

**TATIANE CARDOSO DE LIMA**

**REVELANDO O PROCESSO DE RECRIAÇÃO DO BANHO  
NO LEITO NO CENÁRIO DA TERAPIA INTENSIVA:  
PRODUTO DA SUSCETIBILIDADE DA ENFERMAGEM EM  
INCORPORAR O CONHECIMENTO ÊMICO A SUA PRÁXIS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, na Área de Concentração – Prática de Enfermagem.

**Orientadora: Profa. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi**

**Botucatu - SP  
2008**

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

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Lima, Tatiane Cardoso de.

Revelando o processo de recriação do banho no leito no cenário da terapia intensiva: produto da suscetibilidade da enfermagem em incorporar o conhecimento êmico a sua práxis / Tatiane Cardoso de Lima. – Botucatu : [s.n.], 2008.

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2008.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvia Cristina Mangini Bocchi

Assunto CAPES: 40400000

1. Enfermagem. 2. Equipe de enfermagem. 3. Tratamento intensivo.

CDD 610.73

Palavras chave: Antropologia cultural; Banhos; Equipe de enfermagem; Processo de cuidar; Processo de trabalho.

---

**TATIANE CARDOSO DE LIMA**

**REVELANDO O PROCESSO DE RECRIAÇÃO DO BANHO NO LEITO NO  
CENÁRIO DA TERAPIA INTENSIVA: PRODUTO DA SUSCETIBILIDADE DA  
ENFERMAGEM EM INCORPORAR O CONHECIMENTO ÊMICO A SUA  
PRÁXIS**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de **MESTRE EM ENFERMAGEM** e aprovada em 28 de agosto de 2008, atendendo às normas da legislação vigente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Curso de Mestrado Profissional – na Área de concentração – Prática de Enfermagem, da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista.

---

Professora Adjunta Cristina Maria Garcia de Lima Parada  
Coordenadora do Programa

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi

Presidente/Orientadora

---

Profa. Dra. Marina Peduzzi

Membro

---

Prof. Dr. Rodolfo Franco Puttini

Membro

---



*Dedico esta dissertação as pessoas que mais me apoiaram nesta jornada, meu esposo Omar Sandro de Lima e minha Mãe Maria Cristina Oliveira Cardoso, meu exemplo de vida, Estas duas pessoas com muita sabedoria, discernimento, amor, bom senso e dedicação estiveram ao meu lado me encorajando nas horas difíceis e me aplaudindo nos momentos de glória. Obrigada por fazerem parte da minha vida.*

---

**AGRADECIMENTO ESPECIAL**

---

*À Professora Sílvia Cristina Mangini Bocchi que me acolheu e me mostrou com sua sabedoria que a paciência e a tolerância fazem parte do crescimento profissional. Obrigada por tamanha dedicação, entusiasmo, respeito e consideração e otimismo contagiante. Você é uma pessoa iluminada por Deus, uma profissional correta e competente, fonte de inspiração, apoio e aprendizado diário.*

---





*À Deus por permitir que este sonho se tornasse realidade.*

*À Tia Leila, por sua ajuda desde o início da minha caminhada.*

*Ao Prof. Rodolfo Puttini, por sua ajuda, interesse e desprendimento.*

*À Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo pelo financiamento do Curso de Mestrado em Enfermagem.*

*À Profa. Magda, por suas palavras de conforto e pela oportunidade de crescimento nas discussões que fizeram a diferença na minha atuação profissional.*

*À prof. Wilza Spiri, por seu companheirismo, sabedoria e delicadeza.*

*À Elisandra, pela hospitalidade e auxílio quando os aeroportos não colaboravam.*

*À Máriam, por sua confiança e apoio.*

*As colegas do mestrado, pelas trocas de experiência e acolhida.*

*Aos meus familiares que sempre me deram amor e força, valorizando meus potenciais.*

*Aos profissionais do hospital que participaram desta pesquisa, pois sem eles nenhuma dessas páginas estaria completa.*

*A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a execução dessa dissertação de Mestrado.*

---



*“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino.”*

*Leonardo da Vinci*

---



---

<b>Resumo</b> .....	xv
<b>Abstract</b> .....	xviii
<b>Resumen</b> .....	xxi
<b>Listas de quadros</b> .....	xxiv
<b>Lista de diagramas</b> .....	xxvii
<b>CAPÍTULO 1 - INTRODUZINDO AO ESTUDO</b> .....	1
1.1 Delineando a pergunta da pesquisa.....	6
1.1.1 <i>Contextualizando a institucionalização da equipe de enfermagem</i> .....	7
1.1.2 Narrando o histórico do trabalho de enfermagem na unidade de terapia intensiva.....	10
1.2 Propondo os objetivos da pesquisa.....	13
<b>CAPÍTULO 2 - CONCEBENDO ASPECTOS RELATIVOS AO BANHO NO LEITO: PROCESSO DE CUIDAR E CORPOREIDADE</b> .....	14
2.1 Compreendendo o processo de cuidar.....	15
2.2 Resgatando o significado do corpo.....	18
<b>CAPÍTULO 3 - PERCORRENDO A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	26
3.1 Descrevendo os fundamentos teóricos.....	27
3.1.1 <i>Referencial teórico: a teoria do cuidado cultural</i> .....	27
3.1.2 <i>Etnoenfermagem: referencial metodológico</i> .....	33
3.2 Procedimentos de Coleta de Dados.....	35
3.3 Procedimentos éticos.....	40
3.4 Cenário da pesquisa.....	41
3.5 Informantes.....	44
3.6 Análise dos dados.....	45
<b>CAPÍTULO 4 - OBSERVANDO-PARTICIPANDO-REFLETINDO SOBRE OS RITUAIS DE ENFERMAGEM NA UTI</b> .....	50
4.1 Banho no leito e rituais de enfermagem.....	51
4.1.1 <i>O ritual de passagem do plantão</i> .....	55
4.1.2 <i>O ritual do café da manhã</i> .....	57
4.1.3 <i>O ritual de divisão do trabalho</i> .....	58
<b>CAPÍTULO 5 - APRESENTANDO A EXPERIÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, ACERCA DO BANHO NO LEITO NO CENÁRIO DE UMA TERAPIA INTENSIVA</b> .....	60
5.1 Apresentando os fenômenos.....	61
5.2 Descobrimo a categoria central.....	122

---

<b>CAPÍTULO 6 – DISCUTINDO O MODELO TEÓRICO “REVELANDO O PROCESSO DE RECRIAÇÃO DO BANHO NO LEITO NO CENÁRIO DA TERAPIA INTENSIVA: PRODUTO DA SUSCETIBILIDADE DA ENFERMAGEM EM INCORPORAR O CONHECIMENTO ÊMICO A SUA PRAXIS” .....</b>	<b>134</b>
<b>CAPÍTULO 7 - TECENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>143</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>147</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>163</b>

---



Lima, TC de. Revelando o processo de recriação do banho no leito no cenário da terapia intensiva: produto da suscetibilidade da enfermagem em incorporar o conhecimento êmico a sua práxis [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2008.

### **RESUMO**

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, de abordagem etnográfica focada, com os objetivos de: compreender o processo que compõe a experiência da equipe de enfermagem, acerca dos conhecimentos êmico e ético, norteadores da prática do banho no leito, bem como elaborar um modelo teórico que a represente. O estudo teve como cenário a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de adultos de um Hospital de médio porte, da cidade de Anápolis, Goiás. A instituição é considerada referência no atendimento de usuários politraumatizados do Sistema Único de Saúde (SUS). Os informantes-chave foram os membros da equipe de enfermagem. A coleta de dados transcorreu no período de dezembro de 2007 a março de 2008, após receber parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), bem como a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Participação em Pesquisa. Essa etapa de execução do projeto de pesquisa fundamentou-se no referencial metodológico da etnoenfermagem, proposto por Madaleine Leininger. Utilizou-se, especificamente, do habilitador Observação-Participação-Reflexão (OPR) e de entrevistas individuais orientadas pelo Modelo *Sunrise*, conduzidas com três enfermeiros e cinco técnicos de enfermagem. Para análise dos dados, utilizou-se a *Grounded Theory*, também, conhecida como Teoria Fundamentada em Dados, recomendada por Charmaz (2007) como uma estratégia a ser utilizada em pesquisas etnográficas que visam ao aprofundamento do conhecimento, acerca de objetos de estudos como desta investigação, envolvendo processo vivencial. Ressalta-se que, durante a análise, procurou-se não perder de vista o princípio fundamental da etnoenfermagem que é: estudar fenômenos relativos ao objeto com enfoque êmico e ético. A contento, da análise emergiram cinco fenômenos: (a) considerando a UTI um cenário que ultrapassa a finalidade de atender a pessoa em estado crítico; (b) repensando a assistência de enfermagem integral, depois de se priorizar o dimensionamento de recursos humanos da UTI; (c) considerando a educação continuada não operante

---



uma condição que suscetibiliza a equipe de enfermagem a incorporar o conhecimento êmico a sua práxis; (d) entre condutas éticas e não-éticas: o desafio de se respeitar o corpo como princípio agregado ao banho no leito; (e) recomendando o banho no leito molhado, como um ritual de enfermagem terapêutico, transcendente às necessidades do corpo do paciente em estado crítico. Do realinhamento e inter-relação entre os componentes pertencentes aos cinco fenômenos, emergiu a categoria central, intitulada - revelando o processo de recriação do banho no leito no cenário da terapia intensiva: produto da suscetibilidade da enfermagem em incorporar o conhecimento êmico a sua práxis. O modelo teórico representativo da experiência sinaliza a equipe de enfermagem rompendo com o conhecimento científico (conhecimento ético) para uma prática do banho no leito, sustentada pelo conhecimento êmico (fundamentos religiosos). Este movimento é impulsionado por uma política de recursos humanos que ainda não conseguiu reconhecer o poder da equipe de enfermagem como um capital social, capacitada a operacionalizar a integralidade como um referencial de assistência, tendo como fim a qualidade. Para isso, primeiramente, torna-se necessário que haja um redimensionamento de recursos humanos, para implementar, posteriormente, a educação permanente, bem como serviços ou estratégias que visam à saúde psíquica de trabalhadores em interação com o sofrimento do outro, como no caso da UTI. A operacionalização deste processo, sinalizado pelo modelo teórico descoberto, poderá reduzir a suscetibilidade da equipe de enfermagem continuar incorporando conhecimento êmico à assistência, uma vez que terá condição de vivenciar processos reflexivos práxis-conhecimento científico, bem como exercer a enfermagem em sua plenitude dos referenciais teóricos assistenciais, com suporte técnico-científico e psicológico e incentivo a incorporar a pesquisa como atividade do enfermeiro, visando à retroalimentação da prática e do ensino da enfermagem.

**Descritores:** banhos; equipe de enfermagem, antropologia cultural; processo de trabalho; processo de cuidar.

---



Lima, TC de. Disclosing the bed bath re-creation process in the intensive-care scenario: a product of the nursing team's susceptibility to incorporating emic knowledge to its praxis [thesis]. Botucatu: Botucatu School of Medicine, São Paulo State University "Júlio de Mesquita Filho"; 2008.

### **ABSTRACT**

This is a qualitative study with a focused ethnographic approach which firstly aimed at understanding the process composing the nursing team's experience as concerns the emic and etic knowledge guiding the bed bath practice and, secondly, at designing a theoretical model that could represent it. The investigation scenario was the adults' Intensive Care Unit (ICU) at a medium-sized hospital in the city of Anápolis, Goiás. Such institution is considered to be a reference service in the assistance of polytraumatized users of the Unified Health Care System (UHCS). Members of the nursing team were the key informants. Data were collected from December 2007 to March 2008, after approval by the Research Ethics Committee (REC) and receipt of a signed Consent Form for Research Participation. This phase of the research project execution was based on the ethnonursing methodological framework proposed by Madeleine Leininger. Specifically, the Observation-Participation-Reflection (OPR) enabler and individual interviews guided by the Sunrise Model were used. The interviews were conducted with three nurses and five nursing technicians. The Grounded Theory was used for data analysis. Such theory is recommended by Charmaz (2007) as a strategy to be used in ethnographic research with the purpose to improve knowledge on objects of study involving the process of experience, as is the case in this investigation. It is noteworthy that, during the analysis, an attempt was made not to deviate from the fundamental principle of ethnonursing, which is to investigate phenomena related to the object with an emic and etic focus. Effectively, five phenomena emerged from the analysis: (a) considering the UCI as a scenario that goes beyond the purpose of attending to individuals in critical condition; (b) rethinking integral nursing care after setting as a priority the dimensioning of human resources at the ICU; (c) considering inactive continuing education as a condition that prompts the nursing team to incorporate emic knowledge to its praxis; (d) between ethical and nonethical conducts: the

---

---

challenge to respect the body as an aggregated principle to bed bath; (e) recommending wet bed bath as a therapeutic nursing ritual that transcends the critical patient's body needs. From the re-alignment and inter-relation of the components belonging to the five phenomena there emerged the core category, which was entitled - disclosing the bed bath re-creation process in the intensive-care scenario: a product of nursing susceptibility to incorporating emic knowledge to its praxis. The theoretical model representative of the experience signals the nursing team's rupture with scientific knowledge (etic knowledge) to a bed bath practice based on emic knowledge (religious-based). This movement is boosted by human resources policies that have not yet been able to acknowledge the nursing team's power as a social capital that is qualified to operationalize integrality as a care framework whose final purpose is quality. To that end, it is firstly necessary to re-dimension human resources in order to later implement permanent education as well as services and strategies aiming at the psychic health of staff members in interaction with the other's suffering, as is the case of the ICU. The operationalization of such process, signalled by the theoretical model discovered, will reduce nursing team members' susceptibility to continue incorporating emic knowledge to health care, since they will be able to experience reflective processes related to their praxis and scientific knowledge as well as perform the plenitude of care provision theoretical frameworks in nursing care, with technical, scientific and psychological support and encouragement to incorporate research as a nurse's activity, aiming at providing feedback to nursing practice and teaching.

**Key words:** baths; professional practice; nursing team, cultural anthropology; work process.

---



Lima, TC de. Revelando el proceso de recreación del baño en la cama en el escenario de la terapia intensiva: producto de la susceptibilidad de la enfermería en incorporar el conocimiento émico a su praxis [disertación]. Botucatu: Facultad de Medicina de Botucatu, Universidad del Estado de São Paulo “Júlio de Mesquita Filho”; 2008.

## **RESUMEN**

Se trata de una investigación de naturaleza cualitativa, de enfoque etnográfico enfocado, con los objetivos de: comprender el proceso que compone la experiencia del equipo de enfermería acerca de los conocimientos émico y ético, guías de la práctica del baño en la cama así como elaborar un modelo teórico que la represente. El estudio tuvo como escenario la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de adultos de un hospital de mediano porte, de la ciudad de Anápolis, Goiás, Brasil. La institución es considerada referencia en la atención de usuarios politraumatizados del Sistema Único de Salud (SUS). Los informantes clave fueron los miembros del equipo de enfermería. La cosecha de datos transcurrió de diciembre de 2007 a marzo de 2008, tras recibir parecer favorable del Comité de Ética en Investigación (CEI) y la obtención del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido de Participación en Investigación. Esa etapa de ejecución del proyecto de investigación se fundamentó en el referencial metodológico de la etnoenfermería, propuesto por Madaleine Leininger. Se utilizaron, específicamente, el habilitador Observación-Participación-Reflexión (OPR) y entrevistas individuales orientadas por el Modelo *Sunrise*, conducidas con tres enfermeros y cinco técnicos de enfermería. Para análisis de los datos se utilizó la *Grounded Theory*, también conocida como Teoría Fundamentada en Datos, recomendada por Charmaz (2007) como una estrategia que se debe usar en investigaciones etnográficas que pretenden la profundización del conocimiento, acerca de objetos de estudios como de esta investigación, que involucra el proceso de vivencia. Se resalta que durante el análisis se procuró no perder de vista el principio fundamental de la etnoenfermería, que es: estudiar fenómenos relativos al objeto con enfoque émico y ético. Así, del análisis emergieron cinco fenómenos: (a) considerar la UTI como un escenario que ultrapasa la finalidad de atender a la persona en estado crítico; (b) repensar la asistencia de enfermería integral tras priorizar el dimensionamiento de recursos humanos de la UTI; (c) considerar la educación continuada no operante una condición que incentiva al

---

equipo de enfermería a incorporar el conocimiento émico a su praxis; (d) entre conductas éticas y no éticas: el desafío de respetar el cuerpo como principio agregado al baño en la cama; (e) recomendando el baño en la cama mojada, como un ritual de enfermería terapéutico, trascendente a las necesidades del cuerpo del paciente en estado crítico. Del realineamiento e interrelación de los componentes pertenecientes a los cinco fenómenos, emergió la categoría central, intitulada - revelando el proceso de recreación del baño en la cama en el escenario de la terapia intensiva: producto de la susceptibilidad de la enfermería en incorporar el conocimiento émico a su praxis. El modelo teórico representativo de la experiencia señala que el equipo de enfermería está rompiendo con el conocimiento científico (conocimiento ético) para una práctica del baño en la cama, sustentada por el conocimiento émico (fundamentos religiosos). Este movimiento es impulsado por una política de recursos humanos que todavía no ha logrado reconocer el poder del equipo de enfermería como un capital social, capacitado a operacionalizar la integralidad como un referencial de asistencia que tiene como fin la calidad. Para eso, primeramente, es necesario que haya un redimensionamiento de recursos humanos para implementar, posteriormente, la educación permanente, así como servicios o estrategias que pretenden la salud psíquica de trabajadores en interacción con el sufrimiento del otro, como en el caso de la UTI. La operacionalización de este proceso, señalado por el modelo teórico descubierto, podrá reducir la susceptibilidad del equipo de enfermería en continuar incorporando conocimiento émico a la asistencia, una vez que tendrá condición de experimentar procesos reflexivos praxis-conocimiento científico, así como ejercer la enfermería en su plenitud de los referenciales teóricos asistenciales, con soporte técnico-científico y psicológico e incentivo a incorporar la investigación como actividad del enfermero, pretendiendo la retroalimentación de la práctica y de la enseñanza de la enfermería.

**Descriptor:** baños; práctica profesional; equipo de enfermería, antropología cultural; proceso de trabajo.

---

**LISTAS DE QUADROS**

---



---

<b>Quadro 1 -</b>	Guia de observação-participação-reflexão (Guia OPR), segundo a etnoenfermagem, proposta por Leninger <sup>(89)</sup> .....	35
<b>Quadro 2 -</b>	O Modelo Sunrise de Leininger, traduzido para o português.....	38
<b>Quadro 3 -</b>	Perfil das Informantes-chave, segundo idade, prática religiosa, profissão, tempo em anos de profissão e de atuação na UTI. Hospital de Anápolis, 2008.....	45
<b>Quadro 4 -</b>	Categoria A1.1. Sendo a UTI um cenário destinado à pacientes em estado crítico, dependentes de cuidados intensivos da equipe médica e de enfermagem: códigos...	170
<b>Quadro 5 -</b>	Categoria A1. 2. Associando a UTI à finalidade de expiação do paciente: códigos.....	170
<b>Quadro 6 -</b>	Categoria A1.3. Sendo estimulada, continuamente, a reflexão e conseqüente renovação de virtudes e valores espiritual, moral e social ao interagir com a experiência do paciente crítico na UTI: códigos.....	170
<b>Quadro 7 -</b>	Categoria A2.1. Sendo a UTI um local que proporciona condições para que a enfermagem seja capaz de oferecer cuidados essenciais e de segurança ao paciente: subcategorias, códigos.....	171
<b>Quadro 8 -</b>	Categoria A2.2. Enfermagem da UTI sentindo-se mais valorizada quando comparada a de outros setores: códigos.....	172
<b>Quadro 9 -</b>	Tema A3. Considerando a UTI um cenário que limita a interação paciente-família: códigos.....	172
<b>Quadro 10 -</b>	Categoria B1.1. Percebendo a consciência do trabalho em equipe na UTI: códigos.....	172
<b>Quadro 11 -</b>	Categoria B1.2. Considerando os papéis dos membros da equipe de enfermagem bem definidos na UTI: códigos.....	172
<b>Quadro 12 -</b>	Categoria B2.1. Convivendo com o déficit de recursos humanos: códigos.....	173
<b>Quadro 13 -</b>	Categoria B2.2. Inviabilizando a operacionalização de modelos assistenciais integrais: subcategorias e códigos..	173
<b>Quadro 14 -</b>	Categoria B2.3. Corroborando ações centradas na modalidade funcional: subcategorias, elementos e códigos.....	174
<b>Quadro 15 -</b>	Categoria B3.1. Idealizando uma assistência de enfermagem fundamentada no conhecimento da enfermagem: códigos.....	175
<b>Quadro 16 -</b>	Categoria B3.2. Transformando-se em utopia a aplicação do conhecimento da enfermagem na prática, fundamentado numa assistência integral: códigos.....	175
<b>Quadro 17 -</b>	Categoria B4.1. Desacreditando na operacionalização do cuidado integral no cenário hospitalar: códigos.....	175
<b>Quadro 18 -</b>	Categoria B4.2. Considerando políticas de saúde públicas fundamentadas em princípios da integralidade arbitrárias, enquanto não se priorizar o dimensionamento de recursos humanos: códigos.....	175

---

<b>Quadro 19 -</b>	Categoria C1.1 Reconhecendo a importância da educação continuada na capacitação profissional: códigos.....	176
<b>Quadro 20 -</b>	Categoria C1.2. Educação continuada favorecendo o repensar da práxis, visando a qualidade assistencial: códigos.....	176
<b>Quadro 21 -</b>	Categoria C2.1. Hospital oferecendo processos de capacitação: códigos.....	176
<b>Quadro 22 -</b>	Categoria C2.2 Equipe de enfermagem da UTI não participando das atividades de educação continuada oferecidas pela instituição: códigos.....	176
<b>Quadro 23 -</b>	Tema C3. Tornando-se o processo de busca do conhecimento pela equipe de enfermagem da UTI, um processo individual: códigos.....	176
<b>Quadro 24 -</b>	Categoria D1.1. Concebendo o significado de corpo como inviolável: códigos.....	177
<b>Quadro 25 -</b>	Categoria D1.2. Procurando ser cautelosa com o corpo do paciente durante o banho no leito: códigos.....	177
<b>Quadro 26 -</b>	Categoria D1.3. Devendo-se agregar o valor respeito ao próximo durante o banho no leito: códigos.....	177
<b>Quadro 27 -</b>	Categoria D1.4. Relacionando as condutas éticas que diminuem a vulnerabilidade do paciente durante o banho no leito: códigos.....	177
<b>Quadro 28 -</b>	Categoria D2.1. Reconhecendo o enfrentamento dos preconceitos como uma competência ética: subcategorias e códigos.....	178
<b>Quadro 29 -</b>	Categoria D2.2. Percebendo pequenos deslizes éticos durante o banho no leito: subcategorias e códigos.....	179
<b>Quadro 30 -</b>	E1.1. Reconstituindo a proposição do banho no leito, fundamentada nas necessidades do corpo e da alma do paciente em estado crítico: códigos.....	179
<b>Quadro 31 -</b>	Categoria E1.2. Concebendo o banho no leito um procedimento simples que requer princípios éticos e dispensa conhecimentos técnico-científicos e tecnológicos restritivos ao toque terapêutico: códigos.....	181
<b>Quadro 32 -</b>	Categoria E2. Promovendo o toque terapêutico, ao reproduzir o banho de aspersão no banho de leito, preferencialmente às manhãs, visando a conferir segurança e abreviar o processo expiatório árduo da renovação/purificação da alma do paciente em estado crítico: códigos.....	182
<b>Quadro 33 -</b>	Categoria E2.2. Sendo o banho no leito molhado um procedimento que atende as necessidades do corpo do paciente em estado crítico: códigos.....	184
<b>Quadro 34 -</b>	Categoria E2.3. Técnicos de enfermagem e parte dos enfermeiros defendendo a manutenção do banho no leito molhado, como procedimento terapêutico promovido pela enfermagem na UTI: códigos.....	184

---

**LISTA DE DIAGRAMAS**

---

<b>Diagrama 1 -</b>	Fenômeno A – Considerando a UTI um cenário que ultrapassa a finalidade de atender à pessoa em estado crítico: temas.....	62
<b>Diagrama 2 -</b>	Tema A1 – Considerando a UTI uma escola de vida: categorias.....	63
<b>Diagrama 3 -</b>	Tema A2 – Gerando satisfação profissional ao trabalhar na UTI: categorias.....	66
<b>Diagrama 4 -</b>	Categoria A2.1. Sendo a UTI um local que proporciona condições para que a enfermagem seja capaz de oferecer cuidados essenciais e de segurança ao paciente: subcategorias.....	67
<b>Diagrama 5 -</b>	Considerando a UTI um cenário sagrado, com papel de escola de vida para o paciente e equipe de enfermagem...	71
<b>Diagrama 6 -</b>	Fenômeno B - Repensando em assistência de enfermagem individualizada na UTI, depois de se priorizar o dimensionamento de recursos humanos: temas.....	73
<b>Diagrama 7 -</b>	Tema B1 - Considerando o trabalho em equipe a modalidade de assistência de enfermagem na UTI: categorias.....	74
<b>Diagrama 8 -</b>	Categoria B1.2. - Considerando os papéis dos membros da equipe de enfermagem bem definidos na UTI.....	75
<b>Diagrama 9 -</b>	Tema B2 - Percebendo que o déficit de recursos humanos vem corroborando ações centradas na modalidade funcional e inviabilizando a operacionalização de modelos de assistência integrais: categorias.....	78
<b>Diagrama 10 -</b>	Categoria B2.2 - Inviabilizando a operacionalização de modelos assistenciais integrais: subcategorias.....	79
<b>Diagrama 11 -</b>	Categoria B2.3 - Corroborando ações centradas na modalidade funcional: subcategorias.....	81
<b>Diagrama 12 -</b>	Tema B3 - Frustrando-se ao vivenciar o processo dicotômico teórico-prático durante o exercício da profissão: categorias.....	84
<b>Diagrama 13 -</b>	Tema B4 - Desacreditando na operacionalização de qualquer proposta, tanto no âmbito institucional quanto governamental, fundamentados na integralidade, enquanto não se priorizar o redimensionamento de recursos humanos: categorias.....	85
<b>Diagrama 14 -</b>	Fenômeno C – Considerando a Educação Continuada não operante uma condição que suscetibiliza a equipe de enfermagem a incorporar o conhecimento êmico à sua práxis: temas.....	87
<b>Diagrama 15 -</b>	Tema C1 - Considerando a finalidade da educação continuada a de incorporar a ciência à prática, tendo como meta a qualidade assistencial: categorias.....	88
<b>Diagrama 16 -</b>	Tema C2 - Não obtendo a adesão dos funcionários da UTI às atividades de capacitação promovidas pela instituição: categorias.....	90

---

<b>Diagrama 17 -</b>	Fenômeno D – Entre condutas éticas e não-éticas: o desafio de se respeitar o corpo como valor agregado ao banho no leito: temas.....	92
<b>Diagrama 18 -</b>	Tema D1 – Considerando o respeito à inviolabilidade do corpo, um princípio ético atenuante à vulnerabilidade do paciente durante o banho no leito: categorias.....	93
<b>Diagrama 19 -</b>	Categoria D1.4. Relacionando as condutas éticas que diminuem a vulnerabilidade do paciente durante o banho no leito.....	95
<b>Diagrama 20 -</b>	Tema D2. Percebendo infrações éticas leves durante o banho no leito, mediante a dificuldade de enfrentamento de preconceitos de membros da equipe de enfermagem: categorias.....	97
<b>Diagrama 21 -</b>	Categoria D2.1. Reconhecendo o enfrentamento dos preconceitos como uma competência ética: subcategorias.....	98
<b>Diagrama 22 -</b>	Categoria D2.2. Percebendo pequenos deslizes éticos durante o banho no leito: subcategorias.....	99
<b>Diagrama 23 -</b>	Entre condutas éticas e não-éticas: o desafio de se respeitar o corpo como princípio agregado ao banho no leito.....	101
<b>Diagrama 24 -</b>	Fenômeno E. Recomendando o banho no leito molhado, como um ritual de enfermagem terapêutico, transcendente às necessidades do corpo do paciente em estado crítico: temas.....	103
<b>Diagrama 25 -</b>	Tema E1. Propondo o banho no leito molhado, como uma modalidade de cuidado, voltado às necessidades do corpo e da alma do paciente em estado crítico, tendo como princípio o respeito e o toque terapêutico: categorias.....	104
<b>Diagrama 26 -</b>	Categoria E1.1. Reconstituindo a proposição do banho no leito, fundamentada nas necessidades do corpo e da alma do paciente em estado crítico: subcategorias.....	105
<b>Diagrama 27 -</b>	Categoria E1.2. Concebendo o banho no leito um procedimento simples que requer princípios éticos e dispensa conhecimentos técnico-científicos e tecnológicos restritivos ao toque terapêutico: subcategorias.....	109
<b>Diagrama 28 -</b>	Tema E2. Considerando o banho no leito molhado um ritual exclusivo da equipe de enfermagem da UTI que, promove a recuperação do paciente, mediante o atendimento das necessidades do corpo e da alma, fundamentado em ações que envolvem o toque terapêutico: categorias.....	113

---

<b>Diagrama 29</b> - Categoria E2.1 Promovendo o toque terapêutico, ao reproduzir o banho de aspersão no banho de leito, preferencialmente às manhãs, visando a conferir segurança e abreviar o processo expiatório árduo da renovação/purificação da alma do paciente em estado crítico.....	114
<b>Diagrama 30</b> - Categoria E2.2 Sendo o banho no leito molhado um procedimento que atende as necessidades do corpo do paciente em estado crítico: subcategorias.....	117
<b>Diagrama 31</b> - Categoria E2.3 Técnicos de enfermagem e parte dos enfermeiros defendendo a manutenção do banho no leito molhado, como procedimento terapêutico promovido pela enfermagem na UTI: subcategorias.....	120
<b>Diagrama 32</b> - Categoria Central. Revelando o processo de recriação do banho no leito no cenário da terapia intensiva: produto da suscetibilidade da enfermagem em incorporar o conhecimento êmico a sua práxis.....	127

---

---

## **CAPÍTULO 1**

---

### **INTRODUZINDO AO ESTUDO**

---

---

Durante a minha vida acadêmica e profissional, fui motivada por inquietações sobre o processo de trabalho da enfermagem e pela necessidade de aprofundar o conhecimento na dicotomia já evidenciada por diversos autores entre o cuidar do cliente e o gerenciamento do cuidar.

A experiência como enfermeira atuante em unidade de terapia intensiva me reconduziu aos questionamentos sobre a prática da enfermagem e me fez lembrar o aprendizado do cuidar enquanto acadêmica. Processo este, que, muitas vezes, foi suprimido pelo modelo biomédico<sup>(1,2)</sup>. O cuidado holístico aprendido enquanto acadêmica e pouco vivido como profissional, por diversas vezes foi substituído ora por uma execução de atividades fragmentadas, ora por necessidades emergentes de tomada de decisão que reforçam uma linha que divide o trabalho da enfermagem colocando de um lado, os que cuidam diretamente do cliente e, de outro lado, os que sustentam o processo de cuidar.

Nesse contexto, as indagações sobre a dimensão da prática de enfermagem, associada às discussões realizadas com orientadores deste estudo, nas áreas da enfermagem e antropologia social, motivados principalmente em aprofundar o conhecimento do processo de cuidar em enfermagem.

Mediante a necessidade de se delimitar o objeto de investigação deste estudo, optamos por focar na higiene e especificamente no banho no leito, um dos procedimentos que ainda se mantém exclusivo e de competência da equipe de enfermagem, para a sua execução nas instituições de saúde.

Os estudos nacionais<sup>(3,4,5)</sup> quanto internacionais<sup>(6)</sup> vêm apontando um declínio na qualidade do banho do leito no decorrer dos tempos e criticando o distanciamento do enfermeiro acerca do procedimento, quer seja realizando-o ou supervisionando-o, bem como capacitando a sua equipe.

Por outro lado, deparamos com a evolução técnico-científica do banho no leito, abolindo o uso de água, bacias, sabões e toalhas<sup>(7)</sup>, bem como demonstrando o custo-benefício desta nova modalidade<sup>(8)</sup>, porém ainda distante de nossas realidades.

Em 1994, a enfermeira americana Susan M. Skewes, após oito anos de estudos e aperfeiçoamentos, patenteou como *Bag Bath*<sup>®</sup> o seu método alternativo de banho no leito<sup>(7)</sup>.

É uma técnica que abole o método tradicional de bacias, água, sabão, luvas de banhos e toalhas. Ela se constitui de um pacote contendo oito pedaços

---



---

de tecido de poliéster pré-umedecidos em solução emoliente de pH ácido, próximo ao da pele e de hidratante enriquecido com vitamina E, livre de sabão e álcool. Cada pedaço é destinado a uma área do corpo e, subseqüentemente, descartado, dificultando o cruzamento de infecções entre os segmentos do mesmo. Não se faz necessária a secagem com toalhas, porque a solução se evapora naturalmente entre 30 a 45 segundos, deixando a pele hidratada e protegida, sem precisar friccioná-la<sup>(7)</sup>.

Há estudo demonstrando que a higiene da pele, realizada com solução que dispensa enxágüe, preserva a umidade e a integridade da mesma, apresentando, portanto, melhor custo-efetividade<sup>(9)</sup>.

Nessa linha, já existe pesquisa corroborando as vantagens do custo-benefício do novo método, quando comparado ao tradicional, por exercer a função de limpeza e proteção da pele do paciente, reduzindo o tempo de execução do procedimento pelo pessoal de enfermagem, do índice de infecção cruzada e os custos com os serviços de lavanderia<sup>(8)</sup>.

Concorda-se, aqui com George Castledine, consultor e professor de Enfermagem na *University of Central England, Birmingham*, que houve um declínio da qualidade do banho e a atenção oferecida às necessidades de higiene ao paciente hospitalizado. Esse aspecto essencial do cuidado de enfermagem, que outrora foi visto como um dos mais importantes aspectos das tarefas do enfermeiro, hoje está sendo degradado ao ser delegado aos outros elementos da equipe de enfermagem, sem a supervisão e avaliação crítica do enfermeiro sobre o processo de mudança acerca do procedimento<sup>(6)</sup>.

Foi de forma crítica que a enfermeira americana implementou sua inovação tecnológica de banho no leito, o *Bag Bath*<sup>®</sup>, comentado anteriormente, abolindo o sabão, a fricção, o enxágüe e a toalha, visto que os mesmos causam o ressecamento da pele, principalmente em idosos, piorando a cicatrização de úlceras de pressão. A pele hidratada está menos propensa a lesões e a cicatrização ocorre mais rapidamente que a pele seca. Verificou-se, também, que os pHs dos saponáceos eram em torno de 10 a 12, em vez de 4,5 a 5,5, destruindo a barreira natural de propriedades fungicidas e bactericidas<sup>(7)</sup>. Por isso, com a sua inovação, conseguiu-se o esperado de uma pele limpa e hidratada.

Concorda-se com o paciente que ainda se faz necessário preservar as condições que o ajudem a enfrentar a difícil experiência de se tornar dependente

---

---

da enfermagem para o banho no leito como: respeitar a sua privacidade e as limitações de movimento quando com dor, manter o ambiente aquecido, prover número de funcionários necessários para que o banho seja realizado por pessoas de sexo análogo ao seu, bem como a disponibilização de materiais e equipamentos que possam garantir a sua qualidade assistencial. Ademais, o desejo de se constituir como membro participante do processo de planejamento de sua assistência, escolhendo o horário e o número de banhos diários<sup>(10)</sup>.

Na tentativa de se responder algumas questões relativas ao banho no leito, especificamente ao processo que vem subsidiando as mudanças no procedimento técnico, além dos já citados por outros trabalhos como: déficits de recursos humanos e materiais, bem como o distanciamento do enfermeiro da execução e da supervisão do procedimento.

Ainda neste estudo foi aprofundada a compreensão do banho no leito tradicional como fenômeno a partir da experiência do cliente, sob a perspectiva metodológica e teórica da *Grounded Theory* e do Interacionismo Simbólico. As autoras verificaram que a própria interação da enfermagem com o paciente, também, tem contribuído com a modificação do procedimento tradicional do procedimento. Ao considerar o paciente como sujeito ativo no planejamento compartilhado da assistência, a enfermagem, sem analisar e discutir sob a ótica técnica-científica tem acolhido a perspectiva do cliente<sup>(10)</sup>.

Segundo as autoras<sup>(10)</sup>, as mudanças empreendidas pela equipe de enfermagem ao procedimento convencional do banho no leito não estão relacionadas somente ao déficit de recursos humanos e materiais, mas, também, influenciada pelo processo interacional enfermagem-paciente. Nesse processo, o paciente elege os critérios de julgamento da enfermagem como apta ou inapta para execução do banho no leito, sendo um deles a criatividade da mesma em reproduzir as sensações do banho no chuveiro no de leito.

A vivência do paciente revela-o interagindo com diversos cuidadores, desde profissionais recém-formados até aqueles com grande experiência e os classificam dentro de dois grupos: um que já conseguiu modificar a técnica de forma a gerar sensações do banho de aspersão no banho no leito, avaliado como apto e o outro grupo que se mantém fiel ao procedimento convencional, avaliado como inapto a executar o banho no leito.

---

---

Como se vê nesta perspectiva, o paciente é livre e está constantemente interagindo, não somente com o que está acontecendo ao seu redor, mas segundo as suas interpretações e definições relativas às situações vivenciadas. Ele pode estar preso a um leito, mas, por meio de sua capacidade de compreensão, passa a empreender estratégias que podem influenciar a prática de enfermagem, amparado naquilo que ele acredita ser o melhor para si que, no caso do banho do leito, é voltar a sentir as sensações de um banho sob um chuveiro.

É por essa razão, que a análise do fenômeno, à luz do Interacionismo Simbólico permitiu as autoras compreenderem que, quando a enfermagem estabelece uma interação efetiva com o paciente, ela passa a considerá-lo como sujeito ativo no planejamento de sua assistência, empreendendo suas ações de forma compartilhada com a perspectiva do outro; porém, sem analisá-las, criticamente, na dimensão técnico-científica.

Há que se considerar que fatores culturais, educacionais e relacionais tornam ainda maior a complexidade de temas como a interação da equipe de enfermagem na execução do banho no leito. Na convivência diária com clientes que, em sua maioria, apresentam-se em estado de coma, tenho observado uma resistência muito grande dos enfermeiros em executar ou orientar o banho no leito, mesmo que casualmente ou com o objetivo de avaliar o cliente.

Na minha vivência como docente, tenho observado que o acadêmico de enfermagem experiencia o banho no leito como uma obrigação curricular, uma vez que ele atribui tal procedimento como atividade exclusiva do técnico de enfermagem, muitas vezes, nem menciona esse assunto na prestação da assistência de saúde, o que denota a possível existência de barreiras relacionadas a ele.

Essas observações, somadas à escassez percebida na literatura específica no Brasil e no mundo referente ao banho no leito, impulsionaram-me a compreender os aspectos culturais na execução deste procedimento considerando-o em sua integralidade e intersubjetividade.

É imprescindível a abordagem antropológica na tentativa de compreender o processo saúde-doença, uma vez que este fenômeno abarca fatos reais, sejam eles clínicos ou socioculturais<sup>(11)</sup>. A influência da herança

---

cultural intergeracional aos comportamentos e interpretações, pode ser mantida, esquecidos ou incorporados novos valores<sup>(12)</sup>.

Na perspectiva de focar os aspectos culturais envolvidos no processo do cuidar, optei por emergir na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger<sup>(13)</sup>.

## 1.1 Delineando a pergunta da pesquisa

Tendo em vista a compreensão do conhecimento ético e êmico<sup>1</sup> no processo de cuidar, propomos a seguir um diagrama simbolizando alguns instrumentos que subsidiam a relação da enfermagem com o cliente na perspectiva transcultural do banho no leito.



**Figura 1** – Diagrama das relações entre a equipe de enfermagem e o cliente

<sup>1</sup> Vide conceitos p. 42.

---

A seguir, serão descritos, de modo breve, os aspectos essenciais do fenômeno estudado, que correspondem à identificação do problema na prática social, com a finalidade de aprofundar o conhecimento sobre o objeto de pesquisa.

### **1.1.1 Contextualizando a institucionalização da equipe de enfermagem**

A enfermagem numa perspectiva recente tem enfrentado diversos desafios na construção de uma identidade que resgate a apropriação da ciência do cuidar. A enfermagem juntamente com o processo de cuidar, ao longo do tempo, vivenciou experiências, estruturou princípios e normas, divulgou-os, em síntese, como forma de elaboração do seu conhecimento, dentro de uma perspectiva histórica.

No Brasil, especialmente nas últimas décadas, o ensino de Enfermagem, tem passado por muitas modificações em meio aos movimentos sociais. A autonomia do conhecimento científico e das competências profissionais vem se consolidando na última década.

A fim de compreender as relações estabelecidas na execução do banho no leito, faz-se necessário uma breve revisão da história para compreender a gênese do processo de divisão do trabalho organizada desde Florence Nightingale e utilizada até nos dias de hoje.

Apesar da existência secular da Enfermagem, a história da Enfermagem Moderna tem início a partir da segunda metade do século XIX com Florence Nightingale, na Inglaterra<sup>(14,15)</sup>, a qual se baseava em criteriosa seleção das candidatas ao curso, na sistematização do ensino teórico e da prática correspondente e na total autonomia da escola em assuntos financeiros e pedagógicos. No entanto, mantinha o caráter religioso e caritativo, servindo ao próximo como meio de aperfeiçoamento espiritual, principalmente aos pobres e necessitados<sup>(16,17)</sup>.

---

---

O ensino sistematizado da Enfermagem data de pouco mais de um século. Antes disso, não havia propriamente escolas de Enfermagem, mas instituições religiosas cujo ensino e orientação da prática não obedeciam a nenhum programa formal. O aprendizado dava-se empiricamente, pela imitação dos superiores e dos já iniciados na arte<sup>(18,14,19)</sup>.

No período compreendido entre 1900 a 1929, a maioria das enfermeiras eram profissionais autônomas, prestadoras de serviços à família do paciente, nos hospitais ou domicílios. O colapso da economia americana impossibilitou que essas profissionais continuassem trabalhando nos moldes anteriores, pois os pacientes não tinham mais condições financeiras para remunerá-las. Isso, aliado a outros fatores, fez com que as enfermeiras, que antes exerciam suas funções em caráter privado, passassem a prestar serviços às instituições hospitalares e a ter uma relação trabalhista mediada por um contrato social, que determina uma rígida divisão hierárquica de funções:

O trabalho de enfermagem é todo subdividido e realizado em tarefas e procedimentos, sem centrar-se no paciente, ou seja, um mesmo paciente é assistido por vários elementos da enfermagem, um o auxilia na higiene pessoal, o outro lhe dá medicação, um outro faz curativo, etc<sup>(19)</sup>.

As novas relações de trabalho surgidas após a crise de 1929 nos Estados Unidos da América remodelaram a prática da enfermagem, cuja principal finalidade passou a ser a promoção do conforto a partir das demandas médico-científicas, dos princípios de administração hospitalar e da nova racionalidade econômica, baseada nos pressupostos da gerência científica de Taylor:

Os instrumentos e técnicas de enfermagem, como foram concebidos nas primeiras décadas deste século, com a atenção voltada não para o doente, mas para o procedimento a ser executado, e viabilizando o controle social dos auxiliares, possibilitaram uma prática de enfermagem que foi denominada de modalidade funcional. Essa perdurou nas primeiras décadas do século nos Estados Unidos, mas ainda se encontra presente na enfermagem brasileira. O foco da atenção da enfermagem, nessa modalidade, são as tarefas e os procedimentos. Há um princípio de reconhecimento de divisão de trabalho, com maior ênfase nos cuidados a serem prestados ao paciente, sendo que estes são agrupados para fins de economia e tempo e de maior presteza na execução do serviço [...] Essa modalidade resulta num trabalho do tipo produção em massa, sendo que a identidade do paciente se perde na lista de obrigações a serem cumpridas<sup>(19)</sup>.

---

O crescimento da demanda de serviços médico-hospitalares e a inserção dos enfermeiros nos hospitais foram acelerados com o surgimento dos seguros-saúde. Houve então, a institucionalização das práticas de saúde que gerou um desvio fundamental do papel do enfermeiro na promoção do conforto, reforçando a fragmentação de sua relação com o paciente, pois...

[... ] insere o médico com o papel claramente definido de curar, pautado na relação dual profissional/paciente; [...] [a enfermagem é inserida] como profissão responsável pela disciplina do serviço de prática da saúde, visando dar sustentação às demandas médicas, tendo sua atuação pautada no controle do ambiente – iluminação, higienização e aeração; no controle das pessoas, de tempos e movimentos, estabelecendo local, horário e ritmo de trabalho; e no controle do processo de formação, determinando padrões de conduta moral e atuação profissional<sup>(20)</sup>.

O processo de trabalho da enfermagem se organizou em três direções:

1) organizar o cuidado do doente, o que se deu pela sistematização das técnicas de enfermagem; 2) organizar o ambiente terapêutico por meio de mecanismos de purificação do ar, limpeza e higiene; 3) organizar os agentes de enfermagem por meio de seu treinamento, utilizando as técnicas e os mecanismos disciplinares<sup>(21)</sup>.

O aspecto humano do cuidado de enfermagem, com certeza, é um dos mais difíceis de ser implementado. A rotina diária e complexa que envolve o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) faz com que os membros da equipe de enfermagem, na maioria das vezes, se esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente.

O dilema que a enfermagem vem vivendo nestes últimos anos está entre prestar o cuidado direto ao paciente e funções de chefia e supervisão. O momento não é de renunciar ao cuidado direto, mas o de resgatá-lo ou conquistá-lo<sup>(22)</sup>.

Apesar do grande esforço que os enfermeiros possam estar realizando nesse sentido, o cuidado em UTI é considerado uma tarefa difícil, pois demanda atitudes às vezes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante. A própria dinâmica de uma UTI não possibilita momentos de reflexão para que a equipe de enfermagem possa se orientar melhor.

### **1.1.2 Narrando o histórico do trabalho de enfermagem na unidade de terapia intensiva**

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) foram criadas a partir da necessidade de atendimento do cliente cujo estado de saúde exigia assistência e observação contínua da equipe multiprofissional e também da necessidade de aperfeiçoamento da tecnologia e concentração da equipe para o atendimento a clientes graves, em estado crítico, mas tidos como recuperáveis, pois o cuidado a pacientes críticos se torna mais eficaz em locais que propiciem recursos e facilidades para recuperação e reabilitação. A UTI é um ambiente delicado e complexo levando em consideração os clientes críticos que nela permanecem.

A enfermagem, enquanto profissão, teve início com Florence Nightingale, na Inglaterra no séc. XIX, recrutando e treinando um grupo de mulheres para ajudarem nos cuidados e na higiene dos soldados feridos durante a guerra da Criméia (1854-1856). Nessa época, também com Florence surgiu a idéia de classificar os doentes de acordo com o grau de dependência, colocando-os nas enfermarias de tal modo que os mais graves ficassem próximos à área de trabalho das enfermeiras, para maior vigilância e maior atendimento<sup>(23)</sup>.

No entanto, o desenvolvimento destas unidades só ganhou impulso durante a II Guerra Mundial e a Guerra da Coréia, em vista dos progressos nas áreas de anestesiologia, da cirurgia geral e dos avanços tecnológicos e científicos. Porém, a criação destes setores só se concretizou na década de 1960, com o surgimento da Sociedade de Tratamento Intensivo, criada por pesquisadores norte-americanos e ingleses, devido à complexidade das pessoas gravemente enfermas<sup>(24)</sup>.

Com o avanço dos procedimentos cirúrgicos, houve a necessidade de prestar maiores cuidados ao cliente, durante o período pós-operatório, levando assim ao desenvolvimento de unidades especiais de terapia. No início, o tratamento era realizado em salas especiais próximo às de cirurgia, sendo o acompanhamento feito pelo cirurgião e logo após pelo anestesista. Com o decorrer dos anos, essa responsabilidade de observação e tratamento clínico passou a ser dos enfermeiros e sua equipe<sup>(25)</sup>.

Durante a epidemia de poliomielite nos anos 50, houve sobrecarga nos hospitais, forçando a criação de centros regionais para assistência dos pacientes.



---

Estes centros trouxeram novas mudanças com modernas técnicas de ventilação mecânica, evoluindo fora das salas de cirurgia, fazendo com que as enfermeiras tivessem contato pela primeira vez com equipamentos que as ajudassem com seus clientes. No final da década de 50, em Los Angeles foi desenvolvida a primeira unidade de choque. Em 1962, em Kansas City, nos EUA, surgiu a primeira unidade de vigilância a clientes vítimas de infarto agudo do miocárdio. Aos poucos, foram surgindo outras unidades especiais para pacientes como: cirúrgicos, com problemas neurológicos, renais, entre outros<sup>(23)</sup>.

Assim a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) surgiu no Brasil na década de 70, a fim de prestar cuidados diretos aos clientes graves que necessitavam de observação e cuidados constantes por 24 horas, prevenindo assim a evolução de seu estado clínico para mais crítico, devido ao acometimento de órgãos vitais ou de outros órgãos evitando assim o comprometimento vital<sup>(26,27)</sup>.

A partir da década de 80, é possível afirmar que, nas instituições hospitalares, houve a tendência e preocupação em *alocar o paciente certo na unidade certa*, onde se pretende que ele possa dispor de uma infra-estrutura organizada de tal maneira, que todas suas necessidades sejam atendidas com qualidade.

Embora no Brasil, a noção de classificação de pacientes tenha sido adotada mais tardiamente, na década de 80, esta difundiu-se a partir do trabalho realizado pela Escola de Enfermagem de Pittsburg em 1950, tendo como finalidade determinar as necessidades de cuidados de enfermagem para pacientes com diagnósticos de clínica médica e cirúrgica<sup>(28)</sup>.

Segundo a resolução COFEN - 293/2004<sup>(29)</sup>, que estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas Instituições de Saúde, compete ao enfermeiro estabelecer o quadro quantitativo de profissionais necessários à prestação da assistência de enfermagem.

Para a assistência intensiva, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em 2004, estabeleceu 17,9 horas de enfermagem/ dia por cliente de assistência intensiva. No entanto, percebe-se que esses valores numéricos, por mais expressivos que sejam, nem sempre refletem de forma efetiva a dinâmica da assistência de enfermagem na UTI, principalmente ao se considerar as especificidades de cada local.

---

---

A literatura aborda que o trabalho de enfermagem promove muitas vezes uma relação fragmentada. Destaca-se que os aspectos técnicos são privilegiados em detrimento dos relacionais<sup>(30)</sup>. Em um estudo realizado, observou-se que as enfermeiras demonstram maior controle na interação verbal, quando ela é voltada para a tarefa<sup>(31)</sup>.

Diversos autores abordam a UTI como um ambiente de inúmeros recursos tecnológicos, em razão da concentração e sofisticação dos equipamentos de uso terapêutico, diagnóstico e apoio. Na esfera da enfermagem, a tecnologia sob a ótica conceitual, incluindo processos e conhecimentos em oposição à dimensão essencialmente material atribuída ao fenômeno e a definem como “(...) os atos empregados pelo pessoal de enfermagem para modificar o estado do indivíduo, de paciente para uma pessoa de alta”<sup>(32)</sup>. Porém, discutir tecnologia não é discutir equipamento e nem o moderno e o novo, mas discutir o proceder eficaz de determinados saberes, procurando dessa forma, construir procedimentos de intervenção nos processos da saúde e da doença, do normal e do patológico, da vida e da morte, que produzem o efeito desejo<sup>(33)</sup>.

Esses eventos que compõem o fenômeno descrito nos remetem a uma nova reflexão: Por que a enfermagem aceita a perspectiva do banho proposto pelo paciente, sem contra-argumentar? Por exemplo, o fato de reproduzir o banho de chuveiro no banho de leito, com água e espuma abundante, cientificamente comprovado, pode-se constituir em variável prejudicial à integridade da pele do paciente. Uma de nossas hipóteses considera a incorporação do conhecimento êmico (senso comum) acerca do banho no leito, presente na perspectiva do paciente, mas também na equipe de enfermagem. Estaria a equipe de enfermagem então se distanciando de uma prática profissional, fundamentada no conhecimento ético (conhecimento científico gerado pela profissão)?

As perguntas nos emergem ao conceber que o *processo de cuidar* é a forma que se dá o cuidado. Essa afirmação diz respeito ao processo interativo entre o cuidador e a pessoa cuidada. O primeiro tem um papel ativo, por meio de ações e comportamentos de cuidar. O segundo pode contribuir no processo de cuidar ao desempenhar um papel menos passivo, sendo responsável por situações de educação para sua saúde de acordo com seu nível de independência e autonomia. No entanto, quando consideramos o cliente internado na UTI, esses níveis estão comprometidos, bem como o processo de

---

comunicação, dificultando as ações dos profissionais de enfermagem em consideração às preferências do doente.

Mediante a situação de dependência e de risco em que o mesmo se encontra, associado às barreiras de comunicação relativas à própria doença e/ou aos procedimentos terapêuticos necessários para se garantir o seu restabelecimento, como será que a equipe de enfermagem atua nessas circunstâncias de falta de comunicação com o paciente em relação ao conhecimento ético e êmico? Haverá incorporação parcial ou integral e de quais tipos de conhecimentos (ético ou êmico) sobre o banho no leito?

Desta forma, consideramos que os diversos rituais de cuidar incorporado à prática de enfermagem estejam colaborando para a formação de outra cultura dentro da cultura institucional e da cultura da enfermagem. É em torno de tal problematização que se configura a seguinte pergunta norteadora do estudo:

• **Como se constitui o processo vivencial da equipe de enfermagem, acerca dos conhecimentos êmico e ético que fundamentam a prática do banho no leito, na UTI de um hospital de Anápolis-GO?**

## 1.2 Propondo os objetivos da pesquisa

Diante dos argumentos apresentados, traçamos os objetivos deste estudo, no cenário proposto, visando a:

- ❖ **compreender o processo que compõe a experiência da equipe de enfermagem, acerca dos conhecimentos êmico e ético, norteadores da prática do banho no leito;**
- ❖ **elaborar um modelo teórico representativo da experiência do banho no leito.**

Acreditamos que a condução desta investigação dentro de uma perspectiva etnográfica tem a finalidade de ampliar o conhecimento sobre o objeto em estudo, retroalimentando o ensino e a assistência na área da enfermagem clínica.

---

## **CAPÍTULO 2**

---

### **CONCEBENDO ASPECTOS RELATIVOS AO BANHO NO LEITO: PROCESSO DE CUIDAR E CORPOREIDADE**

---

## 2.1 Compreendendo o processo de cuidar

O cuidar sempre esteve presente na história humana. O cuidar como forma de viver, de se relacionar. O cuidado tecnológico, também, de certa forma, está presente nas diversas civilizações, porém de maneira indiferenciada, às vezes, das práticas de cura, ou seja, da medicina.

O termo cuidado deriva-se do latim “cogitatus”; do inglês “carion” e das palavras góticas “Kara” ou “Karon” Como substantivo, cuidado deriva-se de Kara, que significa aflição, pesar ou tristeza. Como verbo, “cuidar” (de carion) significa “ter preocupação por” ou “sentir uma inclinação ou preferência”, ou ainda, “respeitar/considerar” no sentido de ligação de afeto, amor, carinho e simpatia<sup>(34)</sup>.

Na língua portuguesa, o vocábulo cuidado não é específico, como específica, não era a tarefa desenvolvida pelas pessoas que cuidavam de outrem em todas as culturas. A palavra nos traz a idéia de responsabilidade, sugere atitudes e sentimentos que podem levar a uma relação entre pessoas, isto é, a uma prática, uma ação social. Esta ação social era comandada pelas representações simbólicas que, até o século XVII, estavam ligadas à religião<sup>(35)</sup>.

O importante não é buscar as transformações que certo objeto sofreu ao longo do tempo em uma determinada cultura, mas tornar problemático e, portanto, histórico, tudo o que é visto como objeto natural *a priori*<sup>(36)</sup>. O importante não é buscar “o corpo” (o *cuidado*), mas sim as práticas, as experiências, as relações que o fortalecem ou enfraquecem em cada circunstância<sup>(37)</sup>.

O cuidado é inerente à natureza humana, faz parte de sua identidade, é ele que possibilita a existência humana, ou seja, unifica realidade e possibilidade. Esta visão é expressa pelo autor quando fala que cura (sinônimo erudito do cuidado) situa-se na raiz do ser humano<sup>(38)</sup>.

Na relação enfermagem/mulher, mãe/cuidado o papel da enfermeira como mãe, nutridora e educadora, amplia-se para o cuidado de doentes, idosos e necessitados<sup>(39)</sup>. Por tais interpretações das raízes históricas e culturais, o cuidado passou a ser compreendido num sentido de afeição, preocupação, assim como de responsabilidade pelas pessoas necessitadas. Mesmo que não se deseje negar tais dimensões do cuidado, essencialmente humanas, cabe

---

reconhecer o risco de se analisar as práticas de cuidado, principalmente as profissionais, exclusivamente ou privilegiadamente sob tais aspectos, revestindo tais práticas de atributos “naturalizados” e mistificados<sup>(40)</sup>.

O cuidado apresenta alguns ingredientes principais que constituem, na verdade, as qualidades necessárias para o cuidar, estas incluem: a) conhecimento – de forma abrangente (implícito, explícito, direto e indireto), o cuidador (a) deve ser capaz de entender as necessidades do outro e respondê-las de forma adequada; b) ritmos alternados – capacidade do cuidador(a) modificar seu comportamento frente às necessidades do outro, ou seja, aprender com os erros, adquirindo assim um comportamento mais flexível; c) paciência – ser tolerante e ouvir o outro, permitir o crescimento do outro respeitando seu próprio ritmo e sua própria maneira de ser; d) honestidade – é estar aberto(a) para si e para o outro, de forma honesta e respeitosa. Isso requer que o cuidador(a) tenha a capacidade de aceitar o outro como ele é e não como se desejaria que fosse; e) confiança – confiar na habilidade que o outro possui para crescer e se realizar, respeitando também o ritmo a sua maneira de ser. Inclui o libertar, não criar dependência e conseqüentemente coragem de arriscar; f) humildade – consiste em estar disposto(a) a aprender com o outro, exige aceitação de limites pessoais; g) esperança – está relacionada com a possibilidade de o outro vir a crescer por meio da relação de cuidado. Essa esperança é sem pretensões, ou seja, sem idealizar o futuro; h) coragem – é o ingrediente que o cuidador(a) deve ter em deixar o outro ser, apesar do desconhecido<sup>(41)</sup>.

A ciência do cuidado resulta de um processo formativo e, portanto, histórico, sendo o objeto de estudo de vários autores, desde Florence Nigthingale. Nesse contexto, destaca-se a formulação de teorias ou de declarações sobre o cuidado, dentre elas, tem-se:

- Anne Boykin e Savina Schoenhofer, para as quais enfermagem é cuidar ou cuidado<sup>(42)</sup>;

- Lunardi Filho<sup>(43)</sup> registra a sua percepção de um movimento de enfermagem direcionado para a possibilidade de uma ciência do cuidado;

- Oguisso<sup>(44)</sup> registra que a assistência e o cuidado de pessoas, antes referenciado apenas como ciência da enfermagem, hoje se estrutura como ciência do cuidar ou do cuidado;

---

- Zagonei<sup>(45)</sup> comenta sobre as doenças mundiais às quais a enfermagem se integra, buscando afirmar-se como ciência humana;

- Watson<sup>(46)</sup> para quem nursing é ciência humana e ciência do cuidado;

Outra teoria que tem dado suporte à prática do cuidado é a Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson que se apóia no processo do cuidado humano para o qual requer intenção, desejo, inter-relacionamento e ações. Para a autora, o processo transpessoal afirma a subjetividade das pessoas, proporciona mudanças positivas para o bem-estar de outrem e possibilita o crescimento da enfermeira. A enfermeira é co-participante do processo cujo ideal de cuidado é a intersubjetividade<sup>(46)</sup>.

O cuidado é concebido como o ideal moral da enfermagem; só pode ser efetivamente demonstrado e praticado de forma interpessoal; consiste de fatores que resultam da satisfação de certas necessidades humanas, isso inclui aceitar a pessoa não somente como ela é, mas como virá a ser<sup>(46)</sup>.

A inter-relação no cuidado transpessoal envolve um relacionamento de cuidado humano especial — a união com outra pessoa — uma alta consideração (estima) pela pessoa em sua forma de ser e de se relacionar com o mundo. O cuidado começa quando o enfermeiro(a) entra no espaço/vida da outra pessoa e consegue detectar a sua condição, ocorrendo assim, um fluxo de intersubjetividade entre enfermeiro(a) e o cliente<sup>(46)</sup>.

A autora ainda identificou que para o estudo e compreensão da enfermagem como uma ciência de cuidar/cuidado são necessários dez fatores estruturais, os quais se constituem em combinações de intervenções: formação de um sistema de valores humanístico-altruístico; estruturação de fé e esperança; cultivo da sensibilidade de nosso próprio eu e dos outros; desenvolvimento de um relacionamento de ajuda e confiança; promoção e aceitação de uma expressão de sentimentos positivos e negativos; utilização de um processo de cuidar criativo de resolução de problemas; promoção ensino-aprendizagem transpessoal; desenvolvimento de meio ambiente de apoio, proteção e/ou ajuda física, mental, social e espiritual, assistência de necessidades humanas e admissão de forças existencial-fenomenológicas e espirituais<sup>(46)</sup>.

---

## 2.2 Resgatando o significado do corpo

A fascinação pelo corpo tem sido abordada em vários estudos. Historicamente a ambigüidade antropológica tem sido utilizada como instrumento para compreensão da dualidade vivenciada pelo homem entre os avanços tecnológicos e os limites abordados pela bioética. Por um lado, fala-se da busca de novos caminhos para a defesa e preservação da vida humana. Por outro lado, o corpo humano é distanciado da humanidade, para, finalmente, ser transformado num “objeto” de experimentação ou fonte de materiais de pesquisa.

Há que se considerar a colaboração da filosofia para compreender o significado e o valor atribuído ao corpo. A filosofia ocupada com a contemplação dos objetos, das coisas e suas formas, entra em conflito consigo mesma quando inicia uma reflexão acerca do ser humano<sup>(47)</sup>. Num primeiro momento, o ser humano permanece dentro do universo das coisas. Ele é um corpo, um objeto a mais. Mas logo se percebe que o ser humano excede esse lugar e essa definição<sup>(48)</sup>. A solução que surgiu para fazer frente a esse conflito foi a de considerar o ser humano desde a “física, ética ou lógica”<sup>(49)</sup>. O preço desta solução é que o ser humano nunca mais seria um tema unitário. Ele passou a ser estudado fragmentariamente: em seu corpo, na sua vida moral e na sua função cognoscitiva<sup>(47)</sup>.

Assim sendo, o corpo, em Platão<sup>(50)</sup>, não só aparece como recipiente do núcleo onde se radica o ser humano, mas também se converte no principal inimigo do próprio ser humano. Ele é a fonte de todas as desgraças do ser humano. É contra ele que se deve lutar.

Uma visão desse antagonismo nos é apresentada no texto do Fédon<sup>(50)</sup>:

Durante todo o tempo em que tivermos o corpo, e nossa alma estiver misturada com essa coisa má, jamais possuiremos completamente o objeto de nosso desejo! [...] O corpo de tal modo nos inunda de amores, paixões, temores, imaginações de toda sorte, enfim, uma infinidade de bagatelas, que por seu intermédio (sim, verdadeiramente é o que se diz) não recebemos na verdade nenhum pensamento sensato; não, nem uma vez sequer! Vede, pelo contrário, o que ele nós dá: nada como o corpo e suas concupiscências para provocar o aparecimento de guerras, dissensões, batalhas; com efeito, na posse de bens é que reside a origem de todas as guerras, se somos irresistivelmente



impelidos a amontoar bens, fazemo-lo por causa do corpo, de quem somos míseros escravos! Se, com efeito, é impossível, enquanto perdura a união com o corpo, obter qualquer conhecimento puro, então de duas uma: ou jamais nos será possível conseguir de nenhum modo a sabedoria, ou a conseguiremos apenas quando estivermos mortos, porque nesse momento a alma, separada do corpo, existirá em si mesma e por si mesma - mas nunca antes.

As concepções que se forjaram, posteriormente, na esteira das religiões monoteístas históricas – islamismo, judaísmo e cristianismo - reduziram o sagrado a conceitos e práticas relacionados à adoração do Deus único e que se desenvolvem num contexto de sacrifício, abnegação, renúncia ao que é material, físico, prazeroso, em flagrante oposição, em mais um dualismo excludente, ao profano, aquilo que é feio, sujo, pecaminoso, impuro, refere-se ao que é mundano, aos prazeres da carne, às festas, ao trabalho, ao corpo e à sexualidade<sup>(51)</sup>.

O corpo com o qual a Enfermagem Moderna se deparou foi um labirinto com espaços fechados ou interditados. A demarcação se deu por meio do corte e do rompimento entre os conceitos de sagrado e profano estabelecidos pelo Cristianismo, interditando o acesso a áreas “proibidas” (como os órgãos sexuais, por exemplo), o que só era possível quando da realização de procedimentos técnicos sobre o corpo, utilizando-se instrumentais para isso, como forma de manter a impessoalidade e distância necessárias para a não-contaminação com o corpo profano e pecaminoso<sup>(51)</sup>.

Os cuidados realizados, nesse período, além de representar um conjunto de respostas às necessidades vitais indispensáveis à sobrevivência, exprimiam “uma forma de relação com o mundo”, fundada “na experiência interiorizada e vivida no próprio corpo” – o cuidado como ajuste da vida cotidiana aos ritmos cósmicos. Cuidava-se de corpos próximos, dos “meus”, de um “primeiro corpo” – o corpo do afeto<sup>(52)</sup>.

Nesse contexto, o cuidar era conciliação com as forças geradoras da vida, dirigindo-se ao corpo global e ligado a todo o Universo<sup>(52)</sup>. Uma compreensão, portanto, integradora e holística, que pressupunha solidariedade humana e cósmica e que possuía significado simbólico e valor social, em que as crenças e as práticas “visavam à captura de forças vitais, envolvendo tudo pelo sagrado, colocando o Cosmos inteiro no pontual”<sup>(53)</sup>.

---

A Enfermagem Moderna é instruída pelo modelo cartesiano-biomédico e pela herança cristã que lhe outorgaram os dualismos corpo e espírito, sagrado e profano (cristão) e que fixaram a enfermeira entre a cruz do Cristianismo e a espada do poder médico, no (des)encontro com o corpo<sup>(51)</sup>.

A absorção do modelo religioso na prática de enfermagem baseava-se em valores religiosos e morais cristãos que, além de definirem o lugar da mulher como submissa em relação a Deus e seus representantes, subvertiam os valores veiculados ao corpo concreto, lugar de prazer e desprazer, satisfação e desconforto, bem-estar e dor. Essa visão influenciou o modelo vocacional impresso por Florence no surgimento da Enfermagem Moderna ou Profissional e no sistema de ensino *nightingaliano*<sup>(51)</sup>.

O corpo que estava sendo preparado para os cuidados e sobre o qual Florence centraria a formação das enfermeiras era um corpo que “se tornava alvo de novos mecanismos de poder (...) um corpo que se sujeitasse às regras de conduta rígidas e exigentes, formadoras do espírito de caridade cristã”<sup>(54)</sup>.

O texto clássico que inaugura a Enfermagem Moderna é o livro *Notas sobre a Enfermagem*<sup>(55)</sup>, escrito por Florence, em 1859. Na obra, Florence focaliza o corpo, como o local no qual Deus situou a mente, destacando que o relacionamento deste com o mundo estava conformado pelas leis divinas, e reconheceu, em outro momento, os efeitos da mente sobre o corpo e vice-versa, e a influência de fatores como ansiedade, preocupações, monotonia, na piora do quadro dos enfermos<sup>(51)</sup>.

Essa repressão era fruto da interdição absoluta de se adicionar a discussão sobre sexualidade às questões de enfermagem no sistema “*nightingaliano*”<sup>(56)</sup>. E, embora seja a profissional com maior autorização social para tocar o corpo do outro, inclusive o corpo nu e no espaço público, a enfermeira, historicamente, foi desencorajada a abordar a sexualidade dos pacientes, embora tenha, em tempos de AIDS, sido “obrigada” a ouvir e a falar de sexualidade e parceiros sexuais, entre outros<sup>(57)</sup>. Assim, a autorização social do toque também atuaria como agente formador dualista da enfermeira como irmã de caridade ou prostituta e tudo que essas concepções comportam na nossa cultura<sup>(51)</sup>.

Dessa forma, o dualismo sagrado e profano tem perpassado a Enfermagem, o que pode ser constatado na afirmação de que “as práticas de

---

cuidar do corpo do outro têm criado imaginários simbólicos (sagrados e profanos cristãos) que guardamos, principalmente, quando desenvolvemos rituais sobre o corpo”<sup>(57)</sup>.

Ao analisarmos algumas perspectivas traçadas por autoras enfermeiras, observamos a utilização de metáforas e/ou simbologias que retratam o corpo como: *corpo habitado e corpo que habita; corpo ritualizado, mecanizado e corpo sexuado*.

*Corpo habitado* – é o corpo doente, patologizado (por uma doença, vírus, malformação, anomalia, distúrbio) sujeito à descoberta e intervenção, é um corpo que sinaliza, queixa-se, individualiza-se como “caso” e, portanto, é passível de escuta e visão. Para este corpo, a enfermagem desenvolveu um saber metódico, rigoroso e bem organizado onde as ações podem ser previstas, estandardizadas, rotinizadas e o produto controlado <sup>(58)</sup>.

*Corpo que habita* – é o corpo que vive e circula nos espaços sociais. É um corpo que sinaliza sem queixas ou sintomas; as sinalizações são mediadas pelo cálculo de proporções, dispersões, concentrações, localizações e projeções. O saber sobre este corpo requer padrões de normatividade construídos histórica, cultural e ideologicamente, de tal forma que a enfermagem não pode atuar de maneira tão padronizada, uma vez que este corpo necessita de referências secundárias ou qualificativas para que possa se tornar visível<sup>(58)</sup>.

*Corpo ritualizado* – é o corpo apreendido pelos rituais em toda sua existência, é influenciado pelos determinantes culturais e pela visão de mundo de cada um, reafirmando valores, princípios de um grupo ou sociedade. O ritual de cuidados exige uma série de requisitos para que a ação seja eficiente, os ritos expressam-se mediante o corpo cuidado e o cuidador, por gestos e ações que revelam o que é feito e como é feito<sup>(59)</sup>.

*Corpo mecanizado* - é o corpo “corpo-máquina”, que reforça a compreensão da doença como mecanismo biológico. É formado por carne e ossos, composto por válvulas e sifões, membranas e filtros. Nesta concepção, a enfermagem desenvolve sua prática orientada pelo modelo médico (ação fragmentada e reducionista do homem) predominando assim, a concepção de corpo como objeto, foco do conhecimento técnico-científico, como objeto de

---

observação e mensuração, dificilmente como experiência subjetiva, problema existencial<sup>(59)</sup>.

*Corpo sexuado* – parte do questionamento sobre o papel e o significado social do sexo em busca de uma nova concepção de ser humano. O corpo sexuado passa a ser objeto de interesse de vários profissionais, pois a questão do gênero pode ser compreendida além da associação de elementos como o psicológico, social, genético e somático para focar na forma como cada um se sente e se percebe<sup>(59)</sup>.

Dentre as diferentes concepções de corpo apresentadas, levantadas a partir do próprio conhecimento produzido pela enfermagem, o corpo que é habitado, que habita, ritualizado, mecanizado e sexuado, apontam alguns caminhos em busca de outras abordagens que permitam o emergir do corpo como expressão, fala, linguagem, sensação e percepção. O desvelar destes caminhos possibilitará ao enfermeiro (a) um novo olhar sobre o corpo, realidade que se expõe às diferentes percepções, mediante a dinâmica da corporeidade (interpretada como modo de ser do homem). Com esta visão de corpo, as ações de cuidado e de cura terão como foco o corpo vivente, ou seja, o corpo tornado sujeito destas práticas. Nesta perspectiva, o corpo deverá ser compreendido em sua complexidade, na teia de relações existentes entre o corpo, o mundo e o outro<sup>(60)</sup>.

O ato de cuidar é intrínseco ao ato de tocar, a ponto de se confundirem num só procedimento, sendo o corpo da enfermeira o instrumento de ação. Portanto, a compreensão do corpo e da corporeidade se faz necessária. O corpo tem funções sensitivas que captam energia e movimento<sup>(61)</sup>.

A relação da enfermeira com o cliente efetiva-se pela voz, palavra, gesto, respiração, silêncio, olhar, toque, olfato, sorriso, lagrima. Assim sendo, o corpo é o meio pelo qual se estabelece a relação enfermeiro/cliente, motivo pelo qual ele se torna imprescindível nesta interação, por que sinalizará a maneira mais adequada para a abordagem do indivíduo durante o processo de cuidar<sup>(62)</sup>.

A enfermagem não pode ignorar que, ao cuidar do doente, toca-lhe o corpo e o expõe, muitas vezes sem pedir autorização, adotando uma postura de “poder” sobre o corpo de outrem. O doente pouco questiona essa invasão porque,

na sua percepção, ela é necessária para sua recuperação, porém demonstra constrangimento, vergonha e embaraço<sup>(63)</sup>.

Para um indivíduo, mesmo doente, estar despido pode significar desconforto e embaraço. Afinal, culturalmente e no núcleo familiar, aprende-se que expor o corpo não é apropriado, relacionando-se implicitamente a nudez com sensualidade e sexualidade, comuns aos indivíduos, mas, de certa forma, reprimidas, de acordo com os padrões de comportamento vigentes na sociedade<sup>(63)</sup>.

Acrescentam-se a esses fatores algumas situações caracterizadoras da desumanização da assistência de enfermagem nas unidades de terapia intensiva identificadas em estudo desenvolvido<sup>(64)</sup> a partir de relatos dos indivíduos internados nestas unidades, como a perda da privacidade, espaço para o cliente muito restrito, uso de fraldas, ficar nu, homem idoso ser atendido por mulheres para a higiene íntima, entre outros.

Um estudo que discute as relações sociais e de poder no contexto hospitalar sugere que a submissão do doente à enfermagem e a outros profissionais da área da saúde ocorre por entender que o “saber” dessas profissões lhes confere o direito de manipular seu corpo<sup>(65)</sup>.

Outra investigação constatou que pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) *“que sobrevivem, sabem que uma jornada na UTI só não é pior que a morte e que todos os pudores da vida em sociedade se esvanecem, pois homens e mulheres expõem seus corpos, que são manuseados pelos enfermeiros”*<sup>(66)</sup>. Contudo, o enfermeiro “é o profissional da área de saúde que tem maior autorização social para tocar o corpo do outro”<sup>(56)</sup>, mas pouco tem discutido a questão da nudez, que é um fator a mais de estresse e sofrimento para o paciente, dificultando sua adaptação ao ambiente hospitalar<sup>(67)</sup>.

Numa revisão da literatura, buscando o conceito de privacidade no contexto da saúde, constatou-se serem raros os estudos sobre estes temas voltados para a prática do cuidado e da enfermagem, percebendo que não é fácil a sua definição<sup>(68)</sup>.

O direito à privacidade tem seus fundamentos na dignidade humana, a autora referencia tal fato aos cuidados e procedimentos executados pela enfermagem envolvendo a exposição corporal do cliente. Entende ainda que o

---

respeito à privacidade e à dignidade na esfera do cuidar em enfermagem como a “arte da conduta”<sup>(69)</sup>.

No que se refere aos aspectos éticos, a preocupação com a necessidade de preservar a privacidade e a autonomia do indivíduo, encontram-se registradas por meio do Código de Nuremberg (1947), que posteriormente foi aprimorado na Declaração de Helsinki em 1964, que dentre outros aspectos, destaca que o bem-estar do sujeito deve ter precedência sobre os interesses da ciência e da sociedade. No Brasil, tal regulamentação é orientada pela resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>(70)</sup>.

O Art. 5º, parágrafo X da Constituição da República Federativa do Brasil<sup>(71)</sup>, de 1988, prevê que: “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurando o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”. Em resposta aos anseios e inquietações da população, a Organização das Nações Unidas (ONU) promulgou, em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, assegurando, no “Art. 12 Ninguém sofrerá intromissões arbitrárias na sua vida privada, na sua família, no seu domicílio ou na sua correspondência, nem ataques à sua honra e reputação. Contra tais intromissões ou ataques toda pessoa tem direito à proteção da lei”<sup>(72)</sup>.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem leva em consideração a necessidade e o direito de assistência em enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização. Está centrado na pessoa, família e coletividade e pressupõe que os trabalhadores de enfermagem estejam aliados aos clientes na luta por uma assistência sem riscos e danos e acessível a toda população. O código tem como referência os postulados da Declaração Universal dos Direitos do Homem, promulgada pela Assembléia Geral das Nações Unidas (1948) e adotada pela Convenção de Genebra da Cruz Vermelha (1949), contidos no Código de Ética do Conselho Internacional de Enfermeiros (1953) e no Código de Ética da Associação Brasileira de Enfermagem (1975). Teve como referência, ainda, o Código de Deontologia de Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (1976), o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (1993) e as Normas Internacionais e Nacionais sobre Pesquisa em Seres Humanos [Declaração Helsinque (1964), revista em Tóquio (1975), em Veneza (1983), em Hong Kong (1989) e em Sommerset West

---

(1996) e a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde (1996)]<sup>(73)</sup>.

Diante do exposto, destaca-se Seção I sobre as RESPONSABILIDADES E DEVERES do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, preconiza que o enfermeiro deve<sup>(29)</sup>:

- **Art. 14** - Aprimorar os conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.
- **Art. 18** - Respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem estar.
- **Art. 19** - Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano, em todo seu ciclo vital, inclusive nas situações de morte e pós-morte.

Ao mesmo tempo, o enfermeiro tem que reconhecer que o paciente possui: “o direito a atendimento humano, atencioso e respeitoso, por parte de todos os profissionais de saúde. Tem o direito a um local digno e adequado para seu atendimento, o direito a manter sua privacidade para satisfazer suas necessidades fisiológicas, inclusive alimentação e higiênicas, quer quando atendido no leito, no ambiente onde está internado ou aguardando atendimento”<sup>(74)</sup>.

São poucos os trabalhos que discorrem sobre a questão da privacidade do doente no contexto da enfermagem, no entanto já se alerta sobre a relevância desse tema como sendo “um conceito chave em enfermagem”<sup>(75)</sup>, principalmente quando relacionado à qualidade da assistência, uma vez que os enfermeiros ainda apresentam falhas na proteção dos pacientes.

## **CAPÍTULO 3**

---

### **PERCORRENDO A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

---



Em geral, o método de pesquisa a ser utilizado depende da natureza do objeto de estudo. Os métodos qualitativos têm-se mostrado mais adequados para a busca da compreensão das experiências vividas, como é o propósito deste estudo.

O método qualitativo é recomendado quando se tem pouco conhecimento sobre um fenômeno ou se pretende descrevê-lo de acordo com o ponto de vista do sujeito. Ademais, este tipo de pesquisa, geralmente, é conduzido no ambiente natural, a fim de que o contexto, no qual o fenômeno ocorre seja considerado como parte do mesmo<sup>(76)</sup>.

As abordagens qualitativas são indutivas, isto significa que hipóteses e teorias emergem durante o procedimento de coleta e análise dos dados, onde o pesquisador examina os dados buscando descrições, padrões e relações hipotizadas do fenômeno, então retorna ao campo para obter mais dados e testar a hipótese. Dessa forma, a teoria vai sendo construída passo a passo, ajustando-se ao contexto da pesquisa e sendo relevante somente para este período de tempo<sup>(76)</sup>.

Como o objeto de investigação deste projeto é a experiência êmica e ética dos profissionais de enfermagem acerca do banho de leito, entendemos como apropriado o emprego de abordagens qualitativas etnográficas e mais especificamente do referencial metodológico proposto pela etnoenfermagem e do referencial teórico oferecido pela teoria do cuidado cultural.

### **3.1 Descrevendo os fundamentos teóricos**

#### ***3.1.1 – Referencial teórico: a teoria do cuidado cultural***

A pesquisa social é uma contínua aproximação da realidade, estando esta sempre inacabada e em constante desenvolvimento, ou seja, sempre em construção. Para essa autora, a essência de uma teoria consiste na sua potencialidade de explicar os fenômenos por meio de conceitos analíticos<sup>(77)</sup>. Os indivíduos, na sua singularidade, também se tornam matéria da antropologia, à

---

---

medida que são percebidos como sujeitos de uma ação social constituída a partir de redes de significados<sup>(78)</sup>.

O uso da técnica etnográfica, na década iniciada no ano de 1970 foi descrito por pesquisadores da educação, porém, já era utilizada por antropólogos e sociólogos<sup>(79)</sup>. Na enfermagem, essa técnica vem desenvolvendo-se nas últimas décadas principalmente nos Estados Unidos da América (EUA). No Brasil, o método encontra-se em fase de desenvolvimento e vem sendo adotado por um contingente cada vez maior de pesquisadores<sup>(80)</sup>.

Para melhor compreensão da antropologia, esta também, pode ser definida como sendo “a ciência dos observadores capazes de observarem a si próprios, e visando ao que uma situação de interação se torne o mais consciente possível”<sup>(81)</sup>.

A utilização da etnografia para a pesquisa em enfermagem se faz necessária para analisar como as experiências humanas são produzidas, contestadas, aceitas e legitimadas dentro da dinâmica do cotidiano das pessoas<sup>(82)</sup>.

A antropologia fornece contribuição para a enfermagem na compreensão dos dados culturais que fundamentam os comportamentos relacionados à saúde e à doença. Em sua tradição etnográfica, a antropologia “esmiúça, por vezes, o privado dos outros”<sup>(83)</sup>. Sendo assim, recomenda-se também conhecer os diversos conceitos de cultura e destacar aquele em que se fundamentarão os estudos etnográficos.

A cultura pode ser definida como um sistema compartilhado de significados, que é aprendido, revisado, mantido e definido no contexto em que as pessoas interagem<sup>(84)</sup>.

Pode ser entendida como um conjunto de princípios implícitos e explícitos herdados pelos indivíduos em uma sociedade, onde é revelada a forma de ver o mundo, de vivenciá-lo emocionalmente e de comportar-se dentro dele. O estudo da cultura procura revelar e compreender componentes como: crenças, valores, conhecimentos, normas e símbolos presentes no grupo social os quais não podem ser alcançados de forma isolada do contexto sociocultural em que ocorre. Essa abordagem enfatiza a necessidade de se saber distinguir entre regras culturais que ditam como um indivíduo deve pensar e agir, e como as

---

---

peças de fato se comportam na vida real, tendo em vista as generalizações no que se refere às explicações sobre crenças ou comportamentos individuais<sup>(85)</sup>.

A cultura é uma preocupação contemporânea, que busca entender os muitos caminhos que conduziram os grupos humanos às suas relações presentes e suas perspectivas de futuro. Pode ser utilizada para contribuir para o combate a preconceitos e o resgate do respeito e da dignidade nas relações humanas<sup>(86)</sup>.

Cultura é, acima de tudo, o modo de ver o mundo, as apreciações de ordem moral e valorativa. Os diferentes comportamentos sociais e mesmo as posturas corporais são, assim, produtos de uma herança cultural, ou seja, o resultado da operação de uma determinada cultura. Sendo assim, os indivíduos de culturas diferentes podem ser facilmente identificados por uma série de características, como: modo de agir, vestir, caminhar, comer, sem mencionar a evidência das diferenças lingüísticas<sup>(87)</sup>.

Dessa forma, a pesquisadora é o principal instrumento do processo etnográfico, uma vez que ela toma parte da cultura estudada, por associação física com as pessoas em seus ambientes naturais, durante o tempo que se despende com o trabalho de campo. O 'campo de pesquisa' é concebido como o recorte que a pesquisadora faz em termos de espaço, representando a realidade empírica a ser estudada a partir da abordagem teórica que fundamenta o objeto da investigação<sup>(77)</sup>. A experiência de campo depende, em grande parte, da biografia da pesquisadora, das opções teóricas que faz, do contexto cultural e das situações imprevisíveis que se configuram, no dia-a-dia, no próprio local de pesquisa entre pesquisadora e informantes<sup>(88)</sup>.

A partir dessa potencialidade, optamos por utilizar como referencial teórico a teoria do cuidado cultural, proposta por Leininger<sup>(89)</sup>.

Apesar do conceito de *cultura* ter sido definido e utilizado por antropólogos e outros cientistas sociais nos últimos 100 anos, a enfermagem passou a explorá-la e valorizá-la a partir da década de 1950, mais intensamente na década de 1990 por Madeleine Leininger. Para a *enfermagem transcultural* de Leininger, cultura refere-se àquilo que é aprendido, compartilhado e ao conhecimento transmitido de valores, crenças e modos de vida de um grupo específico. Para ela, geralmente a cultura é transmitida entre as gerações e

---

---

influencia os sentidos dos pensamentos, decisões e ações padronizadas das pessoas<sup>(89)</sup>.

Uma premissa importante para a *enfermagem transcultural* é a definição de *cuidado cultural*: padrões de vida, crenças, valores profissionais e valores populares são transmitidos e aprendidos cognitivamente para assistir, facilitar ou capacitar outro indivíduo ou grupo a manter seu bem-estar ou saúde e melhorar a condição humana ou o caminho de sua vida<sup>(89)</sup>. O conceito de *cuidado cultural* está centrado, também, no processo de descoberta e aprendizagem de significados, padrões e usos dos cuidados dentro de culturas. Portanto, ao se identificar *padrões de cuidados*, estamos levantando dados significativos que podem ser benéficos aos clientes. Nesse sentido, cultura e cuidado estão estreitamente ligados e interdependentes e ambos os conceitos são necessários para conhecer e ajudar pessoas de culturas específicas e diversificadas.

A *teoria do cuidado cultural* foi desenvolvida para avançar cientificamente a enfermagem e melhorar a qualidade do cuidado à saúde das pessoas, a partir do referencial da cultura. Diferente das orientações tradicionais de enfermagem, essa teoria conceptual é compreensiva e holística. Ela foi concebida na década de 1960 e gradualmente tornou-se significativa entre os profissionais da saúde norte-americanos. Hoje é considerada uma teoria apropriada para se aprofundar conhecimentos relativos ao cuidado de pessoas de diversas culturas e suas premissas teóricas foram formuladas por Leininger<sup>(89)</sup> a partir dos seguintes conceitos e princípios:

1. **Cuidado:** é a essência da enfermagem e o foco unificado, central, dominante e distinto;
  2. **Cultura:** refere-se ao aprendido, ao compartilhado e ao conhecimento transmitido de valores, crenças e estilos de vida de um grupo específico que são geralmente transmitidos, os quais influenciam pensamentos, decisões e ações em padronizados ou em determinados sentidos;
  3. **Subcultura:** está intimamente relacionado à cultura, mas se refere a subgrupos que divergem em certos sentidos da cultura dominante em valores, crenças, normas, códigos morais e maneiras de viver com alguns aspectos que caracteriza suas maneiras de viver como únicas;
-

---

4. **O cuidado fundamentado na cultura (caring):** é essencial para o bem-estar, saúde, crescimento, sobrevivência e para enfrentar as incapacidades ou a morte. Trata-se da forma mais compreensiva e holística de se conhecer, explicar, interpretar e prever fenômenos relativos ao cuidado de enfermagem e nortear decisões e ações de enfermagem;

5. **Enfermagem:** é aprendizado, profissão e disciplina científica e humanística voltada aos fenômenos do cuidado humano e atividades *caring* para assistir, apoiar e facilitar ou capacitar indivíduos ou grupos para manter ou recuperar suas saúdes ou bem-estar no sentido benéfico e significativo, ou ainda para ajudar indivíduos em face às desvantagens ou morte. Esta definição reforça a ideia de cuidado como a essência e foco fundamental da enfermagem e da enfermagem transcultural;

6. **Cuidado humano como essência da enfermagem:** Cuidado humano, substantivo que se refere a um fenômeno específico, caracterizado para assistir, apoiar ou capacitar outro ser humano ou grupo a encontrar as metas desejadas de alguém ou para obter assistência coerente às necessidades humanas. Cuidado humano está focalizado sobre o aspecto da ação ou atividades para prover serviço a outros seres humanos. Diferenças nos significados de *care* (cuidado) (substantivo) e *cuidando* (*caring*) (um modo de ação) são extremamente importantes no entendimento de prática do *caring* da enfermagem transcultural, como uma arte profissional;

7. **Care** (substantivo) (cuidado): refere-se a um fenômeno abstrato ou concreto relacionado ao assistindo, apoiando ou capacitando experiências ou comportamentos ou para outros com necessidades previstas ou evidentes para melhorar ou restabelecer uma condição humana ou modo de vida;

8. **Caring** (gerúndio) (cuidando): refere-se às ações e atividades dirigidas para o assistindo, apoiando ou capacitando outro indivíduo ou grupo com necessidades previstas ou evidentes para aliviar, curar ou melhorar a condição humana ou modo de vida ou enfrentar a morte ou a incapacidade;

9. **Enfermagem transcultural:** é uma disciplina e profissão do cuidado científico e humanístico com a finalidade principal de servir indivíduos, grupos, comunidades, sociedade e instituições. Segundo Leininger, a enfermagem transcultural é assim definida: "... é uma área importante de estudo e

---

---

prática voltada aos valores do cuidado cultural comparativo de crenças e práticas dos indivíduos ou grupos de culturas similares ou diferentes. A meta da enfermagem transcultural é oferecer práticas de cuidado de enfermagem universais e específicas a uma cultura (resultado do encontro étnico entre o conhecimento *êmico* do paciente e o conhecimento *ético* do profissional), voltadas à saúde e ao bem-estar das pessoas ou ajudá-las em face às condições humanas desfavoráveis, doença ou morte e em sentidos culturalmente significativos”;

10. **Conhecimento *êmico*:** o conhecimento genérico ou popular é *êmico*. São conhecimentos e habilidades tradicionais ou populares com base doméstica, culturalmente aprendidos e transmitidos por gerações e usados para proporcionar atos assistências, apoiadores, capacitadores ou facilitadores para outro indivíduo, grupo ou instituição com necessidades evidentes ou antecipadas de melhorar um modo de vida humana, uma condição de saúde (ou bem-estar) ou para lidar com situações de deficiência e morte.
11. **Conhecimento *ético*:** o conhecimento do cuidado profissional é *ético*. O cuidado profissional é o cuidado formalmente ensinado, aprendido e transmitido, assim como o conhecimento de saúde, da doença, do bem-estar e as habilidades práticas que prevalecem em instituições profissionais, geralmente com pessoal multidisciplinar para atender aos clientes.

Optou-se neste estudo, que para aprofundar sobre as relações estabelecidas pelas equipe de enfermagem na execução do banho no leito, a premissa básica que fundamenta os estudos etnográficos está relacionada às perspectivas *êmicas* e *éticas*. Os antropólogos falam do *ético* como uma grade universal que lhes permite o registro de suas observações em diferentes cenários culturais e se referem ao *êmico* como sendo o conjunto de distinções que fazem a diferença para as pessoas naqueles mesmos cenários. Ao falar da pesquisa etnográfica, aborda o *ético* como sendo uma estrutura externa que é aplicável em qualquer lugar e o *êmico* como uma estrutura interna, de cunho local tão somente<sup>(90)</sup>. A tarefa do antropólogo é usar a estrutura universal (externa) da observação a fim de adquirir compreensão da estrutura local (interna). Por isto mesmo, vários estudiosos da área assumem seus papéis, no processo e no

---

produto etnográficos, como de intérpretes ou tradutores ('translators') da visão êmico<sup>(91,2,92)</sup>. O antropólogo, ao interpretar, no sentido dado, "constrói uma leitura de..."<sup>(93)</sup>.

De um modo amplo, pode-se dizer que a perspectiva êmica se refere à forma pela qual os próprios membros da cultura percebem seu mundo; é a visão a partir de dentro, por meio da utilização de conceitos e linguagem próprios daquela cultura, enquanto a perspectiva ética se refere à interpretação das experiências da cultura, a partir de fora<sup>(94,95)</sup>. Em uma perspectiva ética, as manifestações de comportamento são interpretadas e explicadas, na dimensão teórica e de linguagem do pesquisador<sup>(94)</sup>.

### **3.1.2 – Etnoenfermagem: referencial metodológico**

A finalidade do *método de pesquisa etnoenfermagem* é produzir um corpo de conhecimento de *enfermagem transcultural* para fundamentar as *práticas de cuidado cultural*. É diferente das etnografias praticadas na Antropologia social e cultural, as quais freqüentemente se mostram inapropriadas no aprofundamento da compreensão dos fenômenos e perspectivas relativas ao cuidado<sup>(89)</sup>.

O referido método foi proposto há várias décadas, por reconhecida enfermeira pesquisadora norte-americana, com formação em antropologia, Madeleine Leininger, que ao utilizar o seu referencial em mais de 100 estudos, avalia-o como adequado a substituir as tradicionais etnografias e percebe-o conquistando os pesquisadores da área da saúde.

O método visa à descoberta dos dados fundamentados na *Teoria do Cuidado Cultural* e está fundamentado em maneiras de documentar de forma natural e indutiva, bem como descrever, explicar e interpretar a visão de mundo, significados, símbolos e experiências de vida dos informantes, sustentando os fenômenos relativos aos cuidados de enfermagem<sup>(89)</sup>.

Para a autora, o método de pesquisa *etnoenfermagem* é um modo de investigação aberto e natural e, principalmente, voltado ao *conhecimento êmico*, para descobrir o mundo de conhecimento e a experiência de vida do informante. É um referencial metodológico apropriado para investigar o conhecimento e as

---

práticas êmicas e éticas, relativas ao cuidar, saúde, bem-estar, doença, experiências do ciclo vital, morte, incapacidades, modos de prevenção e outras áreas potenciais e atuais de interesse aos enfermeiros e fenômenos da enfermagem transcultural. O método, também, facilita a descoberta de cuidado e conhecimento de saúde relativo às áreas, tais como: visão de mundo, estrutura social, etnohistória, fatores ambientais e outras áreas relativas ao modo de vida cultural do informante.

Algumas razões foram descritas por Leininger<sup>(89)</sup> para se utilizar o método de *pesquisa etnoenfermagem*:

1. Para descobrir basicamente fenômenos de enfermagem complexos, conhecidos vagamente ou desconhecidos e mantidos pelo cuidado;
  2. Para facilitar o pesquisador a entrar no mundo cultural êmico dos informantes e aprender por meio deles, as suas crenças, valores, experiências e estilo de vida sobre cuidado humano e saúde;
  3. Para alcançar em profundidade o conhecimento sobre os significados de cuidado, expressões, símbolos, metáforas e circunstâncias diárias que influenciam a saúde e o bem-estar representado no Modelo *Sunrise* (Nascente do sol);
  4. Para usar o Modelo *Sunrise* (bem como outros capacitadores: observação-participação-reflexão) com a finalidade de capacitar instrumentalmente o pesquisador para a descoberta em profundidade do objeto de estudo;
  5. Para usar um método de análise de dados qualitativos rigoroso, detalhado e sistemático que preservaria dados contextuais e culturais relacionados à teoria;
  6. Para usar critérios qualitativos (não quantitativos) corretos, significativos e confiáveis de análise dos dados;
  7. Para identificar as forças e as limitações do método etnoenfermagem em avançar os conhecimentos e resultados da ciência da enfermagem transcultural.
-



Enfim, é por meio de pesquisas na abordagem etnoenfermagem que se estabelece um corpo de conhecimento de enfermagem transcultural, para nortear as práticas de cuidado cultural.

### 3.2 Procedimentos de Coleta de Dados

Essa etapa de execução do projeto de pesquisa fundamentou-se no referencial metodológico da etnoenfermagem, proposto por Madaleine Leininger<sup>(89)</sup>. Utilizou-se, especificamente, do habilitador Observação-Participação-Reflexão (OPR) e de entrevistas individuais orientadas pelo Modelo *Sunrise*, conduzidas com três enfermeiros e cinco técnicos de enfermagem.

Para facilitar a coleta de dados relativos a pesquisas dentro da abordagem etnoenfermagem, Leininger<sup>(89)</sup> ainda propõe alguns habilitadores, ou seja, modelos (guias) que podem sistematizar e nortear o processo de coleta de dados; utilizamos neste trabalho dois, os quais são apresentados a seguir, como itens A e B.

#### A – Habilitador para o processo de observação-participação-reflexão

**Quadro 1-** Guia de observação-participação-reflexão (Guia OPR), segundo a etnoenfermagem, proposta por Leninger<sup>(89)</sup>

Guia de etno-enfermagem de Leninger (observação-participação-reflexão)				
Fases	1	2	3	4
Focos	Observação e ausculta ativa (sem participação ativa)	Observação com participação limitada	Participação com observação continuada	Reflexão e reconfirmação dos dados com os informantes

Este instrumento é utilizado como um guia para capacitar o pesquisador a entrar e permanecer com os informantes no contexto cultural, natural ou familiar enquanto está observando e realizando o estudo. Com esse guia, o pesquisador se move de um papel de observador e aprendiz para

---

gradualmente um papel de participante e reflexivo com os informantes ou com os fenômenos sob estudo. O pesquisador move lentamente e de modo polido após obter a permissão para estar com o informante<sup>(89)</sup>.

A entrada gradual ajuda o pesquisador, primeiramente, a observar o que está correndo naturalmente no ambiente e com a pessoa. Ele ajuda a manter a idéia para entrar naturalmente e com menos ênfase no pesquisador<sup>(89)</sup>.

Esse guia é importante para contatos antes, durante e após a observação. É importante observar a situação como um todo e permanecer como um ouvinte ativo. Identificando símbolos, documentando fatos e eventos históricos e refletindo sobre as reações e interações com outros são essenciais para obter dados etnoenfermagem compreensivos. Gradualmente o pesquisador move-se dentro de uma visibilidade central, mas mantém um papel mais passivo do que ativo. Quando isso ocorre, alguém começa a sentir e vivenciar o modo de vida presente dividido da pessoa e torna-se parte da situação e interação. Todas às vezes o pesquisador deve encorajar o informante a explicar e interpretar o que está sendo observado, feito ou experienciado<sup>(89)</sup>.

A teorista ressalta que com esse guia o observador estuda as experiências e eventos cotidianos. Eles são elucidados com os informantes e com o pesquisador, respeitando e valorizando o que é compartilhado ou explanado. O pesquisador permanece um observador ativo, na posição de ouvinte e analista como crucial para o método de pesquisa etnoenfermagem, enquanto focado no domínio de investigação. O pesquisador aprende como usar períodos de auscultas longas e silenciosas com informantes culturais e como respeitar e documentar, especialmente com idosos e crianças. Permanecendo paciente e mantendo-se focado sobre o que está sendo dito ou não discutido, é essencial para conseguir dados completos com significado, seqüência e autenticidade. Documentando eventos comuns e específicos, violência ao cuidado cultural, tabu e atividades que são ou não aceitas são importantes. Estórias presentes e passadas, incidentes e eventos históricos sob cuidado oferecido e recebido são fontes importantes de informação. Por meio do uso do guia, o pesquisador permanece alerta para os princípios da teoria do cuidado cultural e especialmente para quais são as diversidades dos dados (variabilidades) e ao que é comum.

---

---

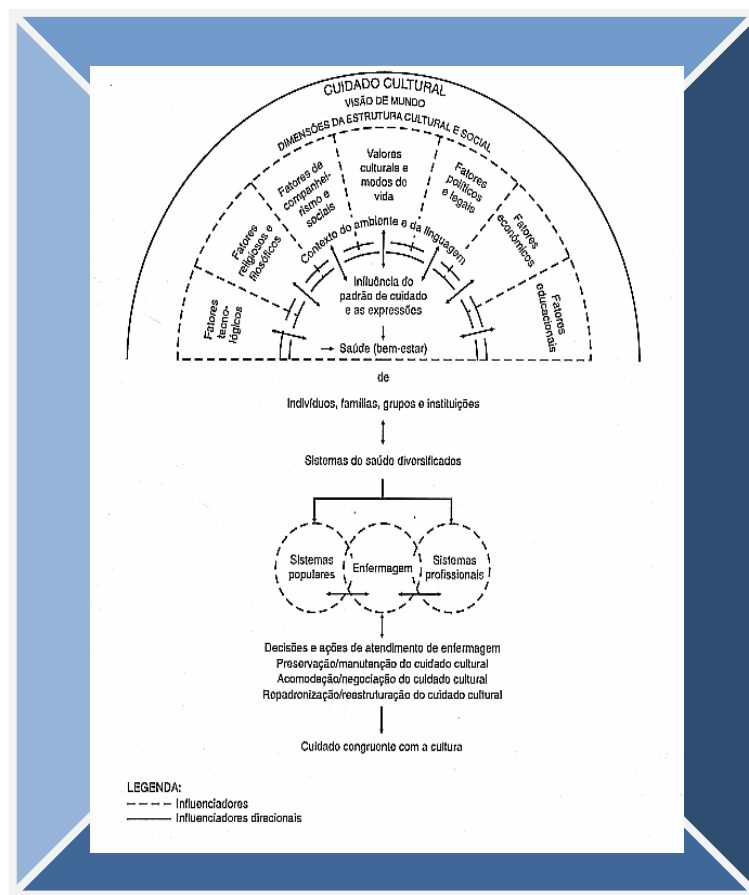
A etnoenfermeira pesquisadora também reflete sobre os conceitos de enfermagem transcultural, princípios, definições e o conjunto de conhecimentos reflexivos sobre a cultura se apropria do que se observa e ouve. Alguém evita rótulos, *status* social ou esteriótipos como não aceitáveis na enfermagem transcultural. Os mentores da pesquisa da enfermagem transcultural assistirão por essas tendências e discutirão tais tendências comportamentais com o pesquisador. O diário de campo é usado para registrar o que alguém observa, ouve e experiência com o guia. Esse guia é também mais valorizado para fazer avaliações culturais relacionadas ao cuidado e práticas de saúde. Ele deve ser anotado de modo silencioso como guia OPR, e isso é diferente do método de observação participante tradicional usado na Antropologia, em que o processo é revertido e uma nova fase reflexiva tem sido acrescentada. Em resumo, o guia OPR tem finalidade explícita para guiar o pesquisador em cada fase desse guia, que é diferente da OP da Antropologia<sup>(89)</sup>.

## **B – Habilitador Modelo Sunrise**

Apresentado como um diagrama auxiliar na visualização da totalidade do fenômeno ou dimensões estudadas. O Modelo retrata os componentes que necessitam ser sistematicamente explorados durante a coleta e análise dos dados.

É esperado que o pesquisador explore todas as dimensões do Modelo para compreender em profundidade o objeto estudado, entretanto, o pesquisador pode estudar um domínio de investigação como o cuidado cultural, começando com os valores culturais e as relações familiares e posteriormente padrões de cuidado profissional e popular em relação ao contexto ambiental. Assim, o Modelo *Sunrise* não se apresenta como uma abordagem rígida, mas flexível, possibilitando ao pesquisador delimitar os domínios com os quais irá trabalhar durante o estudo<sup>(89)</sup>.

---

**Quadro 2 - O Modelo Sunrise de Leininger, traduzido para o português\*\***

Embora as etapas do modelo OPR e o modelo sunrise tenham sido descritas em separado, na prática, suas fases ocorreram de modo dinâmico e em complementação uma às outras, não havendo separação rígida entre elas. Durante o processo inicial de observação, percebi que as informantes me consideravam uma fiscal da técnica do banho no leito e a todo o momento a equipe de enfermagem pontuava a seqüência da técnica do banho. Somente após uma semana de observação, quando passei a participar do procedimento, é que de fato pude interagir com os informantes e estabelecer uma relação de cumplicidade que permitiu a reflexão de questionamentos e a construção dos significados culturais no procedimento do banho no leito. As cenas culturais foram refletidas em sua integralidade, ou seja, nas relações estabelecidas entre a equipe de enfermagem, equipe médica e interação com os clientes.

\*\* Fonte: George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. Porto Alegre: Artmed; 2000. Madeleine Leininger; p. 297-309.

---

A respeito do vínculo de confiança, não tive nenhuma dificuldade em estabelecê-lo com as informantes, uma vez que trabalhei enquanto enfermeira com a maioria dos informantes. Fui bem aceita no novo papel de pesquisadora e, ao longo do trabalho, passamos a contar com um número crescente de pessoas que, ao tomarem conhecimento do trabalho, aproximaram-se, com os objetivos de obter maior interação, buscar informações, orientações e apoio na minha caminhada.

Na construção do projeto de pesquisa, elaboramos um guia de entrevista baseado no modelo sunrise; este mostrou-se de pouca validade, pois à medida que iniciei a observação participante, pude constatar que a visualização de todo o processo de organização do trabalho era fundamental para compreensão da cena cultural a ser estudada e que o guia explorava vários aspectos que nem sempre representavam a realidade dos informantes. Portanto, as entrevistas e a observação foram realizadas de forma livre e a cada anotação realizada, sucedia uma análise antes do retorno ao campo com o objetivo de redirecionar ou de aprofundar no objeto de estudo.

Após cada sessão de observação participante, os dados devem ser registrados em um diário de campo. Os relatos obtidos dos informantes devem ser anotados na íntegra. O diário de campo também serve para o registro das reflexões do pesquisador, em seus aspectos gerais durante a realização do estudo<sup>(96)</sup>.

O diário de campo é o instrumento mais básico para o pesquisador que está fazendo uma etnografia. É um documento pessoal e nele escrevemos as observações, experiências, sentimentos, sensações, até “percepções de pele”, porém, a imagem do diário inspirada nos trabalhos dos primeiros antropólogos, de um caderno capa dura, manuscrito, está sendo superada com o crescente uso de laptops/notebooks “com condições de comportar sofisticados programas de recepção e gerenciamento de dados qualitativos”<sup>(97)</sup>.

O registro de dados etnográficos pode ser constituído por anotações de campo, gravações e fotografias. As anotações de campo constituem a principal forma de registro de dados em estudos como esse, pois se documenta tudo o que

---

---

o pesquisador ouve, observa, experimenta e pensa no decorrer da coleta e reflexão sobre os dados, num estudo qualitativo<sup>(98)</sup>.

Os registros devem refletir a situação real, onde, tudo o que foi dito deve ser anotado na íntegra pelo pesquisador; as situações devem ser registradas de forma concreta e não abstrata. Também é importante que as anotações de campo contenham o espaço físico onde ocorreu a situação, as pessoas envolvidas, o conjunto de eventos e das atividades que aconteciam no momento, o tempo e os sentimentos expressos pelos informantes<sup>(84)</sup>.

Após cada sessão de observação participante, os dados devem ser registrados em um diário de campo. Os relatos obtidos dos informantes devem ser anotados na íntegra. O diário de campo também serve para o registro das reflexões do pesquisador, em seus aspectos gerais durante a realização do estudo<sup>(96)</sup>.

O registro das observações seguiu um roteiro elaborado para haver coerência nas informações, sendo: data, horário de chegada, horário de início e término de cada banho no leito e relato das situações observadas naquele período. O registro das entrevistas também continha uma sistemática com identificação da seqüência da entrevista e dados de identificação dos informantes.

### 3.3 Procedimentos éticos

A pesquisa foi desenvolvida com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa recebeu parecer favorável n 101 do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Anhanguera Educacional (Anexo 1), Valinhos, São Paulo.

Para registro dos dados, foram considerados os princípios da Bioética, sendo: 1) o *princípio da autonomia* assegurado tanto para a instituição por meio da ocultação do nome do hospital, quanto para os informantes assegurando-lhes o anonimato e o direito de interromper a sua participação em qualquer momento; para tanto, obtive consentimento informado de todos os informantes-chave do

---

---

estudo; para ambos, foram atribuídos nomes fictícios; 2) o *princípio da beneficência*, tive particular cuidado em ponderar o momento de realizar as entrevistas, já que se tratava de informantes que estavam prestando assistência para clientes críticos e por algumas vezes interrompi a coleta de dados em detrimento das necessidades dos clientes ou da equipe de enfermagem; 3) o *princípio da não-maleficência* assegurando a todos os informantes o direito de participar ou não da pesquisa, dando inclusive a oportunidade de renegociar suas concordâncias iniciais, em qualquer momento do estudo, sem adotar qualquer critério; e 4) o *princípio da justiça*, neste momento expliquei sobre: os objetivos, contribuições do estudo, como e onde seriam realizadas as entrevistas, além de esclarecer sobre os procedimentos de observação. Informei ainda que os resultados da investigação seriam repassados à instituição.

### 3.4 Cenário da pesquisa

O estudo foi realizado junto às trabalhadoras de enfermagem da unidade de terapia intensiva de adultos de uma instituição hospitalar, localizada na cidade de Anápolis, Goiás. Tal escolha ocorreu em virtude de ser uma instituição reconhecidamente referência em qualidade de atendimento, constituída por uma equipe multidisciplinar envolvida com o processo de recuperação do cliente. Outro fator que colaborou para a escolha foi o fato de ter atuado como enfermeira nesta unidade por dois anos e ter tido a oportunidade de participar desde a montagem do mobiliário e equipamentos até a inauguração da UTI com a admissão do primeiro paciente. Somados a isso a minha atuação como docente na instituição colabora com a decisão.

A instituição representada pela coordenação de relações colocou à minha disposição toda a equipe, colaborou no sentido de divulgar entre as equipes dos diversos turnos a ciência da direção sobre o estudo que eu estava desenvolvendo; sendo assim, após o parecer favorável do CEP e pesquisa, iniciei os trabalhos.

---

Destaco ainda que a instituição é considerada referência no atendimento a clientes politraumatizados, sendo a porta de entrada para clientes de dezenove municípios com uma abrangência de 500 mil habitantes. É considerado ainda um hospital com baixa taxa de permanência e, por conseguinte com alta rotatividade, uma vez que possui apenas 82 leitos com o objetivo de encaminhar os clientes de longa permanência para a rede hospitalar do município.

O ingresso do cliente nesta unidade ocorre essencialmente por meio das viaturas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), via regulação ou por ambulância dos municípios pactuados com a cidade de Anápolis. Dentro desta perspectiva, a organização das informações permite ao corpo técnico se organizar para receber os clientes.

A UTI 1 existe desde a fundação da instituição, portanto, foi planejada dentro das normas da Portaria MS/GM nº. 3432 de 12 de agosto de 1998<sup>(99)</sup> que estabelece critérios de classificação das unidades de terapia intensiva, apresenta espaço físico adequado, respeitando os limites entre os leitos, sendo composta por doze leitos dos quais dois se destinam em tese, para clientes que necessitam de isolamento. O posto de enfermagem está localizado estrategicamente e permite a visualização da maioria dos leitos. Há que se considerar que o posto de enfermagem tem uma área restrita e que no momento de preparo de medicações ou de evoluções de enfermagem, o posto fica tumultuado pela falta de espaço. Portanto, para otimizar os procedimentos, a equipe trabalha utilizando um revezamento no preparo dos medicamentos. A equipe desta UTI é composta por: um médico intensivista, uma enfermeira, uma escriturária e de cinco a seis técnicas de enfermagem. A jornada de trabalho da equipe de enfermagem é de quarenta horas semanais.

A UTI 2 surgiu de uma reestruturação da instituição; devido à alta demanda de clientes adultos em estado crítico, a UTI Pediátrica foi redirecionada e adaptada em uma ampla enfermaria e cedeu lugar para a UTI 2, esta constituída de cinco leitos, sendo um de isolamento.

Fez parte das investigações apenas a UTI 1, visto que a UTI 2 foi implantada há dois meses e a equipe durante a coleta de dados estava em fase



de contratação. As UTI's localizam-se uma de frente para a outra, mas com total independência e equipes diferentes. O critério de admissão obedece à lotação da UTI 1 para posterior acomodação de clientes na UTI 2.

A coleta de dados aconteceu entre os meses de dezembro de 2007 a março de 2008; as observações no período diurno duravam em torno de duas horas e no período noturno em média uma hora; tal distinção deve-se à forma de divisão do trabalho estabelecida pela coordenação de enfermagem. À medida que as observações iam acontecendo, os informantes começaram a trocar experiências comigo e entre elas, num processo gradativo e enriquecedor, favorecendo a reflexão e a elaboração das experiências relacionadas ao diagnóstico. Com isso, pude aprender, rever e reestruturar meus conceitos e percepção em relação a essas pessoas, seus sentimentos e problemas, além de constatar o evidente crescimento pessoal dos participantes, tanto no plano individual como no profissional, visto que no decorrer do processo vários informantes disseram ser a primeira vez que alguém ouvia a opinião sobre um procedimento de enfermagem. Percebi então, a importância dessa relação e da reciprocidade, o que me leva a acreditar que realmente sou aceita pelo grupo sem restrições.

Para a realização das entrevistas, a coordenação de enfermagem cedia a sua sala o que permitia um ambiente tranquilo e com privacidade para os informantes. As entrevistas foram gravadas em equipamento multimídia e transcritas na íntegra. A gravação iniciava após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), teve em média duração de vinte a quarenta minutos, dependendo da liberdade em se expressar de cada informante.

Ao finalizar a coleta de dados (entrevistas e OPR), continuei a comparecer à instituição com o objetivo de confirmar alguns dados, reafirmar os significados, refletir nas interpretações e validar os achados. Mais uma vez, comprometi-me a apresentar os resultados das pesquisas para as informantes do estudo e para a direção da instituição.

---

### 3.5 Informantes

A seleção dos informantes constitui um passo importante para o sucesso da pesquisa. Estes devem ser selecionados em função da sua disposição e disponibilidade em ajudar o pesquisador. É essencial que o informante tenha capacidade de descrever sua própria experiência e conhecimento cultural. Preconiza-se que é preciso selecionar os informantes-chave, que são pessoas com maior possibilidade de fornecer informações que os demais do grupo<sup>(96)</sup>.

Os informantes-chave são selecionados de modo proposital ou intencional por terem mais conhecimento sobre o assunto que está sendo investigado; por refletirem as normas, os valores, as crenças e os estilos de vida gerais da cultura; por serem o principal recurso para checar e recheckar os dados coletados em sua relevância interna (*êmica*) e externa (*ética*), além de colaborarem mais intimamente para a consecução do rigor da pesquisa; por apresentarem interesse e disposição para ensinar o investigador, assim como por suas facilidades de expressão<sup>(89)</sup>.

Os informantes gerais são os que, comparativamente, não possuem conhecimento tão aprofundado sobre o assunto, mas têm idéias e domínio geral sobre o fenômeno sob investigação e mostram-se dispostos a compartilhar suas idéias. Usualmente, a pesquisadora inicia o estudo com informantes gerais e, progressivamente, vai elegendo os informantes-chave. Todavia, os gerais, não são consistentemente envolvidos no processo de observação participante ou em entrevistas, para obter *insights* em profundidade. Participam como 'refletores' da cultura para ajudar a confirmar as idéias dos informantes-chave<sup>(89)</sup>.

Utilizamos na seleção dos informantes-chave a amostragem proposital definida metodologicamente como aquela de escolha deliberada de respondentes, colaboradoras ou ambientes, oposta à amostragem estatística, preocupada com a representatividade de uma amostra em relação à população total<sup>(100)</sup>.

Para melhor esclarecer o leitor e visando a uma análise mais completa do grupo cultural estudado, optei pela apresentação das principais características de cada informante, identificadas por nomes fictícios, como mostra o quadro abaixo.

**Quadro 3** – Perfil das Informantes-chave, segundo idade, prática religiosa, profissão, tempo em anos de profissão e de atuação na UTI. Hospital de Anápolis, 2008.

INFORMANTE	IDADE	PRÁTICA RELIGIOSA	PROFISSÃO	TEMPO DE PROFISSÃO (ano)	TEMPO DE UTI (ano)
E1	28	Católica	Enfermeira	8	8
T2	40	Católica	Tec. Enferm.	2	1
T3	33	Evangélica	Tec. Enferm.	15	15
E4	37	Evangélica	Enfermeira	7	2
T5	26	Evangélica	Tec. Enferm.	7	2
T6	32	Evangélica	Tec. Enferm.	9	7
E7	25	Católica	Enfermeira	3	3
T8	34	Evangélica	Tec. Enferm.	14	12

Para esse estudo, foram realizadas oito entrevistas, sendo que 62% das informantes constituídas por técnicas em enfermagem. A média de idade foi de 32 anos. No que se refere ao tempo de profissão e de UTI, a média foi de oito e seis anos, respectivamente.

### 3.6 Análise dos dados

A análise dos dados constitui-se na etapa mais complexa da realização do estudo fundamentado na etnoenfermagem. Para análise dos dados, recomenda-se que a análise e a coleta de dados são processadas simultaneamente. Sua finalidade é extrair temas e obter um entendimento dos valores e crenças que guiam as ações dos indivíduos de um mesmo grupo cultural. O investigador começa a análise de dados no primeiro dia da pesquisa e continua codificando e processando, analisando todos os dados regularmente até que todos sejam coletados<sup>(101)</sup>.

---

No método etnográfico, os dados são coletados e analisados simultaneamente. A análise de dados prossegue por vários níveis, à medida que o pesquisador procura os significados culturais sobre a linguagem dos informantes<sup>(102)</sup>.

Existe um consenso entre os pesquisadores etnográficos em que a coleta e a análise de dados devem processar-se simultaneamente, num movimento espiral, com um aumento no seu nível de complexidade. Para essas autoras, durante o processo de análise dos dados, o pesquisador caminha por diversos estágios e, gradativamente, novas dimensões do conhecimento irão surgindo e conduzindo a novos questionamentos, que demandam uma coleta adicional de dados e permitem a expansão e a verificação dos resultados<sup>(103)</sup>.

A análise de dados etnográficos é um processo contínuo, cíclico e simultâneo à coleta de dados, por meio da qual são identificados os significados culturais. O etnógrafo ao escrever a etnografia, assim como um tradutor, tem duas tarefas básicas. A primeira é de penetrar na cena cultural, na linguagem e no pensamento dos nativos, compreender seus símbolos e significados. A segunda tarefa é transmitir os significados culturais apreendidos a outros leitores, que não estão familiarizados com a cultura estudada<sup>(84)</sup>.

Ao término do trabalho de campo, tinha um vasto material. A partir deste momento, foram feitas leituras exaustivas sobre os principais aspectos da narrativa, resgatando os pressupostos anteriormente descritos:

- Banho no Leito
- Significado do Corpo
- Cultura
- Relacionar a execução do banho no leito considerando os aspectos êmicos e éticos de cada informante.

Na coleta e documentação de dados brutos, o pesquisador faz a coleta e o registro dos dados (diário de campo e/ou computador); inicia a análise dos dados relacionados ao tema, objetivo ou questões do estudo<sup>(89)</sup>.

Minha primeira participação junto à equipe de enfermagem da UTI se deu de forma diferenciada por já conhecer a maioria das informantes, que considero ter sido essencial para o desenvolvimento da pesquisa.

---

---

Nesta etapa, iniciei a descrição das cenas observadas sem participação, ou seja, descrevi aspectos desde a minha entrada na UTI até a interação entre a equipe para organização dos materiais para o contato com o cliente, via banho no leito.

Após duas semanas, iniciei a observação participante limitada, foi neste momento em que comecei a interagir com a equipe de enfermagem, que compreendeu os momentos que antecedem a efetivação do banho, ou seja, a interação da equipe, a distribuição dos clientes definida pela enfermeira e a organização do material.

Passada essa etapa, emergi na equipe por meio da observação participante: esse momento me remeteu às minhas lembranças enquanto acadêmica, pois quando a enfermeira foi realizar a divisão dos clientes, solicitei a experiência de realizar o banho em parceria com a equipe e fui atendida. No primeiro momento me senti constrangida, ora me dei conta de que há exatos seis anos não mantinha esse contato com o cliente e com a equipe de enfermagem, ou seja, não realizava mais o banho no leito. Foi um momento interessante, onde pude refletir a minha prática enquanto enfermeira assistencial. Por outro lado, fui surpreendida por sentimentos de insegurança e imediatamente uma informante disse:

*“Ah! Doutora, essa eu pago pra ver, uma enfermeira dando banho no leito; meninas espiem só, a gente tem que filmar pra mostrar pras outras enfermeiras” (nota do diário de campo).*

Atuei como coadjuvante, uma vez que não queria interferir ao ponto de modificar o procedimento que as informantes realizam.

Freqüentemente, quando eu chegava no campo de coleta de dados, perguntava se elas poderiam receber minha visita, se poderia participar do banho no leito. Durante todo o período, ficava atenta à linguagem não-verbal das informantes, às falas comigo e com os demais. Dentro das possibilidades, registrava tudo. Senti dificuldades em vivenciar e descrever esse momento, como uma fase do processo da observação participante, dada a velocidade que os fatos se desenvolviam e aconteciam.

Reforço que a participação nas etapas supramencionadas subsidiou alguns momentos das entrevistas com intuito de obter a interpretação de um contexto de significados culturais.

---

---

Para garantir que os objetivos delineados, inicialmente, sejam alcançados, utilizamos dos recursos da *Grounded theory* para sistematizar o processo indutivo de análise dos dados referentes coletados com instrumentos fundamentados na etnoenfermagem. Esta adaptação tem a finalidade de reconstituir a experiência dos informantes, priorizando os processos que compõem os fenômenos da experiência da equipe de enfermagem, ao invés de centrarmos somente na descrição do cenário; entretanto, neste caso, sem perder de vista o princípio fundamental da etnoenfermagem que é: estudar fenômenos relativos ao objeto com enfoque êmico e ético.

A estratégia de utilizar a *Grounded Theory* em pesquisas etnográficas possibilita ao etnógrafo mover-se no cenário de maneira a obter mais conhecimentos acerca do processo de estudo e não sobre tópicos estanques, como: práticas religiosas e a organização de trabalho numa comunidade específica<sup>(104)</sup>. Como será visto no capítulo seguinte.

Para os idealizadores da *Grounded Theory*, essa metodologia consiste na descoberta e no desenvolvimento de uma teoria a partir das informações obtidas e analisadas sistemática e comparativamente<sup>(105)</sup>.

Para eles, a teoria significa uma estratégia para trabalhar os dados em pesquisa, que proporciona modos de conceituar para descrever e explicar<sup>(105)</sup>.

Apresentam um método de análise comparativa constante, onde o pesquisador, ao comparar incidente com incidente nos dados, estabelece categorias conceituais que servem para explicar o dado. A teoria, então, é gerada por um processo de indução, no qual categorias analíticas emergem dos dados e são elaboradas conforme o trabalho avança, uma vez que as categorias começam a emergir dos dados.

Esse é um processo descrito como amostragem teórica e o pesquisador decide que dados coletar em seguida, em função da análise que vem realizando. Nesse sentido, a amostragem adotada não é estatística, mas teórica, uma vez que o número de sujeitos ou situações que devem integrar o estudo é determinado pelo que eles denominaram de saturação teórica, ou seja, quando as informações começam a ser repetidas e dados novos ou adicionais não são mais encontrados<sup>(105)</sup>.

---

---

A análise dos dados ocorreu de acordo com o método da *Grounded Theory*, conforme as estratégias básicas apresentadas para a formação de categorias<sup>(105)</sup>.

Categorias são abstrações do fenômeno observado nos dados e formam a principal unidade de análise da *Grounded Theory*. A teoria se desenvolve por meio do trabalho realizado com as categorias, que faz emergir a categoria central, sendo geralmente um processo, como consequência da análise<sup>(105)</sup>.

As fases da análise dos dados são: descobrindo categorias, ligando categorias, desenvolvimento de memorandos e identificação do processo<sup>(105)</sup>.

O passo inicial, uma vez redigido o texto da observação ou entrevista, consistiu em quebrar os dados em pequenos pedaços, onde cada um deles representou um incidente específico ou fato. Para isso, os dados foram analisados linha por linha, e parágrafo por parágrafo, buscando incidentes e fatos. Cada incidente foi codificado como um conceito ou abstração do dado.

- Ligando categorias. Uma vez identificadas às categorias, foi efetuada nova comparação, desta vez entre categorias, o que determinou uma melhor estruturação do conceito. Deste modo, ocorreu um processo de redução das categorias, onde, pela comparação, foi identificada a idéia que melhor explicou o fenômeno daquele grupo de categorias. Foram, então, identificadas as categorias e seus componentes (ou subcategorias).

- Desenvolvimento de memorandos. O processo de construção da teoria implicou o registro do processo analítico desde o seu início, de modo a que se pudesse perceber o desenvolvimento do conceito, quase que passo a passo. Neste sentido, após a codificação inicial das primeiras observações, todas as idéias que iam surgindo em função da leitura e das próprias observações passaram a ser registradas.

- Identificação do processo. Uma vez identificadas as categorias e seus componentes, passamos a ordená-las de maneira a identificar uma que fosse central, ou melhor, aquela categoria com a qual todas se relacionavam. Para chegar a ela, foram elaborados esquemas e aplicados aos dados (novo retorno aos dados, de modo a verificar qual deles parecia melhor expressar a experiência.

---

## **CAPÍTULO 4**

---

### **OBSERVANDO-PARTICIPANDO-REFLETINDO SOBRE OS RITUAIS DE ENFERMAGEM NA UTI**

---



Neste capítulo, apresento os rituais de enfermagem, nos quais observei, participei e refleti sobre eles durante três meses de operacionalização do guia OPR, na UTI.

Com o passar do tempo, comecei a perceber que os rituais praticados na UTI, ultrapassavam ao banho no leito. Todos se relacionavam a momentos onde a equipe se reunia, anteriormente a execução do procedimento, como: passagem de plantão, café da manhã e divisão do trabalho.

Durante esse processo de reflexão, procurei suporte na literatura, para me auxiliar a compreender possíveis relações entre esses rituais e um possível processo de enfrentamento do processo de cuidar do paciente em estado crítico.

#### **4.1 Banho no leito e rituais de enfermagem**

A história das civilizações antigas como Romana, Japonesa, entre outras, cita a construção de aquedutos, termas, cisternas, fontes e banhos públicos, mantendo a cultura do ato de banhar-se, que constituía em acontecimento social, salientando o uso de águas termais, massagens e até banho no leito de maneiras diversificadas de cuidados corporais<sup>(39,106,107,108)</sup>.

Já na Idade Média, houve um largo período de tempo em que as civilizações descuidaram-se da higiene corporal, reduzindo ou abolindo os banhos. Fala-se até que, seja pelas experiências químicas como a utilização do álcool pelos árabes, houve a adição da fabricação de perfumes o que de certa forma, substituía a higiene corporal. Entretanto, felizmente, surgiu nova preocupação com o retorno dos banhos, o que perdura até nossos tempos<sup>(108)</sup>.

No que se refere aos rituais em enfermagem, a primeira descrição foi apresentada no início da década de 60. Neste período, foram descritos os rituais da enfermagem em uma instituição hospitalar de ensino inglesa, envolvendo a maioria dos enfermeiros, entre eles, os cirúrgicos. Com base na perspectiva psico-analítica e etnográfica, a autora considera que os rituais na enfermagem são importantes e sagrados, pois mantêm a coesão social entre os profissionais. Além disso, o ritual relaciona-se com os mecanismos de defesa contra o estresse

---

do trabalho. A autora identificou como principais conflitos cotidianos do enfermeiro que levam ao estresse: o estereótipo do enfermeiro relacionado ao gênero feminino; a sua apresentação ora como anjo inocente, ora como símbolo sexual; o trabalho não bem remunerado e de baixo status social; o histórico e conflituoso relacionamento entre enfermeiros e médicos (subordinação das ações de enfermagem às ordens médicas, comunicação linear e ascendente entre eles); a necessidade de aprimoramento profissional para acompanhar e atuar com os avanços tecnológicos e terapêuticos; a responsabilidade de coordenar um grupo de profissionais nem sempre preparado, muitas vezes desmotivado e de promover a educação continuada; a responsabilidade pelo gerenciamento da assistência ao paciente, porém, afastado do cuidado; a falta de recursos materiais e humanos para a promoção da assistência com qualidade; e as pressões financeiras e estruturais da organização sob a enfermagem. Para a autora, esses conflitos favorecem o desenvolvimento de normas de comportamento e interferem na capacitação simbólica dos profissionais e dos alunos de graduação em enfermagem, impedindo que eles atuem conscientemente<sup>(109)</sup>.

As técnicas de enfermagem se constituíram em rituais de neutralização do corpo. Estes se efetivaram por meio da manipulação asséptica do corpo cuidado ao transformar o toque num detalhe frio e repetitivo da técnica em si e pelo controle emocional, demarcando assim o comportamento do enfermeiro (a) no desenvolvimento de sua prática assistencial<sup>(110)</sup>.

O percurso em direção ao tornar-se paciente inicia com um banho, uma simbolização ao desapego a tudo que fica lá fora, à outra vida, o que prossegue com o vestir a roupa do hospital; com o ato de se desfazer de seus objetos pessoais; ser objeto de uma ficha médica e alvo de determinadas atribuições que outros estabelecem; não ter direito à correspondência privada; ter um lugar e hora certa para cada atividade — momento de calar e falar, de dormir e comer, até mesmo ficar sem comer, entrar e sair — ter atribuições quanto à limpeza e ordem na enfermaria<sup>(111)</sup>. Tal fato pode ser constatado por um diálogo entre uma técnica em enfermagem e o paciente:

---

*O paciente: - Não quero tomar banho, estou com muita dor, quero remédio pra dor.*

*A técnica responde: - A medicação já foi feita, daqui a pouco faz efeito. Mas o Sr. precisa tomar banho. Eu vou dar o banho bem devagar e depois o Sr. vai ficar mais relaxado pra dormir; porque agora é hora do banho! (nota do diário de campo)*

Deve-se considerar que a enfermagem especializada em terapia intensiva requer dois aspectos: imediatismo e similaridade. O *imediatismo* está relacionado à rapidez nos processos cognitivos que antecedem e permeiam a execução de uma ação/intervenção. Mantém estreita relação com as características de instabilidade e variabilidade das condições clínicas dos pacientes. A *similaridade* implica o conjunto de atividades que são semelhantes, “(...) *relativamente imutáveis*” e operacionalmente repetitivas<sup>(112)</sup>. No cotidiano da equipe de enfermagem representado pelas rotinas e rituais na execução dos procedimentos, que podem ser exemplificados a partir de horários pré-estabelecidos para a administração de medicamentos, mudanças de decúbito e horário para iniciar e finalizar o banho no leito.

A higiene corporal é uma necessidade humana básica da maior importância, tanto para pessoas saudáveis quanto para doentes que necessitam de repouso absoluto, ou seja, que estão sem capacidade para se locomover. O fato de o indivíduo estar doente pode levar a uma diminuição da resistência às infecções e, o fato de estar em um ambiente hospitalar, onde a presença de bactérias patogênicas é comum, acarreta risco constante de adquirir uma infecção.

A limpeza da pele durante uma doença é mais importante do que no estado normal. A pessoa confinada ao leito está privada do exercício físico, que serve para estimular a circulação. Portanto, o banho com a fricção cutânea estimula a circulação, substituindo o exercício, um dos fatores essenciais na manutenção da saúde, além de conservar o paciente sempre limpo e confortável<sup>(113)</sup>.

Todo paciente internado necessita de algum tipo de banho, e a escolha é, quase sempre, uma decisão da enfermagem. A enfermagem deve considerar a força, as condições e o grau de dependência do paciente. Pode ser indicado banho no leito, de imersão (banheira) ou chuveiro<sup>(114)</sup>.

---

*“ Paciente consciente e em condições de banho de aspersão, o mesmo é encaminhado ao banheiro na cadeira de rodas, própria para o banho. O paciente quando retorna do banho fala: - Finalmente, eu tomei um banho de verdade”. (notas do diário de campo)*

Há um entendimento entre os enfermeiros de que os rituais dão um sentido de continuidade, favorecendo que as regras e os procedimentos sejam seguidos em qualquer contexto de cuidado à saúde<sup>(115)</sup>.

Em defesa dos rituais na enfermagem<sup>(116,117)</sup>, considera-se que eles são históricos e importantes para manter o papel profissional. Afirmam que, embora eles não sejam baseados em princípios científicos, os rituais englobam conhecimentos do ser humano e os enfermeiros expressam esses conhecimentos pela arte de cuidar.

Entretanto, a ação ritual implica implementar uma tarefa sem problematizá-la<sup>(115)</sup>. Os rituais distanciam o enfermeiro do paciente, ajudam a manter a estrutura hierárquica do seu poder sobre os outros membros da equipe de enfermagem, enaltecem o modelo funcional de assistência e potencializam uma cultura opressiva<sup>(118,119)</sup>.

O banho, além de oferecer à enfermagem uma de suas maiores oportunidades para conhecer seu paciente, identificar seu estado emocional e suas necessidades, possibilita também verificar as condições da pele, as áreas que estão sofrendo pressão, além de ouvir queixas de dores e desconforto. A higienização da pele é de grande valia para o organismo como um todo<sup>(120,121,122)</sup>.

A manutenção da higiene corporal do paciente acamado é importante por várias razões: em primeiro lugar, sob o ponto de vista de evitar infecção cruzada ou do próprio paciente, pelo fato de este estar mais vulnerável a doenças; uma segunda razão, que não pode ser desprezada, é contribuir para a manutenção do conforto e auto-estima do paciente; ainda enfatiza que a maioria das pessoas em nossa sociedade valoriza a higiene pessoal como aspecto importante na maneira pela qual se apresenta aos outros; portanto, qualquer queda nos padrões de aparência, enquanto no hospital pode causar ao paciente embaraço ou mesmo depressão severa. Por outro lado, uma minoria dos pacientes normalmente prefere não tomar banho com frequência. Esta atitude negativa, além de trazer riscos de infecção cruzada, ainda poderá causar

---

desconforto físico, diminuição da importância dada à auto-imagem ou até provocar rejeição pelos outros<sup>(123)</sup>.

Concorda-se aqui que a equipe de enfermagem atribui sentidos diversos ao que faz, principalmente, por haver uma separação entre o cuidar do enfermeiro e o cuidar do técnico em enfermagem; no entanto, ambos utilizam o conhecimento êmico e ético, ou seja, tem como referência o mundo constituído em suas experiências pessoais e profissionais.

A forma de organização do trabalho está diretamente relacionada ao processo de cuidar de clientes internados na unidade de terapia intensiva. A seguir apresento as etapas realizadas pela equipe de enfermagem, as relações de trabalho, a distribuição de tarefas e ainda como se organiza e se concebe o banho no leito.

#### ***4.1.1 O ritual de passagem do plantão***

O momento da passagem de plantão envolve vários sentimentos, tais como: ansiedade, necessidade de descanso, responsabilidade em repassar as informações importantes para o cuidado do paciente, além da sensação de dever cumprido. O ritual acontece três vezes em vinte e quatro horas, uma vez que a escala de trabalho é de seis horas diárias e doze horas no turno noturno.

A passagem de plantão acontece na maioria das vezes de dez a quinze minutos antes do horário oficial estabelecido, ou seja, antes das sete, das treze ou das dezenove horas. A equipe de enfermagem meia hora antes da troca de plantão, se reveza para substituir o unissex (roupa utilizada como paramentação da UTI) pela roupa de ir para casa e sistematicamente passa o plantão de jaleco branco.

O ritual de passagem do plantão se processa de três formas:

1 – Passagem de plantão entre os técnicos – acontece sempre em beira leito, a técnica promove uma leitura assistemática do prontuário, as informações repassadas não seguem um padrão, cada técnica repassa o que

---

julga importante, o foco é a doença, envolvendo detalhes sobre sinais vitais, destaque especial para a temperatura, eliminações fisiológicas e quantidade de droga a ser infundida na bomba de infusão. É comum, a medicação da bomba de infusão acabar durante a troca de plantão, nesses casos, a droga é substituída por solução fisiológica até o término da passagem do plantão. Este ritual é antecedido por conversas cordiais sobre a vida pessoal da equipe e dura em média dez minutos. Grande parte da equipe sai apressadamente para outra jornada de trabalho, seja em casa com os filhos ou para outra instituição de saúde. A preocupação com o horário é deflagrada por frases, como:

*“Vamos logo, senão perco o ônibus. Se demorar, vou acabar perdendo a minha carona. - Tá bom, qualquer dúvida, eu escrevi tudo no prontuário”.*  
(Notas do diário de campo).

2 – Passagem de plantão entre enfermeiros – esta é dividida em dois momentos, sendo um de cunho administrativo, onde são repassadas informações como materiais com defeito, falta e/ou reposição de insumos e medicamentos (principalmente psicotrópicos), comunicados e etc. O outro momento é de cunho assistencial, este inicia-se com descrição sistemática de comprometimentos no sentido céfalo-caudal, em seguida, a enfermeira relata os cuidados prestados relativos a curativos, sondas e balanço hídrico. Rotineiramente a enfermeira informa sobre quais pacientes receberam o banho no leito, além de alguma orientação repassada pelo médico. A passagem do plantão é sempre realizada em beira leito, as enfermeiras levantam o lençol do cliente e observam as condições de higiene, avaliam os acessos venosos. Há uma tentativa em transpor o modelo biomédico por meio da ênfase no processo de cuidar. Para apresentação das informações, elas utilizam um livro ata que registra as informações dos clientes em forma de evolução de enfermagem. O ritual aqui se processa sem pressa, as enfermeiras usualmente chegam pontualmente e repassam o plantão calmamente, não há preocupação excessiva com a hora, freqüentemente, elas permanecem por alguns minutos na unidade fechando o relatório no livro ata.

---

3 – Passagem de plantão entre os médicos – A passagem do plantão acontece a cada doze horas, os atrasos excedem os quinze minutos. O médico que está de saída apresenta-se ansioso com o horário e conseqüentemente isso interfere no tempo de passagem de plantão, que freqüentemente é encurtado. As informações são repassadas em beira leito e tradicionalmente seguem o modelo biomédico. Há uma cordialidade entre médicos, porém, eles não se alongam na conversa. O medico que recebe o plantão usualmente confere se as prescrições foram feitas, pois na rotina do serviço o plantonista da noite é responsável por fazer as prescrições médicas dos clientes. Destaca-se que a prescrição e evolução médica são feitas no computador. Durante a passagem de plantão, freqüentemente, os médicos solicitam que as técnicas façam a aspiração de secreção dos pacientes.

#### **4.1.2 O ritual do café da manhã**

Imediatamente à passagem do plantão, a equipe organiza por afinidade, uma escala virtual para ir tomar café no refeitório. Este é um momento sagrado que pode ser retardado, mas que jamais deixa de acontecer. A enfermeira se reveza a cada plantão entre os grupos que vão para o refeitório.

Para que não haja atrasos no café da manhã, a equipe recebe e passa o plantão com roupa comum. O café da manhã é servido das sete às oito horas para os funcionários do plantão diurno. Para os profissionais do plantão noturno, o café é servido entre cinco e seis horas. O controle é feito com a utilização de uma catraca, onde o profissional coloca a digital para ter acesso.

O café da manhã representa um momento de descontração, é um momento de confraternização, uma vez que é um encontro entre os diversos setores do hospital. Usualmente as equipes das UTI's de adultos e da UTI pediátrica sentam-se em mesas próximas.

A afinidade entre as equipes extrapola o ambiente hospitalar, as técnicas em enfermagem freqüentemente se encontram fora deste ambiente e promovem lanches, churrascos, dentre outros.

---

No café da manhã, é servido diariamente pão, bolacha de maisena, café, leite e chá. Após se servirem, as técnicas iniciam uma conversa em que normalmente abordam assuntos pessoais, como filhos, maridos, namorados e, em alguns momentos, comentam sobre fofocas que envolvem a equipe do hospital. Este ritual tem duração média de vinte minutos o que compreende a chegada no refeitório, a ingestão do café da manhã.

Por diversas vezes, participei do ritual do café da manhã para compreender seu significado e percebi que ele é considerado uma atividade para a redução do estresse promovido por um ambiente fechado de alta complexidade, isso pode ser traduzido pela fala de uma técnica em enfermagem: *“não, primeiro a gente vai tomar café da manhã, saco vazio não pára de pé (Notas do diário de campos)”*.

#### **4.1.3 O ritual de divisão do trabalho**

Ao analisar a atividade, devem-se considerar as características de cada membro da equipe de enfermagem e o ambiente, esta interação é resultado do trabalho.

O trabalho em terapia intensiva dificilmente pode ser executado de forma individual, portanto, divisões são feitas na tentativa de equilibrar as relações.

Tanto no turno diurno quanto noturno, a enfermeira representa o topo da hierarquia, sendo ela a responsável por avaliar os clientes e fazer a divisão dos leitos, para isso, avalia a complexidade de cuidados a que cada cliente será submetido e busca de forma equitativa distribuí-los entre as técnicas em enfermagem.

Outra estratégia utilizada na divisão do trabalho é o rodízio de clientes a cada plantão, levando em consideração o nível de consciência, capacidade de movimentos, além de gravidade do quadro clínico.

Na terapia intensiva, a enfermeira assume um papel mais próximo do cuidar, uma vez que a instituição normatiza de acordo com o Regulamento de Enfermagem, os procedimentos exclusivos dos enfermeiros, tais como: sondagens, coleta de gasometria, realização de curativos, dentre outros. Neste

---



contexto, o enfermeiro por diversas vezes sente-se sobrecarregado e vive o dualismo entre a prática assistencial e a prática gerencial. O processo de tomada de decisão compete ao enfermeiro, e este, por várias vezes, embute sentimentos que oscilam entre o peso da responsabilidade e o cansaço.

*A enfermeira diz: - Hoje está difícil selecionar o menos grave, porque 10 pacientes estão gravíssimos, mas vamos lá! Ela se direciona à equipe e faz a divisão do trabalho. (nota do diário de campo)*

As equipes de todos os turnos sentem-se satisfeitas por atuarem na UTI, elas ressaltam que é um ambiente organizado, seguro para o paciente e completo em tecnologias que sustentam a prática do cuidar.

As relações entre as equipes extrapolam o ambiente hospitalar, há um sentimento de companheirismo e solidariedade; segundo elas, quem não se enquadra nestas características tem vida curta na terapia intensiva.

Apesar de haver uma sintonia entre a equipe, é visível que elas trabalham, descansam, tomam café ou jantam com o grupo de afinidade; quando este ritual é interrompido, a equipe normalmente reage negativamente, ou seja, quem não participou de uma dessas etapas com sua dupla de afinidade sente-se momentaneamente excluída. O mesmo acontece na execução de procedimentos como o banho no leito.

O plano de cuidados é discutido entre a enfermeira e a técnica e, às vezes, com a interferência do médico. Embora haja essa dinâmica, as técnicas em enfermagem sentem-se livres para definir ou mudar o planejamento da assistência, às vezes utilizando o conhecimento ético, outras vezes aplicando o conhecimento técnico. O limitador da assistência restringe-se aos horários de: mudança de decúbito, medicações, sinais vitais e principalmente, a realização do banho no leito, visto que é uma atividade que demanda tempo.

Num dia normal de trabalho, o período matutino ocupa-se de inúmeros procedimentos, como: reposição de material, conserto de equipamentos ou estruturais; o processo de cuidar com banhos, sondagens, instalação de dietas, entre outros. O período vespertino ocupa-se da organização para receber a visita dos familiares. O período noturno ocupa-se da manutenção dos cuidados por um longo tempo, o que exige preparo do próprio corpo em manter-se acordado e atento às intercorrências.

---

## **CAPÍTULO 5**

---

### **APRESENTANDO A EXPERIÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, ACERCA DO BANHO NO LEITO NO CENÁRIO DE UMA TERAPIA INTENSIVA**

---

## **5.1 Apresentando os fenômenos**

Os fenômenos serão apresentados, em forma de diagramas e quadros, descrevendo os conceitos que emergiram da experiência, segundo os componentes que compõem o processo: temas, categorias, subcategorias e elementos que determinaram os cinco fenômenos:

FENÔMENO A. Considerando a UTI, como um cenário que ultrapassa a finalidade de atender a pessoa em estado crítico

FENÔMENO B. Repensando a assistência de enfermagem integral, depois de se priorizar o dimensionamento de recursos humanos da UTI

FENÔMENO C. Considerando a Educação Continuada não operante uma condição que suscetibiliza a equipe de enfermagem a incorporar o conhecimentoêmico à sua práxis

FENÔMENO D. Entre condutas éticas e não-éticas: o desafio de se respeitar o corpo como princípio agregado ao banho no leito

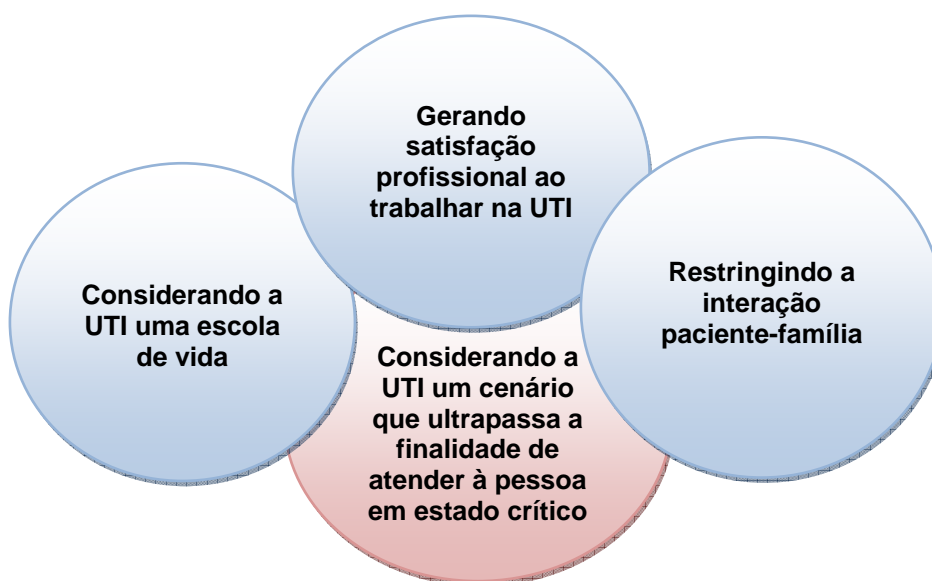
FENÔMENO E. Recomendando o banho no leito molhado, como um ritual de enfermagem ético e terapêutico, transcendente às necessidades do corpo do paciente em estado crítico

Ressalto que os quadros dispostos no anexo 4 apresentam os códigos decorrentes do processo de codificação das entrevistas, agrupados em seus respectivos componentes. Os códigos alfa numéricos representam: E=enfermeiro, T= técnico de enfermagem, primeiro algarismo=classificação numérica do informante, segundo algarismo=alocação do código segundo a pagina da entrevista transcrita.

---

## FENÔMENO A. CONSIDERANDO A UTI UM CENÁRIO QUE ULTRAPASSA A FINALIDADE DE ATENDER A PESSOA EM ESTADO CRÍTICO

É um cenário que ultrapassa a finalidade de atender ao paciente em estado crítico, quando compreendido como um local sagrado, ou seja, inviolável, que inspira respeito religioso e veneração, conferindo a oportunidade, ao paciente e à enfermagem de renovar virtudes e valores, a partir de processos reflexivos evocados pelo sofrimento do moribundo. Trata-se de um ambiente que confere status ao profissional, por ser entendido como um lugar de intensa valorização das habilidades técnicas específicas que restringe a interação paciente-família. Este fenômeno agrega três temas: considerando a UTI uma escola de vida, gerando satisfação profissional ao trabalhar na UTI e considerando a UTI um cenário que limita a interação paciente-família (Diagrama 1 e 5).

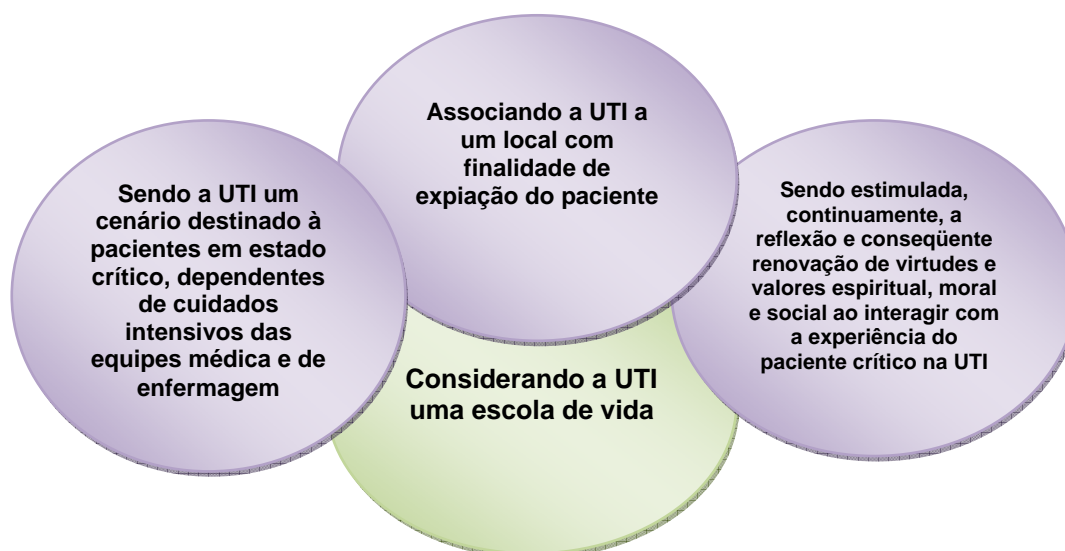


**Diagrama 1. Fenômeno A** – Considerando a UTI um cenário que ultrapassa a finalidade de atender à pessoa em estado crítico: temas.

---

### **Tema A1. Considerando a UTI uma escola de vida**

Permite a vivência de um processo de enfrentamento empreendido pela enfermagem da UTI, mediante a interação com o sofrimento do paciente durante a assistência a ele promovida, emergindo uma nova finalidade da UTI, a de renovação tanto do paciente quanto da equipe de enfermagem. Representação esta que abranda a imagem de espaço agressivo e pouco acolhedor, mediante as características do paciente em estado grave que designa atender. Ao interagir com a experiência de sofrimento do paciente, durante o cuidado, a enfermagem a interpreta como um momento que todos os seres humanos têm que passar (rito de purificação), na qual a equipe não tem controle, pois os limites entre a vida e a morte são fenômenos determinados por um ser sobrenatural, onisciente e onipotente. Esta compreensão acaba, concomitantemente, promovendo uma renovação continuada de virtudes e valores espiritual, moral e sociais, mediante estímulo reflexivo sobre a vida e consequência dos atos de cada pessoa que interage durante o cuidado com o paciente grave e em estado de sofrimento na UTI. Este tema reúne três categorias: sendo a UTI como um cenário destinado a pacientes em estado crítico, dependentes de cuidados intensivos das equipes médica e de enfermagem; associando à UTI a um local com a finalidade de expiação do paciente; sendo estimulada, continuamente, a reflexão e consequente renovação de virtudes e valores espiritual, moral e social ao interagir com a experiência do paciente crítico na UTI (Diagrama 2).



**Diagrama 2. Tema A1 – Considerando a UTI uma escola de vida: categorias**  
**Categoria A1.1. Sendo a UTI um cenário destinado a pacientes em estado crítico, dependentes de cuidados intensivos da equipe médica e de enfermagem**

Configura-se no espaço onde se promovem cuidados intensivos, de alta complexidade, destinados a pacientes que se encontram em estado grave, demandando alto grau de dependência de cuidados da equipe médica e de enfermagem, principalmente, provido de um sistema de vigilância contínuo e rigoroso, assumido pela enfermagem (Quadro 4).

*“... Eu vejo a UTI como um lugar altamente especializado, para atender aos pacientes graves. Também, serve para evitar que alguns pacientes fiquem graves, como no infarto, por exemplo.” (E1-1)*

*“... Depois de tantos anos de dedicação na UTI, eu só posso dizer que é um lugar de cuidados intensivos e complexos para os pacientes...” (T8-40)*

*“... É um lugar que exige uma atenção redobrada”. (E4-18)*

*“É um lugar... aonde o paciente já é um paciente crítico que, precisa mais da gente do que tudo, tanto médico, mas é mais parte da enfermagem. A gente que passa a maior parte do tempo junto, dando cuidado, então é um ambiente assim relativo, mas que precisa da gente estar ali o tempo inteiro, prestando cuidados e eles. Estão ali na dependência da gente para tudo. É um ambiente que às vezes é hostil para o paciente [...]” (T3-12)*

**Categoria A1. 2. Associando a UTI a um local com a finalidade de expiação do paciente.**

É uma estratégia de enfrentamento utilizado pela enfermagem para continuar trabalhando na UTI, num cenário que se configura como hostil mediante o processo de sofrimento, vivenciado pelo paciente e compartilhado com a equipe, no momento do cuidado. A UTI se apresenta como a última oportunidade oferecida ao indivíduo que se encontra em estado grave, com poucas chances de sobrevivência, configurando-o, muito mais próximo da morte do que da vida.

---

Desta maneira, quando em face do sofrimento do paciente, a enfermagem passa a compreender aquela experiência dolorida como um momento de renovação, que todos os seres têm que passar antes da morte (Quadro 5).

*“Estou aqui há dois anos e realmente aqui é uma escola de vida porque tudo se iguala aqui, os pacientes se sentem sozinhos, abandonados, a UTI na visão dos pacientes significa o purgatório que tem que se passar antes de morrer...” (E4-18)*

### **Categoria A1.3. Sendo estimulada, continuamente, a reflexão e conseqüente renovação de virtudes e valores espiritual, moral e social ao interagir com a experiência do paciente crítico na UTI.**

É um mecanismo de enfrentamento utilizado pela equipe de enfermagem ao interagir com o sofrimento vivenciado pelo paciente na UTI, interpretando-o como uma manifestação evocativa, ou seja, um estímulo presente pelo exercício da imaginação, levando-a a refletir, continuamente, sobre a vida e as conseqüências dos seus próprios atos que possibilitam a retroalimentação de seus valores e virtudes espiritual, moral e sociais (Quadro 6).

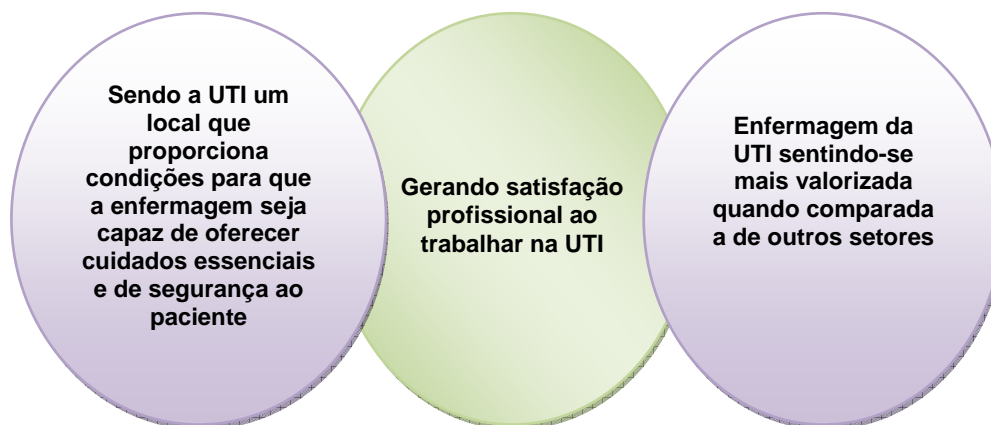
*“Pra mim, a UTI é um ambiente sagrado, é um local de trabalho que todo dia recebe pessoas em estado gravíssimo, a maioria sem chances de sobreviver. É um local que nos faz pensar na vida, e nas conseqüências de nossos atos. Lá, não há diferenciação entre pobre e rico, é um lugar que coloca todo mundo na mesma condição. [...] É um local que nos faz pensar na vida, e nas conseqüências de nossos atos... Aqui, percebemos e renovamos a nossa fé, porque nós sabemos que pouco interferimos no destino das pessoas.” (E7-5)*

### **Tema A2. Gerando satisfação profissional ao trabalhar na UTI**

Retrata a UTI como uma das unidades mais atrativa para se trabalhar do hospital, por ser avaliada pela enfermagem como um cenário que reúne as melhores condições estruturais, de recursos humanos e materiais, consideradas essenciais para se oferecer uma assistência de acordo com as necessidades do paciente. Ademais, confere ao profissional que lá trabalha ou vier a trabalhar o reconhecimento de se constituir competente para desempenhar o seu papel em qualquer outro setor. Reúne duas categorias: sendo a UTI um local que

---

proporciona condições para que a enfermagem seja capaz de oferecer cuidados essenciais e de segurança ao paciente, enfermagem da UTI sentindo-se mais valorizada quando comparada a de outros setores (Diagrama 3).



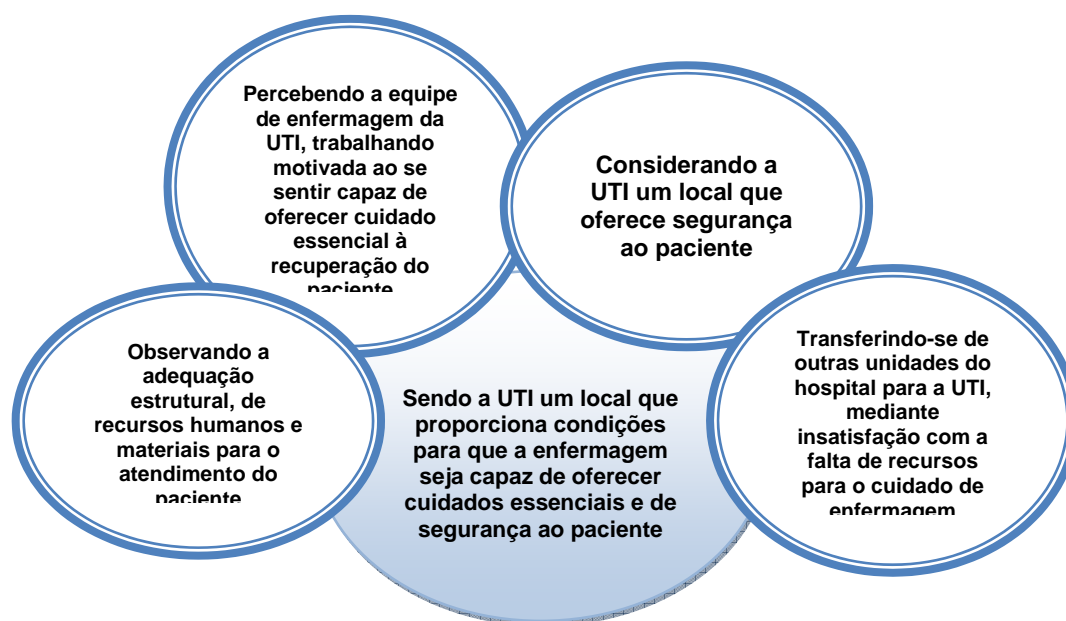
**Diagrama 3. Tema A2 – Gerando satisfação profissional ao trabalhar na UTI: categorias**

**Categoria A 2.1. Sendo a UTI um local que proporciona condições para que a enfermagem seja capaz de oferecer cuidados essenciais e de segurança ao paciente**

As condições proporcionadas para que a enfermagem seja capaz de atender as necessidades essenciais do paciente, conferindo ao mesmo segurança, como condição de recuperação é uma das razões que mantém a enfermagem estimulada a continuar a trabalhar, bem como transforma a UTI, como um dos setores mais atrativos da Instituição para a enfermagem trabalhar. Essas condições são manifestas por meio de quatro subcategorias: observando a adequação estrutural, de recursos humanos e materiais para o atendimento do paciente; percebendo a equipe de enfermagem da UTI, trabalhando motivada ao se sentir capaz de oferecer cuidado essencial à recuperação do paciente; considerando a UTI um local que oferece segurança ao paciente; transferindo-se de outras unidades do hospital para a UTI, mediante insatisfação com a falta de recursos para o cuidado de enfermagem (Diagrama 4).

---





**Diagrama 4. Categoria A2.1.** Sendo a UTI um local que proporciona condições para que a enfermagem seja capaz de oferecer cuidados essenciais e de segurança ao paciente: subcategorias

**Subcategoria A2.1.1.** Observando a adequação estrutural, de recursos humanos e materiais para o atendimento do paciente

Percebe-se que a UTI é avaliada pela equipe de enfermagem como uma unidade do hospital melhor provida de estrutura física, de recursos humanos, tanto na área médica, quanto de enfermagem, bem como de materiais permanentes e de consumo, garantindo o cuidado essencial, ininterruptamente, para a recuperação do paciente (Quadro 7).

*“... Aqui a UTI é bonitinha. É novinha, bem equipada. As paredes são limpinhas. É um ambiente agradável para a gente que trabalha aqui...”  
(E7-5)*

*“... É também um lugar de alta complexidade, onde a enfermagem policia o paciente o tempo todo, cuida direitinho, é também aqui que tem todas as modernidades tecnológicas. É um lugar que só trabalha quem gosta, porque aqui a gente trabalha mais que em qualquer outro lugar.*

*Quem entra aqui tem certeza que vai ser tratado da melhor forma, com remédios e com os cuidados de enfermagem...” (T6-34)*

**Subcategoria A2.1.2** Percebendo a equipe de enfermagem da UTI, trabalhando motivada ao se sentir capaz de oferecer cuidado essencial à recuperação do paciente

Denotam os comportamentos de satisfação, expressos pelos membros da equipe de enfermagem, ao se sentirem capazes de promover o cuidado essencial para a recuperação do indivíduo, mediante a adequação estrutural, de recursos humanos, tanto na área de enfermagem quanto médica, bem como de materiais disponibilizados pela instituição. Trata-se de um processo retroalimentador, para que cada elemento da equipe justifique para si próprio a sua permanência na UTI (Quadro 7).

*“... (Comecei a trabalhar em outro local do hospital), mas meu sonho sempre foi a UTI, área fechada. No (outro local) não tem os cuidados da UTI, aqui a cama é adequada para o cuidado. Então, eu vejo a UTI como o lugar dos cuidados essenciais para o paciente: medicação de horário, virar decúbito. Aqui tem todos os parâmetros para o cuidado. Aqui é um trabalho gratificante porque o paciente chega ruim e sai... Quando sai, sai melhor...” (T2-26)*

**Subcategoria A2.1.3.** Considerando a UTI um local que oferece segurança ao paciente

Significa a concepção de UTI como um local do hospital em que o paciente está mais protegido, mediante qualquer instabilidade e agravamento de seu estado de saúde (Quadro 7).

*“... E também um lugar fechado parece uma caixa, então é protegido o paciente fica seguro, nada acontece sem a gente ver logo. E um lugar que a tecnologia é desenvolvida para o paciente melhorar logo...” (T8-40)*

**Subcategoria A2.1.4.** Transferindo-se de outras unidades do hospital para a UTI, mediante insatisfação com a falta de recursos para o cuidado de enfermagem.

---

Significa que um dos fatos que faz os membros da equipe de enfermagem de outros setores do hospital a se mobilizarem para a UTI é o de serem capazes de oferecer cuidados essenciais e adequados, de acordo com as necessidades dos pacientes, mediante os recursos disponíveis (Quadro 7).

*“... A UTI é o lugar que eu sempre quis trabalhar depois de formada, porque é um lugar organizado, espaçoso, arejado, reservado aos olhos dos outros, é lugar que o paciente tem privacidade, não fica exposto ao olhar de todo mundo. É um lugar rico em tecnologias que podem ser decisivas na recuperação do paciente. Eu vejo a UTI como o útero de uma mãe na gestação, porque ambos são seguros, eu creio que todo mundo torce pela recuperação do paciente e que todos os esforços da equipe de enfermagem e médica são para o restabelecimento do paciente. A UTI daqui tem todos os recursos necessários desde mão-de-obra qualificada até a estrutura...” (E4-17)*

### **Categoria A2.2.** Enfermagem da UTI sentindo-se mais valorizada quando comparada à de outros setores

É a percepção dos membros da equipe de enfermagem da UTI relativa ao reconhecimento de suas competências e habilidades desenvolvidas no campo, possibilitando-lhes trabalhar em qualquer outro setor do hospital. Fato este que confere um status diferenciado (Quadro 8).

*“... A UTI tem um efeito interessante. Hoje, vejo que nós temos um status diferenciado, somos consideradas melhores que os enfermeiros dos outros setores; a todo instante ouvimos alguém falar que quem trabalha na UTI, trabalha bem em qualquer lugar...” (E4-18)*

### **Tema A3.** Considerando a UTI um cenário que limita a interação paciente-família.

Significa um dos pontos considerado negativo pela equipe de enfermagem e está relacionada às restrições imposta à família, por meio de horários de visitas breves, fato mais sentido pelos pacientes conscientes. A razão de se manter a família distante da UTI é justificada na prevenção de infecção hospitalar (Quadro 9).

*“... os pacientes (da UTI) se sentem sozinhos, abandonados... e quando chegam aqui, conversamos com a família e com o paciente e falamos*

---

que, apenas cuidamos para que o paciente possa ir embora daqui bem ou o menos seqüelados possível.” (E-18)

“A UTI... é um lugar onde os pacientes são bem mais atendidos, [...], porém, tem um pequeno detalhe ... desfavorável. É o fato deles ficarem longe da família, às vezes nem são todos os pacientes que ficam inconscientes e entubados. Os conscientes e orientados sentem falta da família e o tempo de visita é curto para evitar infecção.” (T5-30)

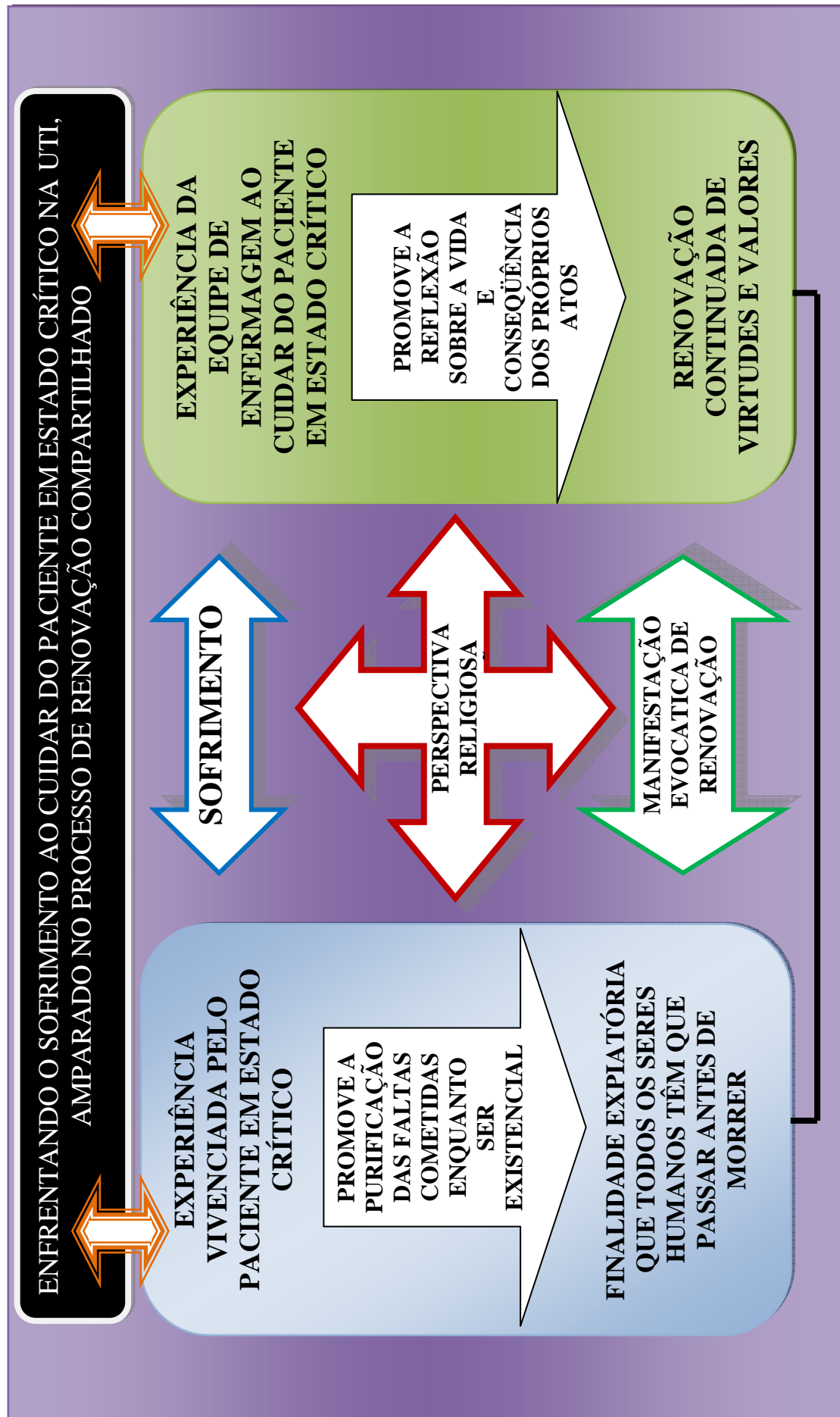
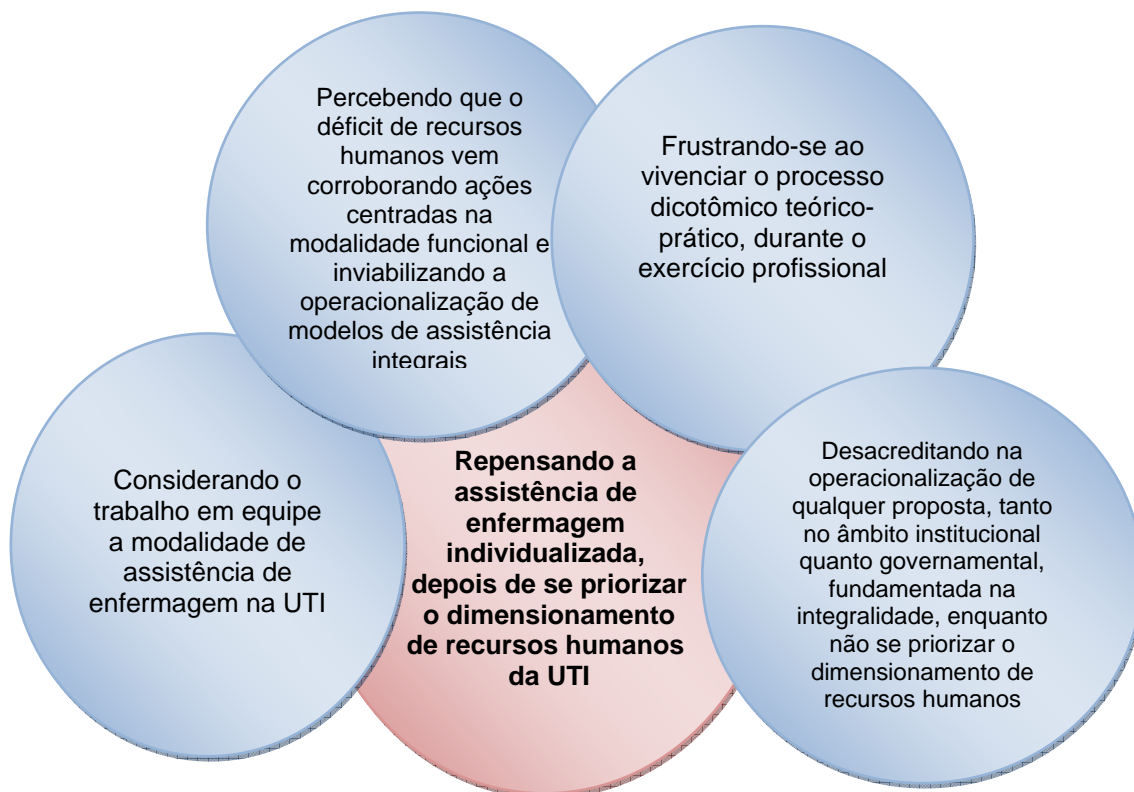


Diagrama 5 – Considerando a UTI um cenário sagrado, com papel de escola de vida para o paciente e equipe de enfermagem.

## **FENÔMENO B. REPENSANDO A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM INTEGRAL, DEPOIS DE SE PRIORIZAR O DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DA UTI**

Significa a tomada de consciência da equipe de enfermagem, que, para se tornar viável qualquer proposta de assistência de enfermagem, fundamentada na integralidade, seja ela institucional ou governamental, torna-se necessária primeiramente a realização de um processo de redimensionamento de recursos humanos. A experiência demonstra o déficit de recursos humanos, constituindo-se no principal elemento que fomenta ações centradas na modalidade funcional, inviabilizando a operacionalização de modelos integrais de assistência. Este processo faz com que o enfermeiro se sinta frustrado ao se deparar com a dicotomia teórico-prática, mediante uma práxis centrada em rotinas, ao invés de se levar em consideração as necessidades da pessoa, para a qual foi formada. Desta maneira, um dos componentes que impulsiona a equipe de enfermagem a recriar a cada dia o procedimento banho no leito é a falta de recursos humanos. Este fenômeno reúne quatro temas: considerando o trabalho em equipe a modalidade de assistência de enfermagem na UTI; percebendo que o déficit de recursos humanos vem corroborando ações centradas na modalidade funcional e inviabilizando a operacionalização de modelos de assistência integrais; frustrando-se ao vivenciar o processo dicotômico teórico-prático, durante o exercício profissional; desacreditando na operacionalização de qualquer proposta, tanto no âmbito institucional quanto governamental, fundamentada na integralidade, enquanto não se priorizar o dimensionamento de recursos humanos (Diagrama 6).

---

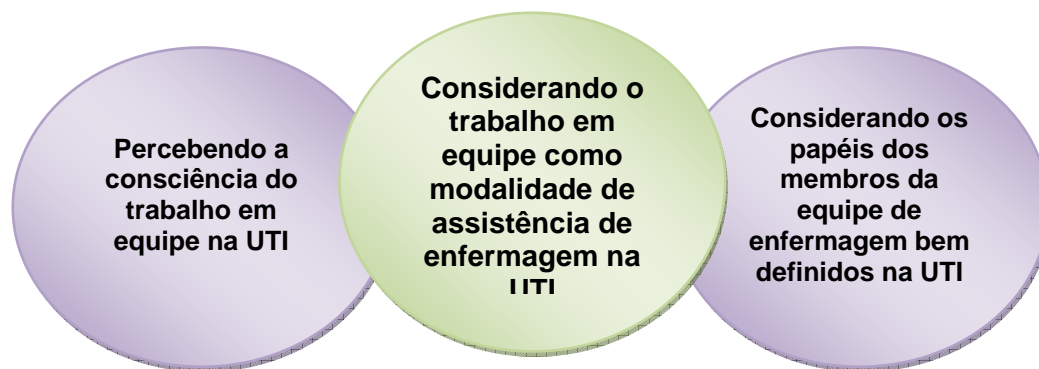


**Diagrama 6. Fenômeno B** - Repensando em assistência de enfermagem individualizada na UTI, depois de se priorizar o dimensionamento de recursos humanos: temas

**Tema B1. Considerando o trabalho em equipe a modalidade de assistência de enfermagem na UTI.**

O trabalho em equipe é percebido como uma estratégia de suavizar a prática da assistência de enfermagem na terapia intensiva. A divisão das atribuições é bem definida, promovendo uma cumplicidade no cuidado, permitindo aos membros da equipe de enfermagem um momento de troca de experiências, tendo como produto final a qualidade da assistência. Este tema agrupa duas categorias: percebendo a consciência do trabalho em equipe na UTI e considerando os papéis dos membros da equipe de enfermagem bem definidos na UTI (Diagrama 7).

---



**Diagrama 7 Tema B1** - Considerando o trabalho em equipe a modalidade de assistência de enfermagem na UTI: categorias

### **Categoria B1.1. Percebendo a consciência do trabalho em equipe na UTI**

O enfermeiro percebe no comportamento de seu grupo a essência do trabalho em equipe, por meio de atitudes observadas entre os membros da equipe de enfermagem de se ajudarem um ao outro, para assegurar a execução do cuidado ao paciente na UTI (Quadro 10).

*“... aqui é muito bom. A equipe tem espírito de equipe, todo mundo ajuda todo mundo, e o paciente é beneficiado com uma higienização segura que, permite condições para a recuperação do paciente, o mais rápido possível.” (E4-20)*

*“... A equipe daqui é muito boa... Elas (Técnicas de Enfermagem) têm consciência da importância de trabalhar em equipe...” (E7-6)*

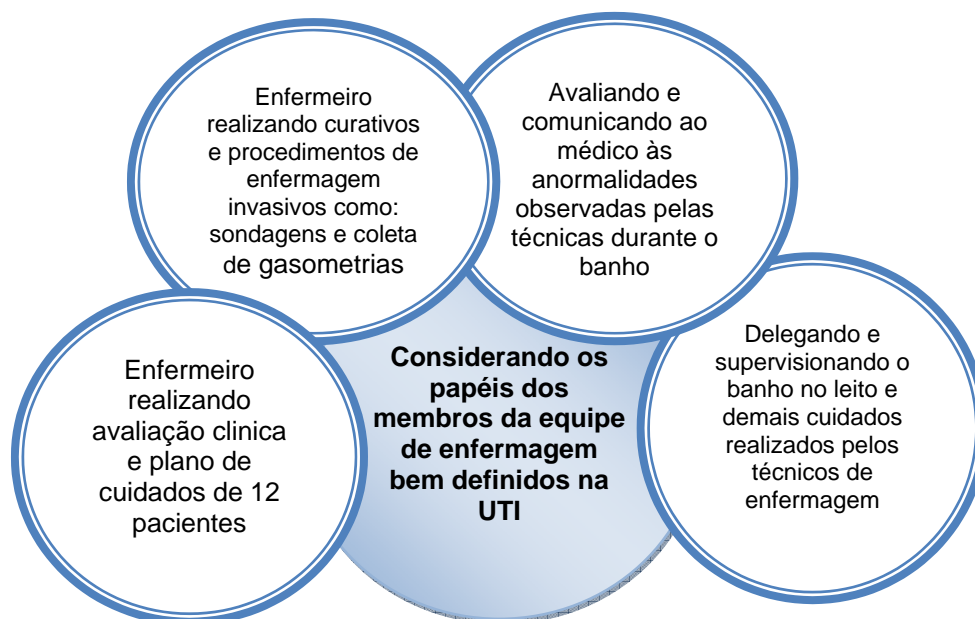
### **Categoria B1.2. Considerando os papéis dos membros da equipe de enfermagem bem definidos na UTI**

A equipe de enfermagem considera as atribuições dos técnicos e enfermeiros bem delimitadas no processo de trabalho na UTI. O enfermeiro desempenha, concomitantemente, o papel gerencial e assistencial, ao assumir as atividades reunidas em quatro subcategorias: enfermeiro realizando avaliação clínica e plano de cuidados de 12 pacientes; enfermeiro realizando curativos e procedimentos de enfermagem invasivos como: sondagens e coleta de gasometrias; avaliando e comunicando ao médico às anormalidades observadas

---



pelas técnicas durante o banho; delegando e supervisionando o banho no leito e demais cuidados realizados pelos técnicos de enfermagem (Diagrama 8).



**Diagrama 8 Categoria B1.2.** - Considerando os papéis dos membros da equipe de enfermagem bem definidos na UTI

### **Subcategoria B1.2.1. Enfermeiro realizando avaliação clínica e o plano de cuidado de 12 pacientes**

Percebe-se aqui que o enfermeiro realiza atividades de planejamento do cuidado a partir da avaliação clínica, estabelece o plano de cuidados e seleciona os pacientes que deverão ser submetidos ao banho no leito (Quadro 11).

*“Então funciona assim, depois que recebo plantão, inicio o exame físico dos pacientes; a partir disso, repasso para as técnicas quais pacientes serão alvo do banho e quem deverá fazer.” (E4-18)*

*“... Somente quando eu era aluna na graduação. Hoje vejo que o banho é atribuição dos técnicos em enfermagem. Acho que não, mas não consigo imaginar essa situação, pareceria uma inversão de papéis. Aprendi o banho na graduação e outros procedimentos para que pudesse supervisionar com propriedade, para ter o limite entre o que é possível ou não. Acho que se as enfermeiras tivessem que dar o banho ia atrasar muitas coisas, inclusive o paciente seria prejudicado, porque aqui fazemos curativos, sondagens, colhemos as gasometrias que servem para as mudanças na conduta medicamentosa do paciente;*

---

*além disso, examinamos 12 pacientes e estabelecemos um plano de cuidado, acho que não teria como, a menos que fosse uma exceção... (E4-19)*

### **Subcategoria B1.2.2. Enfermeiro realizando curativo e procedimentos invasivos como sondagens e coleta de gasometrias.**

Além das atividades gerenciais do cuidado, o enfermeiro também é o responsável pela realização de certos procedimentos, atribuídos como privativos. Evidencia-se um acúmulo de atividades para um único profissional, pois o enfermeiro pela escassez de recursos humanos se divide em atividades gerenciais de cunho administrativos e de assistência, ora planejando, ora executando (Quadro 11).

*“[...] aqui fazemos curativos, sondagens, colhemos as gasometrias que servem para as mudanças na conduta medicamentosa do paciente [...]” (E4-19)*

*“Curativo e sondagens [...] aqui, sou enfermeira e nós só realizamos procedimentos de enfermeira. [...]. Aqui, cada um tem definido o seu papel.” (E7-5)*

### **Subcategoria B1.2.3. Avaliando e comunicando ao médico as anormalidades observadas pelas técnicas durante o banho**

O banho no leito é considerado um momento de escuta e observação apurada. O enfermeiro delega ao técnico de enfermagem uma avaliação primária do paciente, ou seja, na vigência de anormalidades, o técnico reporta-se ao enfermeiro e este, ao médico. Observa-se que as tarefas se encontram bem distribuídas o que reforça o modelo funcional, priorizando o fracionamento das atividades suprimindo as deficiências de recursos humanos (Quadro 11).

*“No momento do banho, aproveito para fazer os curativos. Quando elas percebem alguma anormalidade me chamam e eu avalio o paciente, quando necessário chamo o médico” (E4-19)*

---

#### **Subcategoria B1.2.4. Delegando e supervisionando o banho no leito e demais cuidados realizados pelos técnicos de enfermagem**

Para o enfermeiro, o procedimento banho no leito só faz parte de suas atividades, enquanto aluno da graduação, aprendendo a prestar assistência dentro do referencial dos cuidados integrais, bem como, preparando-o para tornar-se um supervisor da equipe de enfermagem, durante o exercício da profissão. Para tanto, cabe a ele delegar o banho no leito, bem como os demais cuidados (Quadro 11).

*“[...] não consigo imaginar essa situação, pareceria uma inversão de papéis. Aprendi o banho na graduação e outros procedimentos para que pudesse supervisionar com propriedade, para ter o limite entre o que é possível ou não.” (E4-18)*

*“Se tivesse que fazer o banho, eu faria afinal na graduação tínhamos que cuidar do paciente como um todo, então o banho era o início da minha rotina enquanto aluna. Hoje, tenho que checar se está tudo certo com os pacientes, com a equipe, então não dá tempo.” (E7-5)*

#### **Tema B2. - Percebendo que o déficit de recursos humanos vem corroborando ações centradas na modalidade funcional e inviabilizando a operacionalização de modelos de assistência integrais**

O déficit de recursos humanos é um dos componentes que vem inviabilizando a operacionalização de qualquer proposta de assistência fundamentada na integralidade, arremetendo a equipe de enfermagem a se organizar, segundo o modelo funcional, ou seja, norteadas na divisão de tarefas e rotinas. Este tema agrupa três categorias: convivendo com o déficit de recursos humanos; inviabilizando a operacionalização de modelos assistenciais integrais, corroborando ações centradas na modalidade funcional (Diagrama 9).

---



**Diagrama 9 Tema B2** - Percebendo que o déficit de recursos humanos vem corroborando ações centradas na modalidade funcional e inviabilizando a operacionalização de modelos de assistência integrais: categorias

### **Categoria B2.1. Convivendo com o déficit de recursos humanos**

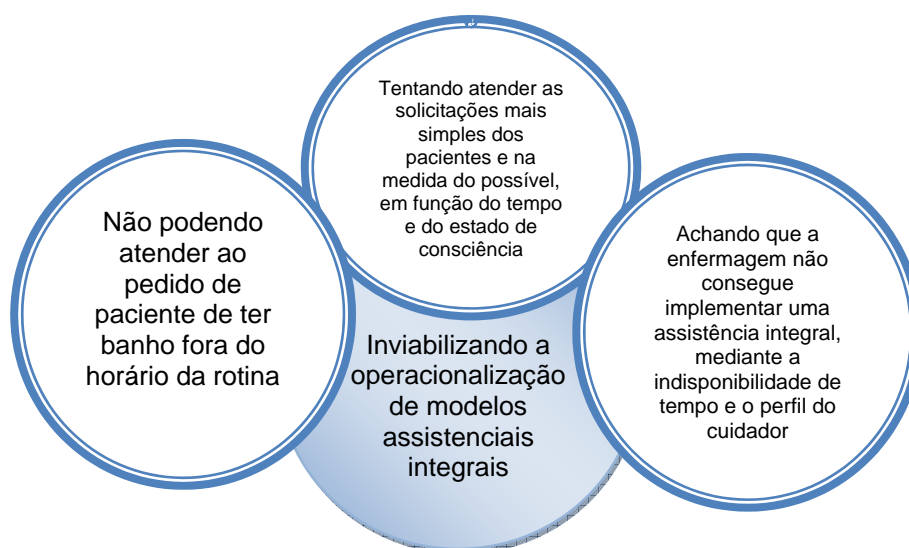
Significa que a equipe de enfermagem da UTI vem trabalhando com um número insuficiente de recursos humanos em sua área (Quadro 12).

*“[...] Se fosse possível, a gente faria o banho no horário de rotina da pessoa em casa, mas isso é sonho, porque não tem gente suficiente para esse cuidado individualizado.” (E7-10)*

*“[...] São escolhidos pela enfermeira os pacientes menos graves, cada um fica destinado a um banho e uma faz todas as medicações, à noite somos cinco técnicas.” (T5-30)*

### **Categoria B2.2. Inviabilizando a operacionalização de modelos assistenciais integrais**

O número reduzido de recursos humanos baseia-se no fracionamento ou na distribuição efetiva de tarefas; este modelo funcional adotado pela instituição, muitas vezes, confronta com a realidade ou o aprendizado do profissional durante a sua formação. Para que o paciente receba uma assistência integral, holística, faz-se necessário que haja recursos humanos suficientes, visto que há um aumento progressivo na demanda das necessidades dos pacientes, que, a partir da abordagem holística, assumem um papel de indivíduos com necessidades biopsicossociais. Esta categoria agrega três subcategorias: não podendo atender ao pedido de paciente de ter banho fora do horário da rotina; tentando atender as solicitações mais simples dos pacientes e na medida do possível, em função do tempo e do estado de consciência; e achando que a enfermagem não consegue implementar uma assistência integral, mediante a indisponibilidade de tempo e o perfil do cuidador (Diagrama 10).



**Diagrama 10 Categoria B2.2 - Inviabilizando a operacionalização de modelos assistenciais integrais: subcategorias**

**Subcategoria B2.2.1.** Não podendo atender ao pedido de paciente de ter banho fora do horário da rotina

A enfermagem trabalha a partir do modelo funcional, ou seja, por meio da divisão de tarefas que privilegia a agilidade no menor tempo possível. Este fato impede a equipe de prestar uma assistência fundamentada na integralidade. A

---

rotina do banho no leito é estabelecida e não considera a individualidade do sujeito. O banho acontece no turno matutino e noturno, porém, cada paciente toma banho apenas uma única vez em vinte e quatro horas (Quadro 13).

*“[...] acho que se a gente não tiver uma rotina de banho no leito e atender ao pedido de banho de acordo com o paciente ou com a família, estaremos enroladas! Se a gente não criar rotinas, não tem como trabalhar.” (E1-2)*

*“Às vezes dá vontade de atender ao pedido do paciente que tomou banho à noite para tomar outro durante o dia, mas não podemos, então eu passo um paninho para refrescar. Se a gente for atender a tudo que eles pedem, não vamos conseguir cuidar de todos [...]”. (T2-30)*

### **Subcategoria B2.2.2. Tentando atender as solicitações mais simples dos pacientes e, na medida do possível, em função do tempo e do estado de consciência**

A demanda de cuidados na terapia intensiva é abundante e varia de acordo com a complexidade do paciente. Parte dos pacientes encontram-se com rebaixamento de nível de consciência, na medida do possível, a enfermagem conversa com a família e tenta atender determinadas solicitações(Quadro 13).

*“Quando a família fala alguma coisa, ficamos atentas e se possível atendemos [...]”. (E4-25)*

*“[...] o ideal é um banho personalizado para cada paciente, mas na prática é impossível. Às vezes, se o paciente pede alguma coisa, na medida do possível a gente tenta atender [...]”. (E1-3)*

### **Subcategoria B2.2.3. Achando que a enfermagem não consegue implementar uma assistência integral, mediante a indisponibilidade de tempo e o perfil do cuidador**

A enfermagem desacredita na assistência integral, atribuindo parcialmente à falta de perfil da equipe. Outro fator que colabora é a execução das rotinas baseadas na divisão de tarefas e na necessidade de cumpri-las antes do término do plantão, comprometendo a assistência (Quadro 13).

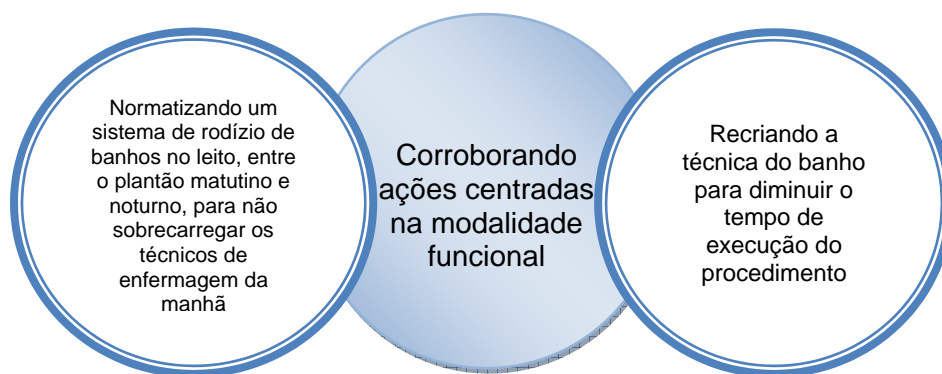
---

*“O cuidado individualizado é aplicado parcialmente, ele está diretamente ligado ao tempo disponível e ao perfil do cuidador, nesse caso não há padronização.” (E4-25)*

*“Na medida do possível, atendemos algumas coisas, mas não é fácil fazer isso, demanda dedicação, é preciso a todo o momento lembrar a especificidade de cada ser humano; nesse ponto, acho que a enfermagem tem deixado a desejar”. (T5-34)*

### **Categoria B2.3. Corroborando ações centradas na modalidade funcional**

O déficit de recursos humanos na enfermagem é um dos componentes que inviabiliza qualquer proposta de assistência de enfermagem integral, conduzindo a equipe de enfermagem a empreender ações de movimento centradas em rotinas e na fragmentação do cuidado, em função do tempo e da sobrecarga do trabalho. As evidências podem ser observadas, mediante as rotinas instituídas na UTI, exemplificadas pela instituição de um sistema de rodízio de banhos no leito, entre o plantão matutino e noturno, bem como, a própria recriação do procedimento banho no leito, onde cada membro da dupla de técnicas se responsabiliza por um seguimento do corpo do paciente. Esta categoria agrupa duas subcategorias: normatizando um sistema de rodízio de banhos no leito, entre o plantão matutino e noturno, para não sobrecarregar os técnicos de enfermagem da manhã; recriando a técnica do banho para diminuir o tempo de execução do procedimento (Diagrama 11).



**Diagrama 11 Categoria B2.3 - Corroborando ações centradas na modalidade funcional: subcategorias**

---

### **Subcategoria B2.3.1. Normalizando um sistema de rodízio de banhos no leito, entre o plantão matutino e noturno, para não sobrecarregar os técnicos de enfermagem da manhã**

Trata-se de uma estratégia instituída como norma, na UTI, para tentar minimizar a escassez de recursos humanos na área de enfermagem. A partir da criação de um sistema de rodízio de horários dos banhos no leito, entre o matutino e o noturno, para cumprir a finalidade de diluir a carga de trabalho dos técnicos do plantão da manhã, ao passar 50% dos banhos no leito, para o plantão noturno, preferencialmente, dos pacientes avaliados pelo enfermeiro com menor complexidade de cuidados. Faz com que, qualquer movimento de uma assistência de enfermagem individualizada nas necessidades do paciente empreenda um movimento para um atendimento centrado em rotinas, em detrimento às necessidades percebidas pelo profissional e às solicitações do paciente. Esta subcategoria agrega quatro elementos: instituindo o sistema de rodízios de horários de banho no leito entre o plantão noturno e da manhã, para minimizar a carga de trabalho; precisando se servir de rotinas para atender a demanda de atividades e garantir uma assistência de forma igualitária a todos os pacientes; enfermeiro usando o critério da complexidade do paciente para distribuir os banhos entre o noturno e o matutino; deixando de levar em conta as necessidade ou solicitações do paciente para assumir uma assistência norteada por rotinas (Quadro 14).

### **Subcategoria B2.3.2. Recriando a técnica do banho para diminuir o tempo de execução do procedimento**

É uma dos processos empreendidos pelas técnicas de enfermagem, visando a encontrar maneiras de executar o procedimento com maior agilidade e num tempo menor, conforme a disponibilidade de recursos humanos em cada plantão. Depende da análise das técnicas, em achar se é mais conveniente realizar o banho em dupla ou somente com uma pessoa. Em dupla, cada uma se responsabiliza por um seguimento do corpo. Como exemplo, enquanto uma inicia o banho pelo rosto, com a higiene oral e cuidados com os cabelos,

---

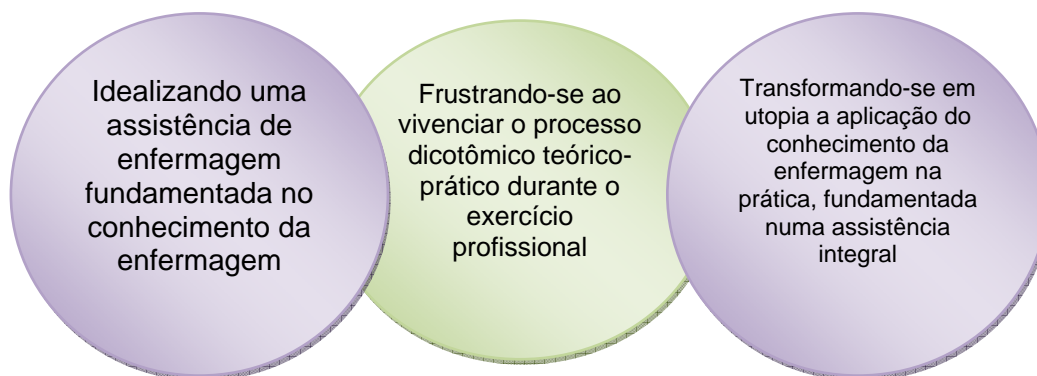


concomitantemente, a outra vai cuidando do restante do corpo. Caso entendam como oportuno que cada uma se responsabilize por cada banho, o procedimento será realizado da forma que for possível, ou seja, em função de se contar com apenas uma pessoa realizando um banho no leito. Esta subcategoria agrega três elementos: não existindo uma rotina estabelecida, referente ao procedimento banho no leito; dividindo os segmentos do corpo do paciente a serem cuidados por cada elemento da dupla; sendo o banho do noturno realizado somente por um funcionário para ser mais rápido (Quadro 14).

### **Tema B3. Frustrando-se ao vivenciar o processo dicotômico teórico-prático durante o exercício da profissão**

Significa um sentimento de impotência desencadeado no enfermeiro mediante o impedimento de fundamentar a sua assistência e de sua equipe, conforme referenciais teóricos assistenciais que o embasaram durante toda a sua formação. Depois de formado, passa a vivenciar os efeitos do déficit de recursos humanos, dentre estes, a indução a ações fundamentadas no modelo de assistência funcional. Vê-se obrigado a priorizar as rotinas, as padronizações, para diminuir o tempo de execução de procedimentos, para dar conta da carga de trabalho. É neste contexto que se torna impraticável o desenvolvimento de modelos fundamentados na integralidade, ou seja, que permitam propor uma assistência embasada nas necessidades (biopsicossocial e espiritual) do paciente. Com o passar do tempo, esta possibilidade vai se consolidando para o enfermeiro como impraticável, imaginária, utópica, ou seja, fora de uma realidade (cenário) que padece cronicamente com o dimensionamento de recursos humanos. Este tema agrupa duas categorias: idealizando uma assistência de enfermagem fundamentada no conhecimento da enfermagem; transformando-se em utopia a aplicação do conhecimento da enfermagem na prática, fundamentado numa assistência integral (Diagrama 12).

---



**Diagrama 12 Tema B3 - Frustrando-se ao vivenciar o processo dicotômico teórico-prático durante o exercício da profissão: categorias**

**Categoria B3.1. Idealizando uma assistência de enfermagem fundamentada no conhecimento da enfermagem**

Os enfermeiros admitem ser uma de suas aspirações no exercício da profissão, poder constituir uma práxis norteada por teorias de enfermagem, que se utilizam do holismo como referencial teórico de sua assistência ao ser humano. Sob esta abordagem, a pessoa passa a ser compreendida como sujeito integral, em todas as suas dimensões: biológica, psicológica, social, espiritual, em oposição a uma compreensão de forma isolada e fragmentada. Referenciais norteadores que embasam a formação do profissional durante a graduação para operacionalizar a ciência do cuidar (Quadro 15).

**Categoria B3.2. Transformando-se em utopia a aplicação do conhecimento da enfermagem na prática, fundamentado numa assistência integral**

Significa que o enfermeiro, ao exercer a sua profissão na instituição, torna-se impossibilitado de oferecer uma assistência de enfermagem fundamentada em teorias holísticas, que permitam uma assistência integral ao paciente. Em face de o déficit de recursos humanos impondo-lhe uma carga maior

---

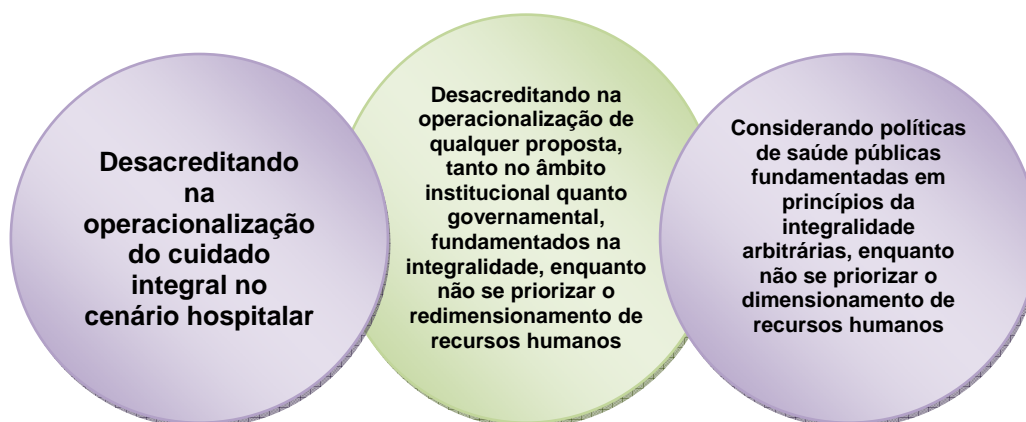
de trabalho, demanda a realização dos procedimentos com menos tempo possível, para dar conta da carga de trabalho imposta (Quadro 16).

*“Todo conhecimento sobre o paciente colabora para abordagem dele, saber sobre sua cultura, seus hábitos, sua religião, seria bom, mas acho que isso é utopia, no dia-a-dia somos absorvidos por uma pratica cheia de detalhes que dificilmente permite que a gente tenha tempo para esse olhar com o paciente. Isso faz parte do holismo que aprendemos na faculdade, mas a pratica é bem diferente” (E7-10)*

*“A pratica é diferente da teoria, à medida que executamos um procedimento, temos que adaptar a quantidade de material disponível e as necessidades dos pacientes, então eu tenho certeza que a técnica é recriada a cada novo banho no leito”. (E4-26)*

#### **Tema B4. Desacreditando na operacionalização de qualquer proposta, tanto no âmbito institucional quanto governamental, fundamentados na integralidade, enquanto não se priorizar o redimensionamento de recursos humanos**

O modelo funcional adotado pela instituição é sustentado pelo déficit de recursos humanos. O descrédito em políticas de humanização que visam à integralidade é alimentado pela equipe de enfermagem na execução de rotinas fundamentadas na agilidade, ou seja, o tempo é decisivo. Para a viabilidade de propostas institucional e governamental fundamentadas na integralidade do cuidado, faz-se necessário o redimensionamento de recursos humanos (Diagrama 13).



**Diagrama 13 Tema B4 - Desacreditando na operacionalização de qualquer proposta, tanto no âmbito institucional quanto governamental, fundamentados na integralidade, enquanto não se priorizar o redimensionamento de recursos humanos: categorias**

---

### **Categoria B4.1. Desacreditando na operacionalização do cuidado integral no cenário hospitalar**

É a perda gradativa da confiança e da esperança que o modelo de cuidado integral possa ser operacionalizado no cenário hospitalar. Configura-se conforme o tempo vai passando e o enfermeiro não vê possibilidades de mudança de paradigma, para um que permita o cuidado integral e individualizado. (Quadro 17)

*“Eu formei tem oito anos e trabalho há seis anos com UTI, sou especialista em UTI e em emergência. Acho que é por isso que eu não acredito mais em tanta coisa. No cuidado individualizado, por exemplo.” (E7-10)*

### **Categoria B4.2. Considerando políticas de saúde públicas fundamentadas em princípios da integralidade arbitrárias, enquanto não se priorizar o dimensionamento de recursos humanos**

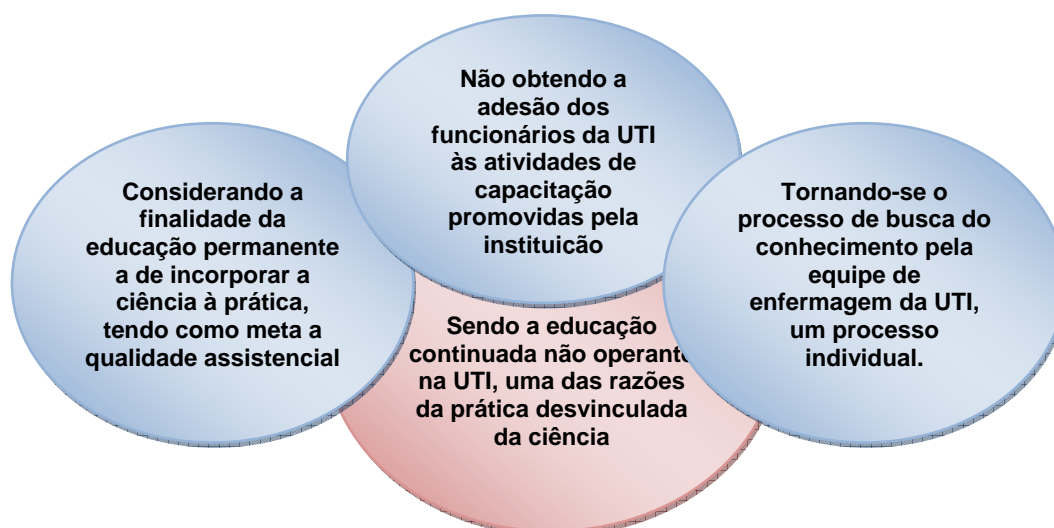
Significa o descrédito depositado pelo enfermeiro nas políticas de saúde pública, com embasamento teórico da integralidade, a exemplo da Política Nacional de Humanização (PNH) avaliada como malsucedida, por ter sido formulada de maneira arbitrária, sem considerar a necessidade de se haver, primeiramente, o dimensionamento de recursos humanos, para depois se operacionalizar propostas que demandam um modelo de assistência integral e não pautado em rotinas, ou seja, centrada na pessoa e não na padronização. (Quadro 18)

*“[...] aquele cuidado da faculdade, aquela abordagem holística é muito difícil na prática, isso pode ser comprovada pelas tentativas, na maioria das vezes, mal sucedidas do governo em aplicar a política de humanização, é muito complicado, pra isso tem investir em RH, ninguém se preocupa em aumentar RH, então a política é deixada de lado, e assim nós cuidamos do paciente de forma padronizada e não individualizada; como diz os livros.” (E4-25)*

---

## **FENÔMENO C. CONSIDERANDO A EDUCAÇÃO CONTINUADA NÃO OPERANTE UMA CONDIÇÃO QUE SUSCETIBILIZA A EQUIPE DE ENFERMAGEM A INCORPORAR O CONHECIMENTO ÊMICO À SUA PRÁXIS**

Configura-se em uma das variáveis que conduzem a equipe de enfermagem a adotar uma prática norteada pelo conhecimento êmico, dissociada do consumo da produção científica na área. Apesar de a instituição oferecer processos de capacitação, a equipe de enfermagem e, especificamente, a lotada na UTI, não tem participado. A transmissão do conhecimento vem sendo mediada nesse cenário, por meio de trocas de experiências individuais, entre os próprios membros. Este fato tem barrado uma das estratégias que poderia estar auxiliando na melhoria da qualidade assistencial. A não participação de processo educativo continuado torna a equipe aprisionada em um modelo de prática mecanicista, centrada em rotinas que são criadas e recriadas continuamente, com maior suscetibilidade de serem amparadas no conhecimento êmico, deixando para trás a possibilidade de construir novas propostas, embasadas cientificamente, visando a uma prática de enfermagem técnico-científica. Este fenômeno reúne três categorias: considerando a finalidade da educação continuada de incorporar a ciência à prática, tendo como meta a qualidade assistencial; não obtendo a adesão dos funcionários da UTI às atividades de capacitação promovidas pela instituição; tornando-se o processo de busca do conhecimento pela equipe de enfermagem da UTI, um processo individual. (Diagrama 14).

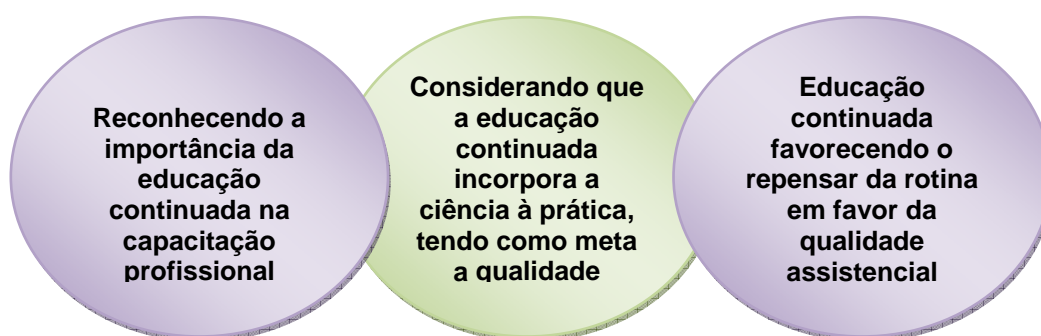


**Diagrama 14 Fenômeno C** – Considerando a Educação Continuada não operante uma condição que suscetibiliza a equipe de enfermagem a incorporar o conhecimento êmico à sua práxis: temas

---

**Tema C1. Considerando a finalidade da educação continuada a de incorporar a ciência à prática, tendo como meta a qualidade assistencial**

Significa uma das estratégias reconhecida para melhorar a qualidade assistencial, mediante a oportunidade oferecida ao profissional incorporar a ciência à sua prática, por meio de processo educativo continuado que lhe possibilita a se mobilizar a partir de um processo reflexivo, acerca de uma rotina mecanicista que o absorve no cotidiano, para novas propostas articuladas aos fundamentos científicos. Este tema incorpora duas categorias: reconhecendo a importância da educação continuada na capacitação profissional; educação continuada favorecendo o repensar da rotina em favor da qualidade assistencial (Diagrama 15).



**Diagrama 15 Tema C1 - Considerando a finalidade da educação continuada a de incorporar a ciência à prática, tendo como meta a qualidade assistencial: categorias**

**Categoria C1.1. Reconhecendo a importância da educação continuada na capacitação profissional**

É a concepção de que a educação continuada deva existir em qualquer instituição, para promover a capacitação dos trabalhadores ininterruptamente, como forma de mantê-los em interação com a produção do conhecimento. (Quadro 19)

---

*“A educação continuada deveria existir em todo lugar, é preciso reciclar as pessoas, depois que a gente sai da faculdade, a gente só trabalha, então quando a gente pode fazer uma capacitação é um momento de pensar na nossa rotina e em como podemos atender melhor nosso paciente [...]” (E1-2)*

*“A capacitação é muito importante porque atualiza e padroniza uma linguagem, mas isso acaba acontecendo de acordo com o interesse de cada um em buscar novos conhecimentos.” (E7-9)*

### **Categoria C1.2. Educação continuada favorecendo o repensar da práxis, visando à qualidade assistencial**

Configura-se em uma estratégia capaz de mobilizar os trabalhadores de uma rotina mecanicista, capacitando-os a repensar a prática, para a melhoria da qualidade assistencial. (Quadro 20)

*“[...] Com certeza, eu acho que a educação continuada contribui para a qualidade.” (E1-3)*

*“[...] a capacitação é interessante porque pode se criar a partir dela uma rotina, e outra quem não se capacita perde o contato com a ciência e trabalha de forma empírica, na enfermagem que luta pra ser a ciência do cuidado, isso seria um retrocesso. Quando a gente aprende algo novo, o benefício vai para o paciente.” (E4-24)*

### **Tema C2. Não obtendo a adesão dos funcionários da UTI às atividades de capacitação promovidas pela instituição**

Retrata a dificuldade que a instituição tem de implementar as atividades de capacitação, junto aos funcionários da UTI, mediante a resistência dos mesmos em participar, atrelada à dificuldade de se ausentar da unidade, mediante a demanda de atividades ou de vir em horários fora do período de trabalho, porque têm outro emprego ou porque acham desnecessário por já trabalharem na UTI e serem considerados competentes. Este tema agrega duas categorias: hospital oferecendo processo de capacitação; equipe de enfermagem da UTI não participando das atividades de educação continuada oferecidas pela instituição (Diagrama 16).

---



**Diagrama 16 Tema C2 - Não obtendo a adesão dos funcionários da UTI às atividades de capacitação promovidas pela instituição: categorias**

### **Categoria C2.1. Hospital oferecendo processos de capacitação**

O hospital possui uma rotina de capacitações para os profissionais, promovendo encontros multiprofissionais, porém, os encontros são únicos para cada temática, inviabilizando a participação de todos os profissionais. (Quadro 21)

*“[...] Aqui conversamos sobre varias coisas, o hospital até faz alguns treinamentos, mais dificilmente nós da UTI participamos [...]”.* (E7-9)

*“A instituição até promove encontros de capacitação, mas normalmente nós, da UTI, não participamos devido à complexidade dos pacientes.”* (E4-24)

### **Categoria C2.2. Equipe de enfermagem da UTI, não participando das atividades de educação continuada oferecidas pela instituição**

As atividades de educação continuada são oferecidas pela instituição, porém, percebe-se que o planejamento não leva em consideração os horários de trabalho da equipe de enfermagem. No cronograma de capacitações, a instituição deve oportunizar horários e datas diferenciadas para que haja efetiva participação da equipe de enfermagem, sem comprometer a assistência ao paciente. (Quadro 22)

---



*“Aplicar isso (educação continuada) em UTI é bem difícil pela complexidade dos cuidados e por ser uma equipe que tem mais de uma jornada de trabalho [...]” (E7-9)*

*“É importante reciclar, agora o difícil é fazer isso enquanto trabalha na UTI. Mas eu acho que a reciclagem ajuda a criar novos hábitos que pode ajudar o paciente a ficar melhor. Conhecimento nunca é demais a gente sempre pode aprender mais [...]” (T6-38)*

### **Tema C3. Tornando-se o processo de busca do conhecimento pela equipe de enfermagem da UTI, um processo individual.**

Significa que o processo utilizado pela equipe de enfermagem para embasamento de sua prática se dá por meio de troca de experiências entre os próprios membros da equipe, no cotidiano. (Quadro 23)

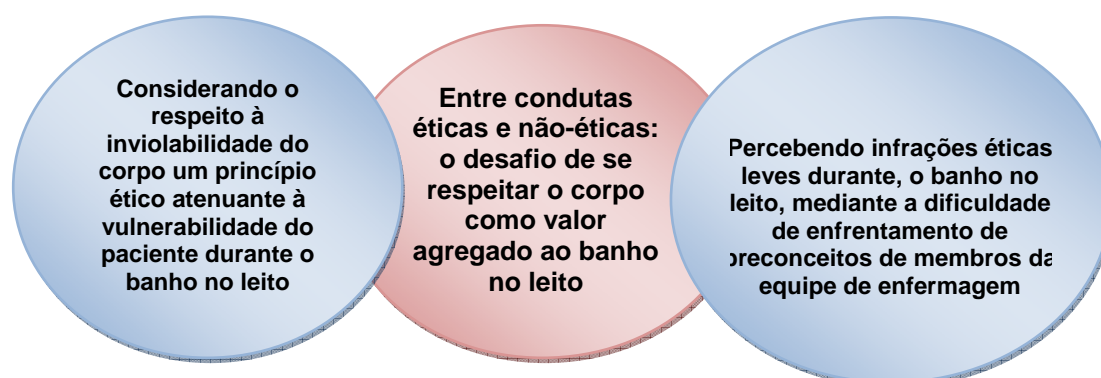
*“Quando a gente aprende uma coisa nova, repassa pra todo mundo e o paciente pode melhorar”. (T6-38)*

*“A capacitação é muito importante [...], mas isso acaba acontecendo de acordo com o interesse de cada um em buscar novos conhecimentos. Aqui conversamos sobre várias coisas [...]” (E7-9)*

---

## FENÔMENO D. ENTRE CONDUTAS ÉTICAS E NÃO-ÉTICAS: O DESAFIO DE SE RESPEITAR O CORPO COMO PRINCÍPIO AGREGADO AO BANHO NO LEITO

Este fenômeno retrata o movimento empreendido pela equipe de enfermagem, a adotar condutas éticas e não-éticas, durante o banho no leito, do paciente em estado grave, internado na UTI. Trata-se de um processo a ser constituído por cada elemento da equipe de enfermagem de se tornar competente ao enfrentamento de seus próprios preconceitos. Condição esta, que o capacitará a agregar o princípio respeito ao cuidado prestado ao outro que, conseqüentemente, atenuará as possibilidades de cometer infrações éticas, com referência à corporeidade e à personalidade do paciente. Desta maneira, a vulnerabilidade do paciente está condicionada à do profissional, em cometer condutas não-éticas durante o banho no leito, mediante a dificuldade que se tem de agregar o princípio ético respeito ao outro, influenciada por um processo ainda não constituído de enfrentamento de preconceitos pelo profissional. Este fenômeno agrega dois temas: considerando o respeito à inviolabilidade do corpo, um princípio ético atenuante à vulnerabilidade do paciente durante o banho no leito; percebendo infrações éticas leves durante o banho no leito, mediante a dificuldade de enfrentamento de preconceitos de membros da equipe de enfermagem (Diagrama 17 e 23).



**Diagrama 17. Fenômeno D** – Entre condutas éticas e não-éticas: o desafio de se respeitar o corpo como valor agregado ao banho no leito: temas.

---

**Tema D1. Considerando o respeito à inviolabilidade do corpo um princípio ético atenuante à vulnerabilidade do paciente durante o banho no leito.**

O respeito ao outro é um preceito que confere uma identidade ao processo de cuidar, fundamentando ações que possam atenuar situações que expõem o corpo e a personalidade do indivíduo, durante a execução do banho no leito, pela equipe de enfermagem da UTI. Este tema reúne quatro categorias: concebendo o significado de corpo como inviolável; procurando ser cautelosa com o corpo do paciente durante o banho no leito; devendo-se agregar o valor respeito ao próximo ao procedimento banho no leito; relacionando as condutas éticas que diminuem a vulnerabilidade do paciente durante o banho no leito (Diagrama 18).



**Diagrama 18 Tema D1 – Considerando o respeito à inviolabilidade do corpo, um princípio ético atenuante à vulnerabilidade do paciente durante o banho no leito: categorias.**

---

### **Categoria D1.1. Concebendo o significado de corpo como inviolável**

Trata-se de uma concepção influenciada pela cultura, mais especificamente pela dimensão religiosa. Significa a estrutura física do ser humano que, durante o cuidado de enfermagem inspira profundo respeito, religioso. Para tanto, todo e qualquer procedimento que possa vir a macular ou desonrar o paciente, deve ser realizado por meio de ações respeitadas, levando-se em consideração o outro, para que o próprio processo de cuidar não se torne uma violação, como o que acontece com a exposição do corpo, durante o banho no leito (Quadro 24).

*“No meu plantão, o uso de biombos é obrigatório, ninguém merece ficar exposto, o corpo deve ser tratado como sagrado, e a exposição é a violação do processo de cuidar. Tem culturas que a exposição do corpo ou a violação é sinal de indignidade.” (E4-22)*

*“Eu queria que de forma respeitosa que me tocassem, [...] eu já trabalho há muitos anos na UTI e a gente só tem contato por muito tempo com o paciente quando dá o banho, depois os procedimentos são muito rápidos. Esse vínculo com o doente a gente faz na hora do banho [...]. Sem é claro, deixar o corpo do lado de fora do lençol. Tem que proteger e respeitar o corpo. Desde a bíblia o corpo já é sagrado.” (T6-37-8)*

### **Categoria D1.2. Procurando ser cautelosa com o corpo do paciente durante o banho no leito**

Significa que a equipe de enfermagem deve ser cuidadosa durante a realização do banho de leito, por se tratar de um procedimento rotineiro e associado ao processo terapêutico de cuidado do paciente, ao mesmo tempo em que se coloca o paciente em situação de vulnerabilidade, mediante a exposição do corpo e exploração de toda superfície corporal, por meio do toque. Ações empreendidas pela equipe de enfermagem, durante o procedimento, em condições que pouco se conhece dos hábitos e costumes do paciente internado na UTI, bem como o significado que o mesmo atribui ao corpo (Quadro 25).

*“... o banho deve ser visto como um momento de concentração, porque o paciente não deve ficar exposto, afinal, na maioria das vezes, não sabemos nada deles, suas crenças, sua religião e até o que ele acha do corpo. Eu não gostaria de ficar exposta, tenho vergonha e quando tenho que buscar um paciente que esteja consciente, eles perguntam se tem que ficar pelado. Acho que o corpo é um tabu para maioria.” (E7-8)*

---

### **Categoria D1.3. Devendo-se agregar o valor respeito ao próximo durante o banho no leito**

É um princípio que fundamenta as medidas cautelosas protetoras da não violação do corpo do paciente, durante o banho no leito. O respeito ao próximo possibilita uma assistência de enfermagem ética, com grande atenção e profunda deferência em consideração ao outro (Quadro 26).

*“Ficar nu, na frente de todo mundo, é muito desagradável. Ninguém gosta de ficar tão vulnerável, afinal, a enfermagem toca o corpo inteiro do paciente. É preciso muito respeito e a conduta ética deve ser impecável.” (E4-22)*

*“Eu tenho vergonha, então acho que o paciente, também. Cuido deles como se fossem da minha família. Já está tudo danado para eles, então a gente não pode deixar que ele fique constrangido. Tem que ter respeito para ser da enfermagem” (T6-37)*

### **Categoria D1.4. Relacionando as condutas éticas que diminuem a vulnerabilidade do paciente durante o banho no leito.**

São modos de agir da equipe de enfermagem que visam a minimizar a vulnerabilidade da exposição do paciente em estado crítico, durante o banho no leito. Trata-se de precauções que abarcam cuidados, desde as funções sensoriais até a personalidade do indivíduo. Esta categoria agrega duas subcategorias: evitando qualquer comentário ou risos sobre o paciente, mediante a possibilidade de o paciente ter a audição preservada; equipe de enfermagem procurando zelar pela privacidade do paciente (Diagrama 19).



**Diagrama 19. Categoria D1.4.** Relacionando as condutas éticas que diminuem a vulnerabilidade do paciente durante o banho no leito.

---

**Subcategoria D1.4.1. Evitando comentário ou risos sobre o paciente, durante a realização do banho no leito, mediante a possibilidade de o mesmo ter a audição preservada.**

Significa uma das precauções adotada pela equipe de enfermagem, no momento de se prestar o cuidado ao paciente em estado crítico, em face de a audição ser uma das últimas funções sensoriais a sofrer falência, na pessoa em estado crítico. Para tanto, recomenda-se que se tente dialogar com o paciente, mesmo apresentando estado de consciência alterado, evitando como exemplo, as conversas paralelas e os risos sobre o doente, no momento do banho no leito (Quadro 27).

*“... É preciso muito respeito e a conduta ética deve ser impecável, portanto, converso com a equipe para que elas (técnicas em enfermagem) não conversem ou fiquem rindo durante o banho, porque é muito constrangedor.” (E4-22)*

*“... tem que tomar cuidado, porque, às vezes, o paciente está acamado, torporoso, mas o sentido da audição está preservado. Ele está ligado na conversa e, às vezes, ele ouve. É preciso evitar as conversas. Conversar somente com o paciente.” (T2-29)*

**Subcategoria D1.4.2. Equipe de Enfermagem procurando zelar pela privacidade do paciente**

Trata-se de outra precaução que agrega medidas que têm a finalidade de proteger a intimidade, particularidade, pessoalidade e privação do paciente, por meio de ações reunidas em seis elementos: explicando o procedimento para o paciente; procurando realizar o banho com pessoas do mesmo sexo; mantendo cobertos os seios e a genitálias durante o banho; cercando o leito com biombos; impedindo a aproximação de pessoas estranhas ao serviço durante o banho; preservando a vida pessoal do paciente (Quadro 27).

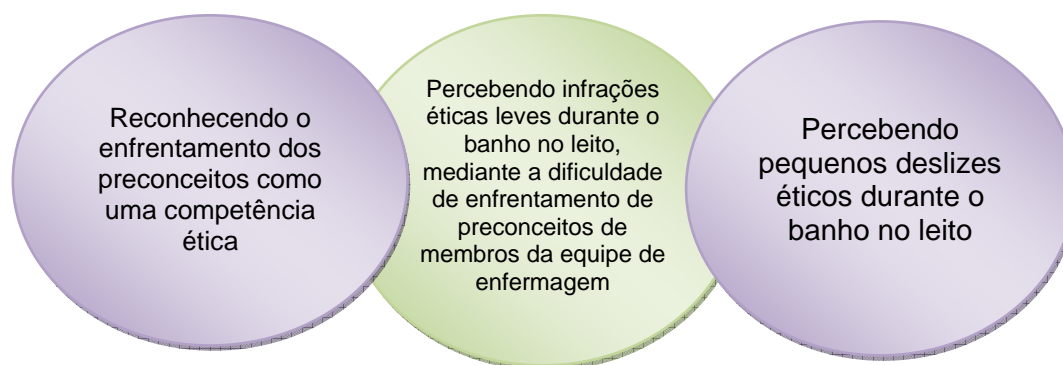
*“... quando as meninas vão dar banho no leito, eu sempre falo para elas não deixar o paciente exposto, preservar a intimidade dele e, principalmente, não ficar rindo e conversando besteiras.” (E1-3)*

*“... Outra coisa que é importante é não deixar o paciente com a genitália exposta ou as mulheres com os seios de fora. Dá vergonha. Eu tenho vergonha, então acho que o paciente também. Cuido deles como se... fossem da minha família. Já está tudo danado para eles, então a gente não pode deixar que [...] fique constrangido. Tem que ter respeito para ser da enfermagem.” (T6-37)*

---

**Tema D2. Percebendo infrações éticas leves durante o banho no leito, mediante a dificuldade de enfrentamento de preconceitos de membros da equipe de enfermagem.**

O preconceito é um desafio ao exercício do cuidado ético. Requer o desenvolvimento de competências que, muitas vezes, conduzem o profissional, além de suas possibilidades de enfrentamento, tornando-o suscetível a cometer infrações éticas. Este tema agrega duas categorias: reconhecendo o enfrentamento dos preconceitos como uma competência, relativa à ética; percebendo pequenos deslizes éticos durante o banho no leito (Diagrama 20).



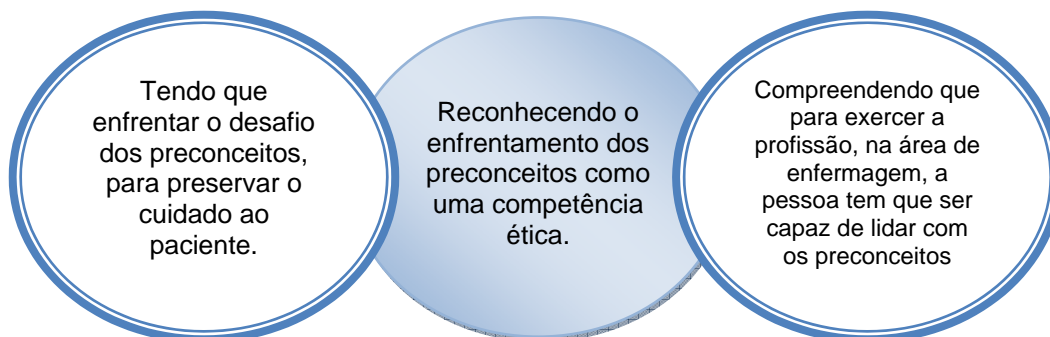
**Diagrama 20 Tema D2.** Percebendo infrações éticas leves durante o banho no leito, mediante a dificuldade de enfrentamento de preconceitos de membros da equipe de enfermagem: categorias.

**Categoria D2.1. Reconhecendo o enfrentamento dos preconceitos como uma competência ética.**

Em razão do poder detido pela enfermagem sobre o corpo e informações do paciente internado numa UTI, espera-se que no decorrer do exercício profissional seja capaz de controlar sua capacidade de expressar de forma verbal ou não-verbal, juízos de valores a respeito do paciente. Não se podem aceitar atitudes hostis, de intolerância ou de desprezo. Tem que ter a competência de cuidar de qualquer cidadão que ali chegar, sem nenhuma distinção. Esta subcategoria reúne dois componentes: tendo que enfrentar o desafio dos preconceitos, para preservar o cuidado ao paciente; compreendendo

---

que para exercer a profissão, na área de enfermagem, a pessoa tem que ser capaz de lidar com os preconceitos (Diagrama 21).



**Diagrama 21 Categoria D2.1.** Reconhecendo o enfrentamento dos preconceitos como uma competência ética: subcategorias.

**Subcategoria D2.1.1. Tendo que enfrentar o desafio dos preconceitos, para preservar o cuidado ao paciente.**

Significa que os preconceitos se constituem num desafio a ser enfrentado no exercício profissional, uma vez que nenhuma pessoa está isenta deste tipo de sentimento. É preciso suplantá-los de maneira que o paciente receba o cuidado, sem comprometer a qualidade assistencial. Esta subcategoria agrupa dois componentes: compreendendo que para exercer a profissão na área de enfermagem a pessoa tem que ser capaz de lidar com preconceitos; cabendo a enfermagem preservar a vida pessoal do paciente (Quadro 28).

*“... a gente sabe que todo mundo tem algum tipo de preconceito, mas aqui tem que disfarçar se não dá confusão e o resultado é que o paciente deixa de ser assistido e pode até morrer. Aqui não dá para fugir dos cuidados. Se o preconceito for grande, tem é que abandonar a enfermagem, porque a gente não escolhe o paciente, ele chega e a gente tem cuidar dele.” (T8-43)*

**Subcategoria D2.1.2. Compreendendo que para exercer a profissão na área de enfermagem a pessoa tem que ser capaz de lidar com preconceitos.**



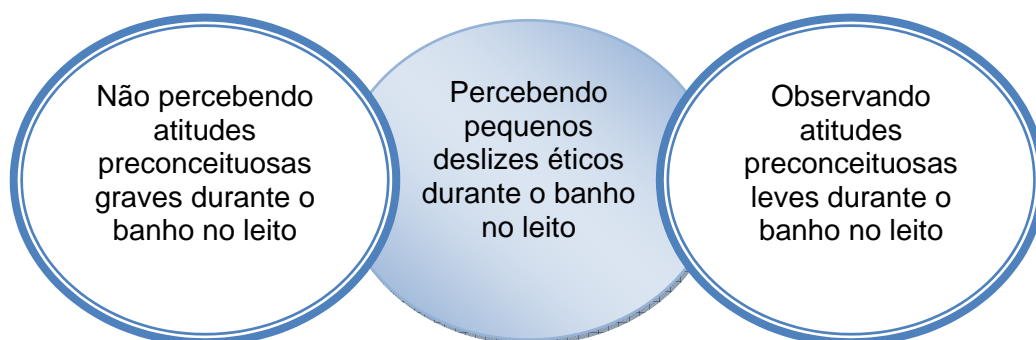
Considera-se que uma das competências exigidas dos membros da equipe de enfermagem para o exercício profissional é a capacidade de lidar com os preconceitos, caso contrário, abandoná-lo seria o mais recomendado, mediante as especificidades das atividades requeridas junto ao paciente (Quadro 28).

*“A enfermagem é uma profissão que tem que deixar de lado qualquer preconceito, porque a gente não sabe quem é o paciente que vai chegar, nós só cuidamos dele, a gente não se mete na vida do paciente...” (T3-15)*

*“... trabalhar na enfermagem é para cuidar de todo mundo, independente de credo e raça. Quem vê essas coisas esta na profissão errada, não podemos cuidar de sicrano ou de beltrano, cuidamos de quem precisa da gente. (E7-11)*

### **Categoria D2.2. Percebendo pequenos deslizes éticos durante o banho no leito**

São falhas éticas avaliadas pela própria equipe de enfermagem como leves e cometidas por ela mesma, durante a prática do banho no leito. Não são considerados atos graves, por não se tratarem de recusa ou da escolha de quem cuidar, mas de comentários discretos, associados ao corpo do paciente, como: obesidade, celulite nas mulheres ou do estilo de vida do indivíduo, ou seja, julgamentos que não comprometem a realização do cuidado do paciente. Esta categoria agrega duas subcategorias: não percebendo atitudes preconceituosas graves durante o banho no leito; observando atitudes preconceituosas leves durante o banho no leito (Diagrama 22).



**Diagrama 22 Categoria D2.2.** Percebendo pequenos deslizes éticos durante o banho no leito: subcategorias.

---

### **Subcategoria D2.2.1. Não percebendo atitudes preconceituosas graves durante o banho no leito.**

Significa que no cotidiano nunca se deparou com atitudes preconceituosas avaliadas pela equipe de enfermagem como graves, como atos que envolvam recusa ou escolha de pacientes para se cuidar. Percebe-se que todos os pacientes da UTI recebem os mesmos cuidados, sem distinção de gênero, raça ou qualquer outro tipo de preconceito (Quadro 29).

*“Nunca percebi nada, se tem é muito discreto, nunca vi nada. Além do mais, trabalhar na enfermagem é pra cuidar de todo mundo independente de credo e raça”. (E7-11)*

*“... Preconceito nunca vi. O que às vezes acontece são as conversas durante o procedimento. Aí a gente fala para o paciente que vamos dar o banho para não sentir vergonha. Difícil, né?” (T2-29)*

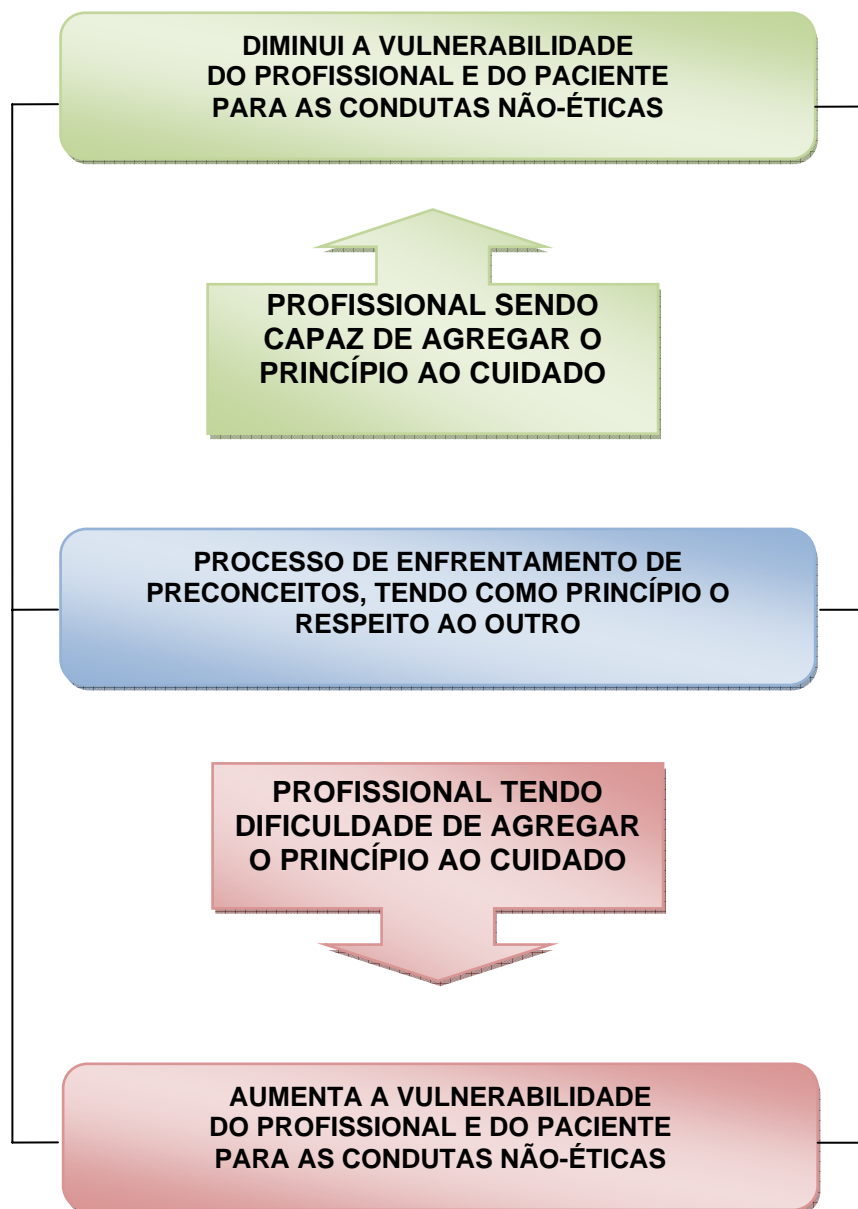
### **Subcategoria D2.2.2. Observando atitudes preconceituosas leves durante o banho no leito.**

Constitui-se nos preconceitos cometidos e avaliados pela própria equipe de enfermagem como leves. Trata-se de comentários sobre o corpo do paciente, como: obesidade, celulite, mas que não chegam a interferir na prestação do cuidado do paciente (Quadro 29).

*“... Na enfermagem não dá para ter preconceito racial e de gênero. [...] O que têm às vezes, são comentários. Falam que o paciente é obeso demais, que as mulheres têm muita celulite, mas não passa disso. Ninguém recusa cuidar...” (T6-39)*

*“... já presenciei colegas levantando hipóteses sobre o estilo de vida do paciente, mas nunca vi alguém dizendo que não vai cuidar de alguém, por exemplo, porque ele é gay...” (E7-11)*

---



**Diagrama 23** - Entre condutas éticas e não-éticas: o desafio de se respeitar o corpo como princípio agregado ao banho no leito

---

## **FENÔMENO E. RECOMENDANDO O BANHO NO LEITO MOLHADO, COMO UM RITUAL DE ENFERMAGEM ÉTICO E TERAPÊUTICO, TRANSCENDENTE ÀS NECESSIDADES DO CORPO DO PACIENTE EM ESTADO CRÍTICO**

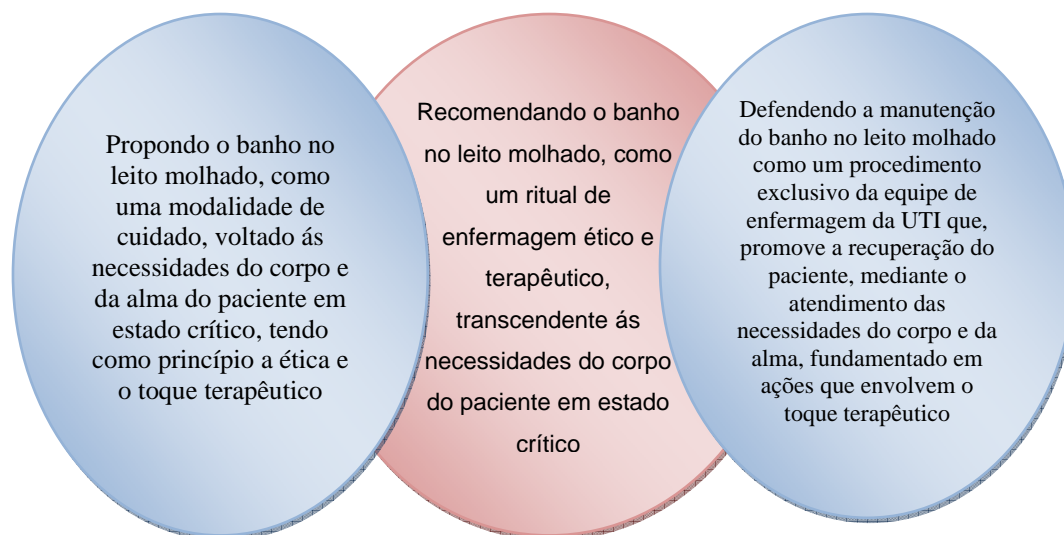
Trata-se de um cuidado concebido pela equipe de enfermagem a partir da avaliação da não efetividade do banho no leito tradicional, denominado pelos informantes como seco, quanto à finalidade estética, principalmente, para eliminar odores e sujidades peculiares a pacientes acamados por longa permanência e ao próprio perfil dos mesmos. Associado à influência cultural de um paradigma religioso que concebe o ser humano como dual, dotado de corpo e alma, bem como da representação do banho, não só como um cuidado de higiene pessoal, mas como de purificação/renovação.

Fundamentada nestas concepções, a equipe de enfermagem de maneira criativa propõe a modalidade do banho no leito molhado, a partir da reprodução do banho de aspersion no leito, com a finalidade de atender as necessidades do corpo e da alma. Suas argumentações partem da premissa de que o banho no leito molhado age como se fosse um catalisador do sofrimento do paciente em estado crítico, preparando-o para o vir-a-ser. O emprego de ações que exacerbam o toque funciona como um meio de comunicação-não verbal, para sinalizar ao paciente inconsciente a sua existência, enquanto ser cuidado na UTI.

Em decorrência, estas ações atendem às necessidades do corpo, ao promoverem o relaxamento muscular e a ativação da circulação da pele, bem como os cuidados estéticos. É por essas razões que a equipe de enfermagem considera o banho no leito um procedimento simples, sem necessidade de conhecimentos técnico-científicos profundos e da incorporação de produtos desenvolvidos limitantes às ações que envolvem o toque terapêutico no paciente que, por sua vez, confere à enfermagem o papel de auxiliar na cura do paciente em estado crítico, conforme suas evidências empíricas. Para essa finalidade, recursos humanos éticos e com disposição de cuidar do paciente e a disponibilidade de componentes básicos como: lençóis, bacias, água e saponáceo em abundância mostram-se suficientes. Este fenômeno reúne dois temas: propondo o banho no leito molhado, como uma modalidade de cuidado, voltado

---

às necessidades do corpo e da alma do paciente em estado crítico, tendo como princípio a ética e o toque terapêutico; defendendo a manutenção do banho no leito molhado como um procedimento exclusivo da equipe de enfermagem da UTI que promove a recuperação do paciente, mediante o atendimento das necessidades do corpo e da alma, fundamentado em ações que envolvem o toque terapêutico ( Diagrama 24).



**Diagrama 24. Fenômeno E.** Recomendando o banho no leito molhado, como um ritual de enfermagem terapêutico, transcendente às necessidades do corpo do paciente em estado crítico: temas

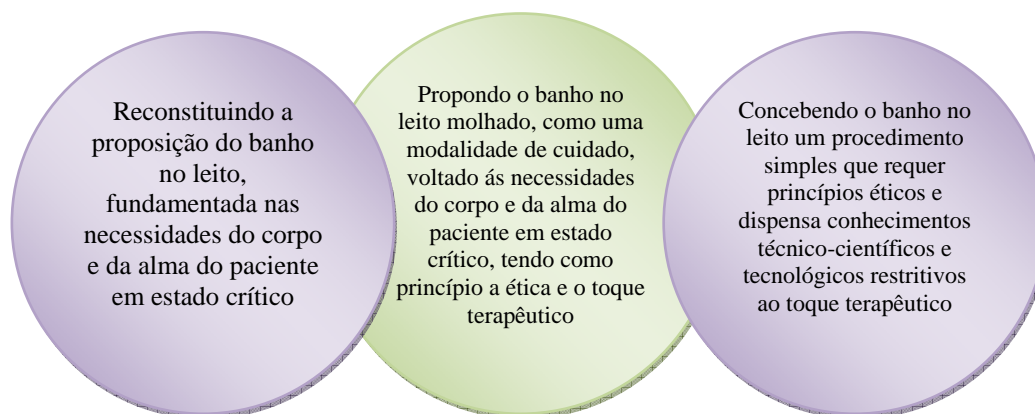
**Tema E1. Propondo o banho no leito molhado, como uma modalidade de cuidado, voltado às necessidades do corpo e da alma do paciente em estado crítico, tendo como princípio o respeito e o toque terapêutico**

Significa a proposição da modalidade banho no leito molhado como um procedimento simples, que dispensa aprofundamento nos conhecimentos técnico-científicos, bem como o desenvolvimento de tecnologias, que possam vir a limitar as ações de enfermagem durante a execução do procedimento, fundamentadas no toque terapêutico. Para tanto, pressupõe-se que, para se executar a técnica,

---

fazem-se necessários recursos humanos dispostos e com comportamentos éticos, bem como de outros componentes de fácil aquisição, como: água, bacias, sabonáceo e lençóis.

A água e o sabonáceo em abundância têm uma finalidade estética ao corpo, visando a melhorar a aparência, no que se refere à eliminação de sujidades e odores. Já o cuidado com a alma envolve outro processo, o de renovação/purificação. Este tema agrega duas categorias: reconstituindo a proposição do banho no leito molhado, fundamentada nas necessidades do corpo e da alma do paciente em estado crítico; concebendo o banho no leito um procedimento simples que requer princípios éticos e dispensa conhecimentos técnico-científicos e tecnológicos restritivos ao toque terapêutico (Diagrama 25).



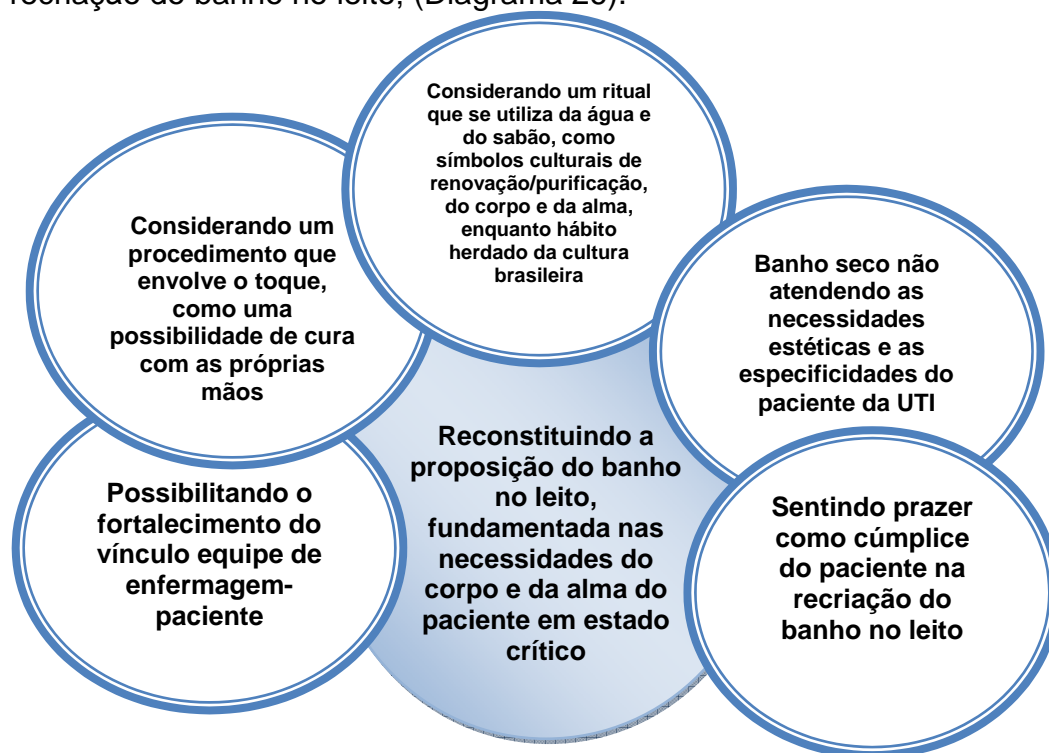
**Diagrama 25 Tema E1.** Propondo o banho no leito molhado, como uma modalidade de cuidado, voltado às necessidades do corpo e da alma do paciente em estado crítico, tendo como princípio o respeito e o toque terapêutico: categorias.

**Categoria E1.1 Reconstituindo a proposição do banho no leito, fundamentada nas necessidades do corpo e da alma do paciente em estado crítico.**

Significa o processo que tem movido a equipe de enfermagem na proposição de uma nova modalidade de banho no leito, denominada banho molhado. O encadeamento dos fatos inicia com a concepção de paciente. Considerado ser - humano dual, com necessidades de cuidados do corpo e da

---

alma, associado a outros fatos, como: o banho seco não atende as necessidades estéticas e as especificidades do paciente na UTI, bem como constituir-se em uma cena de aproximação congruente cultural equipe de enfermagem-paciente, acerca do significado do banho. Esta seqüência de fatos é que tem levado a equipe de enfermagem a defender a utilização de água e de saponáceos em abundância, norteadas por evidências que denotam melhora do doente após o procedimento. A água, sabão e o toque se configuram em signos culturais que, ultrapassam a finalidade de remover a sujidade impregnada na pele e o estímulo da circulação, para promover renovação/purificação do corpo e da alma. Esta categoria agrupa cinco subcategorias: possibilitando o fortalecimento do vínculo equipe de enfermagem-paciente; considerando um procedimento que envolve o toque, como uma possibilidade de cura com as próprias mãos; considerando um ritual que se utiliza da água e do sabão, como símbolos culturais de renovação/purificação, do corpo e da alma, enquanto hábito herdado da cultura brasileira; banho seco não atendendo às necessidades estéticas e as especificidades do paciente da UTI; sentindo prazer como cúmplice do paciente na recriação do banho no leito; (Diagrama 26).



**Diagrama 26 Categoria E1.1.** Reconstituindo a proposição do banho no leito, fundamentada nas necessidades do corpo e da alma do paciente em estado crítico: subcategorias.

### **Subcategoria E1.1.1. Possibilitando o fortalecimento do vínculo equipe de enfermagem-paciente**

O fato de o banho no leito se constituir em um dos procedimentos que envolvem relacionamento estreito e demorado, quando comparado a outros de domínio da enfermagem, permite o desencadeamento de processos concomitantes que ampliam a finalidade de higiene e de cuidados com a pele, ao elevar o vínculo equipe de enfermagem-paciente, possibilitando um relacionamento de afetividade (Quadro 30).

*“Um banho de água. Muita água! Água e sabão. Eu acho que além da higiene corporal, uma massagem, uma hidratação, transmite uma parte de carinho da gente com o paciente, assim você está ali, tem que passar um hidratante, lavar o cabelo com xampu, pentear, acho que a gente transmite um pouco de carinho pra eles. Depois do banho, eu passo Dersani® para massagear a pele, evitar as escaras, a gente passa em todo mundo. O banho tem que ser mais que lavar. Ele tem que ser um momento de cuidado com a pele do paciente.” (T3-13)*

*“Bom é um procedimento que demora mais tempo, que deixa a gente por mais tempo perto do paciente, então a gente pode começar o cuidado pelo banho” (T6-35).*

*“O banho é um cuidar essencial para a enfermagem porque é uma relação, contato íntimo com o paciente, se a gente ficar atenta a gente aprende muito com eles e consegue cuidar melhor respeitando a individualidade de cada um” (T5-33).*

### **Subcategoria E1.1.2. Considerando um procedimento que envolve o toque, como uma possibilidade de cura com as próprias mãos**

Nesse processo interativo, que se constitui o banho no leito, friccionar a pele com água e saponáceos para remover sujidades ou massagear a pele com produtos hidratantes ou com a própria força da queda da água sobre a pele, permite que a enfermagem promova o toque terapêutico, ou seja, a troca de energia, por meio de procedimentos que envolvem as mãos (Quadro 30).

*“O banho significa o cuidado com a pele, é um momento de troca de energia em que a gente passa através do toque para o paciente, eu acredito no poder do toque para ajudar na cura das pessoas [...]” (T6-35)*

---



### **Subcategoria E1.1.3. Considerando um ritual que se utiliza da água e do sabão, como símbolos culturais de renovação/purificação, do corpo e da alma, enquanto hábito herdado da cultura brasileira**

Significa que no processo de recriação do banho no leito pela equipe de enfermagem, a utilização de água e sabão em abundância, como signos de renovação/purificação provém do banho como um hábito cultural brasileiro. Porém, já existe um subgrupo de técnicos agindo com prudência com relação ao uso excessivo de sabão, para não danificar a pele do paciente. Esta subcategoria agrega quatro elementos: considerando o banho um hábito da cultura brasileira; percebendo a influência cultural do profissional e do paciente sobre a prática do banho no leito; considerando a água e os saponáceos, fontes de renovação do ser humano, enquanto ser dual, dotado de corpo e alma; passando pouco sabão para não danificar a pele; banho significando água em abundância (Quadro 30).

*“Acho que o banho é coisa de brasileiro, é importante não só no aspecto fisiológico de limpeza da pele e renovação dos germes, mas faz bem pra alma” (E7-6).*

*“Os hábitos estão impregnados na gente, agora é difícil pontuar o que eu faço se está no livro da graduação ou se a experiência me fez incorporar este conhecimento” (E4-21).*

*“O paciente após o banho fica renovado, mesmo no leito a gente limpa, joga água, sente renovado mesmo [...]” (T2-28).*

*“O banho tem que ser rico em água e com pouco sabão para não danificar a pele [...]” (T5-32)*

*“Banho é sinal de água, então um bom banho tem que se assemelhar ao banho de chuveiro, tem que molhar o corpo, tem que sentir a água [...]” (E4-21).*

### **Subcategoria E1.1.4. Banho seco não atendendo as necessidades estéticas e as especificidades do paciente da UTI**

Compreende um dos fatos que colaboraram com a criação da modalidade banho no leito molhado, uma vez que os membros da equipe de enfermagem referem que a prática do banho no leito conforme procedimento

---

ensinado durante o processo de formação profissional, não atende as necessidades do paciente, principalmente em estado crítico. Na realização do banho molhado, utilizam-se apenas alguns princípios do banho seco. Esta subcategoria reúne três elementos: banho seco não atendendo as necessidades estéticas do paciente; não sendo possível realizar a técnica convencional do banho no leito, na UTI, mediante as características do paciente e; considerando alguns princípios do banho seco, ao realizar o banho molhado (Quadro 30).

*“Assim é um banho que não é bem dado, porque às vezes a enfermeira fala pra gente usar menos água, porque a gente tem mania de usar muita água, justamente para não umedecer o colchão, então quer dizer tem que ser um banho superficial, limpa, mas não fica bem limpinho. A higiene está comprometida, a gente procura fazer o máximo” (T2-27)*

*“O livro não tem as especificidades de cada pessoa, até porque ele é pra cuidar da doença e não da pessoa. Vai na contramão do que a gente faz [...]” (T8-43)*

*“Acredito que a técnica do livro sirva como um apoio na realização do procedimento, que ela dá noção sobre a melhor forma de limpar a pele se contaminar ou sem causar novas lesões, mas é só isso.” (E7-12)*

#### **Subcategoria E1.1.5. Sentindo prazer como cúmplice do paciente na recriação do banho no leito**

Significa o sentimento prazeroso desperto ao realizar um procedimento com água e sabão abundante, levando-se em conta a sua própria experiência com a possibilidade de poder usufruir do banho de aspersão. Vivência corroborada pelo paciente, quando consciente. Esta subcategoria agrega dois elementos: atendendo ao pedido do paciente de realizar o banho molhado, porque o considera terapêutico; sentindo prazer em realizar o banho molhado (Quadro 30).

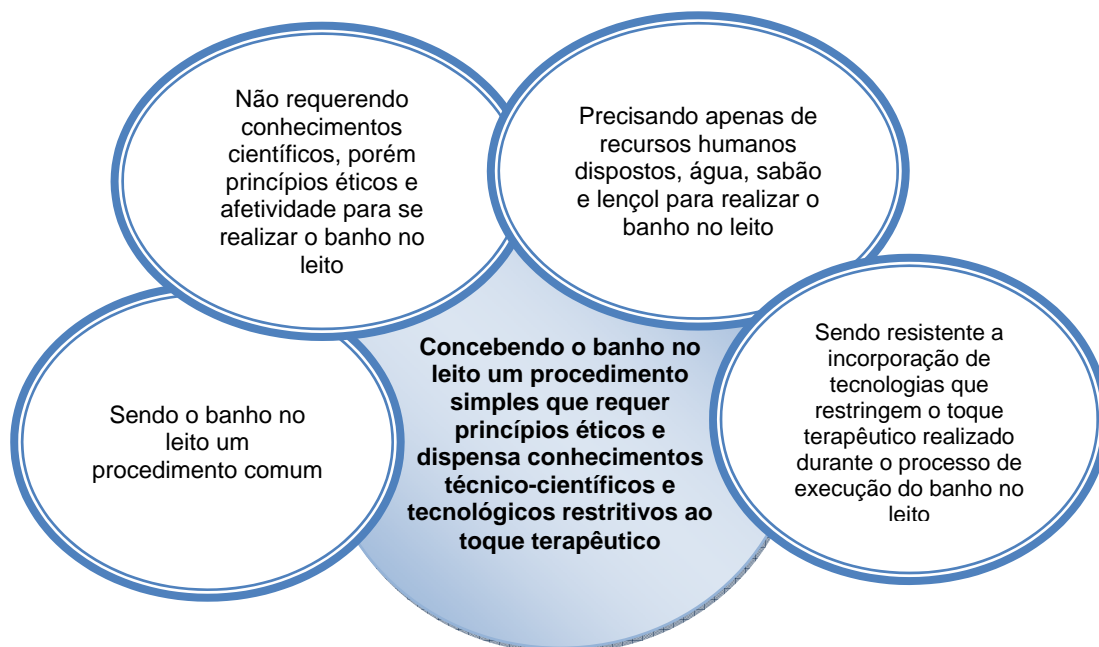
*“As modificações do banho no leito é feita por cada pessoa que dá o banho, cada um acaba fazendo do seu jeito, às vezes porque quer atender o pedido do paciente” (E1-4)*

*“Eu gosto de fazer o banho no leito. Primeiro porque é a gente que executa o banho, na verdade a gente dá o banho mesmo, é água, sabão, então assim, dessa maneira eu gosto de estar ali cuidando e dando o banho no paciente” (T3-12)*

---

**Categoria E1.2. Concebendo o banho no leito um procedimento simples que requer princípios éticos e dispensa conhecimentos técnico-científicos e tecnológicos restritivos ao toque terapêutico**

Trata-se de um procedimento de enfermagem que dispensa conhecimentos técnico-científicos ou o uso de tecnologias que limitam a operacionalização do toque terapêutico; para tanto, o banho no leito é classificado como uma técnica simples, precisando apenas incorporar princípios éticos e afetividade. Esta categoria congrega quatro subcategorias: sendo o banho no leito um procedimento comum; sendo desnecessário o uso de tecnologias para se realizar o banho no leito; não requerendo conhecimentos científicos, porém princípios éticos e afetividade para se realizar o banho no leito; precisando apenas de recursos humanos dispostos, água, sabão e lençol para realizar o banho no leito; sendo resistente à incorporação de tecnologias que restringem o toque terapêutico realizado durante o processo de execução do banho no leito (Diagrama 27).



**Diagrama 27 Categoria E1.2.** Concebendo o banho no leito um procedimento simples que requer princípios éticos e dispensa conhecimentos técnico-científicos e tecnológicos restritivos ao toque terapêutico: subcategorias

---

### **Subcategoria E1.2.1. Sendo o banho no leito um procedimento comum**

Significa a avaliação do banho no leito como um procedimento simples de execução, segundo uma classificação em níveis de complexidade dos procedimentos realizados pela equipe de enfermagem na UTI (Quadro 31).

*“O banho é o cuidado elementar para uma recuperação. Qualquer um que ficar acamado fica com um cheiro ruim, então o banho significa limpeza, renovação” (E4-20)*

### **Subcategoria E1.2.2. Não requerendo conhecimentos científicos, porém princípios éticos e afetividade para se realizar o banho no leito**

Constitui-se em um procedimento que não requer conhecimentos técnico-científicos profundos para realizá-lo, mas virtudes daquele que o realiza, como: respeito e afetividade (Quadro 31).

*“cuidar do corpo, não essa vaidade de agora, até os homens estão ligados nisso, cuidar de forma simples com um bom banho faz bem pra alma. (T6-38)*

*“Tecnologia é para as doenças, o cuidado do corpo não precisa de tecnologia, precisa de carinho, respeito, cuidado com o próximo. “(T8-41)*

### **Subcategoria E1.2.3. Precisando apenas de recursos humanos dispostos, água, sabão e lençol para realizar o banho no leito**

Sendo considerada uma técnica simples que dispensa conhecimentos científicos profundos, bem como tecnologias. Para a sua execução do banho no leito, fazem-se necessários recursos humanos com disposição de realizá-lo e alguns componentes comuns, como: bacia, água em abundância, sabão e lençóis para enxugar o paciente e manter a privacidade do mesmo (Quadro 31).

---

*“[...] a tecnologia do banho é um bom sabão em quantidade suficiente e um pano limpo para lavar e outro para secar; para isso não precisa de tecnologia e sim de gente, recursos humanos, com disposição.” (E1-2)*

*“Para dar o banho eu só preciso de bacia, água, sabão e lençol para enxugar ou proteger a privacidade do paciente.” (T8-41)*

#### **Subcategoria E1.2.4. Sendo resistente a incorporação de tecnologias que restringem o toque terapêutico realizado durante o processo de execução do banho no leito**

A equipe de enfermagem é mais suscetível a incorporar tecnologias ao procedimento banho no leito que intensificam o toque como processo terapêutico enfermagem-paciente, ao invés daqueles que o restringem. Esta subcategoria agrega três elementos: sendo desnecessário o uso de tecnologias para se realizar o banho no leito; discordando da incorporação de qualquer tecnologia que reduza o toque terapêutico e o uso da água durante o banho no leito; incorporando ao banho no leito somente tecnologias que reforçam o toque (Quadro 31).

*“Até porque a tecnologia do banho é um bom sabão em quantidade suficiente e um pano limpo para lavar e outro para secar; para isso não precisa de tecnologia [...]”. (E1-2)*

*“A tecnologia representa avanço, novas possibilidades de cura, mas isso não se aplica ao banho, nenhuma tecnologia deveria substituir o contato humano que normalmente se limita ou se prolonga nesse procedimento. O contato humano realizado no toque durante o banho serve para mostrar ao paciente que ele não está sozinho, substituir isso seria desumano.” (E4-23)*

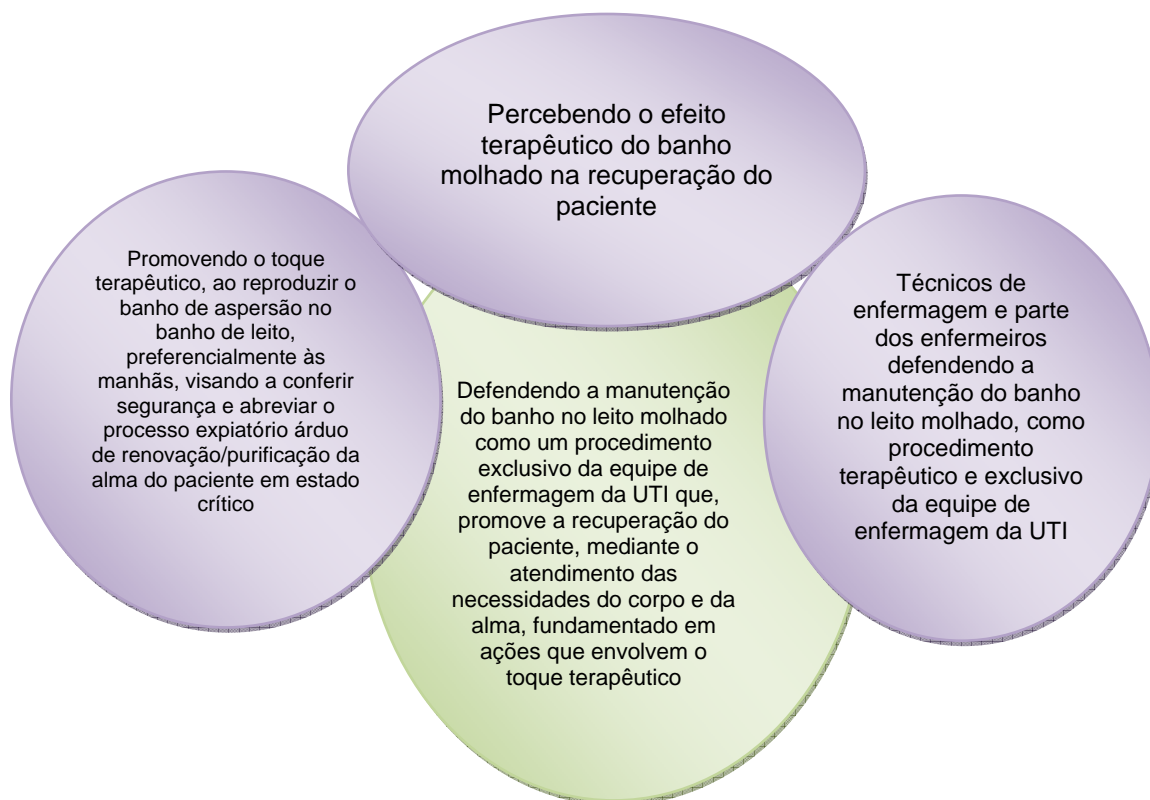
*“Acho que as tecnologias já desenvolvidas para o banho no leito servem para otimizar o tempo gasto na execução do procedimento, porque hoje a relação custo-benefício está superando ou substituindo a relação enfermagem/paciente. O que incorporamos ao banho aqui na UTI foi o uso de dersani® no fim do banho, fazendo massagem.” (E4-23)*

---

**Tema E2. Defendendo a manutenção do banho no leito molhado como um procedimento exclusivo da equipe de enfermagem da UTI que promove a recuperação do paciente, mediante o atendimento das necessidades do corpo e da alma, fundamentado em ações que envolvem o toque terapêutico.**

O banho molhado é uma reprodução do banho de chuveiro no seco (banho no leito proposto pelos livros) empreendido pela equipe de enfermagem, para promover uma assistência que transpõe os cuidados com a pele. Constitui-se em um ritual com valor evocativo religioso de renovação do ser – humano. Compreendido, nesta perspectiva, como ser dual, dotado de corpo e alma. Desta maneira, transforma o procedimento em um meio comunicativo não-verbal, fundamentado em ações que envolvem a intensificação do toque terapêutico. É por esta razão que se apropria de valores simbólicos culturais, como a água e o sabão em abundância para reproduzir o banho de chuveiro no de leito, bem como empreender outras ações onde se percebe a exacerbação de atitudes que envolvem massagens e fricções da pele do paciente. Sob esta perspectiva, o banho consegue ampliar as suas finalidades de atenuar o sofrimento do paciente que se encontra em estado crítico na UTI, envolvendo tanto o atendimento de necessidades do corpo (cuidados estético e de preservação da integridade da pele) e da alma (renovação/purificação e segurança). Este tema agrega três categorias: promovendo o toque terapêutico, ao reproduzir o banho de aspensão no banho de leito, preferencialmente às manhãs, visando a conferir segurança e abreviar o processo expiatório árduo de renovação/purificação da alma do paciente em estado crítico; percebendo o efeito terapêutico do banho molhado na recuperação do paciente; técnicos de enfermagem e parte dos enfermeiros defendendo a manutenção do banho no leito molhado, como procedimento terapêutico e exclusivo da equipe de enfermagem da UTI (Diagrama 28).

---



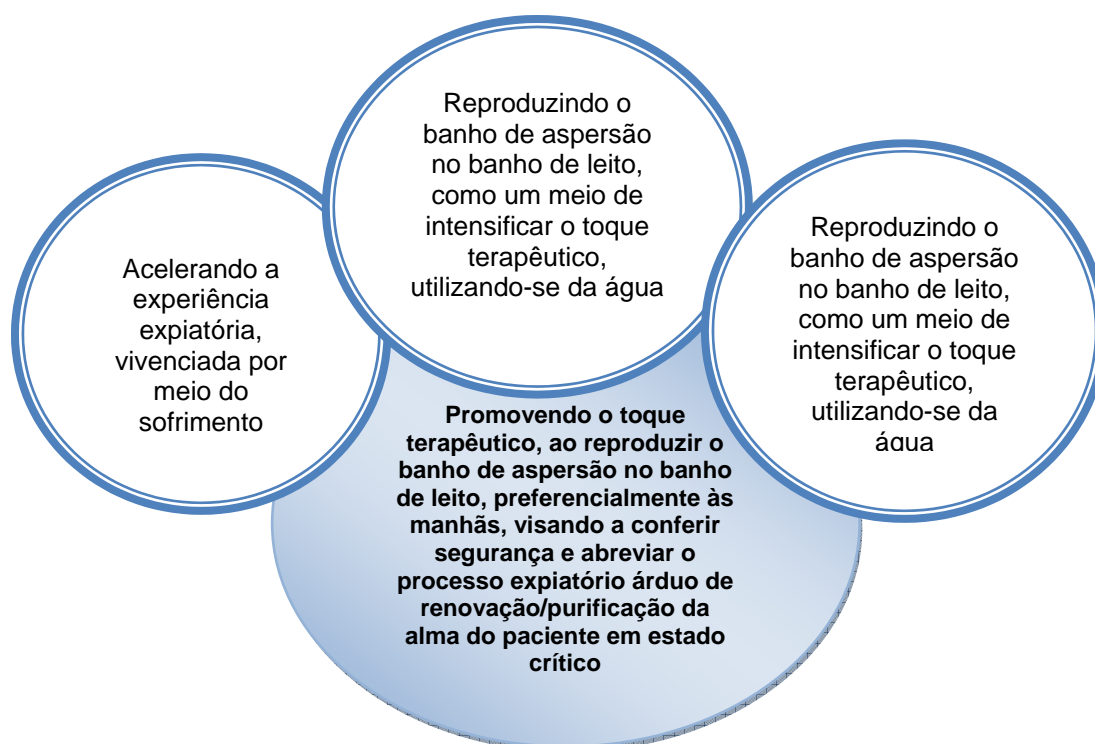
**Diagrama 28 Tema E2.** Considerando o banho no leito molhado um ritual exclusivo da equipe de enfermagem da UTI que, promove a recuperação do paciente, mediante o atendimento das necessidades do corpo e da alma, fundamentado em ações que envolvem o toque terapêutico: categorias

**Categoria E2.1 Promovendo o toque terapêutico, ao reproduzir o banho de aspersão no banho de leito, preferencialmente às manhãs, visando a conferir segurança e abreviar o processo expiatório árduo da renovação/purificação da alma do paciente em estado crítico.**

A reprodução do banho de aspersão no leito, preferencialmente às manhãs, é uma ação de enfermagem voltada às necessidades da alma, com a intencionalidade de intensificar o toque terapêutico, por meio da pressão da queda da água sobre a pele do corpo do paciente em estado crítico. Além de conferir segurança, abrevia a experiência expiatória, como preparo para a aproximação dos desígnios de Deus e, conseqüentemente, amenizar o processo

---

árduo de renovação/purificação do doente. Levando-se em conta a representação expiatória atribuída ao processo de sofrimento vivenciado e o banho molhado como um catalisador desse processo, entende-se que o procedimento, também, contribui para o processo de recuperação. Esta categoria agrupa três subcategorias: acelerando a experiência expiatória, vivenciada por meio do sofrimento; reproduzindo o banho de aspensão no banho de leito, como um meio de intensificar o toque terapêutico, utilizando-se da água; banho matutino gerando mais benefícios à recuperação do paciente, quando comparado ao realizado no período noturno (Diagrama 29).



**Diagrama 29 Categoria E2.1** Promovendo o toque terapêutico, ao reproduzir o banho de aspensão no banho de leito, preferencialmente às manhãs, visando a conferir segurança e abreviar o processo expiatório árduo da renovação/purificação da alma do paciente em estado crítico.

---



### **Subcategoria E2.1.1. Acelerando a experiência expiatória, vivenciada por meio do sofrimento**

O banho no leito molhado é o início de um ritual sagrado, de renovação/purificação, praticado pela equipe de enfermagem, junto ao paciente em estado crítico, visando atender as necessidades da alma, ao permitir que o moribundo abrevie sua experiência expiatória, aproximando-o dos desígnios de Deus. Etapa esta, complementada posteriormente com a visita de um líder espiritual (Quadro 32).

*“O banho é o cuidado elementar para uma recuperação. Qualquer um que ficar acamado fica com um cheiro ruim, então o banho significa limpeza, renovação.” (E4-20)*

*“Para se conectar com Deus, o corpo tem que tá bem, aqui na UTI tem que está limpo”. (T6-38)*

### **Subcategoria E2.1.2. Reproduzindo o banho de aspersão no banho de leito, como um meio de intensificar o toque terapêutico, utilizando-se da água**

Mediante a dificuldade de se comunicar verbalmente com o paciente inconsciente, a equipe de enfermagem se utiliza do toque, como uma estratégia não-verbal de comunicação. O toque tem a finalidade de transmitir segurança e resgatar a pessoa em estado crítico para a vida, por meio da troca de energia. A atitude criativa de entornar recipientes com água sobre a superfície corporal do paciente, mantendo uma altura suficiente para aumentar a força de impacto do líquido sobre a pele, não só é para massageá-la, mas facultando ao indivíduo inconsciente, o recebimento da mensagem que continua no plano existencial, acompanhado por pessoas que estão cuidando, investindo na sua recuperação (Quadro 32).

*“Eu acho que paciente gosta de como executo o banho, porque quando ele está acordado e é primeira vez, ele fala: Ah não! lá vem esse banho com paninho, a gente fala não, não é com paninho não, taca água, parece um banho de chuveiro.” (T3-13)*

---

*“Banho é sinal de água, então um bom banho tem que se assemelhar ao banho de chuveiro, tem que molhar o corpo, tem que sentir a água”.*  
(E4-21)

**Subcategoria E2.1.3. Banho matutino gerando mais benefícios à recuperação do paciente, quando comparado ao realizado no período noturno**

A justificativa para parte dos componentes da equipe de enfermagem que discordam da rotina instituída na UTI de se realizar 50% dos banhos no leito no período noturno se dá em razão de não conseguir perceber benefícios para o paciente ao se realizar o banho no período noturno, subsidiados num processo avaliativo, que agrega seis elementos: sendo o banho matutino um hábito intergeracional familiar adquirido, com a finalidade de conferir renovação por meio da água, para enfrentar o dia; percebendo que o banho matutino abrevia a recuperação do paciente; discordando da realização do banho noturno, porque desrespeita o horário habitual de o paciente dormir; transparecendo descuido da enfermagem para a família na hora da visita, mediante odores corporais eliminados pelo paciente; Banho matutino ajuda a promover o relaxamento do paciente durante o dia; achando que os banhos deveriam ser distribuídos somente entre os períodos matutino e vespertino, ao invés do matutino e noturno (Quadro 32).

*“[...] eu gostaria que fosse de manhã, porque aqui alguns pacientes, os estáveis tomam banho à noite e eu particularmente não concordo com essa rotina”.* (E7-7)

*“O melhor banho é aquele de manhã, como é bom tomar banho pra trabalhar, o paciente também gosta, apesar do banho ser dividido, à noite também tem pra quatro pacientes, se não a gente não dá conta do serviço.”* (T2-29)

*“[...] aqui alguns pacientes, os estáveis tomam banho à noite e eu particularmente não concordo com essa rotina, porque à noite a UTI fica mais calma e os pacientes que não estão em coma dormem, na maioria das vezes,;então eles quase não transpiram porque estão descansando também, e aí se eles já tomaram banho à noite não pode dar outro durante o dia, só pode arrumar, vários pacientes pedem pra tomar banho.”* (E7-7)

*“Quando ele toma banho de noite e não toma no dia, no meio da tarde antes da visita, ele já tem odores e a família acha que a gente não cuida direito.”* (T6-36)

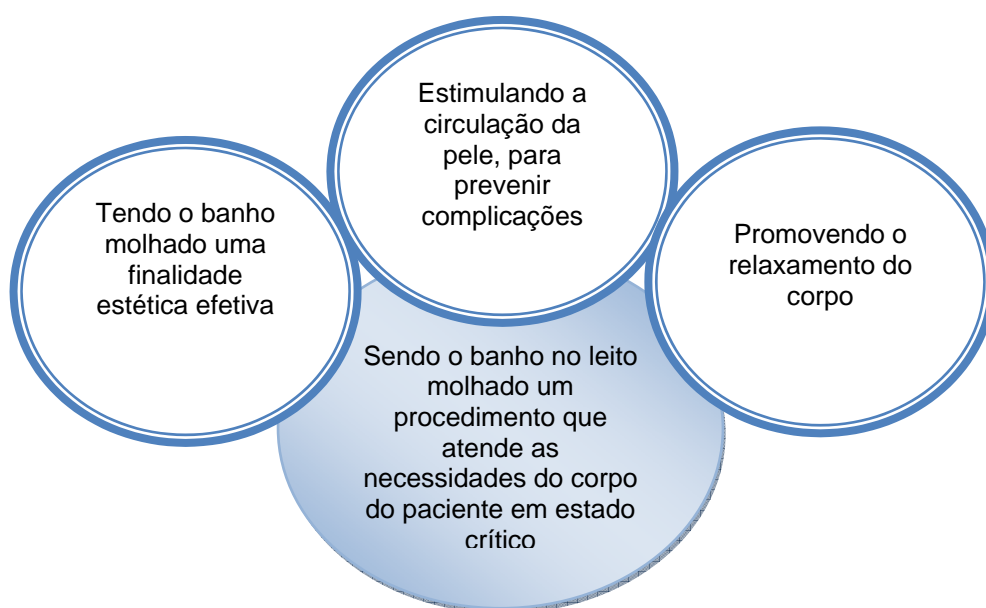
*“O dia não foi feito para dormir, é muito barulho, toda hora entra alguém que atrapalha o sono, então quando ele toma banho de manhã, relaxa e consegue dormir um pouco”.* (T6-36)

---

*“[...] eu acho que o banho deveria ser dividido nos turnos matutino e vespertino para não sobrecarregar ninguém [...] fui voto vencido, todos dizem que à noite é mais calmo, por isso que é bom o banho.” (E7-7)*

**Categoria E2.2. Sendo o banho no leito molhado um procedimento que atende as necessidades do corpo do paciente em estado crítico**

Significa que as ações que promovem cuidados voltados à alma, também atendem as necessidades do corpo. O banho molhado é avaliado pela equipe de enfermagem, como uma modalidade que cumpre de forma efetiva a finalidade estética, quando comparado com o banho de leito seco, porque remove os odores e as sujidades peculiares do paciente acamado por períodos longos, bem como auxilia na prevenção de úlceras de pressão e promove o relaxamento. Esta categoria reúne três subcategorias: tendo o banho molhado uma finalidade estética efetiva; estimulando a circulação da pele, para prevenir complicações; promovendo o relaxamento do corpo (Diagrama 30).



**Diagrama 30 Categoria E2.2** Sendo o banho no leito molhado um procedimento que atende as necessidades do corpo do paciente em estado crítico: subcategorias

---

### **Subcategoria E2.2.1. Tendo o banho molhado uma finalidade estética efetiva**

Trata-se de um conjunto de ações que envolvem o toque, realizadas no momento do banho no leito, incluindo xampu, pentear os cabelos, higiene oral, aspiração de secreções, visando, principalmente, à melhoria da aparência do corpo do paciente em estado crítico, por meio da eliminação de evidências que podem vir a se configurarem para a própria equipe e família como um descuido da enfermagem, bem como transmitindo ao paciente a sensação de limpeza. É por esta razão que a equipe de enfermagem sente prazer em eliminar odores, promover limpeza de secreções aparentes e dos cabelos sujos, bem como pentear cabelos e o paciente arrumado no leito. Esta subcategoria reúne dois elementos: tendo o banho uma finalidade de limpeza; considerando que o paciente acamado produz odores corporais mais intensos; sentindo satisfação em promover um cuidado estético que beneficia o paciente, a equipe e a família (Quadro 33).

*“É impressionante, após o banho, alguns pacientes se sentem tão relaxados que dormem; é isso, o banho tem que relaxar o paciente, ele tem que se sentir de pele limpa.” (E4-22)*

*“[...] Quem fica deitado por muito tempo, como é o caso dos pacientes daqui o corpo responde produzindo odores e dores no corpo, aí a gente ajuda tirando o cheiro, e a massagem também é terapêutica.” (T6-36)*

*“Aquele banho que você pega o paciente e lava com gosto. É aquele que a gente joga água no paciente, vira ele de um lado pro outro, com bastante sabão, arruma o cabelo dele e ele fica cheiroso e bonito para nós e para a família”. (E1-1)*

### **Subcategoria E2.2.2. Estimulando a circulação da pele, para prevenir complicações**

A massagem oriunda do movimento empreendido pelo profissional durante a execução do banho no leito, o toque da água na pele e a massagem após o banho conferem, também, a finalidade terapêutica de estimular a

---

circulação da pele da pessoa acamada, bem como de prevenir úlceras de pressão (Quadro 33).

*“Após o banho, a equipe faz uma massagem no paciente que serve para reoxigenar a pele e para que sinta o toque, sinta que alguém está cuidando dele [...]”.*(E4-20)

*“Então bom (o banho) é esse que a pessoa tem cuidado com a gente e coloca água para oxigenar a pele [...]”* (T6-38)

### **Subcategoria E2.2.3. Promovendo o relaxamento do corpo**

O banho tem a finalidade de aliviar sentimentos relativos ao processo de sofrimento vivenciado pelo paciente em estado grave, para que o mesmo possa repousar tranquilamente, mediante ações de conforto (Quadro 33).

*“O banho é uma necessidade do homem, tomar banho só faz bem pra saúde, então ele significa um momento de relaxamento, de recuperação”.* (T6-35)

*“[...] o banho é o cuidado inicial tanto do doente quanto da gente fora daqui, tomar significa um ato de relaxamento é como se o nosso corpo estivesse pronto pra o que der e vier [...]”.* (E4-21)

### **Categoria E2.3. Técnicos de enfermagem e parte dos enfermeiros defendendo a manutenção do banho no leito molhado, como procedimento terapêutico promovido pela enfermagem na UTI.**

Significa a persistência dos técnicos de enfermagem e de alguns enfermeiros em manterem o banho no leito molhado, como uma modalidade de cuidado terapêutico, exclusivo da UTI, independente de sofrerem pressões para se abreviar o tempo de execução: percebendo que o banho no leito molhado só acontece na UTI; banho no leito molhado acelerando o processo de recuperação do paciente, mediante evidências observadas; equipe médica e parte dos enfermeiros coagindo os técnicos de enfermagem a restringir o tempo de execução do banho no leito (Diagrama 31).

---



**Diagrama 31 Categoria E2.3** Técnicos de enfermagem e parte dos enfermeiros defendendo a manutenção do banho no leito molhado, como procedimento terapêutico promovido pela enfermagem na UTI: subcategorias

#### **Subcategoria E2.3.1. Percebendo que o banho no leito molhado só acontece na UTI**

O banho no leito molhado não se constitui em um procedimento instituído por meio de rotinas na Instituição, é um ritual peculiar da UTI (Quadro 34).

*"[...] o banho molhado aqui neste hospital ou ele acontece na UTI ou não, porque lá fora (enfermaria) o banho é seco mesmo. [...]"*.(T3-16)

#### **Subcategoria E2.3.2. Banho no leito acelerando o processo de recuperação do paciente, mediante evidências observadas**

A equipe de enfermagem percebe que o banho molhado acelera o processo de recuperação, porque tem um efeito terapêutico, verificado por meio de evidências, logo após a sua realização, como: diminuição da intensidade da

---

dor; melhora dos parâmetros vitais e relaxamento contribuindo com o sono (Quadro 34).

*“É um procedimento que deixa todo mundo igualmente vulnerável, não importa se é rico, pobre, padre, pastor, vai tomar o banho de qualquer jeito, porque ele faz parte do tratamento”. (T8-41)*

*“Após o banho eu também me sinto feliz em ver o paciente arrumadinho, sem secreção, até a dor melhora [...]”. (T2-28)*

### **Subcategoria E2.3.3. Equipe médica e parte dos enfermeiros coagindo os técnicos de enfermagem a restringir o tempo de execução do banho no leito**

É uma estratégia desencadeada, mais intensamente pela equipe médica, ao tentar coagir a equipe de enfermagem a liberar o paciente mais cedo, do banho no leito, visando antecipar a avaliação clínica, por meio da culpabilização de intercorrências, como: extubações e piora do quadro do paciente, relacionada ao excesso de mobilização e do tempo de manipulação do paciente em estado crítico. Existem alguns enfermeiros que também se vêm incomodados com a demora, ao mesmo modo dos médicos, visando à liberação do paciente para que possa realizar suas atividades assistenciais. Esta subcategoria integra três elementos: médicos atribuindo a culpa pelas intercorrências à realização de banhos no leito demorados; percebendo que alguns enfermeiros, também, incomodam-se com o tempo de realização do banho, para poder realizar os seus procedimentos assistenciais; equipe de enfermagem discordando de iatrogenias e defendendo a continuidade da realização do banho molhado, mediante a efetividade do mesmo (Quadro 34).

*“Às vezes ta dando o banho e o paciente extuba ou tem uma parada, logo vem o médico gritando é culpa do banho, esses banhos demorados, eles implicam muito, aqui mesmo tem medico que parece que não gosta do banho.” (T3-17)*

*“Acho que as enfermeiras devia padronizar no hospital todo, mas as enfermeiras não querem saber de banho, elas querem como os médicos que a gente faça logo pra eles trabalhar no paciente.” (T3-16)*

*“Alguns médicos reclamam dizem que de tanto mexer nos pacientes eles pioram. Eu discordo e sempre falo pra eles (os médicos) e pra a equipe que eu nunca vi ninguém morrer porque tomou banho.” (E7-7)*

---

## **5.2 Descobrimo a categoria central**

A estratégia utilizada para descobrir a categoria central foi inter-relacionar os cinco fenômenos:

- A. Considerando a UTI um cenário que ultrapassa a finalidade de atender a pessoa em estado crítico;
- B. Repensando a assistência de enfermagem integral, depois de se priorizar o dimensionamento de recursos humanos da UTI;
- C. Considerando a educação continuada não operante uma condição que suscetibiliza a equipe de enfermagem a incorporar o conhecimento êmico a sua práxis;
- D. Entre condutas éticas e não-éticas: o desafio de se respeitar o corpo como princípio agregado ao banho no leito;
- E. Recomendando o banho no leito molhado, como um ritual de enfermagem terapêutico, transcendente às necessidades do corpo do paciente em estado crítico.

Essa estratégia permitiu-nos compará-los e analisá-los para compreender como se dava a interação entre seus componentes, bem como identificar as categorias e subcategorias-chave, que evidenciassem o movimento da experiência êmica e ética da equipe de enfermagem com o banho no leito, no cenário de uma Unidade de Terapia Intensiva.

O processo que nos ajudou a ordenar o encadeamento dos componentes, provenientes dos cinco fenômenos, para delinear a categoria central, foi a pergunta que nos inquietou, desde a coleta de dados, assim enunciada: — Qual o processo que vem impulsionando a equipe de enfermagem à recriação do banho no leito, fundamentada muito mais no conhecimento êmico, do que no ético?

Ao realinhar os componentes procedentes dos fenômenos, percebemos que o componente suscetibilizando a equipe de enfermagem a incorporar o conhecimento êmico à práxis, desprovida de análise crítica, constituía-se no âmago do processo, ou seja, a parte central de mudança da experiência que mostrava a desagregação do conhecimento êmico-ético, no



processo de recriação do banho no leito. Observamos, também, que a descoberta da categoria central, emergia ordenada por meio de três fases, cuja representação se encontra no (diagrama 32). Constituído de seis páginas separadas, para se adaptar ao tamanho da folha; entretanto, estas seis páginas devem ser analisadas processualmente.

Ao conjunto de componentes que compõe o primeiro subprocesso da categorial central, ordenamos como 1ª fase e a denominamos em: SENTINDO-SE IMPEDIDA DE EXERCER A PROFISSÃO, SEGUNDO SEUS REFERENCIAIS TEÓRICOS ASSISTENCIAIS, BEM COMO DE TORNAR-SE CÚMPLICE DE QUALQUER PROPOSTA, FUNDAMENTADA NA INTEGRALIDADE, SEJA INSTITUCIONAL OU GOVERNAMENTAL, MEDIANTE UM CENÁRIO DESPROVIDO DE RECURSOS HUMANOS, CORROBORANDO AÇÕES CENTRADAS NA MODALIDADE DE ASSISTÊNCIA FUNCIONAL.

Convivendo com o déficit de recursos humanos é compreendido como o “fio da meada”, ou seja, o primeiro componente do delineamento da 1ª fase do processo. Trata-se de uma condição que impulsiona a equipe de enfermagem à experiência do vivenciando a dicotomia teórico-prática, mediante a inviabilização na práxis de seus referenciais teórico-metodológicos assistenciais, fundamentados na integralidade da pessoa, assim como a tornar-se cúmplice de políticas públicas de saúde, defensoras dessa mesma perspectiva. Entretanto, segundo os informantes, esta perspectiva não casa com o cenário, cujos atores são levados a instituir propostas operacionais de cuidado, cada vez mais fragmentadas à pessoa, com a finalidade de reduzir o tempo de execução procedimental, para dar conta da carga de trabalho assistencial, imposta à equipe de enfermagem.

Ao vivenciarem a primeira fase, o informante é levado a uma 2ª fase do processo, momento em que acaba PERCEBENDO-SE SUSCETÍVEL A INCORPORAR CONHECIMENTO ÊMICO À ASSISTÊNCIA, MEDIANTE A PRIVAÇÃO DE PROCESSOS REFLEXIVOS PRÁXIS-CONHECIMENTO ÉTICO, EM FACE DA EDUCAÇÃO CONTINUADA INOPERANTE E O SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA, EM OFERECER UMA ASSISTÊNCIA IDEALIZADA E FUNDAMENTADA NA INTEGRALIDADE, ENQUANTO NÃO SE PRIVILEGIAR O REDIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS, COMO FORMA DE

VALORIZAR O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM, EM SUA PLENITUDE, TENDO COMO FIM A QUALIDADE ASSISTENCIAL.

Trazendo sentimentos de frustração, ao vivenciar, na 1ª fase, o processo dicotômico teórico-prático, durante o exercício profissional, leva a equipe de enfermagem a desacreditar na operacionalização de qualquer proposta, vinda tanto do âmbito institucional, quanto governamental, fundamentada na integralidade, enquanto não se priorizar o redimensionamento de recursos humanos. Fruto desse processo, a equipe posiciona-se de forma resistente às atividades de capacitação promovidas pela instituição, tornando a educação continuada não operante, especificamente, na UTI, como sendo uma das razões de aumentar a vulnerabilidade de uma prática desvinculada do conhecimento êmico.

Outro fato que colabora para a equipe de enfermagem não aderir a programas de capacitação, proporcionados pela Educação Continuada é o fato de ser considerada pela instituição como membros capacitados a trabalhar em qualquer outra unidade do hospital.

Em decorrência disso, os processos de busca do conhecimento se tornam uma iniciativa individual, centrada na troca de experiências entre os próprios membros da equipe, durante o processo de trabalho cotidiano, na UTI. Fatos que acabam suscetibilizando a equipe de enfermagem a incorporar o conhecimento êmico, desprovida de uma análise crítica.

É por essas razões que a equipe de enfermagem da UTI é impulsionada à 3ª fase, relativa aos momentos que a equipe de enfermagem se vê RESOLVENDO PROBLEMAS LEVANTADOS DA PRÁXIS, UTILIZANDO-SE DE REFERENCIAIS FORMULADOS, A PARTIR DO CONHECIMENTO ÊMICO, SEM LEVAR EM CONSIDERAÇÃO O CONHECIMENTO ÉTICO.

Como pode ser demonstrado pelo processo de resolução de problemas, empreendido pela equipe de enfermagem, perante dois problemas levantados no exercício de sua prática.

A. Como enfrentar o sofrimento psíquico ao interagir com as experiências do paciente em estado crítico?

B. Como eliminar odores e sujidades peculiares a pacientes acamados por longa permanência de hospitalização, na UTI, mediante a ineficiência do banho no leito seco?

De uma maneira muito criativa, a enfermagem recorre aos fundamentos religiosos para resolver ambos os problemas. Primeiramente, formula um modelo teórico, nomeado como: equipe de enfermagem propondo um modelo teórico, norteado por fundamentos religiosos, para atender as necessidades de sua alma.

Trata-se de um modelo teórico, com conceitos inter-relacionados: UTI; sofrimento, toque, respeito, condutas éticas, corpo e alma, banho, paciente, partindo da concepção que homem é um ser - humano dual, dotado de corpo e alma.

Esse modelo é utilizado pela equipe de enfermagem como estratégia de enfrentamento, acerca do processo interativo com a experiência do paciente em estado crítico.

Subseqüentemente, acaba recriando o banho no leito, fundamento no modelo teórico proposto às necessidades do corpo e da alma do paciente e da alma da equipe, utilizando a representação da UTI como templo sagrado, no qual se operacionaliza o processo de reinvento da técnica do banho no leito, de forma a propor uma nova modalidade, reconhecida pela equipe de enfermagem como molhado.

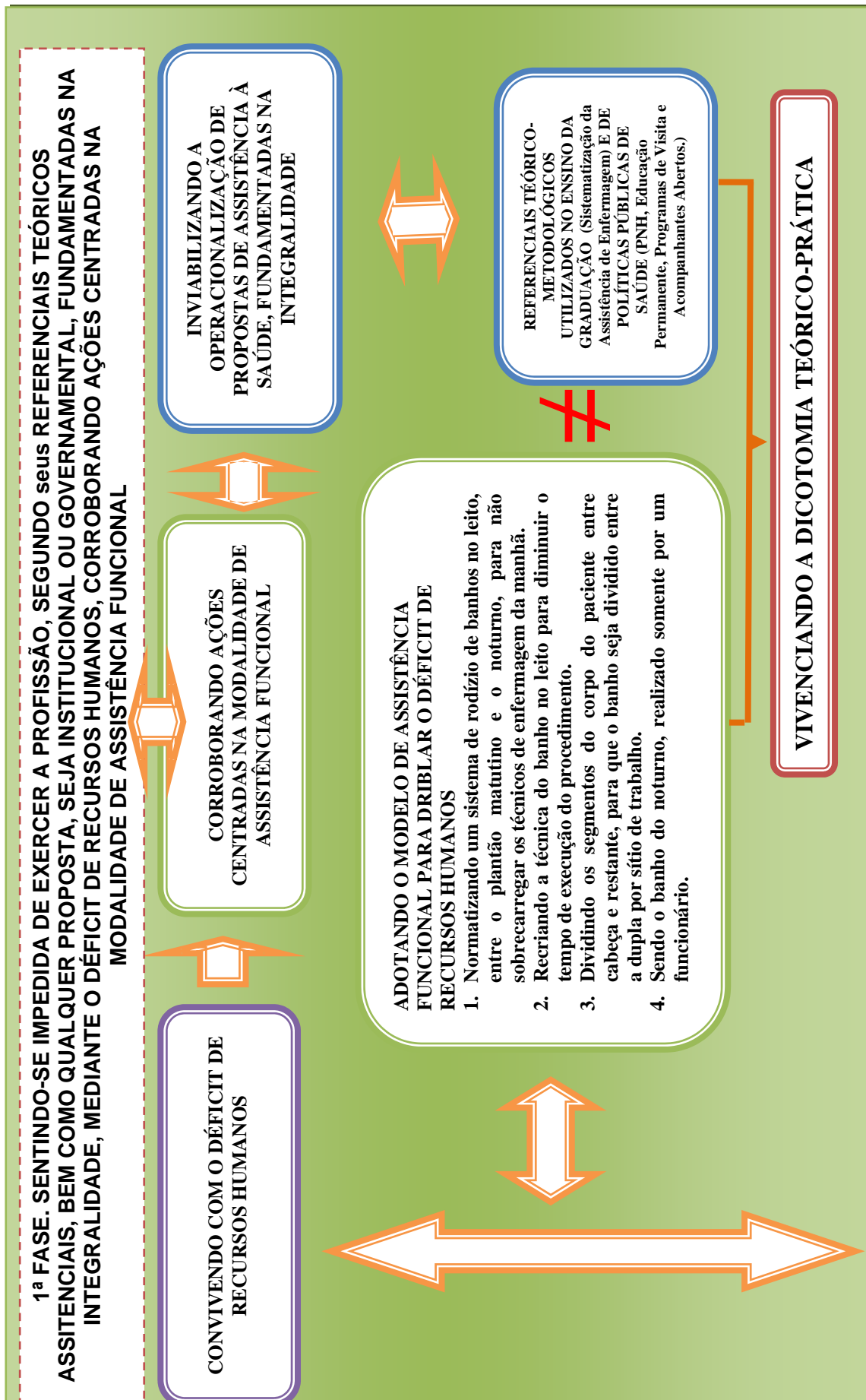
O banho no leito molhado, denominação atribuída pela equipe de enfermagem a uma nova proposta de procedimento que, demonstra-se, empiricamente, atender às necessidades do corpo e da alma do paciente em estado crítico, bem como, da alma dos membros da equipe de enfermagem, ao permitir que vivenciem um processo terapêutico recíproco cuidador-ser-cuidado, no enfrentamento de um sofrimento compartilhado. Para atender plenamente as finalidades, para o qual foi concebido, faz-se necessário que o operador seja capaz de reproduzir o banho de aspersão no leito, utilizando-se de água e sabão em abundância, empreendendo ações que envolvam o toque, como: fricções e massagens, provenientes do contato das mãos ou do impacto da água sobre o corpo do paciente. As evidências observadas levam a equipe a recomendar a utilização do invento, uma vez que, para o paciente promove segurança, conforto

e renovação/purificação (necessidades da alma), bem como ativa a circulação da pele, demonstrando ser mais eficaz na eliminação de odores e sujidades impregnadas (necessidades do corpo). Já para o cuidador atende às necessidades da alma, ao utilizar o banho no leito molhado não só como um cuidado com a pele (necessidade do corpo), mas como um catalisador do sofrimento (expição), como mecanismo de renovação da alma, enquanto ser existencial. Ao abreviar o período de sofrimento do paciente, a enfermagem, concomitantemente, atenua o seu, por remetê-la neste momento à reflexão de seus próprios atos, ao saber que está ajudando o indivíduo a enfrentar um momento difícil da vida, arremetendo-a a um processo de renovação continuada de virtudes e valores espiritual, moral e social para continuar a desempenhar seus papéis na sociedade. É considerado um dos procedimentos simples e mais realizado, quando comparado aos outros. Entende-se, portanto, não se fazerem necessários conhecimentos científicos profundos, bem como o desenvolvimento ou emprego de tecnologias que limitam o toque e sim o provimento de componentes simples, como: lençóis, bacias, água, saponáceos em abundância, bem como recursos humanos éticos, tendo como essência o respeito ao próximo, demandando atenção e profunda deferência em consideração ao outro (alteridade).

Ao finalizar o delineamento da categoria central, propomos denominá-la como: REVELANDO O PROCESSO DE RECRIAÇÃO DO BANHO NO LEITO NO CENÁRIO DA TERAPIA INTENSIVA: PRODUTO DA SUSCETIBILIDADE DA ENFERMAGEM EM INCORPORAR O CONHECIMENTO ÊMICO A SUA PRÁXIS (Diagrama 32).

REVELANDO O PROCESSO DE RECRIAÇÃO DO  
BANHO NO LEITO NO CENÁRIO DA TERAPIA  
INTENSIVA: PRODUTO DA SUSCETIBILIDADE DA  
ENFERMAGEM EM INCORPORAR O  
CONHECIMENTO ÊMICO A SUA PRÁXIS.

**Diagrama 32 – Categoria Central.** Revelando o processo de recriação do banho no leito no cenário da terapia intensiva: produto da suscetibilidade da enfermagem em incorporar o conhecimento êmico a sua práxis



2ª FASE. PERCEBENDO-SE SUSCETÍVEL A INCORPORAR O CONHECIMENTO ÊMICO À ASSISTÊNCIA, MEDIANTE A PRIVAÇÃO DE PROCESSOS REFLEXIVOS PRÁXIS-CONHECIMENTO CIENTÍFICO PRODUZIDO, EM FACE DA EDUCAÇÃO CONTINUADA INOPERANTE E O SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA, EM OFERECER UMA ASSISTÊNCIA IDEALIZADA E FUNDAMENTADA NA INTEGRALIDADE, ENQUANTO NÃO SE PRIVILEGIAR O REDIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS, COMO FORMA DE VALORIZAR O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM EM SUA PLENITUDE,

1. Considerando a finalidade da educação continuada: incorporar a ciência à prática, tendo como meta a qualidade assistencial.
2. Não obtendo a adesão dos funcionários em processos de capacitação, promovida pela instituição.
3. Equipe de enfermagem sendo reconhecida pela instituição como competente, só por trabalhar na UTI.
4. Sendo o processo de busca do conhecimento da equipe, norteado pela

TORNANDO A EDUCAÇÃO CONTINUADA NÃO OPERANTE, UMA DAS RAZÕES DE SE TER UMA PRÁTICA DE ENFERMAGEM VULNERÁVEL A SE DESVINCULAR DO CONHECIMENTO ÊMICO

VIVENCIANDO UM PROCESSO DE DESCRÉDITO COM RELAÇÃO À OPERACIONALIZAÇÃO DE QUALQUER PROPOSTA ASSISTENCIAL, NORTEADA PELOS FUNDAMENTOS DA INTEGRALIDADE

1. Frustrando-se ao vivenciar o processo dicotômico teórico prático, durante o exercício profissional.
2. Desacreditando na operacionalização de qualquer proposta, vinda tanto do âmbito institucional, quanto governamental, fundamentada na integralidade, enquanto

Suscetibilizando a equipe de enfermagem a incorporar o conhecimento êmico à práxis, desprovido de análise crítica

**3ª FASE. RESOLVENDO PROBLEMAS LEVANTADOS DA PRÁXIS, UTILIZANDO-SE DE REFERENCIAIS FORMULADOS, A PARTIR DO CONHECIMENTO ÉMICO SEM LEVAR EM CONSIDERAÇÃO O CONHECIMENTO ÉTICO**

**3.1. LEVANTANDO PROBLEMAS NA PRÁXIS**

**A. COMO ENFRENTAR O SOFRIMENTO PSÍQUICO AO INTERAGIR COM AS EXPERIÊNCIAS DO PACIENTE EM ESTADO CRÍTICO, NA UTI?**

Banho no leito seco: denominação atribuída pela equipe de enfermagem, a modalidade de banho proposta pela literatura e ensinada durante o processo de formação acadêmica ou profissional. Constitui-se em um procedimento de enfermagem com a finalidade de atender as necessidades de higiene, bem como conferir cuidados com a pele da pessoa acamada. Para a sua execução, recomenda-se a utilização de pouca água e sabão, ou seja, a higiene corporal do paciente deve ser realizada, por meio do deslize de pequenos panos, levemente embebidos de água, tendo o cuidado de se adicionar sabonáceo em quantidade mínima. Modalidade que não traz satisfação a enfermagem e ao paciente.

**B. Mediante a avaliação da não efetividade do banho no leito seco, quanto à finalidade estética, principalmente, para eliminar odores e sujidades peculiares a pacientes acamados por longa permanência e ao próprio perfil dos mesmos, a equipe de enfermagem pergunta: - COMO ELIMINAR ODORES E SUJIDADES PECULIARES A PACIENTE ACAMADOS POR LONGA PERMANÊNCIA DE HOSPITALIZAÇÃO NA UTI?**

**3.2. RESOLVENDO OS PROBLEMAS**



**3.2.1. EQUIPE DE ENFERMAGEM PROPONDO UM MODELO TEÓRICO, NORTEADO POR FUNDAMENTOS RELIGIOSOS, PARA ATENDER ÀS SUAS PRÓPRIAS NECESSIDADES DA ALMA**

**Concepção de UTI:** cenário que ultrapassa a finalidade de atender ao paciente em estado crítico, compreendido como um local sagrado, ou seja, inviolável, que inspira respeito religioso e veneração, conferindo a oportunidade, ao paciente e a enfermagem de renovar virtudes e valores, a partir de processos reflexivos evocados pela experiência de sofrimento do moribundo.

**Banho:** é um costume prazeroso para a cultura brasileira, utilizado para atender as necessidades do corpo e da alma do ser - humano. Agrega valores simbólicos que ultrapassam a finalidade de cuidados com a higiene corporal. A água e os saponáceos, utilizados em abundância, também, constituem-se signos de purificação/renovação, ou seja, representam agentes emolientes que auxiliam no processo de remoção das impurezas, ou seja, das falhas do ser - humano que acabam gerando na pessoa uma consciência, muitas vezes penosa, mediante o descumprimento de preceitos religiosos que, por sua vez, fundamentam seu compromisso social (afetivo, moral, institucional), no cotidiano. É um costume congruente paciente-equipe de enfermagem

**Concepção de homem:** ser – humano dual, dotado de corpo e alma.

**Sofrimento:** significa uma experiência expiatória, com a finalidade de remover as impurezas da alma, ou seja, as falhas do ser – humano que acabam gerando na pessoa uma consciência, muitas vezes penosa, mediante o descumprimento de preceitos religiosos que, por sua vez, fundamentam seu compromisso social (afetivo, moral, institucional), no cotidiano.

**Paciente Ser - humano com necessidades de cuidado do corpo e da alma**

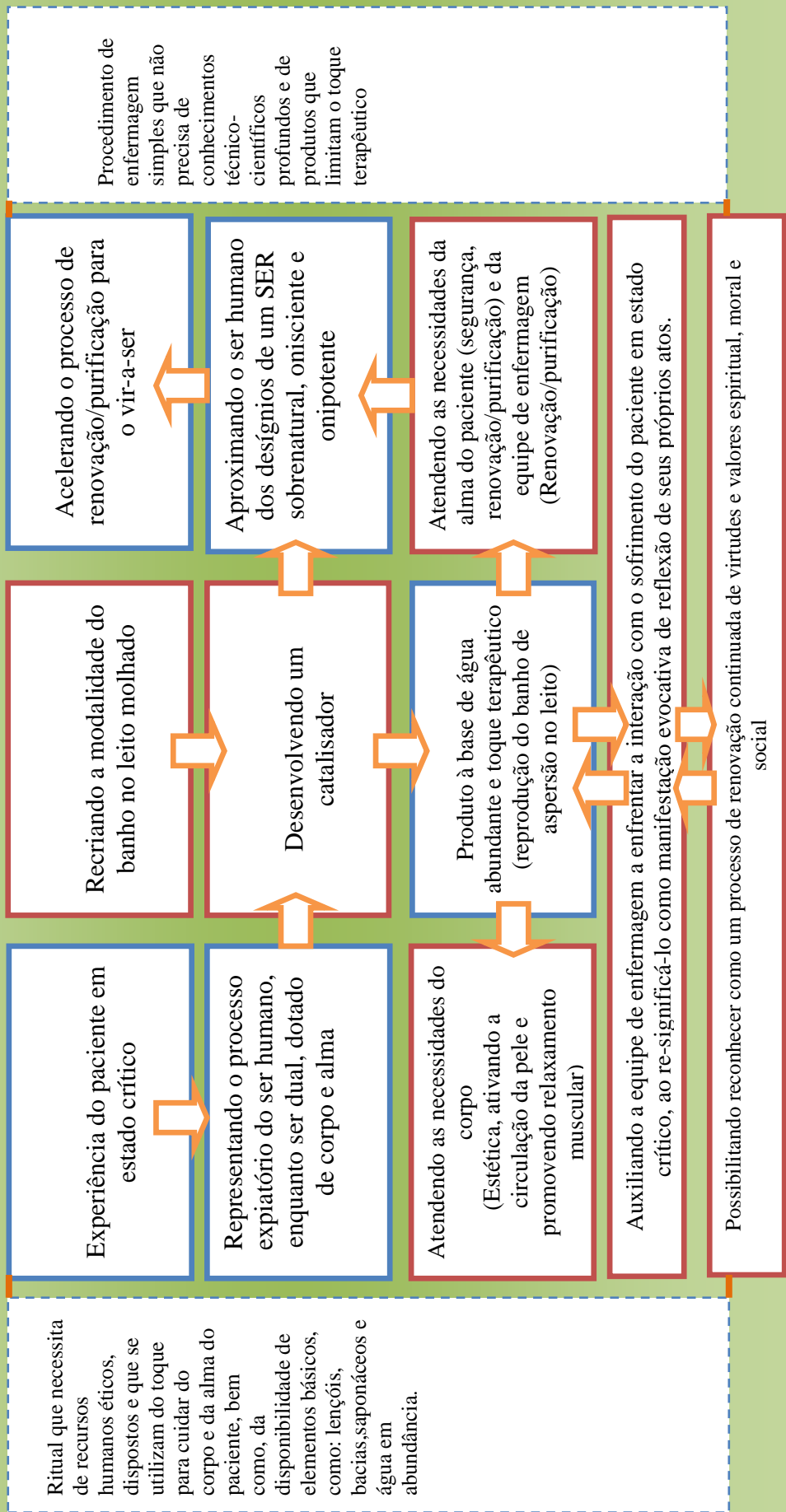
**Corpo:** estrutura física do ser - humano que, durante o cuidado de enfermagem inspira profundo respeito. Para tanto, todo e qualquer procedimento que possa vir a macular ou desonrar o paciente, deve ser realizado por meio de ações respeitosas, levando-se em consideração o outro, para que o próprio processo de cuidar não se torne uma violação, como o que acontece com a exposição do corpo, durante o banho no leito.  
**Alma:** envolve a dimensão psicológica e espiritual.

**Toque:** significa um meio de comunicação terapêutico não-verbal, que envolve a troca de energia, utilizando-se de ações que podem ser promovidas pelas mãos ou com a queda da água sobre a pele do corpo do paciente inconsciente, cuja mensagem é mantê-lo seguro de que está sendo cuidado, bem como informado de sua existência, ou seja, desperto para a vida, tendo em vista sua proximidade ténue da linha que o separa da morte.

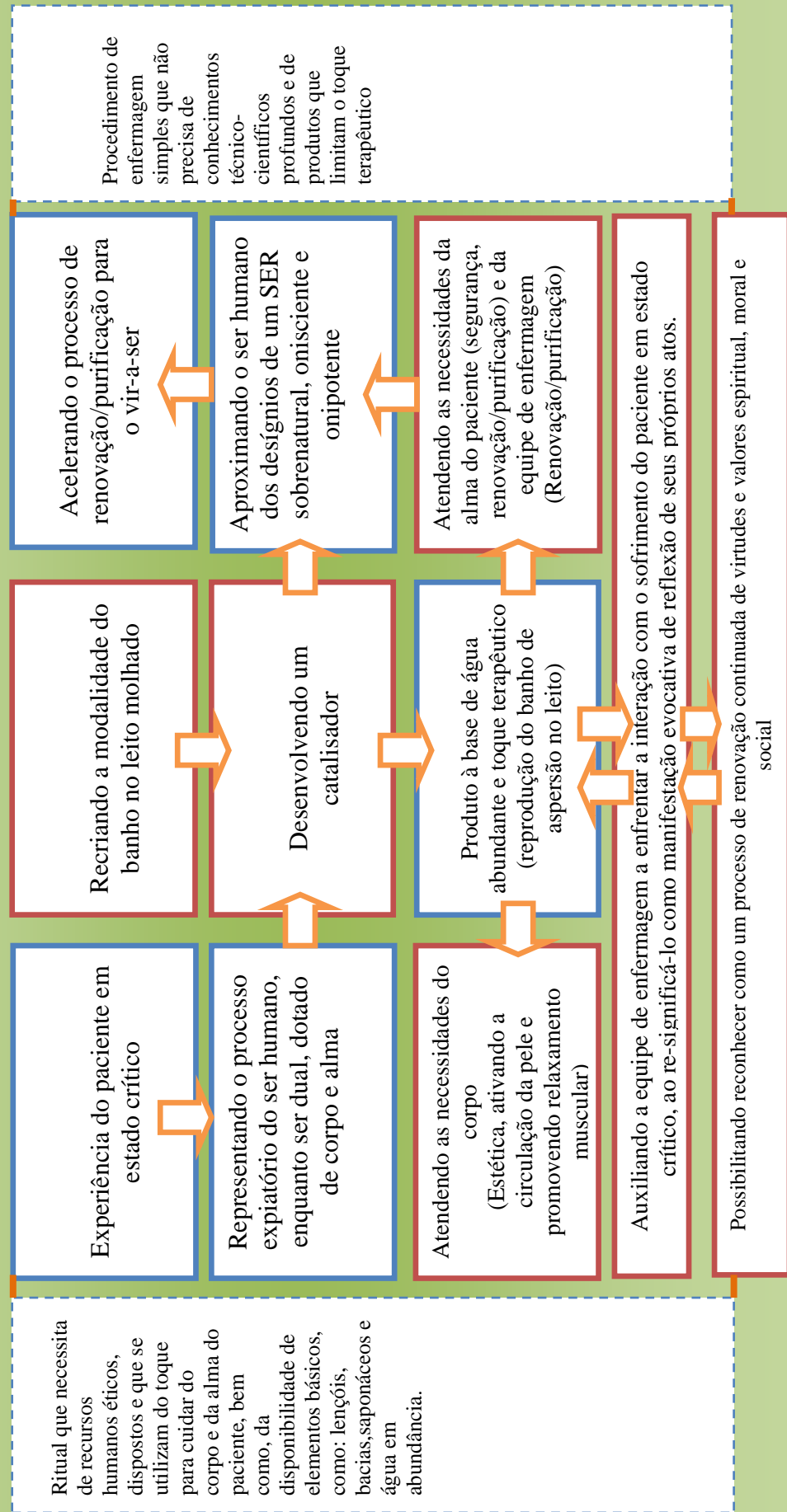
**Respeito:** É um princípio que fundamenta as medidas cautelosas protetoras da não violação do corpo do paciente, possibilitando a enfermagem prover uma assistência de enfermagem ética, com grande atenção e profunda deferência em consideração ao outro (alteridade).

**Condutas éticas:** São modos de agir da equipe de enfermagem que visam a minimizar a vulnerabilidade da exposição do paciente em estado crítico, durante o banho no leito. Trata-se de precauções que abrangam cuidados, desde as funções sensoriais até a personalidade do indivíduo, desprovido de preconceitos.

**3.2.2. RECORRENDO AOS FUNDAMENTOS RELIGIOSOS PARA NORTEAR O PROCESSO DE RECRIAÇÃO DO BANHO NO LEITO, VISANDO READEQUÁ-LO ÀS NECESSIDADES DO CORPO E DA ALMA DO PACIENTE EM ESTADO CRÍTICO E DA ALMA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, BEM COMO À REPRESENTAÇÃO DA UTI COMO TEMPLO SAGRADO.**



**3.2.2. RECORRENDO AOS FUNDAMENTOS RELIGIOSOS PARA NORTEAR O PROCESSO DE RECRIAÇÃO DO BANHO NO LEITO, VISANDO READEQUÁ-LO ÀS NECESSIDADES DO CORPO E DA ALMA DO PACIENTE EM ESTADO CRÍTICO E DA ALMA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, BEM COMO À REPRESENTAÇÃO DA UTI COMO TEMPLO SAGRADO.**



## **CAPÍTULO 6**

---

**DISCUTINDO O MODELO TEÓRICO “REVELANDO O PROCESSO DE RECRIAÇÃO DO BANHO NO LEITO NO CENÁRIO DA TERAPIA INTENSIVA: PRODUTO DA SUSCETIBILIDADE DA ENFERMAGEM EM INCORPORAR O CONHECIMENTO ÊMICO A SUA PRAXIS”.**

---

De posse dos fenômenos, bem como da categoria-central que reúne os componentes do modelo teórico representativo do processo vivencial da equipe de enfermagem, acerca dos conhecimentos êmico e ético que fundamentam a prática do banho no leito, na UTI de um hospital, verificamos que os referenciais metodológicos escolhidos: etnoenfermagem e *Grounded Theory* mostraram-se capazes de nos responder à pergunta da pesquisa, bem como atendem aos objetivos, inicialmente, propostos. Fato este que corrobora a recomendação de utilização da *Grounded Theory* como referencial metodológico<sup>(104)</sup>, na análise de dados de etnografias, cujo foco de estudo é fenômenos ou processos, ao invés da pura descrição do cenário. A utilização da *Grounded Theory* possibilita aos etnógrafos, muito além de estudar o cenário de forma descritiva, mas em propor modelos conceituais que explicam as ações (cenas), ou seja, o movimento empreendido nos processos vivenciados pelos informantes nos cenários.

Fazemos essa consideração inicial, mediante a leitura de vários estudos que se utilizam da etnoenfermagem como referencial metodológico, concomitantemente, apropriando-se do referencial de Spradley<sup>(96)</sup> para analisar os discursos e estabelecer domínios culturais e taxionomias de suas pesquisas. Perante essa evidência, bem como de posse de nossa avaliação, ao estudar as etapas do processo de análise proposto pela etnoenfermagem, verificamos que esse referencial ainda demanda um desenvolvimento mais detalhado e objetivo na operacionalização de suas etapas.

Por outro lado, percebemos que os etnógrafos têm se mostrado tímidos em utilizar a *Grounded Theory* como referencial na análise dos dados de suas pesquisas; desta forma, achamos importante compartilhar a nossa satisfação em ter experimentado a possibilidade, bem como em estimular a sua utilização, em face ao conhecimento produzido.

Ao analisar o movimento dos componentes do modelo teórico descoberto e tomando-se como referência o conhecimento êmico-ético acerca do banho no leito, possibilitou-nos a compreensão da experiência, revelando a ruptura da práxis do cuidado integral em detrimento do modelo de assistência funcional.

No estudo evidenciou-se, de acordo com os relatos dos informantes, que a enfermagem faz uma ruptura com o conhecimento científico, ou seja, há um

---

aprisionamento do conhecimento ético que impulsiona a equipe de enfermagem a trabalhar com o conhecimento êmico, sendo este sustentado pelo modelo funcional.

A necessidade de organização do processo de trabalho na enfermagem vem desde a sua institucionalização, quando Florence Nightingale, preocupada com as condições dos hospitais da época, buscou a sua normatização e regulamentação. Além disso, propôs a racionalização da prática da enfermagem, através de um trabalho calcado em bases mais científicas visando à eficiência, economia de tempo e material<sup>(124)</sup>.

O modelo funcional consiste num modo de organização em que o processo global de trabalho é dividido em tarefas, onde cada trabalhador é responsabilizado pela concretização de parte dessas tarefas, que estão previamente definidas e padronizadas quanto à sua seqüência e execução<sup>(125)</sup>. O cuidado integral é suprimido para que a assistência seja realizada de forma rápida, não considerando as necessidades individuais.

Este método nasceu no berço da Administração Científica, que teve como precursor Frederick Winslow Taylor, e visava à economia de tempo, garantindo maior agilidade na execução das tarefas. Portanto, a enfermagem, buscando a implantação de métodos e processos de racionalização de seu trabalho, inspirou-se nos princípios tayloristas, desenvolvendo a sua prática dentro da modalidade funcional, enfatizando a divisão do trabalho<sup>(126)</sup>. A replicação do modelo funcional promove a fragmentação do cuidado, a impessoalidade nas relações e supervalorização da doença, ao desconsiderar as necessidades biopsicossociais e espirituais do indivíduo.

As instituições de saúde que adotam o modelo funcional visam essencialmente à economia de recursos humanos. Paralelamente, a enfermagem estabelece o modelo de assistência funcional, ou seja, voltado para driblar o déficit de recursos humanos, e como resultado recria a técnica do banho no leito, afastando-se da ciência, bem como gerando um obstáculo no processo de implementação da política de humanização da assistência.

O modelo mecanicista de gestão vigente é lento e não consegue mais dar respostas às transformações atuais<sup>(127)</sup>. Para isso, propõe modelos de gestão com as seguintes características: estruturas organizacionais flexíveis, redução de

---

linhas hierárquicas, gerência baseada no processo descentralização das decisões, trabalho em equipe, comunicação eficiente, entre outras<sup>(128)</sup>.

O Ministério da Saúde tem reafirmado o HumanizaSUS como política que atravessa as diferentes ações e instancias do Sistema Único de Saúde, englobando os diferentes níveis e dimensões da Atenção e da Gestão. Operando com o princípio da transversalidade, a Política Nacional de Humanização (PNH)<sup>(129)</sup> lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a co-responsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes, práticas e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada<sup>(130)</sup>.

Humanizar os cuidados envolve respeitar a individualidade do Ser Humano e construir "um espaço concreto nas instituições de saúde, que legitime o humano das pessoas envolvidas"<sup>(131)</sup>. Assim para cuidar de forma humanizada, o profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, que presta cuidados mais próximos ao paciente, deve ser capaz de entender a si mesmo e ao outro, ampliando esse conhecimento na forma de ação e tomando consciência dos valores e princípios que norteiam essa ação. Nesse contexto, respeitar o paciente é componente primordial no tocante a cuidados humanizados<sup>(131)</sup>.

Respeitar envolve ouvir o que o outro tem a dizer, buscando interpretar o que ouvimos, ter compaixão, ser tolerante, honesto, atencioso; é entender a necessidade do autoconhecimento para poder respeitar a si próprio e, então, respeitar o outro<sup>(132)</sup>. Embora o conceito de respeito seja bastante amplo, pode-se pontuar que, ao agir de forma a considerar a individualidade e a subjetividade do paciente, trata-o com atenção, consideração e deferência<sup>(133)</sup>. Para que isso se efetive na prática, além de outros componentes, faz-se necessário investimento em recursos humanos.

O trabalho na UTI deve focar não apenas a competência técnica para manusear a tecnologia utilizada para o tratamento, mas a qualificação dos trabalhadores para lidar de maneira mais humana com os indivíduos que ali se encontram e seus familiares, como também com os demais trabalhadores deste local e instituição<sup>(134)</sup>.

---

O fortalecimento do SUS depende essencialmente da sedimentação de seus princípios; logo, a escassez de recursos humanos inviabiliza a operacionalização de propostas de assistência à saúde com qualidade, fundamentadas no princípio da integralidade.

Neste sentido, de acordo com o relatório final da 12<sup>o</sup> Conferência Nacional de Saúde, o SUS e seus recursos humanos têm padecido com a crescente precariedade das relações de trabalho. Nesta perspectiva, é importante destacar que no setor saúde, os recursos humanos constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e dos serviços de saúde disponíveis para a população, de forma que os investimentos nos recursos humanos irão influenciar decisivamente na melhoria da qualidade do sistema de saúde brasileiro<sup>(135)</sup>.

Na vigência de condições precárias de trabalho promovidas pela insuficiência de recursos humanos, a enfermagem vivencia a dicotomia teórico-prática, muitas vezes estimulada por essa divisão de tarefas, ou seja, abandona ou aprisiona o conhecimento ético e desconsidera a evolução técnico-científica do banho no leito.

Embora haja uma escassez de produção científica no que se refere ao banho no leito, é preciso destacar que já existem novas tecnologias desenvolvidas que aprimoram a técnica do banho no leito. Porém, o que se observa na prática assistencial é que há um distanciamento entre conhecimento produzido e conhecimento consumido. As pesquisas não fazem parte da prática exercida pela equipe de enfermagem. Não se percebe que a equipe empreenda um movimento em conduzir pesquisas ou estudos clínicos que atendam às necessidades específicas, seja da equipe ou do paciente, acaba por utilizar o conhecimento ético; isso fragiliza a profissão a ponto de permitir que apareçam lacunas que são cedidas de forma gradativa a outros profissionais. É preciso compreender que num mundo globalizado, o conhecimento ético, o acesso à informação é determinante para o desenvolvimento de qualquer profissão. A identidade da enfermagem se concretiza na operacionalização desse conhecimento na práxis.

Diante do exposto, o banho no leito foi deixado de lado, sendo avaliado pela equipe de enfermagem como um procedimento simples, que não demanda

---



exigências tecnológicas. Tal fato é preocupante, visto que o banho é realizado sem se levar em consideração os aspectos fisiológicos da pele ou até mesmo a microbiologia presente no colchão do cliente.

No que se refere à pele do cliente, Skewes<sup>(7)</sup> desenvolveu a tecnologia do *Bag Bath*, que promove um banho seco, em condições ideais para a pele, visto que as toalhas utilizadas são compostas de um pH compatível com o da pele e são enriquecidas com hidratante. Um aspecto a ser avaliado trata do envelhecimento da população, que sugere um aumento nas internações por complicações de patologias crônicas; isso significa que, a cada dia a UTI, receberá mais pacientes idosos com fragilidades cutâneas e que podem se beneficiar desses avanços tecnológicos.

Embora esta realidade ainda seja distante, é preciso refletir sobre a práxis, visto que os prejuízos advindos do banho no leito encharcado de água vão além das complicações cutâneas, suscetibilizando o paciente às infecções, dependendo de sua condição clínica ou cirúrgica.

Em um estudo realizado sobre a condição microbiológica dos leitos hospitalares antes e depois de sua limpeza, evidenciou-se que 98% das culturas realizadas apresentavam positividade. Deve-se, portanto, considerar a realidade dos hospitais brasileiros, que possuem alta rotatividade dos leitos com a necessidade de serem ocupados logo após sua vacância, e cuja limpeza de unidade não tem merecido a atenção necessária, acarretando um problema que tende a se agravar, principalmente quando associado ao déficit da mão-de-obra que tem conduzido ao decréscimo da higienização<sup>(136)</sup>.

A enfermagem vivencia a dicotomia teórico-prática, a partir do momento em que o modelo de assistência adotado é o funcional, inviabilizando a reflexão sobre a práxis e utilização de referenciais fundamentadas na integralidade.

A falta de um referencial teórico no cotidiano das práticas cuidativas, o processo de Enfermagem quando mencionado, é implementado de forma parcial, sendo apenas algumas etapas realizadas, como exame físico e a prescrição de Enfermagem<sup>(137)</sup>. A não utilização do Processo de Enfermagem pelos profissionais, deve-se ao distanciamento muito grande entre o pensar e o fazer,

---

entre teoria e prática, principalmente por não haver uma preocupação maior com a qualidade da assistência e sim com a demanda do serviço<sup>(138)</sup>.

A cisão entre a teoria e a prática somada a não priorização do redimensionamento de recursos humanos, promove na equipe de enfermagem sentimentos de frustração que conduzem a equipe a desacreditar nas propostas de educação continuada.

A educação continuada englobaria as atividades de ensino após o curso de graduação com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades de duração definida e por meio de metodologias tradicionais<sup>(139)</sup>. A instituição promove atividades de capacitação de forma irregular, mas a equipe da UTI não participa, na maioria das vezes, pois existe um mito de que os profissionais que atuam em terapia intensiva já estão aptos a trabalhar em qualquer outra unidade, bem como conferir-lhes status. A equipe de enfermagem da terapia intensiva é considerada altamente especializada, representando uma barreira para a construção de novos saberes e o aprimoramento de algumas técnicas, visto que se a equipe supõe que já domina o saber, provavelmente apresenta-se resistente em refletir sobre a práxis.

A enfermagem utiliza-se do conhecimento êmico para resolver os problemas, estabelecendo processos fundamentados no senso comum, resultado de uma educação continuada inoperante, ou seja, cria formas de enfrentamento para superar o déficit de recursos humanos.

Na enfermagem, a valorização do profissional sempre foi atribuída a sua destreza manual, habilidades em realizar as técnicas com perfeição. Com o passar do tempo, começou-se a buscar novas formas de realizar nosso trabalho, procurando torná-lo o mais humano e construtivista possível, com a ampliação do trabalho<sup>(140)</sup>.

Para que o trabalho não se torne mecanizado e desumano, é necessário que os profissionais estejam instrumentalizados para lidar as situações do cotidiano, recebendo auxílio psicológico e aprendendo a administrar sentimentos vivenciados na prática assistencial. Vale salientar que, para o desenvolvimento de ações humanizadoras na assistência em saúde, faz-se necessário que a humanização seja a filosofia da instituição<sup>(134)</sup>. Portanto, esta deve estar comprometida com um projeto terapêutico que contemple a

---

humanização das relações de trabalho, da assistência e do ambiente de trabalho. Nesse contexto, é fundamental o incentivo à equipe, valorizando os profissionais enquanto seres bio-psico-sociais, pois, quando se sentem mais respeitados, valorizados e motivados como pessoas e profissionais, podem estabelecer relações interpessoais mais saudáveis com os pacientes, familiares e equipe multiprofissional<sup>(141)</sup>.

A execução do trabalho tornou-se uma obrigação, o prazer foi esquecido, “mortificado”. O trabalho, neste sentido, torna-se um objeto estranho a este homem, dominando-o, deixando de fazer parte da natureza deste e, conseqüentemente, ocasiona o sofrimento quando poderia propiciar o prazer<sup>(142)</sup>.

O modelo teórico de estresse e enfrentamento denominado Modelo Interativo do Estresse define enfrentamento como “esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de exigências ou demandas internas ou externas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais”<sup>(143)</sup>.

De forma criativa, a enfermagem tem recorrido a fundamentos religiosos para minimizar os danos ou como forma de enfrentamento dos problemas advindos de uma prática fundamentada no conhecimento êmico.

Avaliando a literatura sobre significados e objetivos da religiosidade<sup>(144)</sup>, estudiosos<sup>(145)</sup>, de forma inovadora em relação a posições de grandes teóricos como Freud e Marx, opõem-se à pressuposição de que a religião teria a função apenas de proteger o indivíduo da confrontação com a realidade (por esquiva ou distorção de fatos reais). De acordo com os autores<sup>(145)</sup>, há suporte empírico para funções diversas da religião, tais como alívio, conforto e consolo, busca de significado para problemas relevantes da existência, busca de intimidade (pela participação em rituais que favorecem a interação entre as pessoas), busca da compreensão de si mesmo e busca pelo sagrado. Nessa perspectiva, a religiosidade passa a concebida como parte do processo solução dos problemas e não como estratégia defensiva ou de esquiva.

Como pode ser observada, a religiosidade é benéfica no processo de cuidar, porém, deve-se estar atento para que esse processo não esteja corrompendo o conhecimento científico.

Enfim, estas reflexões da não implementação na prática dos pressupostos teóricos deverão permear todas as discussões sobre os rumos da

---

Enfermagem. Viver a prática da Enfermagem<sup>(147)</sup> se coloca num permanente ir e vir da modernidade a pós-modernidade. Se aspiramos à última, por força de nossa formação e das contingências do instituído, somos arrastados pelas normas. A pós-modernidade pulveriza os discursos, os desconstrói, mas fabricamos outros para nos aprisionar. É permanente a luta entre o dever-ser e o desejo de apenas ser-e-estar-juntos. É o dilema entre a razão e a sensibilidade, entre o desejo e o dever. Acrescenta-se a isso a dualidade entre os conhecimentos ético e êmico.

---

## **CAPÍTULO 7**

---

### ***TECENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS***

---

---

Ao término dessa jornada, inúmeros são os aprendizados e questionamentos sobre as possibilidades de saberes científicos de que a enfermagem não se apropria.

No desenvolvimento do estudo, o primeiro grande desafio vivenciado por mim foi o de utilizar a cena do banho no leito para compreender o processo cuidar na perspectiva ética e êmica da equipe de enfermagem, uma vez que o banho no leito é negligenciado pelos enfermeiros, sendo atribuído como atividade exclusiva do técnico em enfermagem.

O alcance dos objetivos somente foi possível mediante estudo na abordagem etnográfica, especificamente, utilizando-se de habilitadores propostos pela etnoenfermagem (Modelo Sunrise e Guia POR), associado ao referencial metodológico de análise dos dados *Grounded Theory*. Este processo investigatório empreendido permitiu constituir a experiência dos respondentes por meio de fenômenos, bem como descobrir a categoria central, que configura o modelo teórico explicativo do movimento dos informantes, acerca das ações fundamentadas em rotinas, rituais e crenças (conhecimento êmico) como uma forma de enfrentamento do sofrimento psíquico. Condição esta, agregada a uma política de recursos humanos desfavorável ao processo de trabalho da equipe de enfermagem que ainda não consegue tratá-la como um capital social do SUS, capacitada a operacionalizar a integralidade como um de seus pilares na atenção à saúde, mediante a precarização do trabalho empreendida nos serviços de saúde impulsionada, principalmente, pelo déficit de recursos humanos.

A equipe de enfermagem ainda é penalizada a recorrer a estratégias de enfrentamento de um processo não valorativo de recursos humanos por meio de ações pautadas em rotinas, rituais, crenças (conhecimento êmico), desvinculada de um conhecimento ético.

Na tentativa de buscar resposta para questões, até então, pouco conhecidas, pude, a partir desse referencial, desvendar e compreender determinadas ações e seus significados para a práxis da enfermagem.

Por sua vez, percebi que há uma infinidade de saberes e que todos, de alguma forma, contribuem para a construção de nossa prática. Não existe um conhecimento maior ou menor. Cada um conhece e domina aquilo que faz e desenvolve no dia-a-dia. Somos aprendizes uns dos outros, errantes em nosso

---

caminho, à procura daquilo que faz diferença e que transforma a nós mesmos e ao nosso próximo. A enfermagem historicamente vem empreendendo um movimento de solidificação de sua prática, mas isso somente será possível a partir do momento em que os profissionais resgatarem o interesse e o consumo pelo conhecimento científico.

O saber científico deve ser o fio condutor da práxis, caso contrário, isso significaria a regressão da prática para uma fase de empirismo ou de curandeirismo.

Nessa perspectiva, acredito que a enfermagem tem muito para desenvolver na área da pesquisa, sua contribuição é infinita quando se propõe à compreensão e descrição daquilo que vivencia. Percebo pontos inesgotáveis para a pesquisa em enfermagem que depende não somente do cliente, mas da sensibilidade daqueles que já percorrem esse caminho.

Cabe a cada um de nós, profissionais e docentes empreender esforços para minimizar a dicotomia teórico-prática. Esse processo deve ser iniciado na graduação com a sensibilização dos novos profissionais no estímulo e ajuda para desenvolvimento de pesquisas que não só instrumentalizem nossa prática, mas que possam ser aplicadas na prática clínica.

Diante do exposto, entendemos que vários atores estão inseridos no processo de aprimoramento da qualidade na assistência à saúde, portanto, recomendamos:

1. No que se refere à Competência Governamental, sugerimos que antes de implantar políticas públicas se utilize dos princípios do Sistema Único de Saúde, fundamentados no referencial da integralidade; que se priorize o investimento no redimensionamento de recursos humanos.

2. No que se refere ao Ensino da Graduação em Enfermagem e aos Profissionais de Enfermagem, recomendamos que a pesquisa seja a retroalimentadora da assistência, e que faça parte da prática e do cotidiano do enfermeiro; para que isso se efetive, sugerimos a parceria entre as IES e as unidades de saúde para a promoção de estudos clínicos que atendam as especificidades de cada setor.

---

3. No que se refere à Instituição Hospitalar, sugerimos que seja implantada uma rede de apoio psicológico como uma estratégia para que a equipe de enfermagem possa minimizar seus sofrimentos e, conseqüentemente, adotar o conhecimento ético em detrimento do conhecimento êmico como forma do enfrentamento.

No que se refere à Educação em Saúde, que a proposta da educação continuada possa ser resultado das necessidades da equipe de enfermagem de forma transversal, ou seja, substituída pela educação permanente, como ferramenta de envolvimento de toda a equipe de enfermagem. Além disso, o processo educativo deve ser ativo e não passivo.

---





- 
1. Capra, F. O modelo biomédico. In:\_\_\_\_. O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix, 1995. cap. 5, p. 116-155.
  2. Kleinman, A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press, 1980.
  3. Lopes CLR, Barbosa MA, Teixeira MEM. Percepção dos pacientes, sem capacidades para autocuidar-se, sobre a operacionalização do banho no leito. Rev Bras Enfermagem 1996; 49: 259-66.
  4. Viana, TA. Avaliação da qualidade do cuidado - banho no leito - prestado ao paciente com câncer do aparelho digestivo. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina/UNIFESP; 1996.
  5. Ogassawara M. Banho no leito: uma contribuição ao enfermeiro baseada na percepção do paciente/cliente. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Ana Neri/UFRJ; 1989.
  6. Castledine G. Forgotten importance of giving a bed bath. Br J Nurs 2003; 12: 519.
  7. Skewes SM. Skin care rituals that do more harm than good. Am J Nurs 1996; 96: 33-5.
  8. Collins F, Hampton S. The cost-effective use of Bag Bath: a new concept in patient hygiene. Br J Nurs 2003; 12: 984, 986-90.
  9. Byers PH. Effects of in continence care cleaning regimens on skin integrity. J Wound Ostomy Continence Nurs 1995; 22: 187-92.
  10. Maciel SSA, Bocchi SCM. Compreendendo a lacuna entre a prática e a evolução técnico-científica do banho no leito. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [periódico na Internet]. 2006 Abr [citado 2007 Abr 15]; 14(2): 233-242. Disponível em:
-

- 
11. Gualda, DMR, Bergamasco, RB. Processo saúde-doença: evolução de um conceito. IN: GUALDA, DMR, BERGAMASCO, RB (orgs). Enfermagem, Cultura e o Processo Saúde-Doença. São Paulo: Ícone; 2004.
  12. Melo, C. Divisão social do trabalho e enfermagem. São Paulo: Cortez;1986.
  13. Leininger, MM. **Cultural care diversity and universality: a theory of nursing.** New York: National League for Nursing Press, 1991.
  14. Silva, GB da. **Enfermagem Profissional: uma análise crítica.** São Paulo: Cortez, 1986.
  15. Pires, Denise. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem. São Paulo: Cortez, 1989.
  16. Fernandes, J. D. **O Sentido político, ideológico e econômico da expansão das Escolas de Enfermagem..** R. Ba. En. 1(1):62-72, 1983.
  17. Germano, R. M. **Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil.** São Paulo, Cortez Editora, 3ª ed., 1993.
  18. Carvalho, A. C. **Orientação e Ensino de Estudantes De Enfermagem no Campo Clínico.** São Paulo, 1972, 126p. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
  19. Almeida, MCP, Rocha JSY. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez; 1986
  20. Ide, CAC. O ensino superior em enfermagem: o núcleo de significações para a expressão de uma nova ação pedagógica. [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1995.
-

- 
21. Ribas-Gomes, EL. Administração em enfermagem: constituição histórico social do conhecimento. Tese (Doutorado) Ribeirão Preto – São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP, 1991, 188 p.
  22. Nakame, D.D. Novos caminhos da Enfermagem - por mudanças no ensino e na prática da profissão. São Paulo:Cortez, 1987.
  23. Nishide, V. M.; Malta, M. A.; Aquino, K. S. de. Aspectos organizacionais em unidade de terapia intensiva. In: Cintra, E. de A.; Nishide, V. M.; Nunes, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003.
  24. Simão, A. T. et. al. Centro de Tratamento Intensivo. In: Simão, A.T. Terapia Intensiva. Rio de Janeiro: Atheneu, 1976. Cap. 1, p.3-25.
  25. Weil, M. H.; Planta, M.V.; Rackow, E. C. Terapia intensiva: introdução e retrospectiva histórica. In: Schoemaker, W. C. et al. **Tratado de terapia intensiva**. São Paulo: Interamericana, 1992.
  26. Lima, M. G. **Assistência prestada ao enfermeiro em unidades de terapia intensiva**: aspectos afetivos e relacionais [dissertação]. Ribeirão Preto, SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP, 1993.
  27. Machado, E. G. de A. **Enfermagem em unidade de terapia intensiva**. Goiânia: AB, 2004. p. 1-7.
  28. Gaidzinski, RR. O dimensionamento do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiros que vivenciam essa prática [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1994.
  29. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 293/04. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. In: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. São Paulo; 2004.
-

- 
30. Manzolli, M.C. *Relacionamento em Enfermagem. Aspectos psicológicos.* São Paulo: Sarvier, 1983.
  31. Takman, C A S; Severinson, E.I. (1999). A description of health care professionals experience of encounters with patients in clinical setting. **Journal of advance nursing.** 30(6), 1368-1374.
  32. Alexander, JW; Mark B. Technology and structure of nursing organizations. *Nurs. Health Care*, v.11, n.4, p,195-9, 1990.
  33. Merhy, EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde.* 3 ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
  34. Gaut, D. Development of a theoreticoolly adequate description of caring. *Western Journal of Nursing Resaerch*, v. 5, n.4, p. 313-324, 1983.
  35. Rossi, MJS. Espaço, poder e saúde: a reforma Carlos Chagas [Tese de Livre Docência] Rio de Janeiro. Universidade do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, 1991. 471p.
  36. Foucault, Michel. *Microfísica do poder.* 15. ed. Rio de janeiro: Graal, 2000.
  37. Sant'anna, Denise. O corpo entre antigas referências e novos desafios. **Cadernos de Subjetividade**, São Paulo, v.5, n.2, p.275-284, dez. 1997.
  38. Heidegger, Martin. *Ser e tempo.* 7. ed. Petropólis: Vozes, 1998.
  39. Donahue, M.P. *Historia de La Enfermeria – Doy ma,* Barcelona, 1985.
-

- 
40. Waldow, V.R. *Cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre (RS): Sagra Luzzato; 1998.
  41. Mayeroff, M. *On caring*. New York: Harper Perennial, 1990.
  42. George, JB. *Teorias de Enfermagem*. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
  43. Lunardi Filho, W.D. Refletindo acerca do saber em enfermagem como um saber científico. *Texto Contexto Enferm*. 1997 Set-Dez; 6(3): 44-9.
  44. Oguisso, T. Prefácio da Segunda edição. In: Geovanini T, Moreira A, Schoeller SD, Pereira PP. *Necessidades Humanas: subsídios a crítica dos mínimos sociais*. 2a. Ed. São Paulo: Cortez; 2002.
  45. Zagonel, IVS. Epistemologia do cuidado humano: arte e ciência da enfermagem abstraída das idéias de Watson. *Texto Contexto Enferm*. 1996 Jan-Jun; 5(1): 64-81.
  46. Watson J. *Nursing: human science and human care; a theory of nursing*. Norwalk: Appleton-Century-Crofts; 1985.
  47. Puentes Reys, PA. *O Corpo como parâmetro antropológico na bioética*. São Leopoldo : Escola Superior de Teologia, 2005 Tese doutorado.
  48. Alves, R. *Variações sobre a vida e a morte: o feitiço erótico-herético da teologia*. São Paulo: Paulinas, 1985.
  49. Alves, Rubem. *O enigma da religião*, Campinas: Papyrus, 1984.
  50. Platão. *Fédon*. São Paulo: Nova Cultural, 1991.
-

- 
51. Silveira, MFA; Sobral, VRS; Junqueira, CSA. Entre a cruz e a espada. In: CONGRESSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, 2., São Paulo, 1999. **Anais**, São Paulo, Abrasco, 1999.
  52. Collière, MF. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
  53. Rodrigues, JC. **O corpo na história**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1999.
  54. Padilha, MICS. Do cuidado da alma ao cuidado do corpo - uma nova compreensão da história da enfermagem. **Rev. Bras. Enf.**, v.51, n.3, p. 431-446, 1998.
  55. Nigthingale, F. Notas sobre enfermagem. São Paulo: Cortez: ABEn-CEPEn, 1989.
  56. Miranda, CML. O parentesco imaginário. São Paulo (SP): Cortez; 1994.
  57. Sobral, VRS. Construindo uma profissão feminina. **Rev. Enfer. UERJ**, v. 2, n. 2, p. 242-9, 1994.
  58. Ramos, FRS. Os corpos do saber: uma perspectiva ética do trabalho de enfermagem no cuidado ao adulto. Florianópolis, 1998, Mimeo.
  59. Polak, Y. A corporeidade como resgate na enfermagem. Pelotas: Universitária, UFPel, 1997.
  60. Azevedo, RCS. Modos de conhecer e intervir: a constituição do corpo no cuidado de enfermagem no hospital. Tese de Doutorado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.
-

- 
61. Figueiredo, N.M.A. O sentido dos sentidos do corpo da enfermeira no ato de cuidar: o que é e o não é subjetivo nesta ação: representação dos enfermeiros. R. Enferm UERJ, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 3-9, maio, 1995.
  62. Silva, R.M.C.R.A. O corpo como veículo da relação entre a enfermeira e o cliente. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 37-42, maio, 1995.
  63. Pupillim JSL, Sawada, NO. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: um questão ético-moral. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2002 maio-junho; 10(3):433-8.
  64. Peixoto, MRB. A prioridade, o isolamento e as emoções: estudo etnográfico do processo de socialização em um Centro de Terapia Intensiva. São Paulo, 1996, 248p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
  65. Carapinheiro, G. Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Afrontamento; 1993.
  66. Pastore, K. Uma jornada no inferno. *Veja* 1995 maio; 28(19):72-9.
  67. Silveira, MFA. **Estar despido na UTI**: duas percepções, um encontro. *Rev Enfermagem UERJ* 1997 dezembro; 5(2):449-59.
  68. Leino-Kilpi, H.; Valimaki, M; *et.al.* Privacy: a review of the literature. **International Journal of Nursing Studies**. Turku, Finland, n.38, p.663-71, oct, 2001. Disponível em <http://www.elsevier.com/locate/ijnurstu>. Acesso em 21/09/2007.
  69. Selli, L. Bioética na enfermagem. São Leopoldo: Ed. Da UNISINOS, 1998, 153p.
  70. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.
-



- 
71. Senado Federal (BR). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Centro Gráfico; 1998.
  72. World Health Organization 1994. *A Declaration of Patients Rights in Europe, European Consultation on the rights of patients*. Amsterdam 28-30 March 1994.
  73. Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br>. Acesso em 12/04/2007.
  74. Gauderer, EC. Os direitos do paciente: cidadania na saúde. 7ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Record; 1998.
  75. Glen S, Jowlally S. Privacidade: um conceito chave em enfermagem.. Nursing 1995 novembro; 8(94):35-8.
  76. Field P, Morse JM. Nursing research: the application of qualitative approaches. Maryland: Aspen Publishers, 1985.
  77. Minayo MCS, O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. HUCITEC: São Paulo, 2006.
  78. Velho, G. O desafio da proximidade: In: Velho, G.; Kuschnir, K. (Orgs.). **Pesquisas Urbanas: desafios do trabalho antropológico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p. 11-19.
  79. Lüdke, M; André, M. E. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.
  80. Vila, V. S. C. **O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido**. 2001. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
-

- 
81. Laplatine, F. **Aprender Antropologia**. Tradução Marie Agnes Chualdel. São Paulo: Brasiliense, 2000.
  82. Gauthier, J. H. et al. **Pesquisa em Enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
  83. Leal, O . F.; Fachel, J.M.G. Jovens, sexualidade e estratégias matrimoniais. Heilborn, M. L. (Org.). **Sexualidade: um olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zarhar, 1999. p. 96-116.
  84. Spradley, J.P. **Participation Observation**. New York: Holt Rinehart & Winston, 1980. 189p.
  85. Helman, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
  86. Santos, J. L. dos. **O que é Cultura**. 14. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.
  87. Laraia, R. de B. **Cultura um conceito antropológico**. 12. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
  88. Peirano, M. **A favor da etnografia**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.
  89. Leininger, MM. Transcultural nursing and globalization of health care: importance, focus, and historical aspects. In: Leininger M, McFarland MR. **Transcultural nursing: concepts, theories, research & practice**. McGraw-Hill: New York, 2002. Cap. 1, p. 3-43.
  90. Hahn, R. A. **Sickness and healing: an anthropological perspective**. Yale: Yale University Press, 1995.
  91. Emerson, R. M.; Fretz, R. I.; Shaw, L. L. **Writing ethnographic fieldnotes**. Chicago: The University of Chicago Press, 1995.
-

- 
92. Streubert, H. J.; Carpenter, D. R. Ethnographic research approach. In: \_\_\_\_\_. **Qualitative reseach in nursing**. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1995. p.89-112.
  93. Geertz, C. A Interpretação das Culturas. LTC: Rio de Janeiro, 1989
  94. Gualda, D. M. R. **Eu conheço minha natureza**: um estudo etnográfico da vivência do parto. 1993. Tese (Doutorado em enfermagem)– Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.
  95. Polit DI, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: método, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
  96. Spradley, J.P. **The ethnographic interview**. New York: Rinehart & Winston, 1979. 244 p.
  97. Victora, C. G; Knauth, D; Hassen, M. N. **Pesquisa qualitativa em saúde**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001.
  98. Bogdan, R; Biklen, S. **Investigação qualitativa em educação**: Uma introdução à teoria e aos métodos. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p.15-17.
  99. Portaria MS/GM Nº 3432, 12 de agosto de 1998. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 54, de 13 ago. 1998. Seção 1, p. 10.
  100. Pope, C., Mays, N. Rigor and qualitive research. *BMJ Clinical Research* 1995 Jul 8;311(6997):109-12.
  101. Leininger, MM. **Qualitative research methods in nursing**: ethnographic and ethnonursing-models and modes of qualitative data analysis. Detroit: Grune & Stratton, 1985. cap. 3, p. 33-71.
-

- 
102. Wood, G. L.; Haber, J. **Pesquisa de Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
  103. Gualda, D. M. R; Hoga, L. A. K. Pesquisa etnográfica em enfermagem. **Revista Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 410, 1997.
  104. Charmaz, Kathy. *Constructing grounded theory: a practical guide though qualitative analysis*. Los Angeles: SAGE, 2007.
  105. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory*. New York: Aldine, 1967.
  106. Oliveira, NG. História dos hábitos de higiene no Brasil dos séculos XVII ao XX. **Revista de História/Universidade Federal do Espírito Santo**. n.2, maio 1991.
  107. Paixão, W. *História da enfermagem*. 5ª ed. Rio de Janeiro(RJ): Júlio C. Reis Liv; 1979.
  108. Lima, TA. *Humores e odores: ordem corporal e ordem social no Rio de Janeiro. Séc. XIX*. Rio de Janeiro: Revista Manguinhos, 1995/1996, v.2, n.3.
  109. Menzies IEP. *A case-study in the functioning of social systems as a defence against anxiety*. *Human Relations* 1960; 13: 95-121.
  110. Sobral, VRS *et al*. *A impossibilidade dos sentidos*. /Trabalho apresentado no 49. Congresso Brasileiro de Enfermagem, Belo Horizonte, 1997.
  111. Kruse, Maria Henriqueta Luce. *Os poderes dos corpos frios – das coisas que se ensinam às enfermeiras*. Tese (Doutorado). Doutorado em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.
-

- 
112. Mark, BA; Hagenmuller, AC. Thecnological and environmental characteristics of intensive care units: implications for jobs rededign. **J. Nurs. Adm.**, v. 24, n. 4S, p.65-71, 1994.
  113. Souza, Elvira De Felice. **Novo manual da enfermagem**. 6.ed. Rio de Janeiro, 1978.
  114. Brunner, L S.; Suddarth, D. S. **Enfermagem médico-cirúrgica**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
  115. Walsh, M, Ford P. Nursing rituals: research and rational actions. 9th ed. Oxford: Butterworth-Heineman; 1990.
  116. Biley, FC; Wright GS. Towards a defence of nursing routine and ritual. *J Clin Nurs* 1997; 6: 115-19.
  117. Reeder, F. Rituals of healing: ever ancient, ever new. In: Gaut DA, Boykin A, editors. *Caring as healing: renewal through hope*. New York: National League for Nursing; 1994.
  118. Martin GW. Ritual action and its effect on the role of nurse as advocate. *J Adv Nurs* 1998; 27: 189-94.
  119. De Luca, EK. Reconsidering rituals: a vehicle for education as change. *J Contin Educ Nurs* 1995; 26: 139-44.
  120. Fuesrt, Elionor V.; Wolf, Luverne; Weitzel, Marlene H. **Fundamentos de enfermagem**. 5.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1977.
  121. Horta, Vanda de Aguiar. **Processo de enfermagem**. São Paulo: E.P.U., EDUSP, 1979.
-

- 
122. Araújo, Maria José Bezerra de. **Técnicas fundamentais de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980, p.188.
  123. Clarke, Margareth. **Manual prático de enfermagem**. 13.ed. São Paulo: MANOLE, 1986.
  124. Bellato, R et al. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. **Rev latino-am enfermagem**, v.5, n.1, p.75-81, 1997.
  125. Lopes, Noémia G. Mendes (1995). *Da investigação à qualidade: as condicionantes contextuais*. Enfermagem, 6, Out. / Dez., 34-39.
  126. Spagnol, CA et al. O método funcional na prática da enfermagem abordado através da dinâmica de grupo: relato de uma experiência. **Rev Esc Enf USP**, v. 35, n.2, p.122-9, jun, 2001.
  127. Moggi, J; Burkhard, D. A essência da transformação. **RAE Light**, v.3, n.4, p.8-18, 1996.
  128. Motta, PR. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**, 3.ed. Rio de Janeiro: Record, 1993.
  129. BRASIL. Ministério da Saúde – Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS – 2004
  130. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/NTPNH. *Ambiência*. 2ª ed. Brasília, 2006.
  131. Pessini L. Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo (SP): Loyola; 2004. p. 12-30.
  132. Fernandes MFP, Pereira RCB. Percepção do professor sobre o respeito. *Nursing* 2005; 87(8): 375-9.
-

- 
133. Houaiss A, Villar MS, Franco FMM. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro (RJ): Objetiva; 2001.
  134. Knobel E. Condutas no paciente grave. 2a ed. São Paulo (SP): Atheneu; 1998.
  135. Ferreira, MAL, Moura AAG. Evolução da política de recursos humanos a partir da análise das conferências nacionais de saúde(CNS). Recife: Fiocruz, 2006.
  136. Andrade D, Emília LS, Angerami e Carlos Roberto Padovani *Condição microbiológica dos leitos hospitalares antes e depois de sua limpeza Rev. Saúde Pública*, 34 (2): 163-9, 2000.
  137. Meier, M. J. Técnica e tecnologia mediando o saber-fazer na Enfermagem. Curitiba. , 1998. 89f. Dissertação (Mestrado em Tecnologia) – Centro Federal de Educação Tecnológica do Paraná.
  138. Thorfehn, M. B. et al. O processo de enfermagem no cotidiano de acadêmicos de Enfermagem e enfermeiros. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.20, n.1, p. 69-79, 1999.
  139. Ricas, Janete. A deficiência e a necessidade: um estudo sobre a formação continuada de pediatras em Minas Gerais. Tese de doutoramento apresentada ao Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. USP. 1994.
  140. Martins, JJ; Faria EM. O cotidiano do trabalho da enfermagem em UTI: prazer e sofrimento. *Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v. 11, n.1, p. 222-243, jan-abr. 2002.
  141. Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. 2a ed. São Paulo (SP): Atheneu; 2003.
-

- 
142. Beck, CC. A banalização do sofrimento à sua re-significação ética na organização do trabalho. 2000. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
  143. Folkman, S; Lazarus, RS; Gruen, RJ & De Longis, A (1986). Appraising, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology* 50, 571-579.
  144. Faria, J. B.; Seidl, E.M.L. Religiosidade e Enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicologia: reflexão e crítica*, 2005, 18(3), pp. 381-389.
  145. Faria, J. B.; Seidl, E.M.L. Religiosidade e Enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicologia: reflexão e crítica*, 2005, 18(3), pp. 381-389.
  146. Pargament, K.I. & Park, C.L.(1995). Merely a defense] The variety of religious means and ends. *Journal of Social Issues*, 51, 13-32.
  147. Mantovani, M. F.; Silveira, M. F. A, Cade, N. V. História da enfermagem: um roteiro para o ensino das práticas cuidativas. **Rev. Bras. De Enferm.**, Brasília, v.52, n., p.547-58, 1999.
-





## Anexo 1 – Aprovação do comitê de ética e pesquisa



### Anhanguera Educacional S.A.

Alameda Maria Tereza, 2000 - Valinhos - S/P - CEP: 13278-181 - (19) 3512-1700  
www.unianhanguera.edu.br  
0800 941 4444

GO: Anápolis - MS: Campo Grande, Dourados, Ponta Porá, Rio Verde - RS: Pelotas, Rio Grande - SP: Bauru, Campinas, Indaiatuba, Jacareí, Jundiaí, Leme, Limeira, Marília, Osasco, Piracicaba, Pirassununga, Rio Claro, Santa Bárbara d'Oeste, São José dos Campos, São Paulo, Sorocaba, Taubaté, Valinhos

Valinhos, 08 de agosto de 2008.

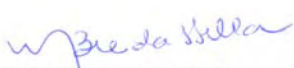
Ofício CEP n. 01/2008

**Ref. Solicitação mudança de Título do Projeto** “O processo de cuidar na perspectiva transcultural de uma equipe de enfermagem durante o banho no leito em unidade de terapia intensiva”.

Informo que a solicitação de mudança do título do projeto de pesquisa “O processo de cuidar na perspectiva transcultural de uma equipe de enfermagem durante o banho no leito em unidade de terapia intensiva” aprovado pelo CEP - AESA com parecer de n. 101 em 20/10/2007, para o título “**Revelando o processo de recriação do banho no leito no cenário da terapia intensiva: produto da suscetibilidade da enfermagem em incorporar o conhecimento êmico a sua práxis**”, a pedido da pesquisadora responsável – Tatiane Cardoso (conforme ofício 01/2008), foi aprovada pelo CEP – AESA, devendo ser mantido nos demais itens do projeto todo o conteúdo apresentado na época da análise inicial quando foi aprovado.

Sem mais para o momento, subscrevo-me

Att.

  
Dr<sup>ª</sup>. Mércia Breda Stella  
Coordenadora do CEP - AESA

---

## ANEXO 2 - Termo de Consentimento livre e esclarecido para participação em pesquisa

**Título do trabalho:** O processo de cuidar na perspectiva transcultural de uma equipe de enfermagem durante o banho no leito em UTI.

**Autora: Tatiane Cardoso** (aluna do curso de mestrado da Universidade Estadual Paulista). Os contatos poderão ser realizados por meio do fone: (62) 84152251 / 30983838 ou e-mail: thhati@terra.com.br

**Orientadora:** Profa. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi (FMB – UNESP). Contatos: e-mail: sbocchi@fmb.unesp.br ou fone (14)38116070 (Departamento de Enfermagem).

**Sumário do projeto:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa na perspectiva da etnoenfermagem, com vistas à obtenção do título de mestre em enfermagem, cujo objetivo é compreender o processo de cuidar dos profissionais de enfermagem que atuam na UTI de um hospital da capital de Goiás, à luz da teoria do cuidado cultural de LEININGER (2002).

A coleta de dados será feita por meio das técnicas de observação-participação-reflexão e entrevistas gravadas em fitas cassetes, mediante a autorização de cada informante e que serão realizadas em locais que garantam a privacidade do mesmo, no próprio Hospital de Urgências Dr. Henrique Santillo. A participação no estudo **não se reverterá** em benefícios pessoais aos participantes, mas em muito contribuirá para ampliação do conhecimento sobre a prática da assistência de enfermagem durante o banho no leito, retroalimentando o ensino e a assistência na área da enfermagem clínica. Aos sujeitos deste estudo fica preservado o direito de interromper sua participação a qualquer momento, sem nenhum ônus, de qualquer natureza. Comprometo-me a guardar o anonimato das informações obtidas, bem como a incineração das fitas cassetes, depois de transcritas as entrevistas.

**Entendimento do participante:** Declaro que compreendi a importância de minha participação neste estudo e que tive oportunidade de fazer perguntas relativas ao objetivo e a todos os procedimentos relacionados ao estudo, estando a pesquisadora sempre pronta a respondê-las.

**Eu** \_\_\_\_\_ com base no exposto acima, dou meu consentimento para participar da pesquisa - na qualidade de participante voluntária - e também para a divulgação dos dados por mim fornecidos, salvaguardando o anonimato.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Participante

Discuti este projeto com a participante, usando linguagem acessível e apropriada. Acredito ter propiciado as informações necessárias para a cliente, segundo os princípios éticos de pesquisa, e também que ela tenha compreendido todas as minhas explicações.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

### **Anexo 3 – guia auxiliar de entrevista segundo os domínios de investigação propostos pelo modelo *SUNRISE***

**Instruções:** Trata-se de um guia adaptado ao objeto investigado por esta pesquisa, a partir do proposto por LENINGER (2002), com a intencionalidade de compreender o cuidado cultural e de saúde, segundo o Modelo *Sunrise*. O propósito desse guia, fundamentado na teoria do cuidado cultural, auxilia entrar no mundo do sujeito e descobrir informações do cuidado de enfermagem e especificamente neste estudo, ao procedimento banho no leito realizado pela equipe de enfermagem de uma UTI.

#### **DOMÍNIOS DE INVESTIGAÇÃO**

##### **1. Visão de mundo:**

Quando buscamos compreender as coisas e os fatos que nos envolvem, ou seja, a Realidade em que estamos imersos é porque queremos ordenar a nossa visão do Mundo, para que possamos nos situar perante o Mundo físico e o Mundo humano e de tudo que se apresenta à nossa experiência, bem como entender os discursos dos homens e nossos próprios discursos.

Pensando no mundo da UTI, como você o vê ao seu redor? Você poderia compartilhar comigo as suas visões? Como você vê os cuidados de enfermagem relativos à higiene e especificamente ao banho no leito do cliente internado nesse mundo (UTI)?

##### **2. Etno-história:**

Em enfermagem, nós podemos nos beneficiar aprendendo sobre o patrimônio cultural do cliente. Entretanto, nós, profissionais da enfermagem, apesar de toda nossa formação, trazemos nossa bagagem cultural, passado como hábitos e costumes praticados nas nossas famílias. Vamos falar do banho no leito, conte-me a sua experiência sobre seus hábitos e costumes que influenciam na sua prática profissional?

##### **3. Fatores de companheirismo**

Se algum de seus colegas da UTI tivesse internado, como você acha que ele gostaria que desse o banho no leito?

##### **4. Valores culturais, crenças e modos de vida:**

Se você estivesse internado(a) na UTI e alvo de um banho no leito, que tipo de banho você conceberia como bom?.

---

### **5. Religião, espiritualidade e fatores filosóficos**

Em que sentido o banho no leito pode contribuir com as necessidades espirituais do ser humano?

### **6. Fatores tecnológicos**

Você se sente dependente da tecnologia para oferecer os cuidados de higiene, particularmente ao banho no leito, aos pacientes na UTI?

Você acha que a Instituição onde você trabalha está oferecendo os equipamentos apropriados, bem como a manutenção dos mesmos para que você possa oferecer uma assistência relativa a uma higiene de qualidade ao cliente na UTI?

Em que sentido você pensa que as tecnologias ajudam ou atrapalham você a se autocuidar, bem como a cuidar do cliente durante o procedimento banho no leito?

Quais são os recursos tecnológicos que você dispõe na UTI para oferecer um banho no leito?

Você os acha apropriados para um banho no leito de qualidade, visando à integridade do cliente?

Eles estão de acordo com a evolução técnico-científica do banho no leito?

Poderia comentar um pouco mais sobre estas duas últimas questões?

### **7. Fatores econômicos**

Você conhece algum estudo sobre custos e benefícios realizado em sua instituição, especificamente, sobre o banho no leito?

Você já leu ou ouviu comentar alguma coisa sobre o assunto?

Se você ainda não conhece, como você pensa economicamente para a Instituição o procedimento banho de leito realizado pela equipe de enfermagem?

### **8. Fatores políticos e legais:**

Nosso mundo parece repleto de idéias sobre políticas e questões legais que podem influenciar sobre a sua saúde e da saúde do cliente que você atende na UTI. Existe algo que você gostaria de dizer relativo a essa área ligado ao procedimento banho no leito?

### **9. Fatores educacionais:**

Eu gostaria de ouvir em que sentido você acredita que a educação permanente (continuada) contribui para a qualidade de sua saúde e do cliente que você assiste?

Quais conhecimentos, valores ou práticas você acredita ser importantes para que a equipe de enfermagem gere bem-estar ao cliente no momento do banho de leito?

---

Em quais etapas do procedimento do banho de leito a sua educação a influenciou a gerar bem-estar e conforto ao cliente?

Há quanto tempo você se formou?

Você acha que a prática de enfermagem tem evoluído a partir da evolução técnico-científica (pesquisas) ou mais pela experiência do dia-a-dia? Explique-me.

### **10. Comunicação**

A comunicação e a compreensão dos clientes são importantes para levantar e atender as necessidades de cuidado e bem-estar dos mesmos.

Você acha que as vontades do cliente têm sido levadas em conta quando se planeja ou ministra o cuidado ao cliente da UTI?

Qual a linguagem que você se utiliza para falar ou entender o cliente? Que barreiras da linguagem ou comunicação influenciam sua comunicação com o cliente?

Quais as facilidades e barreiras na comunicação você têm enfrentado com relação ao paciente e à equipe em que atua na UTI?

Você tem percebido algum tipo de preconceito racial, de gênero, ou outro durante o processo de cuidar e especificamente ao banho no leito?

Como você percebe a equipe de enfermagem se comunicando com o cliente durante o banho no leito?

Caso você fosse o cliente na UTI e alvo do banho no leito, como você gostaria que fosse a comunicação da equipe de enfermagem durante o procedimento?

O que mais você gostaria de me dizer que poderia tornar a prática da comunicação melhor e mais efetiva durante a assistência de enfermagem?

### **11. Práticas e crenças do cuidado profissional (ético) e populares (êmicos)**

Pensando na prática do procedimento banho de leito, você acha que as etapas de execução do mesmo ainda seguem a teoria proposta pelos livros e o conhecimento produzido por meio de pesquisas realizadas na área ou sofreram modificações de acordo com o que a enfermagem acredita produzir bem-estar ao cliente?

Você acha que esse tipo de banho no leito tem contribuído na recuperação do cliente da UTI? Comente-me.

### **12. Fatores de cuidados de enfermagem específicos e gerais:**

Qual é o significado do banho no leito para você?

Qual é a ligação que você vê entre banho no leito e recuperação da saúde?

Diga-me algumas barreiras ou facilitadores para um bom banho no leito?

---

Quais são os estresses na UTI relativos ao banho no leito?

Quais os recursos que têm mais te ajudado durante o banho no leito?

Dê-me alguns exemplos de práticas do banho no leito que não ajudam?

Quais os fatores ambientais que deveriam ser levados em conta pela equipe de enfermagem ao oferecer o banho no leito?

Como você gerencia a dor e o estresse do paciente durante o banho no leito?

O que você gostaria de me dizer a respeito daquilo que você acredita ser um bom banho no leito? Dê-me exemplos.

---

## Anexo 4 – Quadros de Categorias, Subcategorias, Elementos e Códigos

- Fenômeno A - considerando a UTI um cenário que ultrapassa a finalidade de atender a pessoa em estado crítico

### Quadro 4. Categoria A1.1. Sendo a UTI um cenário destinado à pacientes em estado crítico, dependentes de cuidados intensivos da equipe médica e de enfermagem: códigos

<p><b>Categoria A1.1. Sendo a UTI um cenário destinado à pacientes em estado crítico, dependentes de cuidados intensivos da equipe médica e de enfermagem</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sendo a UTI um lugar de paciente crítico (T3-12)</li> <li>- paciente necessitando mais do cuidado de enfermagem que médico (T3-12)</li> <li>- sendo um ambiente que demanda cuidado de enfermagem em tempo integral (T3-12)</li> <li>- cuidando de pacientes dependentes totais (T3-12)</li> <li>- sendo a UTI um local que exige da equipe atenção redobrada (E4-18)</li> <li>- exigindo uma prática integral do cuidar na UTI (E4-18)</li> <li>- vendo a UTI como um lugar de cuidados essenciais para o paciente (T2-26)</li> <li>- sendo um lugar de cuidados intensivos e complexos para os pacientes (T8-40)</li> <li>- vendo a UTI como local altamente especializado para atender pacientes graves (E1-1)</li> </ul>
---

### Quadro 5. Categoria A1. 2. Associando a UTI à finalidade de expiação do paciente: códigos

<p><b>Categoria A1. 2. Associando a UTI à finalidade de expiação do paciente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- comparando a UTI a uma escola de vida (E4-18)</li> <li>- representando-me a UTI a última chance (T6-34)</li> <li>- sendo a UTI, um lugar onde o paciente melhora progressivamente ou morre logo (T6-34)</li> <li>- UTI representando morte para o paciente e família, mesmo tendo uma estrutura física nova e equipamentos necessários (E7-5)</li> <li>- considerando, às vezes, um ambiente hostil ao paciente ao paciente acordado (T3-12)</li> <li>- sendo a UTI um local, normalmente, associado à morte (T6-34)</li> <li>- sabendo que muitos pacientes não terão a menor chance de sobrevivida, apesar de toda tecnologia e pessoal especializado (E7-5)</li> <li>- vendo a UTI como um lugar que recebe pessoas em estado gravíssimo, com poucas chances de sobreviver (E7-5)</li> <li>- percebendo que a visão que o paciente tem da UTI é comparada a um purgatório que todo mundo tem que passar antes de morrer (E4-18)</li> </ul>
---

### Quadro 6. Categoria A1.3. Sendo estimulada, continuamente, a reflexão e conseqüente renovação de virtudes e valores espiritual, moral e social ao interagir com a experiência do paciente crítico na UTI: códigos

<p><b>Categoria A1.3. Sendo estimulada, continuamente, a reflexão e conseqüente renovação de virtudes e valores espiritual, moral e social ao interagir com a experiência do paciente crítico na UTI.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- é um lugar que coloca todo mundo na mesma condição, seja ele pobre ou rico (E7-5)</li> <li>- percebendo que na UTI, todos se igualam (E4-18)</li> <li>- vendo a UTI como um lugar de reflexão de nossas vidas e conseqüência de nossos atos (E7-5)</li> <li>- percebendo a UTI como um local de renovação da fé, porque sabemos que interferimos pouco no destino das pessoas (E7-5)</li> </ul>
--



**Quadro 7. Categoria A2.1. Sendo a UTI um local que proporciona condições para que a enfermagem seja capaz de oferecer cuidados essenciais e de segurança ao paciente: subcategorias, códigos.**

**Subcategoria A2.1.1. Observando a adequação estrutural, de recursos humanos e materiais para o atendimento do paciente**

- sendo a UTI um local rico em tecnologias que podem ser decisivas na recuperação do paciente (E4-17)
- considerando a UTI onde trabalha apropriada em termos de estrutura e de recursos humanos qualificados (E4-17)
- sendo a UTI, um local com todas as modernidades tecnológicas (T6-34)
- percebendo que na UTI a cama é adequada (T2-26)
- considerando o trabalho na UTI agradável, relacionado à estrutura física nova e aos equipamentos (E7-5)
- achando que um dos pontos positivos da UTI é que os pacientes são melhores atendidos, porque tem médico plantonista 24 horas, bem como técnicos e enfermeiros (T5-30)
- sendo a UTI um local de alta complexidade, onde a enfermagem cuida do paciente o tempo todo e direitinho (T6-34)
- sendo os pacientes muito bem tratados em termos de remédios e cuidados de enfermagem (T6-35)
- considerando a UTI um local onde se garante a privacidade do paciente (E4-17)

**Subcategoria A2.1.2. Percebendo a equipe de enfermagem da UTI, trabalhando motivada ao se sentir capaz de oferecer cuidado essencial à recuperação do paciente**

- sendo possível na UTI se prestar cuidados essenciais ao paciente, como: medicação no horário, fazer mudança de decúbito (T2-26)
- percebendo que tanto a equipe de enfermagem como médica consideram o cuidado ao paciente como prioritário (T8-40)
- acreditando que tanto a equipe médica e de enfermagem torcem juntos pela recuperação do paciente (E4-17)
- percebendo que todos os esforços, equipe médica e de enfermagem, são para o restabelecimento do paciente (E4-17)
- avaliando a UTI como um local diferente em relação aos outros, em relação à preocupação das equipes garantirem o atendimento ao paciente (T8-40)
- considerando a UTI mais que um trabalho, um lugar que posso ser útil (T8-40)
- sendo a UTI a minha vida (T8-40)
- trabalhando na UTI somente a pessoa que gosta, porque se trabalha mais do que em outro lugar (T6-35)

**Subcategoria A2.1.3. Considerando a UTI um local que oferece segurança ao paciente**

- comparando a UTI a um útero materno, em termos de segurança (E4-17)
- parecendo a UTI um local seguro, protegido como uma caixa, permitindo que o paciente esteja seguro e protegido, de maneira que qualquer coisa que vier acontecer com o mesmo, logo é visto (T8-40)
- vendo a UTI como um local com a finalidade de prevenir o agravamento do estado do doente (E1-1)

**Subcategoria A2.1.4. Transferindo-se de outras unidades do hospital para a UTI, mediante insatisfação com a falta de recursos para o cuidado de enfermagem**

- não tendo possibilidades de cuidar adequadamente do paciente no Pronto Socorro como na UTI (T2-26)
- começando a trabalhar no Pronto Socorro (T2-26)
- Trabalhando anteriormente, por dois anos no Pronto Socorro (E4-17)
- sendo formada há sete anos (E4-17)
- trabalhando na UTI há dois anos (E4-17)
- sendo um a UTI um lugar desejado para trabalhar depois de formada (E4-17)
- gostando de trabalhar na UTI, porque é um ambiente organizado, espaçoso, arejado (E4-17)
- considerando a UTI um ambiente objeto de desejo de outras pessoas (E4-17)
- realizando um sonho anterior de trabalhar na UTI, em área fechada (T2-26)

**Quadro 8. Categoria A2.2. Enfermagem da UTI sentindo-se mais valorizada quando comparada a de outros setores: códigos**

**Categoria A2.2. Enfermagem da UTI sentindo-se mais valorizada quando comparada a de outros setores**

- percebendo um impacto interessante para quem trabalha na UTI (E4-18)
- percebendo que os enfermeiros que trabalham na UTI têm um status diferenciado em relação aos outros setores do hospital (E4-18)
- ouvindo a todo instante que a pessoa que trabalha na UTI, trabalha bem em qualquer lugar (E4-18)

**Quadro 9. Tema A3. Considerando a UTI um cenário que limita a interação paciente-família: códigos**

**Tema A3. Considerando a UTI um cenário que limita a interação paciente-família**

- observando que o paciente se sente muito sozinho na UTI (E-18)
- procurando orientar a família que o objetivo da UTI é que o paciente possa sair o menos sequelado possível do tratamento (E4-18)
- considerando um ponto negativo o fato dos pacientes conscientes e orientados ficarem longe da família (T5-30)
- pacientes conscientes e orientados sentindo falta da família (T5-30)
- sendo o tempo de visita curto para evitar infecção (T5-30)

- **Fenômeno B** - Repensando a assistência de enfermagem integral, depois de se priorizar o dimensionamento de recursos humanos da UTI

**Quadro 10. Categoria B1.1. Percebendo a consciência do trabalho em equipe na UTI: códigos**

**Categoria B1.1. Percebendo a consciência do trabalho em equipe na UTI**

- considerando, positivamente, o fato de a equipe na UTI ter o espírito de equipe (E4-20)
- percebendo o espírito de equipe pelo fato de todos se ajudarem um ao outro (E4-20)
- ajudando-se um ao outro é uma maneira de assegurar condições de se realizar a higienização e contribuir com a recuperação do paciente (E4-20)
- reconhecendo que as técnicas têm consciência da importância de trabalhar em equipe (E7-6)
- caracterizando o trabalho realizado como de equipe, porque uma ajuda à outra (E7-6)

**Quadro 11. Categoria B1.2. Considerando os papéis dos membros da equipe de enfermagem bem definidos na UTI: códigos**

**Categoria B1.2. Considerando os papéis dos membros da equipe de enfermagem bem definidos na UTI**

- reconhecendo os papéis bem definidos dos técnicos e enfermeiros (E7-5)
- considerando que cada membro da equipe tem a sua atribuição, o técnico de fazer o banho e o enfermeiro a de supervisionar (E4-19)
- Subcategoria B1.2.1. Enfermeiro realizando avaliação clínica e o plano de cuidado de 12 pacientes
- fazendo exame físico de todos os pacientes, posteriormente ao recebimento do plantão (E4-18)
- sendo atribuição de o enfermeiro examinar 12 pacientes e estabelecer um plano de cuidado para cada um (E4-19)
- Subcategoria B1.2.2. Enfermeiro realizando curativo e procedimentos invasivos como sondagens e coleta de gasometrias.
- sendo as sondagens e os curativos os procedimentos mais realizados pelas enfermeiras na UTI (E7-5)
- sendo atribuições do enfermeiro na UTI: curativos, sondagens (E4-19)
- afirmando que só realiza procedimentos de enfermeiro (E7-5)
- sendo atribuição do enfermeiro a colheita das gasometrias para subsidiar nas mudanças das condutas medicamentosas (E4-19)
- enfermeira aproveitando o momento do banho, para realizar os curativos (E4-19)
- enfermeira aproveitando o banho dado pelas técnicas para realizar os curativos. (E7-6)

Subcategoria B1.2.3. Avaliando e comunicando ao médico as anormalidades observadas pelas técnicas durante o banho

- avaliando anormalidades observadas pelas técnicas durante o banho (E4-19)
- enfermeira solicitando avaliação médica do paciente, quando acha necessária (E4-19)

Subcategoria B1.2.4. Delegando e supervisionando o banho no leito e demais cuidados realizados pelos técnicos de enfermagem

- considerando o fato de ter que assumir o banho no leito uma inversão de papéis (papel do técnico na divisão de atribuições) (E4-18)
- aprendendo a realizar o banho e outros procedimentos na graduação para poder supervisionar com propriedade (E4-19)
- Banho no leito tendo feito parte de sua rotina, enquanto aluna de graduação, oferecendo cuidados integrais ao paciente (E7-5)

Subcategoria B1.2.5. Delegando e supervisionando o banho no leito e demais cuidados realizados pelos técnicos de enfermagem

- procurando supervisionar o banho no leito, porque teve a experiência com uma técnica que não cuida do paciente, só se preocupava em arrumar o leito (E4-20)
- sendo atribuição de o enfermeiro supervisionar o cuidado realizado pelos técnicos (E4-20)
- enfermeiro procurando passar em cada leito, sempre que pode, no momento do banho (E4-20)
- procurando sempre conversar com a equipe acerca dos cuidados dos pacientes (E4-19)
- aconselhando sempre a equipe a ficar atenta para aproveitar o banho para conversar com o paciente e não entre si (E4-19)
- enfermeiro procurando conversar com o paciente e a equipe durante o banho no leito, para marcar presença no momento (E4-20)

**Quadro 12. Categoria B2.1. Convivendo com o déficit de recursos humanos: códigos****Categoria B2.1. Convivendo com o déficit de recursos humanos**

- possuindo RH insuficientes para o cuidado individualizado (E7-10)
- não sendo possível dar dois banhos por dia, porque falta de gente para isso (T8-41)
- sendo seis no noturno: cinco técnicos e uma enfermeira (T5-30)
- enfermeiro atribuindo um banho para cada funcionário do noturno e uma outra fica com a medicação (T5-30)

**Quadro 13. Categoria B2.2. Inviabilizando a operacionalização de modelos assistenciais integrais: subcategorias e códigos.****Categoria B2.2. Inviabilizando a operacionalização de modelos assistenciais integrais**Subcategoria B2.2.1. Não podendo atender ao pedido de paciente de ter banho fora do horário da rotina

- não sendo possível considerar pedidos de banhos do paciente e família na rotina de trabalho (E1-2)
- sendo na prática impossível de se realizar um banho personalizado para cada paciente (E1-3)
- tendo vontade de atender ao pedido do paciente que tomou banho à noite de tomar outro durante o dia (T2-30)
- não podendo atender ao pedido do paciente, de ter um banho fora de seu horário (T2-30)
- não tendo como atender a solicitação de um novo banho (T8-43)
- ficando com dó por não poder atender ao pedido do paciente de um segundo banho, assim passa um paninho (T8-43)

Subcategoria B2.2.2. Tentando atender as solicitações mais simples dos pacientes e na medida do possível, em função do tempo e do estado de consciência

- conseguindo atender às vontades do paciente quando acorda (T8-43)
- conseguindo atender somente os pedidos simples do paciente (T8-43)
- procurando passar apenas um paninho para refrescar o paciente (T2-30)
- tentando atender ao pedido do paciente na medida do possível (E1-3)
- equipe de enfermagem ficando atenta para atender as necessidades do paciente, levando-se em conta as informações dadas pela família (E4-25)
- considerando dentro das possibilidades os desejos dos pacientes quando acordados, tomando cuidado para não comprometer a sua recuperação (E4-25)
- não tendo como levar em conta as vontades do cliente no planejamento da assistência porque só vamos conhecê-lo um pouco mais depois de três ou quatro dias (E4-25)

Subcategoria B2.2.3. Achando que a enfermagem não consegue implementar uma assistência individualizada, mediante a indisponibilidade de tempo e o perfil do cuidador

- achando que a enfermagem tem deixado a desejar no atendimento individualizado, porque não é fácil (T5-34)
- considerando que o cuidado individualizado demanda dedicação (T5-34)
- considerando o cuidado individualizado diretamente relacionado ao tempo disponível e ao perfil do cuidador para que não haja padronização (E4-25)

**Quadro 14. Categoria B2.3. Corroborando ações centradas na modalidade funcional: subcategorias, elementos e códigos.**

**Categoria B2.3. Corroborando ações centradas na modalidade funcional**

Subcategoria B2.3.1. Normatizando um sistema de rodízio de banhos no leito, entre o plantão matutino e noturno, para não sobrecarregar os técnicos de enfermagem da manhã

*Elemento B2.3.1.1. Precisando se servir de rotinas para atender a demanda de atividades e garantir uma assistência de forma igualitária a todos pacientes*

- precisando servir-se das rotinas criadas para assistir a todos de forma igualitária (E4-25)
- sendo normas do hospital a divisão dos banhos entre a manhã e o noturno, para que os funcionários possam dar conta do serviço (T2-30)
- Saindo da rotina da UTI atrasa tudo (T6-39)
- considerando que para o bom andamento do serviço é necessário cumprir a rotina de banho (E1-2)
- não sendo possível trabalhar desprovida de rotinas (E1-2)

*Elemento B2.3.1.2. Instituinto o sistema de rodízios de horários de banho no leito entre o plantão noturno e da manhã, para minimizar a carga de trabalho*

- fazendo o banho no leito em quatro pacientes, no período noturno (T5-30)
- alguns pacientes estáveis tomando banho à noite (E7-7)
- repassando para as técnicas, os pacientes que necessitam de banho e quem deverá fazê-los (E4-18)
- fazendo rodízio para não sobrecarregar a equipe. (E7-6)

*Elemento B2.3.1.3. Enfermeiro usando do critério da complexidade do paciente para distribuir os banhos entre o noturno e o matutino*

- sendo a sua atribuição distribuir a equipe de acordo com a complexidade do paciente (E7-6)
- enfermeiro do noturno escolhendo os quatro pacientes menos graves, para que seja oferecido o banho no período (T5-30)

*Elemento B2.3.1.4. Deixando de se levar em conta as necessidades ou solicitações do paciente para assumir uma assistência norteada por rotinas*

- sendo complicado na UTI se levar em conta à vontade do paciente, porque trabalha com padrão, rotinas (T6-39)
- sendo na UTI o banho uma rotina, portanto o paciente não escolhe se o quer ou não (T8-41)

Subcategoria B2.3.2. Recriando a técnica do banho para diminuir o tempo de execução do procedimento

- mudando a técnica do banho no leito para acabar mais rápido (E1-4)

*Elemento B2.3.2.1. Não existindo uma rotina estabelecida, referente ao procedimento banho no leito.*

- não havendo uma rotina de banho no leito instituída na UTI (E4-20)
- paciente recebendo o banho no leito de acordo com cada técnica de enfermagem escalada concebe (E4-20)

*Elemento B2.3.2.2. Dividindo os segmentos do corpo do paciente a serem cuidados por cada elemento da dupla*

- achando que o banho deve ser realizado em dupla (T2-27)
- preferindo trabalhar com uma parceira que tem dinâmica parecida (T2-27)
- achando falta da parceira na hora de dar o banho em sincronia, fazendo à mesma coisa uma de cada lado (T2-27)
- iniciando o banho pelo rosto, com a higiene oral e cuidados com os cabelos, enquanto a colega cuida do restante do corpo (T2-27)

*Elemento B2.3.2.3. Sendo o banho noturno realizado somente por um funcionário para se mais rápido*

- sendo o banho feito individualmente por cada técnico para ser mais rápido (T5-31)

**Quadro 15. Categoria B3.1. Idealizando uma assistência de enfermagem fundamentada no conhecimento da enfermagem: códigos**

**Categoria B3.1. Idealizando uma assistência de enfermagem fundamentada no conhecimento da enfermagem: códigos**

- reconhecendo que todo conhecimento colabora no cuidado do paciente (E7-10)
- reconhecendo que seria importante saber informações sobre a cultura, hábitos, religião para colaborar na prática de enfermagem (E7-10)
- achando que colher informações sobre hábitos, costumes e religião faz parte do holismo que aprendemos na faculdade (E7-10)
- sendo ideal conhecer os hábitos de vida do paciente (E1-3)
- reconhecendo a enfermagem como ciência do cuidar (E7-9)

**Quadro 16. Categoria B3.2. Transformando-se em utopia a aplicação do conhecimento da enfermagem na prática, fundamentado numa assistência integral: códigos**

**Categoria B3.2. Transformando-se em utopia a aplicação do conhecimento da enfermagem na prática, fundamentado numa assistência integral**

- sendo a prática de enfermagem bem diferente da que aprendemos (E7-10)
- sendo a prática diferente da teoria (E4-26)
- achando uma utopia, atualmente, obter informações sobre, hábitos, costumes e religião para colaborar na prática de enfermagem (E7-10)
- reconhecendo que teria mais condição de trabalhar a privacidade do paciente, caso soubesse o seu significado de corpo (E7-10)
- reconhecendo que o ideal seria conhecer um pouco sobre a cultura do paciente (E1-3)
- não sendo possível conhecer hábitos de vida do paciente internado aqui (E1-3)
- não sendo possível conhecer hábitos de pacientes politraumatizados, cujas famílias só aparecem no outro dia (E1-3)
- achando que tem coisas que são consideradas ideais, mas a realidade não as permite (E1-3)
- sendo difícil na UTI se levantar os hábitos do paciente (T6-39)
- achando muito difícil se aplicar na prática o cuidado numa perspectiva holística, conforme ensinada na faculdade (E4-25)
- não tendo tempo para um olhar holístico do paciente, porque não se tem tempo (E7-10)

**Quadro 17. Categoria B4.1. Desacreditando na operacionalização do cuidado integral no cenário hospitalar: códigos**

**Categoria B4.1. Desacreditando na operacionalização do cuidado integral no cenário hospitalar**

- sendo especialista em UTI (E7-10)
- sendo especialista em emergência (E7-10)
- atribuindo ao tempo de experiência como fator de descrédito ao cuidado individualizado (E7-10)
- acreditando ser sonho o banho de acordo com a vontade do paciente (E7-10)

**Quadro 18. Categoria B4.2. Considerando políticas de saúde públicas fundamentadas em princípios da integralidade arbitrários, enquanto não se priorizar o dimensionamento de recursos humanos: códigos**

**Categoria B4.2. Considerando políticas de saúde públicas fundamentadas em princípios da integralidade arbitrários, enquanto não se priorizar o dimensionamento de recursos humanos**

- considerando a política de humanização proposta pelo governo como mal sucedida, porque primeiro tem que se investir no aumento de Recursos Humanos (E4-25)
- tendo que deixar a política de humanização de lado, para dotar o modelo padronizado e não individualizada, como recomendado pelos livros (E4-25)

- **Fenômeno C** - Considerando a educação continuada não operante uma condição que suscetibiliza a equipe de enfermagem a incorporar o conhecimento êmico a sua práxis

**Quadro 19. Categoria C1.1 Reconhecendo a importância da educação continuada na capacitação profissional: códigos**

**Categoria B1.1. Reconhecendo a importância da educação continuada na capacitação profissional**

- achando que a educação continuada deveria existir em todo o lugar (E1-2)
- achando importante capacitar as pessoas depois que saem da faculdade (E1-2)
- reconhecendo a importância da capacitação, porque atualiza (E7-9)
- acreditando na padronização da linguagem por meio da capacitação (E7-9)

**Quadro 20. Categoria C1.2. Educação continuada favorecendo o repensar da práxis, visando a qualidade assistencial: códigos**

**Categoria C1.2. Educação continuada favorecendo o repensar da práxis, visando a qualidade assistencial**

- saindo da faculdade passamos só a trabalhar sem pensar, mergulhados na rotina (E1-2)
- favorecendo a capacitação o repensar a rotina em favor de uma melhor assistência (E1-3)
- achando que a educação continuada contribui com a qualidade assistencial (E1-3)
- considerando o processo de capacitação importante para se criar a partir dela uma rotina (E4-24)

**Quadro 21. Categoria C2.1. Hospital oferecendo processos de capacitação: códigos**

**Categoria C2.1. Hospital oferecendo processos de capacitação**

- hospital oferecendo alguns treinamentos (E7-8)
- instituição promovendo encontros de capacitação (E4-24)

**Quadro 22. Categoria C2.2 Equipe de enfermagem da UTI não participando das atividades de educação continuada oferecidas pela instituição: códigos**

**Categoria C2.2 Equipe de enfermagem da UTI não participando das atividades de educação continuada oferecidas pela instituição**

- Achando difícil de se operacionalizar a educação continuada/permanente na UTI, porque a equipe tem mais de uma jornada de trabalho (E7-9)
- reconhecendo que os funcionários da UTI não participam dos treinamentos (E7-10)
- vendo que a não participação da equipe da UTI gera desconforto com os demais colegas de outros setores (E7-10)
- sendo considerados ironicamente pelos colegas de outros setores, como aqueles que já sabem tudo e não precisam de treinamento (E7-10)
- considerando importante a educação permanente, entretanto é difícil participar enquanto trabalhando na UTI (T6-38)
- achando que a educação permanente ajuda a mudar hábitos da equipe, contribuindo para a melhoria do cuidado e do próprio paciente (T6-38)
- enfermagem da UTI não participando dos processos de educação permanente devido a complexidade dos pacientes (E4-24)

**Quadro 23. Tema C3. Tornando-se o processo de busca do conhecimento pela equipe de enfermagem da UTI, um processo individual: códigos**

**Tema C3. Tornando-se o processo de busca do conhecimento pela equipe de enfermagem da UTI, um processo individual: códigos**

- achando que a busca pelo conhecimento é um processo individual (E7-9)
- trocando conhecimentos em conversas (E7-9)
- considerando que na UTI seria possível multiplicar o processo e educação permanente, porque um pode repassar o conhecimento para o outro (T6-38)

- **Fenômeno D** - Entre condutas éticas e não-éticas: o desafio de se respeitar o corpo como princípio agregado ao banho no leito

**Quadro 24. Categoria D1.1. Concebendo o significado de corpo como inviolável: códigos**

**Categoria D1. 1. Concebendo o significado de corpo como inviolável**

- tendo que proteger e respeitar o corpo, porque desde a bíblia o corpo é considerado sagrado (T6-38)
- considerando que o corpo deve ser tratado como sagrado (E4-22)
- considerando a exposição do corpo do paciente uma violação do processo de cuidar (E4-22)
- conhecendo que para algumas culturas a exposição do corpo ou a violação é sinal de indignidade (E4-22)
- assistindo um filme, percebeu que para a cultura mulçumana o estupro é considerado indigno tanto para o estuprado quanto o estuprador (E4-22)
- percebendo que cada cultura vê o corpo de uma maneira (E4-22)

**Quadro 25. Categoria D1.2. Procurando ser cautelosa com o corpo do paciente durante o banho no leito: códigos.**

**Categoria D1.2. Procurando ser cautelosa com o corpo do paciente durante o banho no leito**

- sendo o banho um procedimento que deixa qualquer pessoa vulnerável, sem distinção, considerando que qualquer pessoa precisa tomar banho (T8-41)
- reconhecendo o banho como atividade que demanda concentração, porque o paciente não deve ficar exposto (E7-8)
- devendo ser cuidadoso durante o banho, porque não se conhece as crenças e hábitos dos pacientes (E7-8)
- devendo ser cuidadoso durante o banho, porque não sabemos o que o paciente acha do corpo (E7-8)
- reconhecendo o corpo como tabu para a maioria das pessoas (E7-9)
- enfermagem tocando o corpo inteiro do paciente (E4-22)
- não sendo possível, na UTI, obter-se a autorização do responsável para se tocar no corpo do paciente (E4-24)
- observando que para a enfermagem o corpo acaba passando por não percebido durante um procedimento que visa, principalmente, o bem do paciente (E4-22)

**Quadro 26. Categoria D1.3. Devendo-se agregar o valor respeito ao próximo durante o banho no leito: códigos.**

**Categoria D 1.3. Devendo-se agregar o valor respeito ao próximo durante o banho no leito**

- achando que um dos valores importantes a ser considerado pela enfermagem é o respeito ao próximo (E4-24)
- considerando que para ser da enfermagem precisa ter respeito (T6-37)
- sendo preciso cuidar com respeito (E4-22)
- enfermeira orientando a equipe para não promoverem situações constrangedoras, como risos e conversas entre os mesmos no momento do banho (E4-22)
- sendo preciso cuidar, mantendo conduta ética impecável (E4-22)

**Quadro 27. Categoria D1.4. Relacionando as condutas éticas que diminuem a vulnerabilidade do paciente durante o banho no leito: códigos.**

**Categoria D1.4. Relacionando as condutas éticas que diminuem a vulnerabilidade do paciente durante o banho no leito**

**Subcategoria 1.4.1. Evitando comentário ou risos sobre o paciente, durante a realização do banho no leito, mediante possibilidade do mesmo ter a audição preservada.**

- orientando os funcionários para não rirem ou conversarem besteiras sobre o paciente, durante o banho (E1-3)
- orientando para não rir sobre o paciente durante o banho (E7-8)
- reconhecendo que o paciente pode ouvir comentários realizados durante o banho e se sentir constrangido (E7-8)
- tendo que ser cuidadosa de não falar nada sobre o paciente acamado, torporoso, mas com a audição preservada (T2-29)

- sendo necessário evitar conversas entre os funcionários sobre o paciente, porque às vezes ele ouve (T2-29)
  - devendo se conversar só com o paciente durante o banho (T2-29)
- Subcategoria D1.4.2. Procurando zelar pela privacidade do paciente durante o banho no leito**
- não podendo se esquecer de se preservar a privacidade do paciente (E4-22)
  - orientando as funcionárias para não deixarem o paciente exposto durante o banho (E1-3)
  - referindo-se a outro valor importante a ser incorporado no cuidado de enfermagem que é o respeito à privacidade (E4-24)
  - orientando para não expor a intimidade do paciente (E7-8)
  - considerando a privacidade do paciente tão importante quanto os cuidados com a pele (T3-16)
- Elemento D1.4.2.1. Explicando o procedimento para o paciente**
- avisando o paciente que irá dar o banho e que não é para ficar envergonhado (T2-29)
- Elemento D1.4.2.2. Procurando realizar o banho com pessoas do mesmo sexo**
- realizando o banho com pessoas do mesmo sexo que o paciente para evitar constrangimentos (E7-8)
- Elemento D1.4.2.3. Mantendo cobertos os seios e a genitálias durante o banho**
- ressaltando não deixar o paciente com a genitália e as mulheres com os seios expostos, porque dá vergonha (T6-37)
  - orientando os funcionários para preservar a intimidade do paciente durante o banho (E1-3)
  - achando que os pacientes se sentem envergonhados em permanecer com a genitália e seios expostos como ela, portando protege-os do constrangimento (T6-37)
- Elemento D1.4.2.4. Cercando o leito com biombos**
- cercando o leito do paciente com biombos para preservar a privacidade do paciente que está dando banho (T5-33)
  - procurando sempre proteger a privacidade do paciente com biombos (T2-28)
  - enfermeiro zelando pelo uso de biombos para que os pacientes não se sintam expostos (E4-22)
- Elemento D1.4.2.5. Impedindo a aproximação de pessoas estranhas ao serviço durante o banho**
- tendo cuidado de não expor o paciente durante o banho para pessoa que não pertencem à equipe de enfermagem (T3-16)
- Elemento D1.4.2.6. Preservando a vida pessoal do paciente**
- não nos cabendo intrometer na vida íntima do paciente (T3-15)
  - achando que a vida íntima do paciente pertence a ele, não cabendo a enfermagem sua exploração (T3-15)

**Quadro 28. Categoria D2.1. Reconhecendo o enfrentamento dos preconceitos como uma competência ética: subcategorias e códigos.**

- Categoria D2.1. Reconhecendo o enfrentamento dos preconceitos como uma competência ética.**
- Subcategoria D2.1.1. Tendo que enfrentar o desafio dos preconceitos, para preservar o cuidado ao paciente**
- achando que todas as pessoas têm um tipo de preconceito (T8-43)
  - tendo que disfarçar os preconceitos para não prejudicar o paciente (T8-43)
  - não podendo fugir dos cuidados caso tenha preconceito (T8-43)
- Subcategoria D2.1.2. Compreendendo que para exercer a profissão na área de enfermagem a pessoa tem que ser capaz de lidar com preconceitos**
- acreditando que pessoas com preconceito não podem trabalhar na enfermagem (E7-11)
  - considerando a enfermagem uma profissão que tem que deixar de lado o preconceito para poder cuidar daquele que chegar, sem distinção (T3-15)
  - achando que quem tiver preconceito não deveria nem estar trabalhando na enfermagem (T5-34)
  - achando que não dá para exercer a profissão se tiver preconceito (T6-39)
  - tendo que abandonar a enfermagem caso seja preconceituoso, porque não se pode escolher o paciente para cuidar (T8-43)
  - pedindo a Deus que a livre dos preconceitos (T8-43)
  - acreditando que não há pessoas preconceituosas na enfermagem, se não está na profissão errada (E4-26)



**Quadro 29. Categoria D2.2. Percebendo pequenos deslizes éticos durante o banho no leito: subcategorias e códigos.**

**Categoria D2.2. Percebendo pequenos deslizes éticos durante o banho no leito**

**Subcategoria 2.2.1. Não percebendo atitudes preconceituosas graves**

- achando que a equipe não tem qualquer tipo de preconceito no momento de cuidar (E1-4)
- não percebendo nada de preconceito da equipe com pacientes (E7-11)
- acreditando se houver algum preconceito na equipe de enfermagem é muito discreto (E7-11)
- acreditando que a enfermagem cuida de todos sem distinção de credo ou raça (E7-11)
- acreditando que a enfermagem cuida de quem é preciso (E7-11)
- nunca presenciando alguém dizendo que não cuidaria de alguém, por exemplo, porque é gay (E7-11)
- não tendo nenhuma experiência acerca de recusa de cuidar de alguém por preconceito (T6-40)
- achando que lidam bem com os preconceitos, porque na própria equipe tem negros, homossexuais (E1-4)
- relatando que a equipe de enfermagem cuida dos pacientes sem fazer distinções (T3-15)
- nunca vendo casos de preconceito por parte da equipe de enfermagem (T2-29)

**Subcategoria D2.2.2. Observando atitudes preconceituosas leves**

- acontecendo, às vezes, fofocas acerca da história de vida do paciente relatada pela família, entretanto sem interferir no cuidado que o mesmo necessita (T3-15)
- acontecendo às vezes conversas sobre o paciente durante o banho (T2-29)
- existindo comentários entre os membros da equipe de enfermagem, acerca do corpo do paciente: obesidade, celulite nas mulheres, entretanto sem comprometer o cuidado do indivíduo (T6-39)
- presenciando colegas levantando hipóteses sobre o estilo de vida do paciente (E7-11)

- **Fenômeno E** - recomendando o banho no leito molhado, como um ritual de enfermagem terapêutico, transcendente às necessidades do corpo do paciente em estado crítico

**Quadro 30. E1.1. Reconstituindo a proposição do banho no leito, fundamentada nas necessidades do corpo e da alma do paciente em estado crítico: códigos.**

**Subcategoria E1.1.1. Possibilitando o fortalecimento do vínculo equipe de enfermagem-paciente**

- sendo o banho mais que lavar (T3-13)
- considerando o banho um momento de cuidado da pele (T3-13)
- considerando o banho um momento de proximidade com o paciente (T5-33)
- considerando o banho um cuidar essencial para a enfermagem, porque é uma relação que envolve um contato íntimo com o paciente (T5-33)
- considerando que por ser o banho um procedimento demorado, concomitantemente oferece a oportunidade de a enfermagem permanecer por mais tempo próxima do paciente (T6-35)
- considerando o banho o procedimento que permite maior tempo de contato da enfermagem com o paciente (T6-37)
- percebendo que fortalecimento do vínculo com o doente se estabelece durante o banho (T6-38)

**Subcategoria E1.1.2. Envolvendo o toque, como uma possibilidade de cura com as próprias mãos**

- significando o banho um momento de troca, em que a enfermagem passa energia através do toque no paciente (T6-35)
- acreditando no poder do toque para ajudar na cura (T6-35)
- promovendo o conforto por meio de ações que envolvem o toque, como: massagens, mudança de posição e o próprio cuidado com a pele (T6-36)

**Subcategoria E1.1.3. Utilizando a água e do sabão, como símbolos culturais de renovação/purificação, do corpo e da alma, enquanto hábito herdado da cultura brasileira**

**Elemento E1.1.3.1. Considerando o banho um hábito da cultura brasileira**

- achando que o banho é uma loucura de brasileiro (E4-21)
- achando que banho é característica da cultura brasileira (E7-6)

**Elemento E1.1.3.2. Percebendo a influência cultural do profissional e do paciente sobre a prática do banho no leito**

- considerando-se indivisível o pessoal do profissional em relação ao cuidado, porque nos constituímos como um ser único (E4-21)
- estando os hábitos impregnados na gente (E4-21)
- levando para o hospital a sensação de conforto vivenciada com o banho em sua casa (T5-32)
- considerando maravilhoso poder experimentar a sensação confortável do relaxamento promovido pelo banho (T5-32)

**Elemento E1.1.3.3 Considerando a água e os saponáceos, fontes de renovação do ser humano, enquanto ser dual, dotado de corpo e alma**

- significando a água vida (T6-37)
- comparando o banho no leito com muita água a regar uma planta morrendo, conferindo-lhe chances de melhorar (T6-37)
- achando que o paciente fica renovado após jogar água e promover a limpeza durante o banho (T2-28)
- achando que meus colegas gostariam de receber um banho com muita água e sabão (T3-13)
- considerando o verdadeiro banho só se for com muita água e sabão para que o paciente possa ser lavado direitinho (T8-42)

**Elemento E1.1.3.4. Passando pouco sabão para não danificar a pele**

- passando o sabão no corpo do paciente (T5-31)
- considerando o banho aquele que usa pouco sabão (T6-37)
- tendo que ser um banho com pouco sabão para não danificar a pele (T5-32)
- tendo que ser sabão com hidratante, caso contrário resseca a pele do paciente (T6-37)

**Elemento E1.1.3.5. Banho significando água em abundância**

- banho significando água, muita água (T6-37)
- achando que o banho de leito tem que ser com bastante água para ser capaz de refrescar (E7-8)
- técnicas tendo o costume de usar muita água (T2-27)
- considerando o banho aquele que se usa muita água (T6-37)
- considerando que o banho é sinal de água (E4-21)
- tendo que molhar o corpo durante o banho (E4-21)
- achando que todas as pessoas gostariam de um banho com muita água (E4-21)

**Subcategoria E1.1.4. Banho seco não atendendo as necessidades estéticas e as especificidades do paciente da UTI**

**Elemento E1.1.4.1. Banho seco não atendendo as necessidades estéticas do paciente**

- considerando o banho aprendido durante a faculdade como não valendo nada (E1-4)
- achando que os idealizadores das técnicas não as testam na prática (E1-4)
- achando que o banho tradicional não é suficiente para eliminar os odores do paciente acamado (T3-14)
- considerando horrível o banho dos livros, porque é seco, com pouca água, só molha mesmo o cabelo, às vezes nem molha o lençol (T3-14)
- ficando o corpo praticamente seco, porque a aplicação do sabão e da água é feita somente com o paninho (T3-14)
- percebendo que o paciente submetido ao banho tradicional, não demonstra que está limpo (T3-14)
- ficando admirada com o banho tradicional, quando executa em pacientes em estado crítico, porque nem o lençol molha (T3-14)
- achando que às vezes o banho não é bem dado, porque a enfermeira pede para usar menos água para não umedecer o colchão (T2-27)
- considerando um banho superficial quando se usa pouca água (T2-27)
- avaliando a higiene do paciente comprometida, quando se realiza o banho superficial, mesmo procurando fazer o melhor possível (T2-27)
- achando que o banho bem dado é o de aspersão (T2-27)
- achando que o banho de paninho molhado não remove sujidade (T5-31)
- achando que o banho de paninho não resolve (T5-32)
- achando que o banho seco não resolve o problema das áreas produtoras de odores (T5-32)
- considerando que o banho de paninho faz o corpo feder, porque o paciente fica deitado sobre o suor (T8-41)

**Elemento E1.1.4.2. Não sendo possível realizar a técnica convencional de banho no leito na UTI, mediante as características do paciente**

- não sendo possível realizar um banho descende no tipo de paciente que recebe (E1-1)

- sendo difícil de fazer um banho descente em pacientes que não se pode mobilizar, com fraturas e trações (E1-1)
- achando que o distanciamento teórico-prático dos cuidados de enfermagem inicia-se na escola, porque se aprende em boneco e não com pacientes (T8-43)
- considerando os bonecos de simulações utilizados para o ensino, distantes do real: não são lubrificados, a sonda não migra e fica pela metade (T8-43)
- livros não trazendo as especificidades de cada pessoa, porque são elaborados para cuidar da doença e não da pessoa (T8-43)
- teoria proposta pelos livros indo na contramão das possibilidades do paciente e da unidade (T8-43)

**Elemento E1.1.4.3. Considerando alguns princípios do banho seco, ao realizar o banho molhado**

- acreditando que o livro serve somente de apoio à técnica do banho (E7-12)
- dando o livro a noção sobre a melhor forma de limpar a pele (E7-12)
- dando o livro a noção de como limpar a pele contaminada (E7-12)
- dando o livro a noção de como não ocasionar novas lesões (E7-12)
- livro servindo como um roteiro a ser interpretado, sem segui-lo a risco (T8-43)
- servindo o banho proposto pelos livros somente para uma higienização básica (T3-14)
- considerando o banho proposto pelo livro como uma proposta a ser adaptada a cada situação (T2-28)

**Subcategoria E1.1.5. Sentindo prazer como cúmplice do paciente na recriação do banho no leito**

- mudando a técnica do banho no leito a pedido do paciente (E1-4)
- considerando o paciente a razão do trabalho da enfermagem (T6-40)
- considerando que caso o banho não beneficie o paciente naquele momento prefere não fazê-lo (T6-40)
- mudando a técnica no banho porque acredita que o mesmo ajuda na recuperação do paciente (E1-4)

**Elemento B1.1.5.1. Sentindo prazer em realizar o banho molhado**

- gostando de realizar o banho no leito (T3-12)
- gostando de executar o banho no leito, porque é um procedimento que ela própria executa (T3-12)
- gostando de executar o banho, porque executa o verdadeiro banho, com água e sabão (T3-12)
- sentindo prazer em jogar água no paciente (E1-1)
- sentindo prazer em usar bastante sabão (E1-1)
- considerando banho descente aquele que se pode pegar o paciente e lavá-lo com gosto (E1-1)

**Quadro 31. Categoria E1.2. Concebendo o banho no leito um procedimento simples que requer princípios éticos e dispensa conhecimentos técnico-científicos e tecnológicos restritivos ao toque terapêutico: códigos**

**Subcategoria E1.2.1. Sendo o banho no leito um procedimento comum**

- considerando o banho no leito um cuidado simples, básico para a recuperação (E4-20)
- considerando um banho um cuidado básico tanto para o profissional quanto para o paciente (E4-21)

**Subcategoria E1.2.2. Não requerendo conhecimentos científicos, porém princípios éticos e afetividade para se realizar o banho no leito**

- achando que para dar banho não se requer muitos conhecimentos (T5-32)
- considerando que o corpo precisa de cuidado simples (T6-38)
- considerando que o corpo precisa de carinho e respeito (T8-41)

**Subcategoria E1.2.3. Precisando apenas de recursos humanos dispostos, água, sabão e lençol para realizar o banho no leito**

- Instituição oferecendo tudo que necessitamos para dar um bom banho (E1.2)
- precisando apenas de recursos humanos com disposição para dar um bom banho (E1-2)
- sendo banho feito na UTI com vontade, sem preguiça (T8-41)
- considerando a melhor tecnologia para o banho no leito um bom sabão e em quantidade suficiente e um pano limpo para lavar e outro para secar (E1-2)
- precisando para se dar um banho somente de: bacia, água, sabão e lençol para enxugar ou proteger a privacidade do paciente (T8-41)

**Subcategoria E1.2.4. Sendo resistente a incorporação de tecnologias que restringem o toque terapêutico realizado durante o processo de execução do banho no leito**

**Elemento E1.2.4.1. Sendo desnecessário o uso de tecnologias para se realizar o banho no leito**

- achando que para dar um bom banho, não precisa de tecnologia (E1-2)
- achando que o banho no leito não precisa de nenhuma tecnologia (T5-31)
- considerando que para se cuidar do corpo não se precisa de tecnologia (T8-41)

**Elemento E1.2.4.2. Discordando da incorporação de qualquer tecnologia que reduza o toque terapêutico e o uso da água durante o banho no leito**

- achando que o avanço tecnológico do banho no leito não se aplica como possibilidade de avanço na cura (E4-23)
- achando que nenhuma tecnologia deveria substituir o contato humano que normalmente se limita ou se prolonga durante o banho no leito (E4-23)
- achando que qualquer tecnologia que venha impossibilitar o toque da enfermagem no paciente seria desumana (E4-23)
- verificando que os produtos desenvolvidos para a realização do banho seco não são eficientes para retirar os odores impregnados (E4-21)
- verificando a ineficiência de produtos desenvolvidos para o banho seco em pacientes com hábitos de higiene precários que chegam a UTI (E4-21)
- não gostando da experiência anterior com um produto aplicado com um pano (T3-13)
- não considerando banho aquele realizado com o pano umedecido no produto (T3-13)
- tendo a impressão que o banho realizado só com pano umedecido, não limpa (T3-13)

**Elemento E1.2.4.3. Incorporando ao banho no leito somente tecnologias que reforçam o toque**

- achando que as tecnologias desenvolvidas até então para o banho no leito só servem para otimizar o custo/benefício em substituição a relação enfermagem-paciente (E4-23)
- tendo incorporado como tecnologia aqui na UTI, somente o Dersani® para se realizar a massagem ao final do banho (E4-23)

**Quadro 32. Categoria E2. Promovendo o toque terapêutico, ao reproduzir o banho de aspersão no banho de leito, preferencialmente às manhãs, visando a conferir segurança e abreviar o processo expiatório árduo da renovação/purificação da alma do paciente em estado crítico: códigos**

**Subcategoria E2.1.1. Acelerando a experiência expiatória, vivenciada por meio do sofrimento**

- atribuindo ao banho no leito o significado de renovação (E4-20)
- achando que o banho não atende só à necessidade fisiológica, mas faz bem a alma (E7-6)
- dando o banho a sensação de lavar a alma (E1-2)
- dando a sensação o banho de estar mais próximo a Deus (E1-2)
- considerando o banho um meio de comunicação adotado pela enfermagem para se comunicar com o paciente em estado crítico, visando atender suas necessidades biopsicossociais (E4-23)
- achando que a água do banho lava a alma (E1-2)
- sendo o banho, um momento de reflexão (E4-23)
- sendo o banho uma oportunidade não só de lavar o corpo (E4-23)
- enfermagem cuidando do corpo e da alma, porque estas são indissociáveis (E4-23)
- achando que a assistência de enfermagem é complementada pela visita religiosa (E4-23)
- paciente precisando de um bom banho (molhado) que faça bem para a alma (T6-38)
- considerando que o corpo precisa estar bem aqui na UTI para se conectar com Deus, porque se tivessem bem não estaria aqui (T6-38)
- acreditando que existe uma crença ou hábito de que o banho possa preparar o nosso corpo por o que está por vir-a-ser (E4-21)

**Subcategoria E2.1.2. Reproduzindo o banho de aspersão no banho de leito, como um meio de intensificar o toque terapêutico, utilizando-se da água**

- respondendo que o seu banho não é com paninho, mas como se fosse um banho de chuveiro (T3-13)
- achando que o banho com muita água simula o banho de aspersão (E7-8)
- tendo o banho que se assemelhar ao banho de chuveiro (E4-21)
- tendo a pessoa que sentir a água caindo em seu corpo (E4-21)

- jogando água no corpo do paciente, este pode sentir a mensagem não-verbal e interpretá-la que não está sozinho, que irá melhorar e que está vivo (T6-37)
- tendo facilidade de se comunicar com o paciente por meio do toque da pele (E4-25)
- tendo dificuldade de estimular a cura porque, a maioria dos pacientes está sedado ou em coma (E4-25)
- percebendo que a equipe procura criar meios de comunicação, mesmo em face da barreira (E4-25)
- estabelecendo um relacionamento bastante próximo com o paciente (E4-25)
- considerando o toque uma sinalização ao paciente que alguém está cuidando dele (E4-20)
- servindo o momento do banho como oportunidade de tocar o paciente, sinalizando-o que não está sozinho (E4-23)
- percebendo que a família tem medo de tocar o paciente na hora da visita, por causa dos aparelhos (E4-20)
- dando o banho a sensação de estar sendo cuidado por alguém que se preocupa (E1-2)
- achando que o ser humano precisa se sentir cuidado (E1-2)

**Subcategoria E2.1.3. Banho matutino gerando mais benefícios a recuperação do paciente, quando comparado ao realizado no período noturno**

**Elemento E1.2.6.1. Sendo o banho matutino um hábito intergeracional familiar adquirido, com a finalidade de conferir renovação por meio da água, para enfrentar o dia.**

- mantendo o hábito de tomar banho de manhã, por influência familiar por toda a sua vida (T8-42)
- mãe dizendo a ela e irmãos que deveriam tomar banho de manhã porque desperta e dá disposição para ir à escola (T8-42)
- achando que o banho matutino anima a gente (T6-36)
- achando que o banho matutino me deixa mais disposta para trabalhar (T6-36)
- enfermeira tomando banho de manhã para se sentir disposta para o trabalho (E7-6)
- manifestando o desejo de receber o banho no leito de manhã, caso estivesse internada na UTI (E7-7)
- achando que o banho que dá mais prazer à pessoa é o da manhã, visto a sua experiência antes de trabalhar (T2-29)
- achando que a água do banho anima a pessoa (E1-2)

**Elemento E1.2.6.2. Percebendo que o banho matutino abrevia a recuperação do paciente**

- achando que o banho matutino anima o paciente, acelerando a recuperação do mesmo (T6-36)
- considerando importante que o banho aconteça de manhã (T6-36)
- paciente, também, achando o banho da manhã o melhor apesar de ser dividido com o noturno (T2-29)
- percebendo que o paciente se sente mais confortável após o banho, mesmo estando inconsciente (T5-32)
- achando que o banho matutino melhora a aparência do paciente (E7-6)

**Elemento E1.2.6.3. Discordando da realização do banho noturno, porque desrespeita o horário habitual do paciente dormir**

- discordando do banho realizado no plantão noturno, porque é horário do paciente dormir e descansar (T6-36)
- discordando com a rotina do banho noturno, porque à noite a UTI se torna calma e os pacientes que não estão em coma dormem (E7-7)
- achando que o banho somente durante o dia, esteja atrelado ao seu hábito de dormir à noite (E7-8)

**Elemento E1.2.6.4. Transparecendo descuido da enfermagem para a família na hora da visita, mediante odores corporais eliminados pelo paciente**

- discordando do banho realizado no plantão noturno, porque à tarde, antes do horário da visita, já apresenta odores (T6-36)
- família achando que o paciente não está sendo bem cuidado, porque está exalando odores corporais (T6-36)
- sendo a higiene oral realizada somente na hora do banho, então se não fizer o banho, o paciente fica exalando um bafo pela boca e o corpo fedendo (T6-36)
- enfermeira discordando da rotina do banho noturno (E7-7)
- desconsiderando os banhos realizados à noite, porque os pacientes não transpiram à noite (E7-7)
- não podendo dar outro banho nos pacientes que já o tiveram à noite, mesmo se pedirem (E7-7)
- podendo durante o dia somente arrumar os pacientes que já tomaram banho à noite (E7-7)

**Elemento E1.2.6.5. Banho matutino ajuda a promover o relaxamento do paciente durante o dia**

- achando que o banho ajuda a promover o relaxamento do paciente, levando-o a dormir um pouco durante o dia, mediante muito barulho na unidade (T6-36)
- considerando o dia inapropriado para se dormir na UTI, é muito barulhento (T6-36)

**Elemento E1.2.6.6. Achando que os banhos deveriam ser distribuídos somente entre os períodos matutino e vespertino, ao invés do matutino e noturno.**

- achando que o banho deveria ser distribuído entre turnos matutino e vespertino para não sobrecarregar a equipe (E7-7)
- tendo discutido com a equipe a possibilidade de adotar a rotina do banho somente no período vespertino (E7-7)
- equipe discordando com a enfermeira de se adotar a rotina do banho no leito somente no período diurno (E7-8)

**Quadro 33. Categoria E2.2. Sendo o banho no leito molhado um procedimento que atende as necessidades do corpo do paciente em estado crítico: códigos****Subcategoria E2.2.1. Tendo o banho molhado uma finalidade estética efetiva****Elemento E2.2.1.1. Tendo o banho uma finalidade de limpeza**

- atribuindo o significado do banho a limpeza (E4-20)
- achando que o paciente tem que se sentir que sua pele está limpa (E4-22)
- significando o banho, limpeza, tirar sujidade da pele do doente, dando melhores condições de melhorar e sair da unidade (T6-35)

**Elemento E2.2.1.2. Considerando que o paciente acamado tende a produzir odores corporais e mais intensidade**

- considerando que qualquer pessoa produz odores ruins quando acamado (E4-20)
- acreditando que quem fica deitado muito tempo, como os pacientes da UTI, o corpo responde produzindo odores (T6-36)

**Elemento E2.2.1.3. Sentindo satisfação em poder promover um cuidado estético que beneficia o paciente, a equipe e a família**

- sentindo prazer em deixar o paciente cheiroso e bonito para a equipe e a família (E1-1)
- sentindo prazer em arrumar o cabelo do paciente durante o banho (E1-1)
- melhorando a aparência do paciente, porque se faz higiene oral, aspira secreções e muda-se a posição do mesmo (E7-7)
- enfermagem ajudando a tirar os odores corporais por meio do banho, bem como fazendo massagens, considerados procedimentos terapêuticos (T6-36)

**Subcategoria E2.2.2. Estimulando a circulação da pele, para prevenir complicações**

- considerando a massagem uma ação da enfermagem voltada a reoxigenar (E4-20)
- considerando o banho oferecido pela equipe muito bom, porque faz a pele do paciente respirar, condição que aumenta a chance de melhora do paciente (T6-37)
- considerando bom o fato de poder colocar água para oxigenar a pele do paciente, respeitando o corpo (T6-38)

**Subcategoria E2.2.3. Promovendo o relaxamento do corpo**

- Banho significando ato de relaxamento (E4-21)
- percebendo que os pacientes sentem-se tão relaxados que até dormem após o banho (E4-22)
- banho significando um momento de relaxamento (T6-35)

**Quadro 34. Categoria E2.3. Técnicos de enfermagem e parte dos enfermeiros defendendo a manutenção do banho no leito molhado, como procedimento terapêutico promovido pela enfermagem na UTI: códigos****Subcategoria E2.3.1. Percebendo que o banho no leito molhado só acontece na UTI**

- percebendo que o banho molhado só acontece na UTI, enquanto o seco na enfermaria (T3-16)
- vendo absurdos durante o banho, como não se trocar o jontex (T3-16)

- sendo o técnico denominado de chato se orienta o colega para determinado cuidado (T3-16)

**Subcategoria E2.3.2. Banho no leito acelerando o processo de recuperação do paciente, mediante evidências observadas**

- achando que o banho ajuda na recuperação (T3-15)
- percebendo que até a dor do paciente melhora após o banho (T2-28)

- pacientes relatam que se sentem bem após o banho (T2-28)
- pacientes chegam a reclamar de receberem apenas um banho ao dia (T2-28)
- Modificando a técnica do banho no leito para colaborar na recuperação do paciente (T2-29)
- dando o banho diariamente, porque é um cuidado primário para recuperar a saúde do paciente (T6-35)
- banho significando recuperação (T6-35)
- tendo que fazer o banho, para abreviar a permanência do paciente na UTI (T6-35)
- considerando o banho como parte do tratamento (T8-41)
- significando o banho recuperação da saúde (T8-41)
- achando que o banho ajuda na recuperação (T3-15)
- Modificando a técnica do banho no leito para colaborar na recuperação do paciente (T2-29)
- dando o banho diariamente, porque é um cuidado primário para recuperar a saúde do paciente (T6-35)
- banho significando recuperação (T6-35)
- tendo que fazer o banho, para abreviar a permanência do paciente na UTI (T6-35)
- Técnica considerando que o banho faz bem a saúde (T6-35)
- percebendo que até a dor do paciente melhora após o banho (T2-28)
- pacientes relatam que se sentem bem após o banho (T2-28)
- pacientes chegam a reclamar de receberem apenas um banho ao dia (T2-28)
- considerando o banho como parte do tratamento (T8-41)
- significando o banho recuperação da saúde (T8-41)
- observando que a aparência do paciente melhora depois do banho (E4-21)
- observando que os parâmetros do paciente melhoram após um banho, embora alguns médicos discordem em defesa de um banho seco, para abreviar o procedimento (E4-21)
- achando que até os sinais vitais do paciente melhoram (E7-7)
- representando um estado pior aquele paciente que não tomou banho (E1-2)
- percebendo que o paciente consegue dormir e até roncar, tamanho foi o relaxamento promovido, principalmente, pela água morna do banho (T5-32)

**Subcategoria E2.3.3. Equipe médica e parte dos enfermeiros coagindo os técnicos de enfermagem a restringir o tempo de execução do banho no leito**

**Elemento B2.3.3.1. Médicos atribuindo a culpa pelas intercorrências à realização de banhos no leito demorados.**

- percebendo que os médicos implicam muito com os banhos demorados (T3-17)
- médicos culpando os banhos demorados, realizados pela enfermagem, em caso de extubações e paradas ocorridas durante o procedimento (T3-17).
- alguns médicos relacionando a piora do quadro de pacientes à mobilização excessiva durante o banho (E7-7)

**Elemento B2.3.3.2. Percebendo que alguns enfermeiros incomodam-se, também, com o tempo de realização do banho, para poder realizar seus procedimentos assistenciais.**

- enfermeiras e médicos não se importando com o banho no leito (T3-16)
- enfermeiras e médicos só querem saber se vamos realizar o banho rápido para poder trabalhar com o paciente (T3-16)

**Elemento B2.3.3.3. Equipe de enfermagem discordando de iatrogenias e defendendo a continuidade da realização do banho molhado, mediante a efetividade do mesmo.**

- defendendo que o banho tem que ter água (E4-22)
- defendendo que o banho tem que tirar odores (E4-22)
- defendendo que o banho tem que relaxar (E4-22)
- enfermeira discordando que o banho possa piorar o quadro do paciente (E7-7)
- enfermeira justificando a equipe que nunca viu ninguém morrer porque tomou banho (E7-7)
- considerando a mobilização do paciente limitada para desencadear piora no quadro (E7-7)