

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

GISELE MÖLLER

**CUIDADOS COM O BANHO DE LEITO:
implicações na carga de trabalho da equipe de enfermagem**

**Porto Alegre
2014**

GISELE MÖLLER

**CUIDADOS COM O BANHO DE LEITO:
implicações na carga de trabalho da equipe de enfermagem**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Maria M. Magalhães

**Porto Alegre
2014**

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por me permitir realizar esta trajetória, me iluminando e protegendo sempre no caminho do bem.

Agradeço infinitamente aos meus amados pais, Rosana e Ernauton, que são responsáveis pela pessoa que me tornei, pelo amor e carinho dedicados a mim, pelos valores ensinados e que me permitiram sonhar mesmo mediante aos obstáculos. São meus fiéis companheiros e a quem dedico e dedicarei todas as vitórias!

Agradeço aos meus amigos, que me apoiaram e me ajudaram em todas as oportunidades. Em especial à minha melhor amiga Kamila Cristina Santos, que nunca me deixou esmorecer e se fez presente em todos os momentos, obrigado pela estimável amizade. E minhas queridas e companheiras na graduação e na vida, Angélica Kreling, pela amizade e pelo apoio na elaboração deste projeto, Cristiane P. Schossler e Aliandra H. Zugno, pela amizade e por terem permanecido ao meu lado durante esta trajetória. Agradeço ao meu companheiro Wagner, que dedicou seu carinho e seu apoio incondicional sempre. Sem vocês esta jornada não teria o mesmo sentido!

Também agradeço aos profissionais de enfermagem que me receberam em suas equipes com respeito e atenção durante a graduação. Em especial a toda equipe do 7º Sul do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e à equipe da ESF Orfanatrópio que me acolheram com carinho e dedicação e foram fundamentais na minha formação profissional, o meu muito obrigado.

À minha professora orientadora, Ana Magalhães, pela oportunidade concedida, confiança, paciência e dedicação em nossos trabalhos de pesquisa, mostrando-me novos horizontes na enfermagem.

Por fim, agradeço aos profissionais de enfermagem e pacientes que participaram desta pesquisa e que tornaram possível a realização deste projeto e todos àqueles que me auxiliaram de alguma forma durante esta jornada.

“O entusiasmo é a maior força da alma. Conserva-o e nunca te faltará poder para conseguires o que desejas.”

Napoleão Bonaparte

RESUMO

Alguns estudos vêm relacionando a ocorrência de eventos adversos com a carga de trabalho de enfermagem. O cuidado com o banho de leito e a higiene corporal foram apontados como pontos críticos na carga de trabalho de enfermagem. O objetivo desse estudo foi levantar características da organização do trabalho da equipe de enfermagem relacionado ao banho de leito. Estudo observacional com método misto e coleta de dados concomitante, realizado em unidades de internação de um hospital universitário. As informações qualitativas foram analisadas pelo relato da observação dos banhos de leito, por meio de análise de conteúdo e organizadas por categorias temáticas com recurso do programa NVivo 10. Nos dados quantitativos foi mensurado o tempo de duração do procedimento, número de profissionais envolvidos e presença de familiares ajudantes, esses dados foram analisados por meio de estatística descritiva. A população consistiu dos pacientes internados e profissionais de enfermagem que estavam trabalhando nas unidades, durante o período de coletas de dados. A amostra constituiu-se de 67 pacientes e 62 profissionais de enfermagem. Os aspectos éticos atenderam à Resolução 466/12 do CONEP. Encontrou-se cinco categorias temáticas, uma delas considerada categoria prévia e as outras quatro categorias emergentes. Na categoria prévia *Riscos potenciais à segurança dos profissionais e pacientes* identificou-se como risco à segurança dos profissionais o esforço físico necessário ao procedimento e em relação aos pacientes identificaram-se os seguintes riscos: de quedas, de infecções e de deslocamento de dispositivos. Na categoria emergente *Integralidade do cuidado* as condições emocionais, clínicas, cirúrgicas dos pacientes e a presença de curativos, demonstraram-se relevantes na carga de trabalho da equipe. Na categoria *Estrutura Física* revelou-se impactantes questões relacionadas ao tamanho do espaço físico, disponibilidade de banheiros nos quartos e a falta de materiais para realizar o procedimento. Na categoria *Organização do Processo de Cuidado* as atividades simultâneas e inesperadas, a avaliação do paciente no banho de leito, banhos e trocas de fraldas, a necessidade de auxílio para realizar o procedimento e a privacidade do paciente, mostraram relevância. Na categoria *Satisfação do paciente* pôde-se relacionar o banho de leito com a satisfação do paciente em relação aos cuidados de enfermagem. Nos dados quantitativos encontrou-se que o tempo médio de duração do banho de leito foi de 15,02min \pm 05,03min. Em 55,2% dos banhos de leito observados estavam envolvidos dois técnicos de enfermagem. O auxílio de familiar ocorreu em apenas 22,4% das observações. Encontrou-se uma média de 1,83 banhos de leito por turno para cada profissional segundo a percepção dos mesmos. O banho de leito é um cuidado de enfermagem muito conhecido, porém pouco investigado, isso demonstra a pouca importância atribuída e escassez de estudos sobre o tema. Torna-se relevante o dimensionamento adequado de pessoal para que o banho de leito seja realizado preferencialmente por dois profissionais. Ambientes de trabalho complexos parecem prejudicar a organização do cuidado relacionado com o banho de leito. É essencial analisar a organização do trabalho e suas atividades de maneira particular e outros estudos acerca dos cuidados de higiene do paciente são relevantes para a enfermagem.

Palavras-chaves: Higiene. Carga de trabalho. Cuidados de enfermagem.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	OBJETIVOS	8
2.1	Objetivo Geral	8
2.2	Objetivos Específicos	8
3	REVISÃO DE LITERATURA	9
3.1	Banho de leito: compreendendo o processo de trabalho e as implicações na carga de trabalho da equipe de enfermagem.....	9
3.2	Perda da autonomia e aspectos éticos envolvidos no banho de leito	11
4	MÉTODO	13
4.1	Tipo de estudo	13
4.2	Contexto de estudo	13
4.3	População e amostra	14
4.4	Coleta dos dados	14
4.5	Análise dos dados	15
4.6	Aspectos éticos	15
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
	REFERÊNCIAS	35
	APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados - Observação do banho de leito	39
	APÊNDICE B – Termo de consentimento Livre e Esclarecido (paciente)	40
	APÊNDICE C – Termo de consentimento Livre e Esclarecido (técnico/auxiliar de enfermagem)	41

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, acompanhamos a situação alarmante de muitos hospitais brasileiros em relação à falta de estrutura física, tecnológica e contingente de profissionais inadequado, situações essas que muitas vezes remetem ao risco à saúde tanto dos pacientes quanto dos trabalhadores da área.

Diversos estudos apontam para os prejuízos na saúde do profissional de enfermagem devido aos ambientes e situações de trabalho desfavoráveis (MININEL; BAPTISTA; FELLI, 2011; RIBEIRO et al., 2012a; RIBEIRO et al., 2012b; AZAMBUJA et al., 2010). Assim como alguns estudos recentemente vem relacionando a ocorrência de eventos adversos com a carga de trabalho de enfermagem (MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013; DUFFIELD et al., 2011).

As instituições públicas de saúde no Brasil têm se caracterizado por uma sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem, devido à insuficiência quantitativa e qualitativa de trabalhadores frente à demanda assistencial da clientela atendida, que interferem, diretamente, na eficácia e na qualidade dos serviços oferecidos (LIMA; TSUKAMOTO; FUGULIN, 2008).

A enfermagem atua em diversas áreas hospitalares, e é o maior contingente profissional da área da saúde. Segundo Barreto, Krempel e Humere (2011) os profissionais de enfermagem em nosso país correspondem a 64,7% da força de trabalho na área da saúde. Além de acompanharem o paciente durante as 24 horas da internação. Desses aspectos que são inerentes à profissão advém à importância dos estudos referentes à carga de trabalho de enfermagem.

Observam-se, atualmente, diversos trabalhos científicos que buscam avaliar a carga de trabalho em instituições de saúde voltadas para a equipe de enfermagem. Buscando compreender melhor os fatores que geram carga de trabalho, em estudo realizado no Rio Grande do Sul em um hospital universitário em unidades clínicas e cirúrgicas, investigaram-se quais os cuidados apontados pela equipe de enfermagem que mais repercutiam na carga diária de trabalho e mais representavam riscos para a segurança do paciente, dos profissionais e do ambiente. Um dos resultados desse estudo apontou para três cuidados assistenciais determinantes da carga de trabalho: o banho de leito, a administração de medicações e o transporte de pacientes (MAGALHÃES, 2012). Outros estudos também elencaram o cuidado/higiene corporal prestado ao paciente como fator gerador de carga de trabalho para a

equipe de enfermagem (LIMA; TSUKAMOTO; FUGULIN, 2008; SOUZA et al., 2009; ARAÚJO; PERROCA; JERICÓ, 2009).

Compreender o processo de trabalho, como se constitui, quais as variáveis de maior relevância e pontos críticos, torna-se essencial para obter subsídios na identificação da carga de trabalho a qual a enfermagem é submetida e que muitas vezes não sabemos a real dimensão. Logo, levando-se em consideração esses estudos que apontam a higiene corporal/banho de leito como fator determinante na carga de trabalho, mas que não aprofundam questões sobre como se dá esse processo de trabalho, advém a justificativa para realização desse estudo, com o intuito de compreender como se caracteriza o cuidado assistencial do banho de leito e aprofundar o conhecimento de por que ele é considerado fator relevante quando se trata o tema carga de trabalho.

A escassez de estudos específicos sobre o tema e a necessidade de buscar estratégias para melhorar a qualidade do atendimento prestado, as condições de trabalho e a valorização profissional, constitui-se em um aspecto relevante para a realização do presente estudo.

Nessa perspectiva, surgem alguns questionamentos que norteiam a realização da pesquisa: Quais características da organização do trabalho relacionado com os cuidados do banho de leito podem ter implicações na carga de trabalho da equipe de enfermagem? Existem riscos para a segurança do paciente e do profissional durante o banho de leito?

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral:

Levantar características da organização do trabalho da equipe de enfermagem relacionado aos cuidados com o banho de leito.

2.2. Objetivos específicos:

- a) Identificar possíveis riscos à segurança do paciente e do profissional de enfermagem durante a realização do banho de leito.
- b) Estimar o tempo médio despendido pelo profissional de enfermagem para a realização do banho de leito.
- c) Descrever o número de banhos de leito por profissional, por turno de trabalho.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Banho de leito: compreendendo o processo de trabalho e as implicações na carga de trabalho da equipe de enfermagem

Em diversas situações clínicas ou cirúrgicas, devido à doença aguda ou crônica, debilitação física ou neurológica e até por necessidade de terapias restritivas ao movimento, alguns pacientes podem encontrar-se imobilizados/acamados e, portanto, impossibilitados de realizar medidas de higiene pessoal. O banho de leito, seja com a bacia no método tradicional ou, mais recentemente, a técnica de banhos descartáveis, tem sido uma medida para melhorar a higiene e conforto desses pacientes (LARSON et al., 2004)

Dar um banho de leito envolve diversos fatores desde sua organização inicial até sua efetiva realização, que precisam ser analisados mais atentamente para se compreender a complexidade desse cuidado assistencial como gerador de carga de trabalho para enfermagem.

A higiene corporal/banho de leito vem sendo apontada pela enfermagem, em estudos recentes, como fator potencial para a carga de trabalho de enfermagem e relevante no que se refere ao grau de dependência dos pacientes assistidos (LIMA; TSUKAMOTO; FUGULIN, 2008; SOUZA et al., 2009; ARAÚJO; PERROCA; JERICÓ, 2009; MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013).

Em um estudo realizado por Losekann (2013) em um hospital geral do Rio Grande do Sul, que tinha como objetivo relacionar os saberes da experiência e os saberes/normas técnicas utilizados por auxiliares e técnicos de enfermagem em sua prática assistencial, encontrou-se dados que relacionam as rotinas do serviço com o banho de leito, no que diz respeito à organização das tarefas a serem realizadas no turno de trabalho. Nessa pesquisa, quando os trabalhadores de enfermagem eram questionados sobre quantos banhos teriam que dar, a resposta nunca era somente em números, pois essa pergunta tão frequente no cotidiano do local de trabalho pesquisado dependia diretamente de outras variáveis que os profissionais precisavam levar em consideração. Por exemplo, quantos pacientes da escala são dependentes e qual o grau de dependência de cada um deles? Quais os pacientes estão agitados e/ou graves e necessitariam, portanto de maior vigilância? Qual o número de medicamentos prescritos, principalmente antibióticos, já que exigem maior tempo devido à necessidade de diluição e reconstituição. Ainda, quais os pacientes que terão exames? No intuito dos trabalhadores se

organizarem com o tempo em relação ao transporte, além de outros cuidados e procedimentos que também necessitam tempo e atenção por parte dos auxiliares e técnicos. Essa série de questionamentos demonstra como os profissionais precisam organizar-se com antecedência, para dar os banhos de leito, pensando no tempo e no espaço disponível para cada tarefa.

O banho de leito por se tratar de um cuidado assistencial que, muitas vezes, envolve um gasto maior de tempo na rotina de trabalho, quando comparado a outros cuidados, e também o fato de o banho ser uma necessidade básica do ser humano, é natural, portanto, que os profissionais sabendo da importância desse cuidado, sejam exigidos a se organizarem de tal forma que não deixem o paciente desassistido em relação à sua higiene, mas que isso não comprometa os outros cuidados que são tão importantes quanto o banho de leito. Isso evidencia um desafio diário na organização do trabalho desses profissionais, que além de prever e dimensionar todos os fatores citados anteriormente, ainda precisam lidar com situações imprevistas.

Além dessas questões voltadas à organização da equipe em relação ao banho de leito, de acordo com alguns achados da literatura, o procedimento envolve riscos à saúde do profissional, já que geralmente sua realização exige intenso esforço físico dos técnicos e auxiliares de enfermagem (MAGALHÃES, 2012; MARÇAL; FANTAUZZI, 2009).

Ainda, segundo Oliveira e Lima (2010), o banho de leito pode ser considerado uma prática complexa e que, se realizada em condições inapropriadas, pode causar variações no estado clínico dos pacientes, cujas implicações podem causar instabilidade e riscos para os mesmos. Por outro lado, o mesmo autor aponta que, em alguns casos o banho de leito pode ser considerado uma atividade menos importante pela equipe de enfermagem e relegada a um segundo plano, mediante as demais atividades a serem realizadas com o paciente.

Essa afirmativa é corroborada por Castellões e Silva (2007), quando comenta que a técnica do banho de leito, apesar de ser intensamente abordada na graduação é banalizada na padronização pelos profissionais de enfermagem, e, além disso, alerta para riscos à segurança do paciente durante a realização do procedimento, como por exemplo, a extubação acidental.

Em estudo realizado por Magalhães (2012) em um hospital no Rio Grande do Sul, a equipe de enfermagem destacou o risco de quedas durante o banho de leito quando não existe o número de profissionais adequado (pelo menos dois trabalhadores), sendo às vezes necessário solicitar ajuda de um familiar que não tem experiência técnica.

Percebe-se que o banho de leito, devido às características necessárias para a sua realização envolve a mobilização e movimentação do paciente no leito, por parte dos técnicos

e auxiliares de enfermagem, além de, em algumas situações, os familiares ou cuidadores destes pacientes. Devido aos fatores mencionados anteriormente, pode-se inferir que existem riscos potenciais para a segurança dos profissionais e também dos pacientes durante a realização do banho do leito.

3.2. Perda da autonomia e aspectos éticos envolvidos no banho de leito

Os pacientes que necessitam o banho de leito experimentam, continuamente ou momentaneamente, a perda da autonomia, pois nessa situação outra pessoa irá realizar cuidados básicos de higiene que em condições fisiológicas os mesmos fariam sozinhos. O banho de leito é nitidamente campo a ser explorado no que se refere a este tema, devido à grande exposição do paciente em ambiente hospitalar durante esse procedimento. Apesar de não ser o foco central desse estudo é inevitável ao abordar o cuidado do banho de leito levantar algumas considerações observadas rotineiramente que permeiam os processos de trabalho da equipe de enfermagem e remetem a sensações, muitas vezes, desagradáveis aos pacientes, como a exposição do seu corpo e constrangimento.

Segundo Penaforte (2011) citando Novais (2003), o corpo que é objeto dos cuidados de enfermagem é parte íntima e de espaço privado de cada indivíduo, sendo muitas vezes “assaltado pela enfermagem” na prática assistencial.

Nessa perspectiva, observamos nas unidades de internação que a enfermagem atua, lidando com os corpos dos pacientes durante a higiene corporal no leito no cotidiano do seu trabalho, trata-se de uma tarefa rotineira praticada pelo profissional e o mesmo, muitas vezes, acaba por não respeitar alguns preceitos éticos e inclusive alguns fatores de técnica adequada e segura.

Em um estudo realizado em um hospital geral do Rio Grande do Sul em 2008, que buscava avaliar as percepções dos pacientes quanto à aspectos relacionados à sua privacidade encontrou-se duas categorias temáticas: exposição do corpo de si e dos outros e postura (in)adequada da equipe de enfermagem. Na primeira temática o banho e procedimentos de higiene são mencionados pelos pacientes do estudo como momentos em que ocorre, notadamente, exposição do corpo dos indivíduos internados causando constrangimento, desconforto, preocupação, insegurança e estresse psicológico. A respeito da postura da equipe de enfermagem, os participantes relataram que os profissionais faziam comentários em voz alta sobre assuntos pertinentes aos pacientes, mencionando diagnósticos e procedimentos,

entre outros, durante a realização do cuidado de banho de leito (SOARES; DALL'AGNOL, 2011).

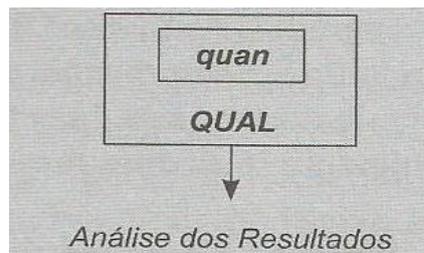
O banho de leito é um cuidado assistencial que deve ser realizado de maneira muito responsável tecnicamente e também eticamente, pois além dos riscos inerentes ao procedimento há grande exposição íntima do indivíduo. Os aspectos levantados no estudo de Soares e Dall'Agnol (2011) demonstram como a equipe de enfermagem muitas vezes desvaloriza as questões éticas em sua rotina de trabalho, principalmente na hora do banho de leito, o que contribui para uma assistência de pouca qualidade e geradora de insegurança aos pacientes internados sob os cuidados desses profissionais.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Estudo delineado com método misto de pesquisa, observacional, combinando abordagem qualitativa e quantitativa, em uma estratégia incorporada concomitante (CRESWELL, 2010). Neste tipo de estudo, o pesquisador coleta os dados quantitativos e qualitativos simultaneamente, geralmente essa abordagem elege um método principal e um banco de dados secundários (CRESWELL, 2010). Neste estudo foi definido o método qualitativo como principal e os dados quantitativos como secundários, a combinação dos dois tipos de coleta de dados permitiu integrar as informações.

Figura 1- Projeto Incorporado Concomitante



Fonte: Adaptada de Creswell, 2010.

Devido aos cuidados de saúde constituírem-se em ações cada vez mais complexas, apresentando diferentes variáveis e fatores envolvidos nos seus processos, os métodos de pesquisas mistos têm se tornado uma importante alternativa para conduzir investigações capazes de responder às questões e lacunas do conhecimento nesse campo (O’CATHAIN; MURPHY; NICHOLL, 2008; KEPTNER, 2011).

A vantagem de se utilizar um método misto consiste essencialmente na complementaridade dos dados pesquisados e uma consequente integração e aproximação desses procedimentos na prática investigativa (MAGALHÃES, 2012).

4.2 Contexto de estudo

O estudo foi desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), em unidades clínicas e cirúrgicas.

4.3 População e amostra

A população desse estudo consistiu em todos os pacientes adultos internados nas unidades clínicas e cirúrgicas e todos os profissionais da equipe de enfermagem (técnicos e auxiliares) que estavam trabalhando no hospital durante o período de coletas de dados que foi de janeiro a março de 2014.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado com o apoio de um profissional de estatística do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e considerando uma margem de erro de 10%, índice de confiança de 95%, numa população de 360 pacientes internados por mês nestas unidades e estimando-se 30% de pacientes que necessitam banho de leito. Estes parâmetros foram estimados com base em estudo prévio, do qual este projeto faz parte.

Fizeram parte da amostra 67 pacientes selecionados aleatoriamente, entre aqueles que estiveram internados nas unidades clínicas e cirúrgicas, no período do estudo, e que necessitaram do banho de leito, além dos profissionais que realizaram esse cuidado assistencial, no turno de trabalho observado.

No hospital onde o estudo foi realizado há cinco unidades clínicas e seis unidades cirúrgicas e com o objetivo de homogeneizar os dados entre os dois tipos de unidades existentes foram selecionados aleatoriamente, por sorteio, três unidades clínicas e três unidades cirúrgicas.

Foram incluídos na amostra pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que tiveram o banho de leito prescrito no turno de observação.

Foram excluídos da amostra os pacientes que apresentaram intercorrências durante o turno de observação e aqueles que estiveram ausentes da unidade para realização de exames.

4.4 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada pela aluna pesquisadora por meio de observação direta não-participante, guiada por um instrumento estruturado (APÊNDICE A) (POLIT; BECK, 2011). Na parte qualitativa foi realizada a descrição detalhada do banho de leito e dos momentos de organização pré e pós-procedimento. Além disso, foi questionado aos profissionais quantos banhos de leito haviam realizado em seu turno de trabalho.

Já na parte quantitativa foram coletadas informações referentes ao tempo de duração do banho de leito, número de profissionais envolvidos e presença ou não de familiares ajudantes.

4.5 Análise dos dados

Os dados qualitativos foram organizados em arquivos do programa NVivo 10 e identificados pelo número de observação sem mencionar o nome dos pacientes e dos profissionais de enfermagem envolvidos no momento da coleta das informações. A análise desses dados foi realizada por meio de análise de conteúdo (MINAYO, 2010).

Os dados quantitativos foram organizados em planilhas do Microsoft Excel[®] e analisados por meio de estatística descritiva (POLIT; BECK, 2011), utilizando-se o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 18 para Windows[®].

4.6 Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado à Compesq-EEnf para apreciação e também foi encaminhado para atualização junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pois o presente estudo faz parte de um projeto intitulado Carga de trabalho e segurança do paciente: compromisso social das lideranças de enfermagem, previamente aprovado nestas instâncias, sob o número 12-0332, contemplando, inclusive, um dos seus objetivos.

Foi aplicado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE aos pacientes (APÊNDICE B) que foram observados durante o banho de leito ou aos familiares, caso o paciente não tivesse condições de decidir por si. Aos profissionais que foram observados durante a realização do banho de leito também foi aplicado o TCLE previamente (APÊNDICE C). Em ambos os casos, respeitando-se questões de sigilo quanto à identificação dos participantes, confidencialidade em relação às informações e direito à recusa e a esclarecimentos em qualquer momento da realização do estudo, atendendo aos aspectos exigidos pela Resolução 466/12 do CONEP (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012) e assegurando o uso exclusivo dos dados para fins desta pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As informações qualitativas foram agrupadas em categorias temáticas (MINAYO, 2010) que descrevem a complexidade dos cuidados com o banho de leito e riscos associados ao mesmo, assim como aspectos que interferem na organização e processo de trabalho da equipe de enfermagem. Das observações analisadas, por meio do software NVivo 10, encontrou-se cinco categorias temáticas. Uma delas considerada categoria prévia: *Riscos potenciais à segurança dos profissionais e pacientes* e as outras quatro surgiram como categorias emergentes: *Integralidade do cuidado ao paciente; Estrutura física; Organização do processo de cuidado e Satisfação do paciente.*

Na categoria prévia *Riscos à Segurança dos Profissionais e Pacientes* surgiram “nós” - unidades de registros e temas -, relacionados ao esforço físico da equipe de enfermagem; riscos de quedas dos pacientes; riscos para deslocamento de dispositivos e riscos de infecção.

Nas observações evidenciou-se a sobrecarga física vinculada ao procedimento do banho de leito. A mobilização do paciente no leito, a troca de fraldas e lençóis, tudo isso envolve intenso esforço físico dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

O trabalho realizado por dois técnicos, não isenta integralmente os profissionais do esforço físico, porém demonstrou-se mais seguro para o paciente e para os profissionais envolvidos. Os técnicos realizavam o procedimento dividindo o peso corporal do paciente em mobilizações planejadas e também as tarefas como lavar, enxugar, colocar a fralda no paciente, alcançar utensílios, com agilidade e segurança. A imagem a seguir é ilustrativa das condições relatadas.

Figura 2 - Mobilização do paciente durante o banho de leito, Porto Alegre, 2014.



Fonte: Extraído de dados de pesquisa, Magalhães, 2012.

Em algumas circunstâncias o perfil do paciente exigiu mais do que dois técnicos, como poderá ser evidenciado nos dados quantitativos. Situações com pacientes obesos ou com restrições clínicas, cirúrgicas, por vezes necessitaram o envolvimento de até três técnicos dependendo da demanda do paciente. Isto acarretava intenso esforço físico e maior atenção dos técnicos durante a movimentação do paciente no leito.

Quando o banho era realizado por apenas um técnico ou auxiliar de enfermagem o trabalho tornava-se visivelmente mais desgastante. Por vezes, algum familiar presente colaborava, porém nem sempre os mesmos tinham as habilidades necessárias para auxiliar de maneira adequada. Nessas ocasiões, observaram-se potenciais riscos para o paciente e para os profissionais. Para os pacientes observou-se maior exposição ao risco de quedas, mobilizações inadequadas, risco para deslocamento de dispositivos, além de higiene corporal prejudicada. Em relação aos profissionais notou-se maior esforço físico dispensado durante o procedimento podendo ocasionar danos/lesões osteomusculares. Os excertos abaixo exemplificam as situações relatadas:

“Técnica, não consegue lateralizar o paciente adequadamente e então empurra-o, mas não obtêm sucesso, o técnico que está do outro lado puxa com as duas mãos e consegue (paciente pesado, visível esforço físico dos técnicos).” [observação 21]

“O pior do banho é o lençol! A gente fica toda torta... Tem que levantar o colchão com o peso do paciente encima...” [observação 33]

“Técnica lateraliza paciente sozinha (esforço físico)” [observação 15]

“Comenta que tem muita dor nas costas, que acompanha no médico, mas que prefere não ficar comentando, porque se não os outros acham que está se fazendo de coitadinha, aí é pior!” [observação 25]

Os dados quantitativos demonstram a realidade das unidades clínicas e cirúrgicas pesquisadas e corroboram com as colocações acima.

Verificou-se que a maioria dos banhos de leito observados foram realizados por dois técnicos de enfermagem (55,2%), evidenciando-se a preferência dos técnicos e auxiliares de enfermagem por realizar o procedimento em duplas, provavelmente pelas vantagens comentadas anteriormente. Porém, ainda sim, verificou-se um número expressivo de profissionais realizando sozinhos o banho de leito (37,3%). Em algumas situações mais complexas foi necessário o envolvimento de até três técnicos/auxiliares de enfermagem (7,5%). Como segue na tabela a seguir:

Tabela 1 - Número de técnicos/auxiliares de enfermagem envolvidos no procedimento do banho de leito, Porto Alegre, 2014.

Número de técnicos	n (%)
1 técnico de enfermagem	25 (37,3)
2 técnicos de enfermagem	37 (55,2)
3 técnicos de enfermagem	5 (7,5)
Total	67 (100)

Fonte: Dados da pesquisa, Möller G, Porto Alegre, 2014.

O auxílio do familiar durante os banhos de leitos deu-se em apenas 15 das 67 observações (22,4%), isso demonstra que a ajuda do familiar não é a estratégia preferida pelos técnicos, sendo adotada preponderantemente em situações nas quais não há disponibilidade de auxílio do colega, no momento de realização do cuidado. Talvez essa preferência seja em decorrência da questão já levantada nos dados qualitativos sobre a inabilidade técnica de um familiar quando comparado a um profissional de enfermagem.

Tabela 2 - Presença de familiares envolvidos no procedimento do banho de leito, Porto Alegre, 2014.

Auxílio de familiar	n (%)
Sim	15 (22,4)
Não	52 (77,6)
Total	67 (100)

Fonte: Dados da pesquisa, Möller G, Porto Alegre, 2014.

Estudo realizado por Magalhães (2012) encontrou que o banho de leito é uma atividade crítica na carga de trabalho de enfermagem e potencial fator de risco para a segurança dos profissionais, visto ser uma atividade que envolve intensa força física para mobilizar o paciente e trocar a roupa de cama, levando, em grande parte, a queixas de cansaço e lesão musculoesqueléticas que podem acarretar em faltas ao serviço. Diversos estudos também relacionam a ocorrência de Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT) com os índices de absenteísmo, devido às características de sobrecarga das atividades realizadas pelos técnicos de enfermagem e as condições inadequadas de seus ambientes de trabalho (RIBOLDI 2008, SANCINETTI et al., 2009).

Para Marçal e Fantauzzi (2009) a postura ortostática prolongada, manuseio de paciente no leito, troca de roupa de cama com o paciente no leito e dar banho de leito no paciente são

considerados fatores de riscos ergonômicos significativos relacionados com lombalgia e a ocorrência de absenteísmo na equipe de enfermagem.

Logo, torna-se relevante considerar na gestão de uma unidade, o perfil dos pacientes atendidos, assim como a média de pacientes que necessitam o cuidado do banho de leito, a fim de dimensionar adequadamente o quantitativo de profissionais necessários, minimizando possíveis afastamentos relacionados a atividades laborais que demandam maior esforço físico.

Em se tratando da segurança do paciente, encontrou-se que o banho de leito pode ser um momento crucial no que diz respeito ao tema, é uma circunstância em que o paciente está exposto e vulnerável devido às características desse cuidado assistencial.

O risco de quedas, por exemplo, foi observado em algumas oportunidades durante os banhos de leito. Situações onde paciente permaneceu sozinho para o profissional buscar algum material que estava faltando, ao término do banho esquecer-se de elevar as grades novamente, não travar a cama durante o procedimento, mobilizações que exigiam demasiada força por parte do técnico gerando mobilizações inadequadas no leito e em uma situação observou-se, inclusive, um banho de leito realizado na poltrona onde o paciente estava sentado.

Queda é definida como o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano e pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (BRASIL, 2013).

Apesar da escala de classificação de risco para quedas de Morse atribuir um baixo risco para pacientes acamados (MORSE, 1997) evidenciou-se que o cuidado do banho de leito é um momento de risco para estes pacientes. Estudo realizado por Magalhães (2012) identificou o risco de quedas para os pacientes durante o banho de leito e nas transferências da cama para a maca no transporte para exames.

Estas considerações remetem à necessidade de maiores estudos sobre o banho de leito e riscos para a segurança do paciente. A seguir, relatos das observações evidenciando o risco de quedas durante os banhos de leito observados:

“Percebe que não trouxe micropore, tirou luvas e teve que ir buscar no posto, saiu, deixou grades baixas.” [observação 60]

“Solicita que o paciente vire e ele consegue [...], mas virou para o lado que as grades estavam abaixadas.” [observação 49]

Outro risco observado diz respeito ao deslocamento de dispositivos durante o banho de leito, devido às características próprias do procedimento, que envolve a movimentação do paciente no leito e manobras para realizar troca de lençóis e fralda. A mobilização do paciente pode deslocar acidentalmente sondas, drenos, cateteres ou acessos venosos ocasionando um evento adverso.

“Durante o procedimento cai fixação do acesso venoso, tiveram que verificar se estava ainda pérvio...” [observação 31]

“Ao lateralizarem o paciente o extensor do cateter central engatou na guarda da cama”. [observação 45]

“Cateter central sangrando, elas vão pedir para a enfermeira dar uma olhada, não estava assim no início do procedimento.” [observação 19]

Não foram encontradas na literatura referências ao deslocamento de dispositivos durante o banho de leito. No entanto, Castellões e Silva (2007), no âmbito da terapia intensiva, apontaram a ocorrência de extubação acidental durante o banho de leito, transporte do paciente, troca de fixação do dispositivo ventilatório e mudança de decúbito.

Durante o banho de leito o paciente está mais suscetível a infecções, visto que está com seu corpo exposto e sendo manipulado pelas mãos dos profissionais que podem ser veículos de contaminação. Além disso, o próprio profissional que realiza o procedimento está mais vulnerável a infecções durante a atividade, pois é um momento de contato com o corpo do paciente e com possíveis fluidos e secreções. Logo, ressalta-se a importância da utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI) pelo profissional, além da realização de técnica asséptica adequada.

Constatou-se, a partir das observações, que apesar dos profissionais de enfermagem terem todo o aporte de equipamentos de proteção individual (luvas, aventais e etc.), cartazes expostos, protocolos disponíveis com a orientação do procedimento, em diversas circunstâncias houve descumprimento para com as normas de prevenção de infecções. Tais como: A não higienização das mãos, não utilização de barreiras de proteção para pacientes portadores de germes multirresistentes (avental e luvas), utilização da mesma luva para dar o banho e realizar curativo posteriormente, a não troca das compressas para higienizar diferentes segmentos corporais (em algumas situações devido à falta de material), não utilização de luvas para tocar em materiais utilizados no banho (ex. compressas), despejo da água utilizada na pia do quarto comum aos pacientes da enfermaria, exposição a secreções de vias aéreas sem utilizar EPI adequado como máscara ou óculos de proteção individual.

Segundo protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) a higienização das mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) que são problema de ordem pública e causam gastos excessivos para os serviços de saúde. Vírus, bactérias e fungos, podem ser transmitidos pelas mãos dos profissionais através de contato direto com paciente ou indireto com produtos e equipamentos ao seu redor. As mãos devem ser higienizadas em momentos essenciais e necessários de acordo com o fluxo de cuidados assistenciais para prevenção de infecções relacionadas às IRAS causadas por transmissão cruzada pelas mãos: antes de tocar o paciente; antes de realizar procedimento limpo/asséptico; após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções; após tocar o paciente; após tocar superfícies próximas ao paciente.

Logo, chamou a atenção durante as observações que a maioria dos técnicos/auxiliares não higienizaram as mãos da maneira preconizada. Em 40(59,7%) oportunidades, das 67 observações, os profissionais não higienizaram as mãos antes e após o procedimento. Em 24(35,8%) das observações os mesmos higienizaram as mãos somente após o banho de leito. A higienização das mãos antes e após o procedimento, conforme preconizado, só foi observada em uma (1,5%) oportunidade. Esses dados são apresentados na tabela a seguir (Tabela 3).

Tabela 3 - Momentos da realização da higiene das mãos pelos técnico/auxiliares de enfermagem para o banho de leito, Porto Alegre, 2014.

Momentos da higiene das mãos	n (%)
Antes e após o procedimento	1 (1,5)
Somente após o procedimento	24 (35,8)
Somente antes do procedimento	2 (2,9)
Não higienizaram as mãos	40 (59,7)
Total	67 (100)

Fonte: Dados da pesquisa, Möller G, Porto Alegre, 2014.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado por Gonçalves (2012) que constatou maior adesão à higiene das mãos nos momentos após risco de contato com fluidos orgânicos. Nesse mesmo estudo nenhum dos profissionais higienizaram as mãos antes do contato com o paciente, inclusive para realizar cuidados de higiene.

Um estudo realizado por Efstathiou et al. (2011) que investigou sobre os fatores que influenciam no cumprimento das precauções padrão pela equipe de enfermagem, encontrou como barreiras, entre outros: situações de emergência, disponibilidade de equipamentos,

redução de competência do profissional ou desconforto pelo uso, desconforto dos pacientes em relação às medidas, sobrecarga de trabalho e falta de pessoal, tempo de experiência profissional.

É preciso refletir sobre os motivos pelos quais ainda ocorrem esses tipos de situações e sensibilizar o profissional de enfermagem sobre seu papel essencial nas intervenções para prevenção de infecções em âmbito hospitalar. Abaixo alguns exemplos encontrados nas observações:

“Paciente estava rastreando germes multirresistentes (GMR), mas a técnica de enfermagem não utilizou a precaução de contato completa para tal, utilizou somente luvas.” [observação 5]

“Não tinha lençóis, fronhas e toalhas. Técnica lava tudo com a mesma compressa (a compressa higieniza as partes do corpo e retorna para a bacia com a água que deveria permanecer limpa)” [observação 67]

Na categoria *Integralidade do cuidado ao paciente* agruparam-se os nós relacionados ao perfil do paciente em relação à complexidade assistencial, considerando-se as condições emocionais e a autonomia do paciente; a presença de curativos e as condições clínicas/cirúrgicas dos pacientes que receberam o banho de leito. Além da técnica e rotina necessária para a realização do procedimento, os técnicos de enfermagem precisam levar em consideração questões singulares e específicas de cada paciente que podem interferir no cuidado.

Em relação a questões mais voltadas ao âmbito emocional e de motivação, durante as coletas observou-se que quando o paciente participava do banho de leito, havia uma maior interação técnico-paciente, de modo que o mesmo podia manifestar suas vontades, auxiliar na movimentação no leito e colaborar nas atividades relacionadas com o banho, contribuindo positivamente para a efetiva realização do procedimento. E, inclusive, em algumas situações poupando esforço físico do(s) técnico(s) de enfermagem. Quando possível, os profissionais estimulavam o autocuidado, num resgate a autonomia do indivíduo, buscando que cada vez mais o paciente tivesse condições para realizar seu autocuidado e se tornasse gradualmente menos dependente dos cuidados de enfermagem.

“Técnica deu pano com água pura para o paciente lavar o rosto. Paciente bastante independente. Ela incentiva que ele mesmo realize sua higiene íntima.” [observação 43]

“Pergunto a técnica se ela vai dar o banho sozinha e ela responde que sim, pois a paciente se ajuda bastante.” [observação 52]

Porém, em muitas situações os pacientes estavam completamente dependentes, por vezes desmotivados e encontravam-se totalmente sob os cuidados dos técnicos de enfermagem, onde seus desejos ou limitações não eram ou não podiam ser valorizadas, evidenciando-se um trabalho mais mecanicista por parte dos técnicos/ auxiliares de enfermagem.

“Uma das técnicas comenta que se não tivesse todas essas coisas a mais, dreno, ferida operatória, cuidado para virar, seria bem mais rápido... Às vezes se o paciente é dependente o banho é mais rápido!” [observação 10]

Segundo Nepomuceno et al. (2014) existe uma necessidade de analisar os sentimentos e impactos que o banho no leito é capaz de despertar no paciente, com o objetivo de poder ajudá-los a lidar com essas reações que podem influenciar na recuperação deles e na sua relação interpessoal com a equipe de enfermagem. Os achados do estudo e a literatura indicam que o banho de leito pode se configurar em um momento importante de interação do paciente com a equipe de enfermagem.

A presença de curativos foi um fator relevante observado, pois, na maioria das vezes, os curativos eram realizados durante o banho de leito, no intuito de otimizar as tarefas de enfermagem. Nessa circunstância, observou-se que o técnico de enfermagem precisa se organizar “em dobro”, pois há a necessidade de organização de outros materiais específicos para a realização do curativo (gazes, compressas, soro fisiológico, micropore, pinças estéreis, entre outros), além da observação de técnica adequada e por vezes, a verificação de prescrição de enfermagem ou médica em relação ao curativo, isso tudo se soma à organização e técnica para o banho de leito propriamente dito, podendo repercutir no tempo despendido para o cuidado ao paciente.

“Segundo as técnicas quando tem curativo é mais ‘chatinho’ [...]” [observação 22]

“Além disso, (fala em relação à bagunça do carrinho) a gente se atrapalha quando tem muita coisa assim, coisas do banho e coisas de curativos!” [observação 14]

Para exemplificar, em um estudo realizado por Nonino (2006), em São Paulo, pesquisou-se o tempo gasto para realizar um curativo segundo o grau de dependência dos pacientes. Os tempos despendidos pelos profissionais variaram de 2 minutos a 27 minutos, sendo que a média variou entre 7 a 8 minutos. Logo, podemos pensar nesse acréscimo de tempo ao procedimento do banho de leito quando o paciente possui curativo, ainda sem contar o tempo de organização prévia para tal.

Nas observações também se constatou que o perfil do paciente pode interferir no banho de leito, situações em que o paciente é “pesado” e demanda um esforço físico maior da equipe, assim como quando ele está com sensório rebaixado e não pode auxiliar os técnicos na movimentação ou não compreende orientações. Em outras situações observou-se que a presença de cateteres, drenos, acessos venosos, restrições ortopédicas ou tração esquelética demandam maiores cuidados na movimentação no leito durante o banho.

“Nota-se demasiado esforço físico das técnicas ao manipularem o paciente (paciente grande, pesado).” [observação 2]

“Paciente com abdome aberto com dreno em aspiração, urostomia, sonda nasoentérica (SNE), sonda vesical de demora (SVD), cateter duplo lúmen, nutrição parenteral (NPT) e lipídeos, três bombas de infusão em um suporte.” [observação 55]

A categoria *Estrutura física*, surgiu no relato dos técnicos/auxiliares de enfermagem por diversas vezes, durante as observações. Demonstra ser um ponto crítico na compreensão acerca das condições de trabalho da equipe de enfermagem e conseqüentemente sobre sua possível relação com a carga de trabalho. Questões ligadas ao tamanho do espaço físico (unidade do paciente), disponibilidade de banheiros nos quartos e a falta de materiais para realização do banho de leito tenderam a influenciar negativamente na rotina de trabalho observada. Abaixo alguns trechos das observações:

“A técnica explica que é por isso que ela sempre é a primeira a arrumar o carrinho, porque depois sempre falta material [...]. Relata que quando não tem que ela não fica esperando chegar, nessas circunstâncias ela improvisa, utilizando, por exemplo, compressas estéreis.” [observação 5]

“Para lavar as costas foi uma situação difícil, pois a cama estava sem o quadro balcânico e o paciente possuía tração esquelética [...]. Técnicas tiveram que erguer o paciente com a tração realizaram bastante força nessa manobra e o paciente também [...] Técnica comenta que o quadro balcânico aliviaria ele e elas também.” [observação 48]

“Técnica relata ao andar rapidamente corre risco de deixar a bacia cair, escorregar... (se refere ao ter que buscar a água fora do quarto do paciente).” [observação 12]

Observou-se que o banho de leito, quando realizado em enfermarias demandavam maior deslocamento dos profissionais até o banheiro para pegar e trocar a água do banho. O espaço entre os leitos é dividido por cortinas que geralmente permanecem fechadas durante o banho e este espaço torna-se insuficiente para manter o “hâmpier” de roupa suja, o carrinho do

banho e os demais equipamentos da unidade do paciente dentro desse espaço. Além disso, no período das coletas, durante o verão, o ambiente tornava-se extremamente quente/abafado, principalmente com as cortinas fechadas, tornando o procedimento mais desgastante para os profissionais. A inadequação da área física e a falta de material podem comprometer o cuidado corporal.

“Técnica se atrapalha para entrar com carrinho do banho dentro da unidade do paciente, mesinha, poltrona, suporte de soro... Diz que o espaço é pequeno.” [observação 17]

“Tem a vantagem do balde de não ter que ficar saindo do quarto para encher a bacia novamente, até porque sozinha eu não posso deixar o paciente sozinho”. Comenta que só tem um balde na unidade, tenta sempre pegá-lo.” [observação 23]

Em estudo realizado em um Hospital Universitário do Rio de Janeiro encontrou-se que 53,9% dos riscos físicos do hospital eram em decorrência da má distribuição do espaço físico (MAURO et al., 2010). Estudo realizado em Minas Gerais sobre qualidade de vida no trabalho encontrou em um de seus resultados que os técnicos sentem-se mais seguros para realizar seu trabalho quando possuem a sua disposição os materiais adequados para um bom desempenho de suas atividades e relacionam isso com qualidade de vida no trabalho (NEUMANN; FREITAS, 2008).

É preciso refletir sobre como essas condições podem interferir no processo de trabalho da equipe durante um banho de leito e conseqüentemente na prestação de uma assistência mais qualificada.

A categoria *Organização do Processo de Cuidado* abrange um conjunto de atividades que estão conectadas ao processo de trabalho dos profissionais de forma que não se pode pensar na atividade do banho de leito isoladamente sem antes planejar essas outras tantas atividades, concomitantemente e vice-versa. Os *Nós* que constituem essa categoria temática são: atividades simultâneas e situações imprevistas; avaliação do paciente; banhos e trocas/escalas; necessidade de auxílio e privacidade.

Entretanto antes de iniciar a discussão sobre os *Nós* que constituem a categoria temática *Organização do Processo de Cuidado* é relevante analisar quanto tempo o profissional permanece envolvido com o banho de leito para poder avaliar como esse cuidado assistencial pode influenciar nas outras atividades de enfermagem.

Nesse estudo foi mensurado o tempo gasto em cada banho de leito observado e, além disso, o tempo despendido para organização do mesmo, constituindo-se o tempo total para o procedimento.

Os dados estão apresentados em média e desvio padrão e intervalos interquartis. O tempo médio de duração do banho de leito encontrado nas 67 observações foi de 15,02min \pm 05,03min. A média de tempo para organização do material que precede o banho de leito foi de 06,07min \pm 02,07 e a média de tempo para organização do material após o término do banho de leito foi de 05,06min \pm 03,08min. Considerando-se os tempos médios de organização do material antes e após o banho, evidenciou-se um tempo médio total para organização de materiais para o banho de leito de 12,00min \pm 04,05min. A partir destes achados verifica-se que o tempo médio total do procedimento foi de 26,06 min \pm 06,08min. Estes dados estão apresentados na tabela que segue:

Tabela 4 - Tempo (em minutos) despendido pelos profissionais de enfermagem para organização e realização do banho de leito.

	Tempo organização Pré	Tempo total banho de leito	Tempo organização Pós	Tempo de organização total	Tempo total
Nº de observações	56	67	61	53	53
Perdas	11	0	6	14	14
Média	06,07	15,02	05,06	12,00	26,06
Desvio Padrão	02,07	05,03	03,08	04,05	06,08
Mínimo	01,09	06,09	01,09	05,09	15,00
Máximo	11,09	32,00	19,00	25,00	43,09
Percentil 25	03,09	11,00	02,09	09,04	22,05
Percentil 50	06,05	14,00	03,09	10,09	25,09
Percentil 75	09,07	17,09	07,09	13,05	30,05

Fonte: Dados da pesquisa, Möller G, Porto Alegre, 2014.

Como se pode evidenciar nos dados, o número total de observações para os períodos de organização pré e pós banho de leito, são diferentes do total de casos observados. A perda de alguns dados foi decorrência do próprio processo de organização das atividades na unidade. Em algumas situações, o preparo do material era feito isoladamente antes do procedimento, no início do plantão, dificultando a coleta do dado. Ao final do banho de leito, em alguns momentos, não foi realizada a organização do material devido à urgência de realização de outras tarefas pela equipe, como administração de medicamentos, transportes ou outros cuidados de higiene.

Dois estudos que mensuraram o tempo do banho de leito encontraram média que variou de 20 minutos a 25 minutos (NONINO, 2006) e 30,68 minutos (LIMA et al. 2012). Com base nos dados apresentados evidencia-se a relevância do banho de leito na jornada de

trabalho da equipe de enfermagem, o tempo médio de 26,06min é um tempo expressivo para um turno de trabalho onde se tem tantas outras atividades a serem realizadas. Além disso, não é raro, um técnico realizar mais de um banho de leito em seu turno de trabalho, seja referente à pacientes da sua escala ou para auxiliar algum colega em outra escala. Multiplicando-se esse tempo pelo número de banhos no turno, pode-se imaginar o quão desgastante e impactante na carga de trabalho esse cuidado assistencial pode se configurar.

Questionou-se os profissionais participantes sobre quantos banhos de leito eles tiveram ou ainda teriam no turno de trabalho observado. As respostas variaram de um a cinco banhos de leito por turno segundo os técnicos e auxiliares de enfermagem, configurando-se em uma média de 1,83 banhos de leito por turno para cada profissional. Sendo que 30 (44,7%) técnicos responderam que tiveram um banho de leito e 25 (37,3%) responderam que tiveram dois banhos de leito no turno de trabalho observado. A tabela abaixo demonstra esses dados

Tabela 5 - Nº de banho de leito por turno de trabalho observado segundo os técnicos/auxiliares de enfermagem, Porto Alegre, 2014.

Nº banhos de leito por turno de trabalho	n (%)
1 banho de leito	30 (44,7)
2 banhos de leito	25 (37,3)
3 banhos de leito	6 (8,9)
4 banhos de leito	5 (7,4)
5 banhos de leito	1 (1,4)
Total	67 (100)

Fonte: Dados da pesquisa, Möller G, Porto Alegre, 2014.

Sabe-se que além do banho de leito os técnicos/auxiliares de enfermagem têm muitas atividades para realizar dentro do seu turno de trabalho que podem estar ligadas ou não aos cuidados corporais. Logo, eles necessitam planejar sua jornada de trabalho para que consigam completar integralmente as ações da equipe de enfermagem e com isso prestar assistência qualificada e segura aos clientes.

Durante as coletas pode-se observar que, enquanto os técnicos preparavam o material, ou até mesmo durante o banho no leito, os mesmos eram solicitados por outros pacientes, familiares, ou outros profissionais para realizar outras tarefas. Em algumas situações, observou-se a interrupção no percurso do banho de leito que iriam iniciar, adiando esta atividade. Como exemplos, podemos citar a solicitação de transporte de pacientes para

exames e cirurgias, solicitações de atendimento para outros pacientes, da equipe médica e da enfermeira. Além disso, muitas vezes, os profissionais precisavam lidar com situações imprevistas, inesperadas, de maneira a terem que se organizar novamente, recriando novos planos de trabalho. Abaixo trechos do relato das observações que evidenciam essas duas problemáticas:

“Técnica de enfermagem tinha pulsoterapia (verificação de glicemia 30/30min), mais banho de leito e mais transporte, todas as tarefas durante o mesmo período, o transporte teve que esperar...” [observação 66]

“Duas pacientes dessa técnica passaram mal e ela teve que atender essas intercorrências antes de iniciar os banhos!” [observação 18]

“‘Hoje não vai ser fácil, até tu consegues dar o banho tem que fazer o que os outros não fizeram’ refere-se à SVD drenando para fora do coletor e ao banho de outro paciente que deveria ter sido pela manhã.” [observação 3]

Percebe-se o quão complexo torna-se uma rotina de cuidados em que o plano inicial de atividades do profissional não é mantido devido a interrupções do ambiente de trabalho. Segundo Magnago et al. (2010) o baixo nível de controle sobre o planejamento e execução das atividades de enfermagem influencia nocivamente a saúde do trabalhador.

Estudo que pesquisou acerca das interrupções na rotina de trabalho da enfermagem encontrou que o profissional foi interrompido em média oito vezes durante as atividades no seu turno de trabalho (TUCKER; SPEAR, 2006). Em outra pesquisa, em uma observação de 10 horas do trabalho de enfermagem houve 43 interrupções (POTTER et al., 2010).

Segundo Potter et al. (2010) a não-linearidade do trabalho de enfermagem juntamente com as interrupções no trabalho conformam situações em que o profissional de enfermagem pode perder o foco cognitivo sobre as suas prioridades e isso poder remeter a erros assistenciais, além disso, esse tipo de estrutura pode resultar em fracassos como o aumento de empilhamento de tarefas incompletas e o aumento da oportunidade de interrupções.

Em estudo realizado por Magalhães (2012) o tema gerou controvérsias entre os profissionais de enfermagem, visto que alguns consideravam as interrupções como fator inerente ao trabalho numa concepção mais conformista, em contraponto outros que acreditavam que essa questão poderia ser revista e planejada a fim de diminuir possíveis riscos associados ao mesmo em relação ao paciente. Logo, percebe-se que a questão das interrupções é uma temática ainda pouco conhecida e se mostra terreno fértil para avançar nas pesquisas sobre quais são os limites intrínsecos do trabalho de enfermagem e quais que ultrapassam essa barreira podendo gerar riscos.

Em relação à avaliação do paciente sabe-se que o momento do banho de leito é circunstância propícia para tal. Durante o banho de leito pode-se avaliar toda a extensão corpórea do paciente, investigar focos infecciosos, pontos de pressão tecidual e até mesmo observar evolução de possíveis lesões/feridas existentes. Para tanto, são necessários, olhares atentos da equipe de enfermagem para usufruir desse momento e realizar um exame físico minucioso. Nesse estudo, em diversas observações, notou-se incorporada na prática dos técnicos/auxiliares os cuidados com a pele dos pacientes: hidratação, prevenção e cuidados de úlceras por pressão (UPs), de assaduras e inclusive orientações sobre cuidados aos pacientes e familiares.

“Durante o procedimento ela orienta que o paciente fique um pouco de lado, pois as costas estão vermelhas.” [observação 15]

“Técnica protege proeminências ósseas.” [observação 60]

Em contrapartida, também se observou que as enfermeiras não utilizaram o momento do banho de leito, como ocasião para avaliar o paciente sob seus cuidados, perdendo uma oportunidade singular para tal como segue nos trechos abaixo:

“Enfermeira do paciente estava no leito ao lado, mas não veio para avaliar o paciente durante o banho.” [observação 23]

“Enfermeira entra no quarto para ver um acesso venoso no paciente, mas ao ver que está no banho ela se retira e sai sem falar ou observar nada.” [observação 14]

Sabe-se que os pacientes que necessitam do banho de leito estão em situações de saúde e movimentação muito limitadas como já citado anteriormente. Observou-se que o procedimento devido à mobilização necessária no leito pode se tornar uma experiência dolorosa para o paciente, como se evidencia no trecho a seguir:

“A qualquer movimentação o paciente sentia bastante dor.” [observação 17]

“O paciente relata que a hora do banho é quando mais dói sua escara. Ela diz que vai ver uma medicação para dor.” [observação 6]

Logo, é essencial uma avaliação criteriosa pelos técnicos e enfermeiros, antes do banho de leito, que observe as condições e limitações dos pacientes assistidos em relação à movimentação a fim de tornar o procedimento menos doloroso para esses pacientes e prestando uma assistência mais qualificada. Esta avaliação deve incluir a revisão da

prescrição médica e possibilidades analgésicas para diminuir o desconforto do paciente durante o banho de leito.

Encontrou-se um relato semelhante entre os técnicos em relação aos cuidados de higiene para além do banho de leito, relacionando as atividades de trocas de fraldas (que independem da escala prévia de banhos instituída) e banhos de aspersão com cadeira higiênica como ações impactantes na carga de trabalho de enfermagem, como segue nos trechos:

“Técnica comenta sobre os banhos com auxílio, que também oneram muito trabalho e tempo, os pacientes são muito dependentes!” [observação 65]

“Uma das pacientes que tinha banho de chuveiro demorou muito, paciente neurológica, não se ajudou, agora vou ter que dar as medicações antes desse banho de leito para não atrasar. ” [observação 13]

Um estudo realizado por Queluci e Figueiredo (2010) que se propôs a refletir sobre a complexidade das situações-problemas de enfermagem considerando a experiência dos profissionais e os fenômenos do ambiente envolvidos e não somente a complexidade dos pacientes assistidos, trouxe que às vezes, um banho de aspersão pode tornar-se mais complexo do que um banho no leito, levando-se em consideração os diversos fatores relativos às condições de saúde do paciente, e que interferem na relação entre o profissional-paciente no ambiente de cuidado. Logo, podemos inferir que o cuidado com a higiene corporal de um modo geral é um fator crítico na carga de trabalho da equipe de enfermagem.

Segundo estudo de Magalhães (2012) o banho de leito é impactante na carga de trabalho porque exige o envolvimento de pelo menos dois profissionais por um período significativo da jornada de trabalho. No entanto, durante as coletas desse estudo, encontrou-se um número expressivo de observações (37,3%) onde os técnicos realizaram o procedimento sozinhos. Quando questionados sobre essa circunstância os técnicos trouxeram questões relacionadas à sobrecarga de trabalho como empecilho, ou seja, a dificuldade de outro colega conseguir ajudar ou a impossibilidade de aguardar por auxílio em virtude das demandas laborais a que todos estão submetidos.

No entanto, como foi explicitado anteriormente nos dados quantitativos, a maioria dos técnicos (55,2%) preferem dar o banho em dupla, medida reconhecida pelos profissionais de enfermagem por agilizar o procedimento e por protegê-los de riscos ergonômicos, além de ser mais seguro para o paciente. Os trechos das observações abaixo evidenciam essas questões:

“Quando questionada sobre auxílio de algum colega ela responde: ‘Aqui é tu e tu! Eu já nem cogito mais ajuda... Tá todo mundo sobrecarregado!’” [observação 9]

“Uma das técnicas comenta, em tom de brincadeira, que deixou de medicar os pacientes dela para ajudar a colega no banho.” [observação 27]

“Técnica avisa que vai sozinha e que só vai chamar alguém na hora de lateralizar, comenta que não tem como ficar segurando os colegas.” [observação 32]

“Depois vai ver se consegue uma colega para ajudar no banho, se não conseguir ela avisa que vai começar pelo 11C que tem familiar para auxiliar.” [observação 41]

Devido às dificuldades de conseguir auxílio, os profissionais de enfermagem buscaram como estratégia requerer a ajuda dos colegas somente nos momentos mais críticos, como, para lateralizar o paciente no leito a fim de higienizar a região dorsal e realizar a troca de lençóis e para posicionar (“subir”) o paciente no leito após o término do banho, deixando o paciente acomodado.

A privacidade foi tema que emergiu nos dados qualitativos e esse assunto já é bastante estudado em âmbito hospitalar, devido à relação com a perda de autonomia do indivíduo e questões éticas associadas (SOARES; DALL’AGNOL, 2011; MARTINS, 2009; NAKATANI et al., 2004; PUPULIN; SAWADA, 2010).

Nas unidades onde este estudo foi realizado, as enfermarias possuem três ou dois leitos separados por cortinas e há livre circulação de funcionários da equipe multidisciplinar e dos profissionais da Copa e Higienização. As cortinas tem a função de preservar a intimidade do paciente, evitando exposição desnecessária. Apesar dessas considerações observou-se que na rotina dos profissionais, muitas vezes a privacidade não foi preservada, momentos em que as cortinas não foram fechadas completamente ou situações em que outros profissionais surgiram no momento do banho de leito podem ser citadas. Os excertos abaixo exemplificam:

“Paciente fica toda exposta durante o banho [...]” [observação 21]

“A cortina não foi fechada, pessoal da Copa entra e vê paciente exposto.” [observação 12]

Alguns estudos encontraram resultados semelhantes no que se refere a não manutenção da privacidade durante os cuidados de higiene corporal (SOARES; DALL’AGNOL, 2011; MARTINS, 2009; NAKATANI et al., 2004; PUPULIN; SAWADA, 2010). Em estudo realizado Pupulin e Sawada (2010) os pacientes referiram sentimentos de desconforto e constrangimento ao toque corporal e pela nudez e relacionaram os cuidados com a privacidade com dignidade, respeito e direito à autonomia.

Observou-se que a experiência profissional e a sobrecarga de trabalho podem compor uma linha tênue que pode tornar o profissional menos cauteloso nos cuidados referentes à preservação da privacidade do paciente durante o banho de leito.

Na categoria emergente *Satisfação do paciente* observou-se relatos de pacientes que podem sugerir que o banho de leito pode tornar-se item relevante em relação à satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem. Esses pacientes manifestavam sentimentos de gratidão e prazer relacionados com o cuidado de enfermagem prestado na hora do banho de leito. Percebe-se, nesses casos, que a relação entre técnico/auxiliar de enfermagem e o paciente torna-se mais agradável, transcendendo a barreira mecanicista e tornando-se um cuidado mais humanizado. Salienta-se que esses sentimentos (prazer, confiança, acolhimento) podem auxiliar o paciente a atravessar um processo de saúde-doença vivenciado naquela circunstância, assim como tornar mais estreito o vínculo paciente-profissional. Seguem alguns trechos que podem exemplificar.

“Paciente elogia o banho, diz que é a melhor hora do dia.” [observação 52]

““Essas meninas são especiais!” exclamou a paciente após o banho.” [observação 7]

Um estudo realizado por Moura (2004) que avaliou a satisfação dos usuários em relação aos encontros com os serviços durante o período em que estavam internados constatou-se que os encontros de serviço com a equipe de enfermagem são os que maior influência exerce na satisfação do cliente com o hospital. Logo, podemos inferir a relevância do momento do banho de leito na satisfação do paciente, pois se trata de um encontro de serviço onde há interação íntima e constante por um período aproximado de 15 minutos em média.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados da literatura apontam que o banho de leito é um cuidado assistencial muito conhecido, porém pouco estudado na relação com a segurança do paciente e do profissional de enfermagem. Os cuidados de higiene, de um modo geral, parecem carregar consigo a importância de ser uma necessidade humana básica, porém pouco se relaciona riscos à sua execução, como quando se pensa em relação a outros procedimentos e exames, por exemplo. Isso pode estar relacionado tanto a uma condição de banalização como à escassez de pesquisas acerca dos cuidados de higiene e conforto na enfermagem.

Ao estudar a organização do trabalho da equipe de enfermagem relacionado com o cuidado do banho de leito e analisar fatores geradores de carga de trabalho e riscos para a segurança dos pacientes e profissionais envolvidos, observou-se que o esforço físico é um fator de risco para segurança dos profissionais, devido ao desgaste, e está intimamente relacionado com a carga de trabalho da equipe. Diante disso, torna-se relevante ter um dimensionamento de pessoal de enfermagem adequado para que o procedimento seja realizado, preferencialmente, em duplas ou em maior número de profissionais, conforme a demanda do paciente assistido, tornando o banho de leito mais seguro.

Além da relação com o quantitativo de profissionais de enfermagem disponíveis, também, observou-se a relevância dos ambientes de trabalho que promovem processos organizacionais complexos e descontinuados, os quais favorecem ao estresse e a desconcentração dos profissionais e adaptações às normas de segurança com vistas a facilitar o serviço, logo, tudo isso envolve, diariamente, riscos potenciais. Foram observados e descritos, como principais riscos potenciais para a segurança do paciente, aqueles relacionados aos riscos de infecção, de quedas do leito e de deslocamentos de dispositivos, durante a realização desse cuidado.

As interrupções, situações simultâneas e inesperadas, assim como questões relacionadas à estrutura física tornam os ambientes de trabalho desfavoráveis complicando o exercício da atenção qualificada e segura pela enfermagem. Isso, muitas vezes, acarreta em danos à saúde dos pacientes e favorece uma leitura equivocada por parte das instituições e da população dos motivos pelos quais os erros aconteceram. Isso muito se deve a uma cultura de culpabilização do profissional existente em nosso meio, sem enxergar os erros dentro do contexto que os permitiram existir, e que, na maioria das situações, envolvem processos de trabalho ultrapassados e desgastantes para os profissionais.

O tempo médio encontrado de 26,06 minutos para a realização do total do procedimento, incluindo o tempo para organização e descarte de materiais utilizados no banho de leito, representa um aspecto importante a ser considerado na organização do trabalho de cada profissional e da equipe de enfermagem como um todo. Além disso, identificou-se uma média de 1,83 banhos de leito para cada técnico de enfermagem, por turno de trabalho. Estes dados nos remetem à importância de analisar a complexidade e as repercussões deste cuidado assistencial na carga de trabalho da equipe de enfermagem, pois além do tempo despendido com cada banho de leito há necessidade planejar as demais atividades do turno de trabalho.

Além das implicações na carga de trabalho da equipe de enfermagem, o estudo do cuidado com o banho de leito permitiu observar como este tempo de contato com o paciente, pode representar um aspecto importante para a satisfação do paciente com o cuidado recebido da equipe de enfermagem. Trata-se de uma das atividades onde o profissional permanece maior tempo em contato direto com o paciente. Em decorrência disso, esse momento é oportuno para avaliar, interagir e motivar o paciente.

Diante dessas considerações, ressalta-se a importância de analisar o cuidado com o banho de leito e de como a equipe de enfermagem organiza suas atividades, pois elas podem envolver riscos para a segurança, muitas vezes não percebidos num olhar mais superficial. Desse modo, mediante os resultados encontrados nesse estudo, torna-se relevante a realização de outras pesquisas acerca dos cuidados de higiene realizados pela enfermagem para compreender a sua real complexidade assistencial e possíveis impactos na carga de trabalho da equipe.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, V. B.; PERROCA, M. G.; JERICÓ, M. C. Variabilidade do grau de complexidade assistencial do paciente em relação à equipe de enfermagem. **Revista-Latino Americana de Enfermagem**, São José do Rio Preto, v. 17, n. 1, p.29-34, 2009.
- AZAMBUJA, E. P. et al. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem? **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n. 19, p.658-666, out./dez. 2010.
- BARRETO, I. S.; KREMPEL, M. C.; HUMERE, D. C. O Cofen e a Enfermagem na América Latina. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 2, n. 4, p. 251-254, 2011.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos**. Brasília, 2009, 105 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Prevenção de Quedas**. Brasília, 2013, 15 p. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/Protocolo%20-%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Quedas.pdf>>. Acesso em 05 jun. 2014.
- CASTELLÕES, T. M. F. W; SILVA, L. D. Guia de cuidados de enfermagem na prevenção da extubação acidental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 1, p.106-109, jan./fev. 2007.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BR). **Resolução n.º 466/12**, de 12 de dezembro de 2012. Define as diretrizes e normas reguladoras para as pesquisas envolvendo os seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 09 out 2013.
- CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; Bookman, 2010. 296 p.
- DUFFIELD, C. et al. Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. **Applied Nursing Research**, Australia, v. 24, p.244-255, 2011.
- EFSTATHIOU, G. et al. Factors influencing nurses' compliance with Standard Precautions in order to avoid occupational exposure to microorganisms: A focus group study. **BMC Nursing**, Londres, v. 10, n. 1, p. 1-12, 2011.
- GONÇALVES, S. M. F. **Prevenção e Controle de Infecção na Prática dos Enfermeiros: contributos da formação**. 2012. 184 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, 2012.
- KEPTNER, K. M. Mixed methods design: a beginner's guide. **The Qualitative Report**, v.16, n.2, p. 593-595, 2011.

LARSON, E. L. et al. Comparison of Traditional and Disposable Bed Baths in Critically Ill patients. **American Journal Of Critical Care**, New York, v. 13, n. 3, p.235-241, maio 2004.

LIMA, A. F. C. et al. Contribuição da documentação eletrônica de enfermagem para aferição dos custos dos cuidados de higiene corporal. **Journal Of Health Informatics**, São Paulo, v. 4, n. especial - SIIENF, p. 108-113, 2012.

LIMA, M. K. F.; TSUKAMOTO, R.; FUGULIN, F. M. T.. Aplicação do NURSING ACTIVITIES SCORE em pacientes de alta dependência de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n. 17, p.638-646, 2008.

LOSEKANN, Maristela Vargas. **Saberes de técnicos e auxiliares de enfermagem: reinventando o trabalho e qualificando a arte de cuidar**. 2013. 198 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Curso de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

MAGALHÃES, A. M. M.; DALL'AGNOL, C. M.; MARCK, P. B.. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, n. esp., p.146-154, 2013.

MAGALHÃES, A. M. M.. **Carga de trabalho de enfermagem e segurança de pacientes internados em um hospital universitário**. 2012. 137 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Condições de trabalho de profissionais da enfermagem: avaliação baseada no modelo demanda-controle. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 811-817, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023868015>>. Acesso em: 29 maio 2014.

MARÇAL, M. A.; FANTAUZZI, M. O. Avaliação da prevalência de lombalgia em uma equipe de enfermagem e as condições ergonômicas de seu trabalho. **Congresso Brasileiro de Fisioterapia do Trabalho**, São Paulo, p. 1-8, 2009.

MARTINS, S. I. A. **O banho no leito em contexto de internamento hospitalar. Vivências de pessoas idosas**. 2009. 272 f. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2009.

MAURO, M. Y. C. et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 13-18, jan./mar. 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

MININEL, V. A.; BAPTISTA, P. C. P.; FELLI, V. E. A.. Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem em hospitais universitário brasileiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p.1-9, 2011.

MOURA, G. M. S. S.; LUCE, F. B. Encontros de serviço e satisfação de clientes em hospitais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 57, n. 4, p. 434-440, jul./ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a10>>. Acesso em: 05 jun. 2014.

MORSE, J. **Preventing patient falls**. Thousand Oaks: Sage, 1997.

NAKATANI, A. Y. K. et al. O banho no leito em unidade de terapia intensiva: uma visão de quem recebe. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 3, n. 1, p. 13-21, jan./abr. 2004.

NEPOMUCENO, B. C. et al. Banho no leito: o discurso do sujeito coletivo de pacientes hospitalizados. **Revista Ciências em Saúde**, Florianópolis, v. 4, n. 1, jan./mar. 2014.

NEUMANN, V. N.; FREITAS, M. E. A. Qualidade de vida no trabalho: percepções da equipe de enfermagem na organização hospitalar. **Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte**, v. 4, n. 12, p. 531-537, out./dez. 2008.

NONINO, E. A. P. M. **Avaliação da qualidade dos procedimentos de enfermagem - banho e curativo - segundo o grau de dependência assistencial dos pacientes internados em um Hospital Universitário**. 2006. 243 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

O’CATHAIN A.; MURPHY, E.; NICHOLL, J. The quality of mixed methods studies in health services research. **Journal of Health Services Research & Policy**, Reino Unido, vol.13, n. 2, p. 92-98, 2008.

OLIVEIRA A. P.; LIMA D. V. M. Evaluation of bedbath in critically ill patients: impact of water temperature on the pulse oximetry variation. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, vol. 44, n. 4, p. 1034-40, 2010.

PENAFORTE, M. H. O. **O autocuidado higiene: conhecimento científico e ritual**. 2011. 290 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Curso de Enfermagem, Universidade de Lisboa e Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669 p.

POTTER, P. et al. Mapping the Nursing Process: a new approach for understanding the work of nursing. **The Journal of Nursing Administration**, Philadelphia, v. 34, n. 2, p. 101-109, Feb. 2004.

PUPULIN, J. S. L.; SAWADA, N. O. Privacidade física referente à exposição e manipulação corporal: percepção de pacientes hospitalizados. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 36-44, jan./mar. 2010.

QUELUCI, G. C.; FIGUEIREDO, N. M. A. Sobre as situações de enfermagem e seus graus de complexidade – menor, média e maior - na prática assistencial hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 171-176, jan./mar. 2010.
Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452010000100025>.
Acesso em: 20 maio 2014.

RIBEIRO, N. F. et al. Prevalência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 2, n. 15, p.429-438, 2012a.

RIBEIRO, R. P. et al. O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 2, n. 46, p.495-504, 2012b.

RIBOLDI C. O. **Dimensão do Absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. 2008. 68 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

SANCINETTI, T. R. et al. Absenteísmo – doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. especial 2, p. 1277-83, 2009.

SOARES, N. V.; DALL'AGNOL, C. M.. Privacidade dos pacientes - uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 5, p.683-688, 2011.

SOUSA, R. M. C. et al. Carga de trabalho de enfermagem requerida por adultos, idosos e muito idosos em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 2, n. 43, p.1284-1291, 2009.

TUCKER, A. L.; SPEAR, S. J. Operational Failures and Interruptions in Hospital Nursing. **Health Research and Educational Trust**, Chicago, v. 41, n. 3, p. 643-662, June 2006.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Paciente)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “**Cuidados com o banho de leito: implicações na carga de trabalho da equipe de enfermagem**”. Isso porque, você receberá esse cuidado de enfermagem durante sua internação. Este estudo faz parte de um projeto chamado “Carga de trabalho e segurança do paciente: compromisso social das lideranças de enfermagem” e será realizado em todas as unidades clínicas e cirúrgicas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre com todos os pacientes que necessitarem de banho de leito e que aceitem participar.

Por que este estudo está sendo feito?

Para poder avaliar as características do processo de trabalho do banho de leito e sua possível relação com a segurança do paciente e dos profissionais de enfermagem.

Quais são as implicações em aceitar participar desse estudo?

A sua participação é voluntária. Se você aceitar participar desse estudo voluntariamente, enquanto você estiver recebendo o banho de leito uma aluna pesquisadora estará observando todo o procedimento.

Quais são os possíveis riscos e desconfortos de participar desse estudo?

Não há riscos, você poderá sentir apenas algum desconforto ao ser observado durante o seu banho de leito.

Existe algum custo?

Não. Sua participação no estudo não envolve nenhum custo para você ou seu convênio de saúde.

Existe algum reembolso?

Não. Como não há custo nenhum para os pacientes que aceitem participar desse estudo, não há reembolso ou qualquer tipo de recompensa financeira.

E se eu não quiser participar do estudo, há outra opção?

Você pode livremente escolher se quer ou não participar do estudo. Se não quiser, seu tratamento nesta instituição não mudará em nada e todos os cuidados durante e após a cirurgia serão oferecidos a você, da mesma maneira como se estivesse participando do estudo.

As minhas informações serão confidenciais?

Seus dados só serão usados para os propósitos do estudo. Os resultados do estudo serão divulgados, para fins acadêmicos/ científicos, sem a identificação de nenhum paciente participante.

Eu posso desistir de participar do estudo?

Sim, você poderá retirar seu consentimento em qualquer momento, sem que isso traga nenhum prejuízo para você. Seu tratamento nesta instituição continuará sendo exatamente o mesmo.

A pesquisadora responsável por este estudo é a Prof^a Dra. Ana Maria Müller Magalhães da Escola de Enfermagem – UFRGS, orientadora da acadêmica de enfermagem Gisele Möller, tendo esse documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética dessa instituição.

Nome da pesquisadora: Gisele Möller

Assinatura da pesquisadora: _____

Data: __/__/__.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Contatos:

Prof^a Dra. Ana Magalhães 3359-8906 ou Acadêmica Gisele Möller 3359-8084.

Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, 2º andar, sala 2227, fone 3359-7640, das 8h às 17h, de segundas às sextas.

Obs.: Documento em duas vias. Uma permanece com o participante e a outra com o pesquisador.

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Técnico/auxiliar de enfermagem)**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Cuidados com o banho de leito: implicações na carga de trabalho da equipe de enfermagem**”, que tem como objetivo analisar os banhos de leito em unidades clínicas e cirúrgicas no intuito de compreender as características desse processo de trabalho relacionado à carga de trabalho de enfermagem. Este estudo faz parte de um projeto chamado “Carga de trabalho e segurança do paciente: compromisso social das lideranças de enfermagem”.

Se concordar, você participará desse estudo permitindo a observação de sua rotina de trabalho durante o banho de leito, cujas anotações posteriormente realizadas serão **estritamente confidenciais** e os resultados só serão divulgados em relatório final, **sem qualquer identificação dos sujeitos pesquisados**. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. A pessoa que irá acompanhar o seu trabalho será uma estudante de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Fica assegurado que você **é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento**. A sua participação é voluntária e **a recusa em participar não trará nenhum prejuízo em seu vínculo com a instituição, assim como a participação não implicará em nenhum tipo de avaliação funcional**.

Não são conhecidos riscos pela sua participação no estudo, porém poderá haver pequeno desconforto ao ser observado em suas atividades. Você poderá não ser beneficiado diretamente por sua participação, mas, estará contribuindo para o estudo do assunto e novas propostas futuras decorrentes do estudo que poderão beneficiar a todos os profissionais.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Necessitamos de sua autorização para realizarmos a coleta de dados e estamos à sua disposição para esclarecimentos a qualquer momento da realização desta pesquisa.

A pesquisadora responsável por este estudo é a Prof^a Dra. Ana Maria Müller Magalhães da Escola de Enfermagem – UFRGS, orientadora da acadêmica de enfermagem Gisele Möller, tendo esse documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética dessa instituição.

Nome da pesquisadora: Gisele Möller

Assinatura da pesquisadora: _____

Data: / / .

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Contatos:

Prof^a Dra. Ana Magalhães: 3359-8906 ou Acadêmica Gisele Möller: 3359-8084.

Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, 2º andar, sala 2227, fone 3359-7640, das 8h às 17h, de segundas às sextas.

Obs.: Documento em duas vias. Uma permanece com o participante e a outra com o pesquisador.