

BANHO NO LEITO: CARGA DE TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE¹

Gisele Möller², Ana Maria Müller de Magalhães³

¹ Artigo baseado no Trabalho de Conclusão de Curso - Cuidados com o banho no leito: implicações na carga de trabalho da equipe de enfermagem, apresentado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em 2014. Pesquisa com apoio financeiro PROPESQ/UFRGS - Bolsa de Iniciação Científica e Fundo de Incentivo à Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

² Enfermeira do Hospital Ernesto Dornelles. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: moller.gisele@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS. Coordenadora do HCPA. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: amagalhaes@hcpa.ufrgs.br

RESUMO: O objetivo do estudo foi levantar características da organização do trabalho da enfermagem relacionado ao banho no leito. Estudo observacional com método misto e coleta de dados concomitante, realizado em unidades de internação de um hospital universitário. A população foi composta por pacientes adultos internados e profissionais de enfermagem. A amostra foi de 67 pacientes e 62 profissionais. Após análise temática dos dados, encontrou-se uma categoria prévia: Riscos potenciais à segurança dos profissionais e pacientes; e outras quatro categorias emergentes: integralidade do cuidado, estrutura física, organização do processo de cuidado e satisfação do paciente. Nos dados quantitativos, após análise por estatística descritiva, encontrou-se um tempo médio de duração do banho no leito de 15,02 minutos. Em 55,2% dos banhos de leito observados, estavam envolvidos dois profissionais. O dimensionamento do pessoal de enfermagem e os ambientes de trabalho inadequados influenciam na organização do cuidado e podem ocasionar eventos adversos para os profissionais e pacientes.

DESCRIPTORES: Banhos. Higiene da pele. Carga de trabalho. Cuidados de enfermagem. Segurança do paciente.

BED BATHS: NURSING STAFF WORKLOAD AND PATIENT SAFETY

ABSTRACT: The goal in this study was to examine the characteristics of the nursing staff's work organization with regard to bed baths. This observational study was conducted with a mixed methods approach and concurrent data collection at inpatient units of a university hospital. The population consisted of adult inpatients and nursing professionals. The sample consisted of 67 patients and 62 professionals. After thematic data analysis, the following established category was found: Potential Risks to the Safety of Professionals and Patients, along with four other emerging categories: Comprehensive Care, Facilities, Organization of Care Processes, and Patient Satisfaction. The descriptive statistical analysis of the quantitative data showed that bed baths lasted an average 15.02 minutes. In 55.2% of the bed baths observed, two professionals were involved. The size of the nursing staff and the inappropriate workspaces affect the organization of care and can lead to adverse events for professionals and patients.

DESCRIPTORS: Baths. Skin care. Workload. Nursing care. Patient safety.

BAÑO EN EL CAMA: CARGA DE TRABAJO DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

RESUMEN: El objetivo de este estudio fue levantar características de la organización del trabajo del equipo de enfermería relacionado al baño en el cama. Estudio observacional con método mixto y recolección de datos concomitante, realizado en unidades de internación de un hospital universitario. La población estuvo constituida por pacientes adultos y profesionales de enfermería. La muestra consistió en 67 pacientes y 62 profesionales. Después del análisis temático de los datos se encontró una categoría previa: Riesgos potenciales a la seguridad de los profesionales y pacientes y otras cuatro categorías emergentes: Integralidad del cuidado, Estructura física, Organización del proceso de cuidado y Satisfacción del paciente. En los datos cuantitativos, tras el análisis de la estadística descriptiva, se encontró un tiempo promedio de duración del baño en el cama de 15,02 minutos. El 55,2% de los baños en el cama observados estaban involucrados dos profesionales. El dimensionamiento del personal de enfermería y los ambientes de trabajo inadecuados influencia la organización del cuidado y pueden ocasionar eventos adversos para los profesionales y pacientes.

DESCRIPTORES: Baños. Higiene de la piel. Carga de trabajo. Cuidados de enfermería. Seguridad del paciente.

INTRODUÇÃO

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

Estudos apontam para os prejuízos à saúde do profissional de enfermagem devido aos ambientes e a situações de trabalho desfavoráveis,¹⁻² assim como alguns estudos, recentemente, vêm relacionando a ocorrência de eventos adversos com a carga de trabalho das equipes de enfermagem.³⁻⁴ Nesse contexto, a higiene corporal/banho no 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.⁵⁻⁷

Além disso, 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, que normalmente executam essa atividade.^{5,8} Porém, ressalta-se que o banho no leito deveria também ser realizado e supervisionado por enfermeiros, como elemento fundamental para avaliação das condições da pele do paciente.

Não obstante, alguns estudos também encontraram riscos de segurança para o paciente durante o banho no leito, tais como risco de quedas, variação do estado clínico e extubação acidental no âmbito da UTI.^{5,9-10} Levando-se em consideração esses estudos que apontam a higiene corporal/banho no leito como fator determinante na carga de trabalho, mas que não aprofundam questões sobre como se dá esse processo de trabalho, além da escassez de estudos acerca do tema, o objetivo deste estudo é levantar características da organização do trabalho da equipe de enfermagem relacionadas aos cuidados com o banho no leito. O intuito é compreender como se caracteriza esse cuidado assistencial e aprofundar o conhecimento de por que ele é considerado um fator relevante quando se trata do tema carga de trabalho.

METODOLOGIA

Estudo delineado com método misto de pesquisa, observacional, combinando abordagem qualitativa e quantitativa, em uma estratégia in-

corporada concomitante. Nesse tipo de estudo, o pesquisador coleta os dados quantitativos e qualitativos simultaneamente e elege um método principal e um banco de dados secundários.¹¹ O método principal deste estudo é o qualitativo; os dados quantitativos formaram um banco de dados secundário. A combinação dos dois tipos de coleta de dados permitiu integrar as informações.

O estudo foi desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), em seis unidades clínicas e cirúrgicas, e passou por atualização junto ao Comitê de Ética da instituição, por fazer parte de um projeto previamente aprovado nessa instância, intitulado “Carga de trabalho e segurança do paciente: compromisso social das lideranças de enfermagem”, sob o número 12-0332. O presente trabalho contempla parte dos objetivos desse estudo maior no que se refere a levantar características do processo de trabalho relacionadas aos cuidados com medicamentos, banho no leito e transporte dos pacientes, apontados como alguns dos principais fatores da carga de trabalho e de riscos para os pacientes. Foi aplicado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) tanto aos pacientes quanto aos profissionais que foram observados durante o banho no leito. Em ambos os casos, satisfazendo os aspectos exigidos pela Resolução 466/12 do CONEP e assegurando o uso exclusivo dos dados para fins de pesquisa.¹²

A população do estudo consistiu em todos os pacientes adultos internados nas unidades clínicas e cirúrgicas e todos os técnicos e auxiliares que estavam trabalhando no hospital durante o período de coleta de dados.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado considerando uma margem de erro de 10%, índice de confiança de 95%, numa população de 360 pacientes internados por mês nessas unidades e estimando-se 30% de pacientes que necessitam banho no leito. Fizeram parte da amostra 67 pacientes, selecionados aleatoriamente entre aqueles que estiveram internados no período de janeiro a março de 2014 e que necessitaram o cuidado do banho no leito, além de 62 profissionais que realizaram esse procedimento assistencial, no turno de trabalho observado. Ressalta-se que alguns profissionais, foram observados mais de uma vez. Foram incluídos na amostra os pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que tiveram o banho no leito no turno de observação. Foram excluídos os pacientes que apresentaram intercorrências

durante o turno de observação e aqueles que estiveram ausentes da unidade para realização de exames ou procedimentos.

A coleta de dados foi realizada por meio de observação direta não participante, guiada por um instrumento estruturado.¹³ Na parte qualitativa foi realizada a descrição detalhada do banho no leito e dos momentos de organização pré e pós-procedimento. Além disso, perguntou-se aos profissionais quantos banhos de leito haviam realizado em seu turno de trabalho. Os dados qualitativos foram organizados no programa NVivo 10 e analisados por meio da técnica de análise de conteúdo.¹⁴

Na parte quantitativa foram coletadas informações referentes ao tempo de duração do banho no leito, ao número de profissionais envolvidos e à presença ou não de familiares ajudantes. Esses dados foram analisados por meio de estatística descritiva,¹³ utilizando-se o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 18 para Windows®.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As informações qualitativas foram agrupadas em categorias temáticas que descrevem a complexidade dos cuidados com o banho no leito e os riscos associados ao mesmo, assim como aspectos que interferem na organização do trabalho da equipe de enfermagem. Foram encontradas cinco categorias temáticas. Uma delas considerada categoria prévia: Riscos potenciais à segurança dos profissionais e pacientes; e as outras quatro 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 no leito.



Técnica, não consegue lateralizar o paciente adequadamente e então o empurra, mas não obtém 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 em cima (observação 33)

Figura 1 - Mobilização do paciente durante o banho no leito, Porto Alegre, 2014

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 e as atividades, além de possibilitar a realização de mobilizações planejadas.

Já quando o banho era realizado por apenas um profissional de enfermagem, o trabalho tornava-se visivelmente mais desgastante. 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.

A maioria dos banhos no leito observados foi realizada por dois profissionais, 37 (55,2%),

evidenciando-se a preferência por realizar o procedimento em duplas, provavelmente pelas vantagens comentadas anteriormente. No entanto, verificou-se um número expressivo de observações, 25 (37,3%), nas quais os profissionais estavam realizando, sozinhos, o banho no leito. Em algumas situações mais complexas, cinco (7,5%), foi necessário o envolvimento de até três técnicos de enfermagem.

O auxílio do familiar durante os banhos no leito deu-se em apenas 15 (22,4%) das 67 observações. 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 de um colega no momento de realização do cuidado. Talvez essa preferência seja em decorrência da inabilidade técnica de um familiar quando comparado a um profissional de enfermagem, ou pode-se refletir, também, sobre os profissionais não desejarem a presença do familiar para não estarem sendo observados durante a atividade e por uma questão de controle do processo de trabalho.

O banho no leito envolve intensa força física para mobilizar o paciente e trocar a roupa de cama, levando, em grande parte, a queixas de cansaço e lesões musculoesqueléticas que podem acarretar faltas ao serviço.⁵ Outro estudo também relacionou 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 às condições inadequadas de seus ambientes de trabalho.¹⁵

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 no leito, a fim de dimensionar adequadamente a quantidade necessária de profissionais, minimizando possíveis afastamentos relacionados a atividades laborais que demandam maior esforço físico.

No que diz respeito à segurança do paciente, encontrou-se que o banho no leito pode ser um momento crucial quanto ao tema. O risco de quedas foi observado em algumas oportunidades durante os banhos de leito, o que coincide com os achados de outro estudo.⁵ Situações inseguras foram observadas quando o paciente permaneceu sozinho para o profissional buscar algum material que estava faltando, quando se esqueceu de elevar as grades ao término do banho, quando não foi travada a cama durante o procedimento e quando

ocorreram mobilizações que exigiram demasiada força por parte do técnico, gerando mobilizações inadequadas no leito. Essas considerações remetem à necessidade de maiores estudos sobre o banho no leito e os riscos para a segurança do paciente.

Outro risco observado diz respeito ao deslocamento de dispositivos durante o banho no 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 eventos adversos. *Ao lateralizarem o paciente, o extensor do cateter central engatou na guarda da cama* (observação 45).

Quanto ao deslocamento de dispositivos durante o banho no leito, foi encontrada na literatura apenas uma referência, no âmbito da terapia intensiva, na qual foi identificado o risco de extubação acidental durante o banho no leito, mudança de decúbito, transporte do paciente e troca de fixação do dispositivo ventilatório.¹⁰

Durante o banho no leito, o paciente está suscetível a infecções, visto que seu corpo está exposto e sendo manipulado pelas mãos dos profissionais, que podem ser veículos de contaminação. Além disso, o próprio profissional que realiza o procedimento está 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 que, apesar dos profissionais de enfermagem contar com 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 das normas de prevenção de infecções, tais como: não higienização das mãos; não utilização de barreiras de proteção para pacientes portadores de germes multirresistentes; utilização da mesma luva para dar o banho e posteriormente realizar o curativo; não troca das compressas para higienizar diferentes segmentos corporais (em algumas situações devido à falta de material); exposição a secreções de vias aéreas sem utilizar EPI adequado, como máscara ou óculos de proteção individual.

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.¹⁶ Logo, chama a atenção que a maioria dos profissionais não higienizou as mãos da maneira preconizada, como segue na tabela 1:

Tabela 1 - Momentos da realização da higiene das mãos pelos técnico/auxiliares de enfermagem para o banho no leito. Porto Alegre-RS, 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

Entre as barreiras que influenciam no descumprimento das precauções padrão pela equipe de enfermagem, podem-se citar: 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, falta de pessoal e tempo de experiência profissional.¹⁷

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 no 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, observou-se que quando o paciente participava do banho no leito, havia uma maior interação técnico-paciente. Isso contribuía positivamente para a realização do procedimento, inclusive, em algumas situações, poupando esforço físico dos técnicos de enfermagem. Quando possível, os profissionais estimulavam o autocuidado, num resgate à autonomia do indivíduo e favorecendo que os pacientes gradualmente se tornassem menos dependentes dos cuidados de enfermagem. Em contraponto, quando os pacientes eram mais dependentes ou se encontravam desmotivados, evidenciava-se um trabalho mais mecanicista por parte dos técnicos/auxiliares de enfermagem.

A presença de curativos foi fator relevante, pois, geralmente, os mesmos eram realizados durante o banho no leito, no intuito de otimizar as tarefas de enfermagem. Porém, observou-se que o técnico de enfermagem precisa organizar-se “em dobro”, pois há a necessidade de organização de outros materiais específicos para a realização do curativo (gazes, compressas, soro fisiológico etc.) 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 no leito propriamente dito, podendo repercutir no tempo despendido para o cuidado ao paciente.

Estudo que pesquisou o tempo gasto para realizar um curativo segundo o grau de dependência dos pacientes encontrou tempos médios que variaram entre sete a oito minutos.¹⁸ Logo, podemos pensar nesse acréscimo de tempo ao procedimento do banho no leito quando o paciente possui curativo, ainda sem contar o tempo de organização prévia para o procedimento.

Nas observações, também se constatou que o perfil do paciente pode interferir no banho no leito. Situações em que o paciente é considerado “pesado” e demanda esforço físico da equipe, quando ele está com sensório rebaixado e não pode auxiliar na movimentação ou não compreende orientações, e até mesmo a presença de cateteres, drenos, acessos venosos, restrições ortopédicas ou tração esquelética demandam maiores cuidados na movimentação no leito durante o banho. *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).

Na categoria estrutura física essa temática surgiu diversas vezes no relato dos técnicos/auxiliares de enfermagem e demonstrou ser um ponto crítico na compreensão acerca das condições de trabalho da equipe de enfermagem e, consequentemente, sobre sua possível relação com a carga de trabalho. Questões ligadas ao tamanho do espaço físico, disponibilidade de banheiros nos quartos e a falta de materiais para realização do banho no leito tenderam a influenciar negativamente na rotina de trabalho observada. *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).

Quando o procedimento era realizado em enfermarias, havia maior deslocamento dos pro-

fissionais até o banheiro para pegar e trocar a água do banho. O espaço entre os leitos, dividido por cortinas, por vezes, tornou-se insuficiente para manter o "hâmp" de roupa suja, o carrinho do banho e os demais equipamentos da unidade do paciente. Além disso, no período da coleta de dados, durante o verão, o ambiente tornava-se extremamente quente/abafado, principalmente com as cortinas fechadas, tornando o procedimento mais desgastante. Esses aspectos foram discutidos em estudo no qual se verificou que 53,9% dos riscos físicos do hospital são em decorrência da má distribuição do espaço físico.¹⁹ Logo, percebe-se que a inadequação da área física e a falta de material

podem comprometer o cuidado corporal.

A categoria organização do processo de cuidado abrange um conjunto de atividades que estão conectadas ao processo de trabalho dos profissionais e ao banho no leito. Os nós que constituem essa categoria são: atividades simultâneas e situações imprevistas; avaliação do paciente; banhos e trocas/escalas; necessidade de auxílio e privacidade. Nesse sentido, é relevante analisar quanto tempo o profissional permanece envolvido com o banho no leito, para poder avaliar como esse cuidado assistencial pode influenciar nas outras atividades de enfermagem.

Tabela 2 - Tempo despendido (em minutos) pelos profissionais de enfermagem para organização e realização do banho no leito. Porto Alegre-RS, 2014

Tempo (minutos)	Organização pré	Banho no leito	Organização pós	Organização total	Tempo total
Nº de observações	56	67	61	53	53
Perdas	11	-	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

Como se pode evidenciar nos dados, o número total de observações para os períodos de organização pré e pós-banho no leito, são diferentes do total de casos observados. A perda de alguns dados foi em decorrência do próprio processo de organização das unidades, em que o preparo do material, por vezes, era feito isoladamente do procedimento, dificultando a coleta do dado. Ao final do banho no 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 (Tabela 2).

Com base nos dados apresentados, evidencia-se a relevância do banho no leito na jornada de trabalho da equipe de enfermagem. O tempo médio de 26,06 minutos 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 no leito em seu turno de trabalho. Logo, multiplicando-se esse tempo pelo número de banhos no turno, pode-se inferir o quão desgastante e impactante na carga de trabalho esse cuidado assistencial pode configurar-se. Os achados do presente estudo são similares a outros dois estudos que mensuraram o tempo do banho no leito e encontraram uma média de 20 a 25 minutos e 30,68 minutos, respectivamente.^{18,20}

Perguntou-se aos profissionais participantes dos 67 banhos de leito observados sobre quantos banhos eles tiveram ou ainda teriam no turno de trabalho. 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 em 30 observações (44,7%) os técnicos responderam que tiveram apenas um banho no leito, em 25 observações (37,3%) os técnicos responderam ter dois banhos de leito, em 6 observações (8,9%) os técnicos responderam ter três banhos, em cinco observações (7,4%) os técnicos responderam ter quatro e em uma observação (1,4%) o técnico respondeu ter cinco banhos de leito no turno de trabalho observado.

Nas unidades de internação em estudo, a organização das escalas de pacientes ocorre pela divisão do número de paciente pelo número de profissionais, sem considerar o grau de complexidade dos pacientes assistidos. Quando o paciente necessita de banho no leito, estes são divididos entre os turnos da manhã e tarde por uma divisão pré-estabelecida das enfermarias (leitos pares: manhã; leitos ímpares: tarde). Nas escalas de trabalho, no período estudado, cada técnico de enfermagem tinha de cinco a sete pacientes sob seus cuidados no turno.

Durante a coleta de dados pôde-se observar que, enquanto os técnicos preparavam o material, ou até mesmo durante o banho no leito, os mesmos eram solicitados por outros pacientes, profissionais e familiares. Além disso, muitas vezes, os profissionais precisavam lidar com situações imprevistas, inesperadas, de maneira que tinham que se organizar novamente, recriando novos planos de trabalho. Como exemplifica o excerto a seguir: *técnica de enfermagem tinha pulsoterapia [verificação de glicemia 30/30min], mais banho no leito e mais transporte, todas as tarefas durante o mesmo período, o transporte teve que esperar* (observação 66).

Percebe-se o quão complexa 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. O baixo nível de controle sobre o planejamento e execução das atividades de enfermagem influencia nocivamente a saúde do trabalhador.²¹ Numa pesquisa, em uma observação de 10 horas do trabalho de enfermagem, constatou-se 43 interrupções, apontando que 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 pode remeter a erros assistenciais, além do aumento de empilhamento de tarefas incompletas.²²

Em relação à avaliação do paciente, sabe-se que o momento do banho no leito é circunstância propícia para tal, pois se pode avaliar a extensão corporal do paciente. Para tanto, são necessários olhares atentos da equipe de enfermagem para usufruir desse momento e realizar um exame físico minucioso. Em relação à avaliação realizada pelos profissionais, notaram-se incorporada à prática os cuidados com a pele dos pacientes: hidratação, prevenção e cuidados com úlceras por pressão (UPs), assaduras e inclusive orientações aos pacientes e familiares.

Em contrapartida, também se observou que as enfermeiras não utilizaram o momento do banho no leito para avaliar o paciente sob seus cuidados, perdendo uma oportunidade singular para tal, como segue nos trechos abaixo: *enfermeira entra no quarto para ver um acesso venoso no paciente, mas ao ver que está no banho, ela retira-se e sai sem falar ou observar nada* (observação 14).

Além disso, observou-se que o procedimento, devido à mobilização necessária no leito, pode tornar-se uma experiência dolorosa para o paciente. *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).

Portanto, é essencial uma avaliação criteriosa pelos técnicos e enfermeiros antes do banho no leito que atente para 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. Essa avaliação deve incluir a revisão da prescrição médica e possibilidades analgésicas para diminuir o desconforto do paciente durante o banho no leito.

Outra questão que surgiu no relato dos técnicos foi sobre a relevância dos cuidados de higiene para além do banho no leito, tais como as trocas de fraldas e os banhos de aspersão com cadeira higiênica, considerados atividades impactantes na carga de trabalho. *Técnica comenta sobre os banhos com auxílio, que também oneram muito trabalho e tempo, os pacientes são muito dependentes!* (observação 65).

Logo, pode-se inferir que o cuidado com a higiene corporal, de um modo geral, é um fator crítico na carga de trabalho da equipe de enfermagem.

Apesar da maioria dos banhos observados terem sido realizados por uma dupla de técnicos (55,2%), encontrou-se um número expressivo de observações (37,3%) onde os técnicos realizaram o procedimento sozinhos. Quando questionados sobre essa circunstância, eles 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. *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).

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.

Em relação à privacidade, 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 têm a função de preservar a intimidade do paciente, evitando exposição desnecessária.

Apesar dessas considerações, observou-se que na rotina dos profissionais, por vezes, a privacidade não foi preservada. Houve momentos em que as cortinas não foram fechadas completamente ou situações em que outros profissionais surgiram no momento do banho no leito e abriram as cortinas.

Outro estudo encontrou resultados semelhantes no que se refere a não manutenção da privacidade durante os cuidados de higiene corporal.²³⁻²⁴ 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 no leito.

Na categoria emergente satisfação do paciente, observou-se relatos de pacientes que sugerem que o banho no leito pode tornar-se item relevante em relação à satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem. Os sentimentos expressados pelos pacientes (prazer, confiança, acolhimento) podem auxiliá-los a atravessar um processo de saúde-doença vivenciado naquela circunstância, assim como tornar mais estreito o vínculo paciente-profissional.

Essa interação entre paciente e profissional de enfermagem que se estabelece na prestação de cuidados em saúde configura-se nos “encontros de serviço”, os quais se referem aos momentos em que o cliente/usuário interage com os profissionais da linha de frente da organização.²⁵ Um estudo que avaliou a satisfação dos usuários em relação aos “encontros com os serviços” durante o período em que estavam internados, constatou que os encontros de serviço com a equipe de enfermagem são os que exercem maior influência na satisfação do cliente com o hospital.²⁵ Logo, pode-se inferir a relevância do momento do banho no 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, durante o turno de trabalho. *Paciente elogia o banho, diz que é a melhor hora do dia* (observação 52).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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 no leito mais seguro.

Além da relação com a quantidade de profissionais de enfermagem disponíveis, também se observou a relevância dos ambientes de trabalho que promovem processos organizacionais complexos e descontinuados, os quais favorecem o 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 do banho no leito.

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 danos à saúde dos pacientes e favorece uma leitura equivocada por parte das instituições e da população dos motivos pelos quais os erros aconteceram. Em parte, isso 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.

Diante dessas considerações, ressalta-se a importância de analisar o cuidado com o banho no 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 suas reais complexidades assistenciais e possíveis impactos na carga de trabalho da equipe, assim como na segurança dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro NF, Fernandes RCP, Solla DJF, Junior ACS, Junior ASS. Prevalência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem. *Rev Bras Epidemiol*. 2012; 15(2):429-38.
2. Ribeiro RP, Martins JT, Marziale MHP, Robazzi MLCC. O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(2):495-504.

3. Magalhães AMM, Dall'agnol CM, Marck PB. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. *Rev Latino-Am Enfermagem* [online]. 2013 Jan-Fev [acesso 2014 Jun 5]; 21(Spe):[09 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000700019&script=sci_arttext&tlng=pt
4. Duffield C, Diers D, O'Brien-Pallas L, Aisbett C, Roche M, King M, et al. Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Appl Nurs Res*. 2011 Nov; 24(4):244-55.
5. Magalhães AMM. **Carga de trabalho de enfermagem e segurança de pacientes internados em um hospital universitário [tese]. Porto Alegre (RS):** Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem; 2012.
6. Sousa RMC, Padilha KG, Nogueira LS, Miyadahira AMK, Oliveira VCR. Carga de trabalho de enfermagem requerida por adultos, idosos e muito idosos em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(esp 2):1284-91.
7. Araújo VB, Perroca MG, Jericó MC. Variabilidade do grau de complexidade assistencial do paciente em relação à equipe de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009; 17(1):29-34.
8. Marçal MA, Fantauzzi MO. Avaliação da prevalência de lombalgia em uma equipe de enfermagem e as condições ergonômicas de seu trabalho. In: *Anais do Congresso Brasileiro de Fisioterapia do Trabalho*, 2009 Ago 26-28; São Paulo, Brasil. São Paulo (SP): Brasil; 2009.
9. Oliveira AP, Lima DVM. Evaluation of bedbath in critically ill patients: impact of water temperature on the pulse oximetry variation. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(4):1034-40.
10. Castellões TMFW, Silva LD. Guia de cuidados de enfermagem na prevenção da extubação acidental. *Rev Bras Enferm*. 2007 Jan-Fev; 60(1):106-9.
11. Creswell JW. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** Porto Alegre (RS): Artmed, Bookman; 2010.
12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas reguladoras para as pesquisas envolvendo os seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012.
13. Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem.* Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.
14. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* São Paulo (SP): Hucitec; 2010.
15. Sancinetti TR, Gaidzinski RR, Felli VEA, Fugulin FMT, Baptista PCP, Ciampone MHT, et al. Absenteísmo - doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(esp): 1277-83.
16. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Segurança do paciente em serviços de saúde: higienização das mãos.* Brasília (DF): ANVISA; 2009.
17. Efstathiou G, Papastavrou E, Raftopoulos V, Merkouris A. Factors influencing nurses' compliance with Standard Precautions in order to avoid occupational exposure to microorganisms: A focus group study. *BMC Nurs*. 2011; 10(1):1-12.
18. Nonino EAPM. *Avaliação da qualidade dos procedimentos de enfermagem - banho e curativo - segundo o grau de dependência assistencial dos pacientes internados em um Hospital Universitário [tese].* Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.
19. Mauro MYC, Paz AF, Mauro CCC, Pinheiro MAS, Silva VG. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. *Esc Anna Nery*. 2010 Abr-Jun; 14(1):13-8.
20. Lima AFC, Fugulin FMT, Castilho V, Nomura FH, Gaidzinski RR. Contribuição da documentação eletrônica de enfermagem para aferição dos custos dos cuidados de higiene corporal. *J Health Inform*. 2012 Dez; 4(esp):108-13.
21. Magnago TSBS, Lisboa MTL, Griep RH, Zeitoune RCG, Tavares JP. Condições de trabalho de profissionais da enfermagem: avaliação baseada no modelo demanda-controle. *Acta Paul Enferm* [online]. 2010 [acesso 2014 maio 29]; 23(6). Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023868015>
22. Potter P, Boxerman S, Wolf L, Marshall J, Grayson D, Sledge J, et al. Mapping the Nursing Process: a new approach for understanding the work of nursing. *JONA*. 2004 Fev; 34(2):101-09.
23. Soares NV, Dall'agnol CM. Privacidade dos pacientes - uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2011; 24(5):683-8.
24. Pupulin, JSL, Sawada NO. Privacidade física referente à exposição e manipulação corporal: percepção de pacientes hospitalizados. *Texto Contexto Enferm*. 2010 Jan-Mar; 19(1):36-44.
25. Moura GMSS, Luce FB. Encontros de serviço e satisfação de clientes em hospitais. *Rev Bras Enferm* [online]. 2004 [acesso 2014 Jun 5]; 57(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a10>

Correspondência: Gisele Möller
 Av. Cruz Alta, 14
 90830020 - Nonoai, Porto Alegre RS, Brasil
 E-mail: moller.gisele@gmail.com

Recebido: 22 de setembro de 2014
 Aprovado: 1º de julho de 2015