principalmente, nos dias agitados, corridos, eu sempre falo com as minhas chefes que não vou me apressar, vou fazer no meu tempo. Eu sei que o que o fazemos é de suma importância para eles. Já aconteceu de eu correr, não conseguir fazer bem feito e depois me sentir culpada. Querendo ou não, somos nós que estamos frente a frente com o paciente, manipulando a fístula. Em reuniões, a equipe sempre conversa sobre isso; as enfermeiras reforçam que cada um tem seu tempo e que elas respeitam isso, porque sabem que se trata da vida deles. Então, eu tento fazer no meu tempo, no meu limite. É claro que não vamos ficar enrolando, há momentos em que é necessário acelerar.

Como te falei, quando comecei a trabalhar aqui, já tinha experiência em diálise. No entanto, eu percebo que cada instituição é de um jeito... As coisas aqui são muito diferentes de lá. Aqui, eu tive um treinamento muito mais intensivo. Eu fiquei 1 mês inteiro somente na educação corporativa do hospital, tendo aulas teóricas sobre cuidados com o cateter, cuidados com a fístula... Depois, vim para cá e fiquei 1 mês inteiro com a enfermeira para um treinamento prático. Eu lembro que ela fazia as técnicas, me mostrava, me explicava, e depois eu fazia para ela ver. Se tivesse alguma coisa que não estava correta, ela me corrigia, dizia em quais aspectos deveria melhorar. Os cateteres, eu só liguei depois que a enfermeira me liberou. Ela disse: – Você já está ligando na técnica certa, então, está liberada. Para tudo que eu fosse fazer aqui, eu precisava do aval da enfermeira primeiro: a punção de fístula, conectar paciente à máquina via cateter, trocar curativo de cateter... Tudo isso fui aprendendo sob a supervisão dela. Esse 1 mês ampliou muito minha visão sobre como o cuidado deve ser feito.

Sabe, no começo eu me senti bem perdida. Cheguei a comentar com os colegas que achava que não conseguiria ficar, pois tudo era muito diferente do que eu sabia. No entanto, a enfermeira me passava confiança, eu perguntava como estava indo e ela me dizia que estava aprendendo rápido, que poderia continuar, que daria certo. Então eu me sentia mais segura. Hoje em dia, eu compreendo bem como o setor funciona e me sinto bem confiante para fazer o meu trabalho. A não ser que a fístula não

tenha frêmito, não tenha pulso ou o cateter não funcione... Nestas situações, eu preciso passar para enfermeira resolver. O que cabe a mim, é tranquilo.

Aqui, a cada 6 meses nós temos um treinamento. No final do ano mesmo nós tivemos. A enfermeira vem, dá uma aula teórica sobre determinada técnica e repassa toda parte prática de novo. Primeiro, ela faz, depois pede para gente fazer, observa o que precisa melhorar e orienta até ver que estamos fazendo certo. Quando acontece algum problema, por exemplo, apareceram três infecções no fim do ano passado, então as enfermeiras vêm e pedem para rever a técnica de todo mundo, em todos os plantões, mesmo se não tiver dado o prazo de 6 meses. Aqui eles têm uma grande preocupação com essa questão de infecção.

Para mim, o nosso trabalho é muito importante e precisamos ter esses cuidados mesmo. Diariamente, fazemos assim: quando o paciente chega, se tiver fístula, orientamos a lavar o braço com clorexidina. Se não, eles já vão lá na pia e lavam. Quando voltam, se sentam e avaliamos o pulso, o frêmito, se o membro está edemaciado, se tem hematoma, essas coisas. Se estiver com frêmito fraco, chamamos a enfermeira e o médico para avaliarem. Muitos dos pacientes já vão no mesmo dia para a cirurgia vascular. Se estiver tudo certo com o braço, mas eu não conseguir puncionar, também chamo a enfermeira. Não puncionamos a segunda vez. A não ser que ela fale para tentarmos novamente, o que acontece quando ela está atendendo alguma intercorrência, nesse caso nós fazemos. Geralmente, ela pega o ultrassom, avalia e punciona. As enfermeiras estão o tempo todo aqui, podemos chamar que elas vêm, nos dão muito apoio e são muito boas no que fazem.

Se eu falo para enfermeira que um acesso não está bom hoje, ela avalia e pede para observar na próxima sessão. Se na próxima não tiver bom, eles já resolvem, não ficam esperando. Encaminham o paciente para o ultrassom, para o vascular. Tem casos que no mesmo dia o paciente é internado e o problema resolvido. Eu sei que alguns lugares esperam o paciente perder a fístula para resolver, aqui não. Eles intervêm rápido e isto é muito bom.

Eu vejo que os pacientes reconhecem o nosso trabalho, falam que fazemos um bom serviço. A maioria é bem tranquila, diz que confia quando vamos fazer algum procedimento... Eu vejo que eles nos chamam, pedem as coisas, seguem o que orientamos. Sinto que eles confiam bastante no meu trabalho e isso é muito bom. Eu fico feliz! Com exceção de alguns, claro, hospital particular, não é? Essas reclamações dos pacientes, às vezes me deixa um pouco chateada aqui... Você pode acertar a punção 100 vezes, no dia em que você errar, você é ruim para eles. Puxa, eu sempre dou o meu melhor, não é todo dia que estamos com a mão boa para puncionar. Isso me deixa chateada. Porém, são exceções.

Também percebo que a equipe confia no meu trabalho. Eles sabem que nós ficamos mais tempo em contato com o paciente, então, sempre que eu informo alguma coisa, por exemplo, que o paciente está hipertenso ou está edemaciado, eles sempre ouvem, vão lá, avaliam e dizem que deve ser feito. Se digo que o acesso não tem condições de punção, vão pedir ultrassom. Hoje mesmo uma fístula estava com fluxo baixo, eu falei com a enfermeira e a médica e isso foi realizado. Eles são bem assim, se falarmos que tem algum problema acontecendo com o paciente, eles vão investigar.

Aqui, eu observo que tudo é para o bem-estar do paciente. Então, se estiver acontecendo alguma coisa e eu passar para a minha enfermeira, ela sempre dá ouvidos. Ela vem olha, vê o que está acontecendo, avalia e resolve.

E não é só ao paciente, eu considero aqui um hospital muito bom para o colaborador também. Por exemplo, nós temos programa de saúde do colaborador e todos os anos fazemos exames, check up. Se precisar de ajuda psicológica ou qualquer outro tipo de ajuda, eles acompanham. Eu já passei por momentos muito difíceis em minha vida pessoal e fui muito bem acolhida, tanto pela enfermeira como pela minha gestora. Eu precisei da ajuda dos profissionais daqui, como psicólogos e outros, e eles me auxiliaram bastante. Isso fez com que eu me sentisse acolhida na instituição, tratada como pessoa mesmo e não só como um funcionário, diferentemente de outros lugares onde trabalhei; não eram assim.

Isso não fez o meu desempenho ser diferente porque sempre procurei focar no cuidado que eu tinha que ter com o paciente, independente da chefia ou do que estivesse acontecendo. Em todos os lugares que eu passei, sempre fui muito querida pelos pacientes, sempre tentei fazer o meu melhor. Mas, quando você tem algum problema e sente que eles vão te ajudar a resolver, que se importam, que fazem as coisas para que você se sinta melhor, é lógico que trabalha com mais satisfação! E aqui é assim, eles tentam ao máximo fazer com que a gente se sinta bem, resolve os nossos problemas; eles nos ajudam muito.

Outra coisa que eu gosto bastante é que nossa gestora tem uma percepção muito boa. Se ela olha e vê que não estamos muito bem, ela já percebe e nos chama para conversar. Pergunta como estamos, se aconteceu alguma coisa no trabalho, se estamos sobrecarregados, se tem algo ocorrendo, por que estamos tristes, abatidos, como ela pode nos ajudar... E isso é uma coisa que me motiva muito no trabalho, porque se eu me sinto bem cuidada, conseqüentemente, cuido melhor.

Além disso, não temos nenhuma limitação nos recursos para trabalhar. Podemos utilizar os materiais que forem necessários, mas, é claro, sem desperdício, com responsabilidade. Se precisarmos de algum material além do que temos na sala, as enfermeiras autorizam a pedir e a farmácia ou o almoxarifado enviam. Não tem restrição, se o paciente precisar, podemos usar.

Veja, aconteceu de eu ou meus colegas sugerir o uso de alguns materiais ou propor alguns mudanças na rotina; nossas ideais eram boas e foram implantadas. Eles [enfermeiros] pedem nossa opinião. Por exemplo, eles falam: – Este material não está muito bom, vocês têm alguma ideia de um melhor para fixar o cateter? Sabemos que outras instituições usam tal coisa, então, falamos, eles procuram saber o que é, avaliam e, se for o caso, implementam. Isso já aconteceu. Outro ponto importante é que todos os anos a enfermeira faz nossa avaliação e temos a oportunidade de falar o que achamos que precisa melhorar ou se temos alguma ideia... Eles sempre ouvem.

Quando você me pergunta como são tratados os incidentes, eu vejo que sempre é aberta uma notificação para que o hospital entre com as medidas de segurança. Por exemplo, eu troquei uma medicação. Eu notifico no sistema interno do hospital, eles vêm, analisam e tentam mudar. Se forem medicações muito semelhantes, por exemplo, e eles perceberem que é passível de erro, já mudam de

lugar, fazem alguma coisa, sei lá... Mas, sempre fazem alguma coisa para aquilo não acontecer de novo. Então, toda vez que acontece um problema de segurança, conversamos com nossa chefia e notificamos porque sabemos que o hospital vai tentar resolver. Contudo, de forma nenhuma nós somos punidos, porque não é intencional, não é descaso.”

Entrevistado: ETE 9

Data: Janeiro de 2020.

Início: 9h18min. **Término:** 9h37min.

Caracterização do participante: Técnica de Enfermagem, 34 anos. Atua em serviços de diálise há 12 anos e, neste serviço, há 8 anos.

Narrativa:

“Durante a minha formação profissional, a hemodiálise foi a área da enfermagem que eu mais gostei de atuar quando passei pelos estágios no curso técnico, por isso eu resolvi ficar. Eu gosto porque temos um contato maior com os pacientes, três vezes por semana estamos juntos, não é aquele negócio de você cuidar do paciente e ele ir embora. Eu sinto que fazemos parte da vida deles, fazemos parte do cuidado e contribuimos para realizem o próprio cuidado. Então, eu gosto disso, da proximidade, de ter uma rotina com eles, de ver a sua evolução.

Eu comecei trabalhando em uma clínica que atendia 90% dos pacientes pelos SUS [sistema único de saúde], isso foi em outra cidade. Lá eu tive treinamento teórico e prático de todas as técnicas, depois comecei a fazer os procedimentos sob supervisão da enfermeira até que ela me liberasse para fazer sozinha. Isso foi bom, me deixou mais segura para começar a cuidar dos pacientes. Aqui, hoje em dia, temos treinamentos a distância, temos provas, certificação. Em alguns dos outros cursos daqui do hospital, podemos ler o material em casa e depois respondemos os questionários. Além disso, somos liberados para alguns cursos que tem no auditório... São cursos gerais, como de atendimento a parada cardiorrespiratória, por exemplo, o que considero porque não ficamos parados no tempo. Se acontecer esse evento, saberemos como agir.

Para mim, os cuidados que envolvem o acesso vascular são, extremamente, importantes porque o paciente precisa do acesso para sobreviver; desse modo precisa ser bem cuidado. O nosso trabalho com a fístula é verificar a distância de punção, ver se não está recirculando, mudar o local de punção, administrar a quantidade de heparina prescrita, ver se o Kt/V está adequado, se o paciente está fazendo a sua parte no cuidado como: lavando o braço, ficando com o tempo certo do curativo, não está pegando peso, se está realizando exercícios naquele braço, não molhando o cateter, não dormindo em cima dele, essas coisas.

Aqui, sempre que são admitidos, os pacientes recebem um folder com a explicação sobre os cuidados que eles têm que ter com o acesso. O enfermeiro fornece essas explicações no começo e depois vamos orientando nas sessões, tem até um lugar específico no sistema [prontuário eletrônico] para anotarmos que o paciente ou o familiar foi orientado. Por exemplo, sempre que ele chega com o

curativo solto, é feito um plano de educação e registrado no sistema o dia, a orientação que foi dada e por quem. Eu sinto que os pacientes recebem bem essas orientações. De uma maneira geral, são bem aderentes, mas se eles se comprometessem ainda mais, melhoraria bastante.

Da nossa parte, o que fazemos é tão a risca, é tão de acordo com o que é pedido, com os protocolos, que eu me sinto muito tranquila para trabalhar. Fazemos tudo conforme as enfermeiras nos orientam e vejo que é evitar intercorrências. E isso me dá segurança. Tanto que temos poucos problemas. Quando eu me sinto insegura, com alguma punção, por exemplo, eu chamo a enfermeira e ela assume. Mas, é difícil porque as punções aqui são tranquilas, só se o paciente mesmo tiver com alguma queixa e pedir que o enfermeiro venha. Confesso que é raro isso acontecer. De todo modo, sempre que precisamos de algum auxílio do enfermeiro, ele sempre vem, temos esse apoio.

Com relação a recursos, nós temos todos os materiais de que precisamos à disposição. Temos uma sala com várias máquinas de reserva, temos vários tipos e tamanhos de capilares, de agulhas, ultrassom no setor... Acredito que temos tudo. Teve uma vez estourou um cano e colocamos todos os pacientes para dialisar na Genius® [máquina com sistema operacional para realização de hemodiálise à beira leito], mudamos os pacientes de horário, fizemos um mutirão e conseguimos resolver muito rápido, porque nós possuímos todos os recursos disponíveis. Nossos equipamentos são muito bons, podemos colocar o paciente na máquina mais adequada para a necessidade dele. Isso só é possível porque temos máquinas muito modernas. É ótimo!

Nos casos em que a fístula não está muito boa, conversamos o médico e é solicitado um ultrassom para ver o que está acontecendo. E de fato esse procedimento é muito rápido, uma vez que conseguimos fazer aqui mesmo. Com essas coisas, ficamos tranquilos para trabalhar, pois sabemos que temos os recursos de que precisamos.

Hoje mesmo nós verificamos que uma paciente estava com fluxo muito baixo, vínhamos observando isso há um tempo, então a enfermeira conversou com a médica e foi solicitado um ultrassom, que ela vai fazer quando sair daqui. Entende como é rápido? Além de termos todos os recursos disponíveis, os médicos e enfermeiros não ficam postergando até o acesso parar de vez. Isso é bom para o paciente porque não perde o acesso.

Para nós também é bom saber que somos ouvidos. Para ter uma ideia, nós participamos da visita multiprofissional uma semana depois da coleta de exames, já com os resultados. Nós participamos da conversa, damos nossa opinião. Daí, eles [médicos] mudam tempo de diálise, medicação, decidem a frequência das sessões... Então, essas coisas são discutidas ali, mês a mês, todos juntos: médicos, enfermeiras, nutricionistas e nós. Nessas visitas eles pedem para gente falar, querem nos ouvir, pois passamos a maior parte do tempo com os pacientes.

Eu sinto que tanto os pacientes como a equipe valorizam o nosso trabalho. Eles falam isso pra gente. Até nas pesquisas de satisfação isso aparece, então nós temos um feedback bastante positivo. Tem também os negativos, mas são poucos, posso dizer que é a minoria. Sempre que tem um ponto negativo, a nossa gestora faz uma reunião para ver o que podemos melhorar. Então, quando recebo uma crítica, eu vejo onde posso melhorar, se uma crítica é construtiva, se é verdadeira, pois às vezes

nem é. Às vezes, a reclamação nem diz respeito à enfermagem, mas acabamos assumindo essa responsabilidade, como manter uma porta fechada ou abrir uma porta. Coisas que acabam ficando na nossa mão, acabamos absorvendo.

Sabe, eu gosto muito de trabalhar aqui, eu acordo e penso que preciso fazer o meu melhor, que tenho uma equipe de precisa de mim, pois é o primeiro horário do turno e se alguém faltar atrasa todos os outros horários. Tem pacientes que contam comigo. E isso me motiva muito. Às vezes, atrasa o metrô, eu aviso, o colega vai adiantando o meu trabalho e dificilmente quando eu chego no trabalho ele está de cara feia, então, nos ajudamos.

A respeito dos incidentes, eu nunca vi acontecer nada grave com os pacientes aqui, mas eu acho que, se acontecesse, a equipe tomaria a conduta que fosse necessária. Por exemplo, se eu punccionar errado e o paciente perder o acesso. Eles vão avaliar o paciente, internar, passar o cateter e tentar recuperar o acesso. Se aumentar o número de infecções, todo mundo é reorientado, repassam todas as técnicas, observam como estamos fazendo o curativo. Isso já aconteceu, não muitos casos, porque aqui se tiver dois casos é motivo suficiente para dar um alerta e pensar em uma série de ações, tomando decisões para que não aconteça de novo. Punição eu nunca vi, eles se preocupam em melhorar.”

Data: Janeiro de 2020

Horário de início: 14h25min. **Horário de término:** 14h58min.

Caracterização do participante: Técnica de Enfermagem, 29 anos. Atua em serviços de diálise há 10 anos e, neste serviço, há 7 anos.

Narrativa:

“O que eu mais gosto na diálise é o contato com o paciente, o vínculo, pois são sempre os mesmos pacientes. Vejo que passo mais tempo com eles do que com minha própria família... Por serem pacientes crônicos, eu percebo que são mais abatidos, angustiados, e eu gosto bastante de cuidar deste tipo de paciente; poder dar um carinho para eles é importante para mim.

Eu ingressei nessa área porque um familiar que fazia hemodiálise soube que eu estava formando e levou meu currículo na clínica para que eu pudesse fazer um estágio. Era uma clínica satélite que atendia pelo SUS [sistema único de saúde]. Eu não conhecia nada, não tinha noção de como era. Mas, o primeiro contato foi bem tranquilo. Lá, eu não tive um treinamento específico, os próprios enfermeiros que nos ensinavam, nós íamos junto com eles para ver como faziam e íamos aprendendo aos poucos. No início, eu fazia coisas mais simples; só no final que eu comecei a puncionar, manipular cateter, essas coisas. Foram seis meses de muito aprendizado e como eu tive um bom desempenho, me contrataram.

Quando eu comecei a trabalhar aqui, fiquei um mês em treinamento. Mesmo tendo experiência, a enfermeira me acompanhava em todos os processos. Primeiro ela fazia e depois, quando eu me sentia mais confiante, passava para eu fazer, mas ficava sempre junto. Quando ela percebia que eu estava fazendo tudo certo e sentia segurança no meu trabalho, me liberava para fazer sozinha. Eu me lembro que ela seguiu uma sequência, foi me ensinando primeiro a manipular a máquina e, gradativamente, a fazer coisas mais complexas. Mesmo quando eu já estava fazendo sozinha, ela me acompanhava, tirava as dúvidas... Isso foi muito bom para mim porque na outra instituição onde eu trabalhava, as rotinas eram diferentes; para que eu aprendesse as daqui foi muito importante o acompanhamento, a orientação e também que me apontasse o que estava certo e no que deveria melhorar, essas coisas.

Até hoje, eu vejo as enfermeiras fazerem muito isso: acompanham de perto, pontuam bastante. Se fizermos alguma coisa que não está de acordo com o protocolo, elas chegam, conversam, mostram como deve ser feito, ensinam mesmo. Mas, é tudo bem tranquilo, não é ríspido, como se tivessem chamando atenção. Eu percebo que é para corrigir, para melhorar.

Eu me sinto muito bem em trabalhar em um lugar com essas rotinas bem definidas, com a supervisão de perto das enfermeiras, porque com muitos anos de profissão desenvolvemos vícios e, às vezes, pode sair alguma coisa errada. Quando elas falam, eu sinto que é na intenção de melhorar, tanto para o paciente como para nós. Prefiro que seja assim. Em outros lugares onde eu trabalhei, não tinha muita cobrança em relação a protocolos. Aqui, eu me sinto mais segura, porque sei que tenho um respaldo, que a técnica foi revisada, que é fundamentada, que não estou fazendo da “minha cabeça”. Isso me dá uma segurança maior.

Para mim, o apoio delas é muito bom. Para ter uma ideia, nos acessos novos, elas fazem as primeiras punções e depois nos passam com muita tranquilidade, com confiança, segurança, sabem o que estão fazendo. Elas observam a ocorrência de hematomas, como são feitas as punções, tudo. Se perceberem qualquer risco, já falam. Além disso, nos dão bastante liberdade para falar sobre qualquer problema que encontrarmos ou dúvidas que tivermos. Eu vejo que elas não retêm a responsabilidade só para elas, confiam no nosso trabalho. Deus me livre de prejudicar o acesso do paciente, principalmente, acesso de punção, como a fístula... É o meio dele sobreviver! Temos que ter bastante responsabilidade!

A relação entre os técnicos de enfermagem também é muito boa, nos ajudamos muito. Costumamos brincar que temos uma equipe de apoio para ajudar nas fístulas mais difíceis, portanto, quando percebemos que está complicada, chamamos alguém para dar um apoio, nem que seja apoio “moral”. É muito bom porque avaliamos em conjunto, conversamos sobre como fazer, aprendemos uns com os outros...

Como passamos muito tempo juntos, ocasionalmente temos alguns atritos, mas tudo muito fácil de ser resolvido. Às vezes, é uma conversa mal explicada que vai se espalhando e, quando vê, forma-se uma bola de neve. Também, sempre tem aquele mais acomodado ou que está mais cansado ou que não está bem. Isso, apesar de desmotivar um pouco, eu entendo que é uma coisa normal, que acontece em qualquer lugar. Hoje, percebo que a equipe está mais madura para lidar com essas situações. Procuramos fazer a nossa parte, o nosso melhor e, também, observamos se o colega não está passando por algum problema. Pode acontecer de acharmos que a pessoa está fazendo “corpo mole” ou está mais acomodado, mas na verdade, está passando por algum problema e isso interferir no comportamento no trabalho. Eu tento conversar, no entanto, se eu perceber que a pessoa não faz porque não quer, então deixo que se responsabilize pelo seu trabalho, porque o mais beneficiado tem que ser o paciente.

Sabe, eu me sinto segura no que eu faço, mas trabalhar em diálise é um constante aprendizado, todos os dias aprendemos. Mesmo depois de 10 anos, eu percebo que continuo aprendendo. Sempre aparecem punções diferentes para fazer, de vários tipos e, com isso, vamos nos aperfeiçoando. Acho que o importante é estarmos abertos para aprender, não pensar que sabemos tudo.

Aqui, nós temos muita capacitação e com isso vamos crescendo. Por exemplo, quando entra um material novo, se o representante não puder dar treinamento para todos, ele ensina às enfermeiras e elas nos passam, como já aconteceu com máquinas novas, funções novas nas máquinas, essas

coisas. Outro exemplo, é o curativo, recentemente passamos a usar o CHG [curativo impregnado com clorexidina], então as enfermeiras aproveitaram e revisaram toda a técnica de troca. E tivemos outras, sempre temos alguma capacitação para fazer.

Para mim, o trabalho que eu faço com o paciente, com o acesso vascular, é bastante importante. Quando o paciente chega, perguntamos se lavou o braço, se não tiver lavado e apresentar dificuldade de locomoção, fazemos a higienização na cama mesmo, com clorexidina. Depois, observamos se tem hematoma, feridas, crostas, pois quando puncionamos muitas vezes no mesmo lugar surgem lesões, então eu evito aquela parte. Olhamos com muito cuidado se a pele está íntegra, essas coisas. Penso que nossa prática está de acordo com o que as enfermeiras ensinam, se tem alguma coisa a mais, eu desconheço.

Quando temos uma sugestão para melhorar o serviço, passamos para a nossa enfermeira de referência e se ela achar interessante, levamos para a nossa gestora. Elas sempre aceitam bem, tanto as enfermeiras como a gestora. Se é uma ideia que dá para fazer aqui, elas colocam em prática; acontece que, às vezes, não é possível, mas nesse caso, elas explicam por que não dá para fazer. Elas sempre ouvem bastante.

Eu me sinto muito feliz e orgulhosa por trabalhar aqui, porque sou acolhida, tanto pelos colegas, como pela chefia. Elas reconhecem o nosso trabalho. E eu sei que lá fora isso é muito difícil de conseguir. Aqui nós temos. O elogio às vezes é meio difícil de sair, mas quando acertamos, quando fazemos alguma coisa legal, elas reconhecem, parabenizam. Eu sinto muito orgulho de fazer parte da equipe da diálise daqui.

Em termos de recursos não podemos reclamar, porque temos fartura de material, às vezes, temos até excesso. O nosso estoque na sala e, por exemplo, se precisarmos de uma agulha para repuncionar, vamos lá e pegamos, sem dificuldade. Tem lugar que é uma burocracia imensa para conseguir qualquer material extra, aqui não. É claro que tem de registrar o que usou a mais, porque precisa cobrar e, para isso, tem que justificar o uso. Então, registramos o material extra que foi utilizado, o motivo, quem usou e a enfermeira que foi comunicada. Para mim, ter essa disponibilidade de material é bom, pois não perdemos tempo no atendimento, fazemos o que precisa ser feito para o paciente.

Se fosse para resumir, poderia afirmar com certeza... Eu gosto de trabalhar aqui, tenho orgulho, porque temos material, apoio, capacitação, orientação... Não posso reclamar!

Eu percebo que há preocupação muito grande com a questão da infecção, da lavagem de mãos, uma vez que sempre temos treinamentos e orientações sobre isso. Nós temos uma paciente que sempre tirava o curativo; independentemente de qual você colocasse, ela tirava. Nós, além de falar com as enfermeiras, sempre anotamos, explicamos e fazemos um plano de orientação. Quando começamos a utilizar o CHG®, observamos que isso melhorou, ela vem tirando menos. Se ocorrer alguma infecção com essa paciente, as enfermeiras vão tentar entender qual foi a causa. Elas fazem assim: primeiro nos ouvem para saber o que vinha acontecendo e depois leem o prontuário. Nos registros do prontuário, elas vão ver que a paciente ficava sem curativo, manipulava o cateter, o óstio.

Então, além de ouvirem, elas dão crédito ao que a gente escreve. Por isso, elas cobram tanto que registremos tudo, principalmente, as orientações e o plano de educação.

Na maior parte das vezes que falamos que uma fístula está ruim, com frêmito ou fluxo baixo, as enfermeiras escutam e vêm olhar. Os médicos às vezes questionam se é mesmo, se já tentamos resolver de alguma forma. Alguns deles deixam chegar no limite. Mas, sempre deixo registrado tudo o que eu vejo, o que falo; é meu respaldo. Procuro anotar o máximo possível, tudo mesmo, porque se der algum problema, a minha conduta estará registrada.

Mas não é sempre e nem todos os médicos que agem assim, a maioria valoriza o que falamos, dão uma atenção bem grande, principalmente os médicos novos, que são muito parceiros, estão sempre junto, escutam, perguntam. Quando passamos a visita multiprofissional, eles ouvem a enfermeira, o técnico e a nutricionista para fechar o plano de cuidados do paciente. É uma coisa nova e eu considero bem legal. Tem médico que se dissermos que o paciente não está muito bem, que aconteceu isso ou aquilo, ele para na hora o que estiver fazendo e vem. Atende bem rápido, se importa mesmo.

Considero bem legal quando eles dão atenção ao que relatamos, porque conhecemos o paciente, ficamos com ele o mês inteiro, portanto, se aparecer uma coisa diferente, eu reconheço que ele não está bem, que o acesso não está bom. Quando não escutam, acabo ficando chateada, mas vamos passando para outro até encontrar alguém que escute, que resolva. Para mim, quando não escutam, é um sinal que não dão credibilidade ao que falamos. Ainda bem que não ocorre sempre.

Quando acontece algum evento adverso ou quase falha, tem um lugar próprio para notificarmos. Geralmente, as enfermeiras chamam a pessoa que estava envolvida e orientam, tentam ver uma forma de não acontecer novamente, eu nunca vi tratar de forma punitiva. É claro que não ficamos errando. Eu odeio errar! Mas, quando acontece, elas orientam para que possamos crescer e não acontecer de novo. Independentemente se algum dia ocorrer alguma punição, nós sabemos que é preciso falar porque hoje pode ser não aconteça nada com o paciente, mas amanhã ele pode apresentar alguma consequência. Por isso, sempre falamos e eu sinto que é tranquilo contar para elas, não temos medo não.”

ANEXOS



ANEXO 1 – PRACTICE ENVIRONMENT SCALA (PES) – VERSÃO BRASILEIRA

Prezado participante,

Por favor, indique para cada item nesta seção, **até que ponto você concorda que ele está presente em seu trabalho atual**, circulando o número apropriado, de acordo com a escala abaixo:

	1	2	3	4
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. Serviços de apoio adequados que me permitem dedicar tempo aos pacientes.	1	2	3	4
2. Equipe médica e de enfermagem possuem boas relações de trabalho.	1	2	3	4
3. Uma equipe de gerente / coordenador / supervisor, da unidade que dá suporte à enfermagem.	1	2	3	4
4. Desenvolvimento ativo da equipe ou programas de educação continuada para a enfermagem.	1	2	3	4
5. Oportunidade de desenvolvimento na carreira profissional.	1	2	3	4
6. Os gerentes / coordenadores / supervisores, da unidade utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não como críticas.	1	2	3	4
7. Tempo e oportunidade suficientes para discutir com outros enfermeiros os problemas relacionados aos cuidados do paciente.	1	2	3	4
8. Equipe de enfermagem em número suficiente para proporcionar aos pacientes um cuidado de qualidade.	1	2	3	4
9. O responsável técnico/diretor/gerente de enfermagem é um bom administrador e líder.	1	2	3	4
10. Equipe de enfermagem suficiente para realizar o trabalho.	1	2	3	4
11. Reconhecimento e elogio por um trabalho bem feito.	1	2	3	4
12. A enfermagem e os médicos trabalham bem em equipe.	1	2	3	4
13. Oportunidades de aperfeiçoamento.	1	2	3	4
14. Uma filosofia de enfermagem clara que permeia o ambiente de cuidado ao paciente.	1	2	3	4
15. Trabalho com enfermeiros clinicamente competentes.	1	2	3	4
16. O gerente/coordenador/supervisor de enfermagem, da unidade dá suporte à sua equipe, em suas decisões, mesmo que conflitem com as do médico.	1	2	3	4

17. A administração da instituição ouve e responde às preocupações dos trabalhadores.	1	2	3	4
18. Programa ativo de garantia da qualidade	1	2	3	4
19. Os enfermeiros são envolvidos na direção interna do hospital (como por exemplo, nos comitês de normas e de práticas clínicas).	1	2	3	4
20. Colaboração (prática conjunta) entre as equipas médica e de enfermagem.	1	2	3	4
21. Programa de acompanhamento/tutoria dos profissionais de enfermagem recém-contratados.	1	2	3	4
22. O gerente/coordenador/supervisor de enfermagem, da unidade, consulta a equipe sobre os procedimentos e problemas do dia a dia.	1	2	3	4
23. Planos de cuidado de enfermagem escritos e atualizados para todos os pacientes.	1	2	3	4
24. A designação de pacientes promove a continuidade do cuidado (Isto é: um mesmo profissional de enfermagem cuida dos mesmos pacientes em dias consecutivos).	1	2	3	4

ANEXO 2 – PSYCHOLOGICAL EMPOWERMENT INSTRUMENT (PEI) – VERSÃO BRASILEIRA

Prezado participante,

Seguem abaixo, algumas afirmações que podem estar relacionadas ao **seu papel no trabalho**.

De acordo com a sua autopercepção, por favor, indique o quanto concorda ou discorda com cada uma destas afirmações, utilizando a escala abaixo:

	A	B	C	D	E	F	G
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. Eu estou confiante quanto à minha capacidade de fazer meu trabalho.	A	B	C	D	E	F	G
2. O trabalho que eu faço é importante para mim.	A	B	C	D	E	F	G
3. Eu tenho significativa autonomia em decidir como faço o meu trabalho.	A	B	C	D	E	F	G
4. O impacto que eu exerço sobre o que acontece no meu setor é relevante.	A	B	C	D	E	F	G
5. Minhas atividades de trabalho são particularmente gratificantes para mim.	A	B	C	D	E	F	G
6. Eu tenho grande controle sobre o que acontece no meu setor.	A	B	C	D	E	F	G
7. Eu posso tomar as minhas próprias decisões de como fazer o meu trabalho.	A	B	C	D	E	F	G
8. Eu tenho considerável oportunidade para fazer meu trabalho com independência e liberdade.	A	B	C	D	E	F	G
9. Eu tenho domínio das habilidades necessárias para o meu trabalho.	A	B	C	D	E	F	G
10. O trabalho que faço é significativo para mim.	A	B	C	D	E	F	G
11. Eu exerço significativa influência sobre o que acontece em meu setor.	A	B	C	D	E	F	G
12. Eu estou seguro quanto à minha capacidade para realizar minhas atividades de trabalho.	A	B	C	D	E	F	G

ANEXO 3 – DOMÍNIO CLIMA DE SEGURANÇA DO SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE (SAQ – Short Form 2006) – VERSÃO BRASILEIRA

Prezado participante,

Utilizando a escala abaixo, por favor, indique o quanto concorda ou discorda com cada uma destas afirmações, pensando na unidade de diálise onde trabalha.

A	B	C	D	E	F
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Neutro	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	Não se aplica

1. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente.	A	B	C	D	E	F
2. Erros são tratados de modo apropriado nesta área.	A	B	C	D	E	F
3. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área.	A	B	C	D	E	F
4. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho.	A	B	C	D	E	F
5. Nesta área, é difícil discutir sobre erros.	A	B	C	D	E	F
6. Sou encorajado por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente.	A	B	C	D	E	F
7. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros.	A	B	C	D	E	F