

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENGENHARIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ERGONOMIA**

MARCELA SOUSA NASCIMENTO

**TRABALHO EM EQUIPE: A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NA
CONSTRUÇÃO DO COLETIVO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**

BELO HORIZONTE

2013

MARCELA SOUSA NASCIMENTO

**TRABALHO EM EQUIPE: A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NA
CONSTRUÇÃO DO COLETIVO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Ergonomia do Departamento de Engenharia de Produção da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), como requisito parcial à obtenção do Certificado de Especialista em Ergonomia.

Orientadora: Raquel Guimarães Soares

BELO HORIZONTE

2013

MARCELA SOUSA NASCIMENTO

**TRABALHO EM EQUIPE: A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NA
CONSTRUÇÃO DO COLETIVO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Ergonomia do Departamento de Engenharia de Produção da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), como requisito parcial à obtenção do Certificado de Especialista em Ergonomia.

Aprovada em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Raquel Guimarães Soares – Orientadora – UFMG

Prof. Dr. Adson Eduardo Resende – UFMG

Prof. Dr. Airton Marinho da Silva - UFMG

Belo Horizonte

2013

DEDICATÓRIA

À memória do meu amado pai
Manoel Mendes do Nascimento

(Pompéia)

AGRADECIMENTOS

À minha família pelo apoio de sempre em todas as minhas decisões. Minha mãe, a “fã número um”. Zé Carlos meu grande companheiro e incentivador. Meu filho Caio que mesmo tão pequeno compreendeu as ausências nas manhãs de sábado e nos dias de trabalho intenso.

À minha amiga e eterna mestre Ana Cândida Ferreira Lima Bracarense quem iniciou meu gosto e interesse pela ergonomia.

À equipe de professores do CEERGO que abriram meus horizontes através do olhar da ergonomia. Sou hoje uma médica do trabalho incomparavelmente mais completa graças a cada aula do curso.

À professora Raquel Guimarães Soares, por ter feito literalmente jus ao nome de Orientadora. Quando algo parecia distante e obscuro as palavras, as observações, os questionamentos clareavam tudo e despertavam a vontade de fazer mais e melhor. Foi um privilégio sua orientação e convivência.

À minha companheira de trabalho Juliana Lloyd Garzon Gomes. Parceria que deu certo desde o primeiro momento, obrigada pelo envolvimento, pela perseverança, pelo amor ao trabalho.

Ao Hospital estudado, em especial na figura da companheira de trabalho e amiga Junia Marçal Rodrigues, por sempre acreditar no meu trabalho, por permitir as minhas tentativas de melhorar a qualidade de vida no trabalho dos nossos trabalhadores.

Por fim aos trabalhadores do Hospital estudado, em especial aos Técnicos de Enfermagem do 6º A grande razão do empenho e esforço para este trabalho.

RESUMO

Dentre os ramos de prestação de serviços a organização hospitalar apresenta lugar crítico certamente pela complexidade envolvida, principalmente pela característica da atividade em lidar com a atenção direta a seres humanos, em momento de fragilidade, com agravos físicos e psicológicos. No contexto hospitalar a maior força de trabalho é representada pela enfermagem. As atividades da enfermagem são na sua maioria pautadas por cumprimento de rotinas, normas, regulamentos, divisão fragmentada de tarefas, hierarquia rígida e recursos humanos muitas vezes insuficientes quantitativamente e qualitativamente, o que pode repercutir em elevado absenteísmo desta classe.

A análise da atividade dos técnicos de enfermagem tão complexa e rica evidencia a importância da comunicação. A Comunicação se faz presente em diversas esferas: entre os pares, entre chefias e subordinados, entre equipe de enfermagem e pacientes/acompanhantes, entre equipe de enfermagem do plantão diurno e equipe de enfermagem do plantão noturno.

O trabalho realizado através de Análise Ergonômica do Trabalho (AET) identificou as principais problemáticas dos técnicos de enfermagem de uma Ala de Clínica Médica (6º A) de um Hospital de grande porte de Belo Horizonte, MG. Chegou-se à conclusão de que o absenteísmo dos técnicos de enfermagem do 6º A pode ser gerado pelo cansaço/fadiga, devido ao grande esforço físico decorrente da atividade, somado ao aumento do volume de tarefas e a redução da possibilidade de cooperação mútua quando as escalas estão incompletas. A partir daí sugeriu-se recomendações para melhoria das condições de trabalho (organizacionais, equipamentos de trabalho e mobiliário).

Palavras chave: Análise Ergonômica do Trabalho, Técnicos de Enfermagem, Absenteísmo, Comunicação.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Esquematização das prováveis causas do absenteísmo no caso estudado -----	24
Figura 02: Banho sozinho. Mobilização do paciente. Com uma mão apóia o paciente e com a outra retira curativo. As grades não foram retiradas. -----	39
Figura 03: Início do banho em dupla. Mobilização do paciente para retirada dos curativos. Um dos técnicos apóia o paciente enquanto o outro retirará os curativos. As grades foram retiradas. -----	39
Figura 04: Posicionamento para higienização dorsal do paciente no banho realizado sozinho. Apoio da perna do paciente na grade para manter a posição. -----	41
Figura 05: Higienização dorsal do paciente no banho em duplas. Enquanto um TE apóia o paciente o outro realiza a higienização. -----	41
Figura 06: Retirada da roupa de cama suja no banho realizado sozinho.-----	43
Figura 07: Retirada da roupa de cama suja no banho realizado em dupla. -----	43
Figura 08: Amarração do lençol (lençol sem elástico). -----	46
Figura 09: Girando a manivela para posicionar cabeceira da cama. -----	47
Figura 10. Reposicionando grade (guarda corpo). -----	47
Figura 11. Posicionando paciente no leito sem retirar a grade, que está emperrada. -----	48
Figura 12: Escala de almoço dos técnicos de enfermagem do 6º A-----	50
Figura 13:Esquematização das causas do absenteísmo dos técnicos de enfermagem do 6ºA-	53
Figura 14: Modelos de carrinho para banho -----	60
Figura 15: Modelos de cadeira para banho -----	61
Figura 16: Modelo de lixeira -----	62
Figura 17: Modelo do suporte para esparadrapo e micropore. -----	63
Figura 18: Modelo de armário suspenso -----	64

Figura 19: Modelo de cama eletrônica ----- 65

Figura 20: Modelo de cama com grade ajustável ----- 66

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Média de atestados por trabalhador nos setores de maior número de licenças médicas- 21

Gráfico 2: Média de Absenteísmo nos subsetores de Clínica Médica ----- 22

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Média de atestados médicos por funcionário em relação ao cargo ----- 20

Tabela 2: Escala de tarefas de organização do 6 °A ----- 29

SUMÁRIO

1- Revisão Bibliográfica-----	13
2- A demanda para a Análise Ergonômica do Trabalho -----	16
3- Análise da demanda -----	17
4- Hipótese-----	23
5- Metodologia-----	24
6- O hospital estudado-----	25
7- Organização do trabalho-----	26
8- As tarefas dos técnicos de enfermagem-----	28
09- A atividade do técnico de enfermagem-----	31
10- Mudanças realizadas na organização do trabalho durante a pesquisa de campo -----	48
11- Diagnóstico -----	52
12 -Recomendações-----	54
13- Considerações finais -----	66
14- Referências bibliográficas -----	68

INTRODUÇÃO

O estudo foi desenvolvido em um hospital público geral de grande porte da região norte de Belo Horizonte, especificamente em uma Clínica Médica, ou seja, em um setor hospitalar destinado à internação de pacientes adultos, que apresentam doenças sem necessidade cirúrgica e destinadas ao cuidado das seguintes especialidades médicas: Cardiologia, Reumatologia, Oncologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hematologia, Nefrologia e Pneumologia.

Nesse hospital, a Clínica Médica apresenta 96 leitos de internação, divididos em quatro alas, também denominadas subsetores, que abrangem dois andares do hospital (quinto e sexto). São elas: 5° A, 5°B, 6°A, 5°B.

Em hospitais, os profissionais de enfermagem apresentam a maior taxa de absenteísmo, em especial os técnicos de enfermagem, que representam a maior força de trabalho nas instituições hospitalares e cuja atividade é caracterizada por grande número de tarefas, estrutura hierárquica rígida, dimensionamento de pessoal nem sempre adequado, baixos salários, além de serem profissionais muitas vezes submetidos a duplas jornadas de trabalho.

Os técnicos de enfermagem de uma dessas alas (6°A) apresentavam um número crescente de faltas ao trabalho, o que estava comprometendo as atividades do setor e o atendimento aos pacientes.

Assim, a partir da constatação de que o absenteísmo dos técnicos de enfermagem nessa ala é elevado, indagou-se: Quais seriam os determinantes destas significativas faltas ao trabalho? Seria o absenteísmo geral realmente elevado, estatisticamente? Haveria repercussões do absenteísmo na organização do trabalho?

Como profissionais de saúde, da área de saúde e segurança do trabalho, sempre buscando melhor qualidade de vida no trabalho e melhorias dos processos de gestão da saúde do trabalhador, buscamos responder essas perguntas através da análise ergonômica da atividade dos técnicos de enfermagem.

1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Como será visto no decorrer do trabalho, a comunicação se faz presente em diversas esferas: entre os pares, entre chefias e subordinados, entre equipe de enfermagem e pacientes/acompanhantes, entre equipe de enfermagem do plantão diurno e equipe de enfermagem do plantão noturno.

A importância da comunicação aparece tanto de maneira implícita quanto explícita pelos atores da análise. Eles relatam que a comunicação pode influenciar na redução do cansaço/fadiga e conseqüentemente na redução do absenteísmo, objeto da demanda deste trabalho, já que a comunicação pode melhorar processos de trabalho, evitar constrangimentos, dentre outras questões.

Segundo ROYAS (2001) em estudo em um Hospital Argentino, na opinião dos trabalhadores de enfermagem constituíam-se problemas no ambiente de trabalho principalmente a falta de organização do trabalho e a dificuldade de comunicação e relacionamento inter e intra equipes de enfermagem e médica.

A linguagem (LUCCI (2006)), constitui o sistema de mediação simbólica que funciona como instrumento de comunicação, planejamento e auto-regulação. É justamente pela sua função comunicativa que o indivíduo se apropria do mundo externo, pois é pela comunicação estabelecida na interação que ocorrem “negociações”, reinterpretações das informações, dos conceitos e significados. De acordo com Vygotsky, a linguagem materializa e constitui as significações construídas no processo social e histórico. Quando os indivíduos a interiorizam, passam a ter acesso a estas significações que, por sua vez, servirão de base para que possam significar suas experiências, e serão estas significações resultantes que constituirão suas consciências, mediando, desse modo, suas formas de sentir, pensar e agir. Surge então o conceito de mediação, teoria desenvolvida pelo autor, que acredita que em toda relação do indivíduo com o mundo é feita por meio do uso de instrumentos técnicos, especialmente a linguagem, tida como instrumento do pensamento, que traz consigo conceitos consolidados da cultura à qual pertence o sujeito (Vygostsk, 1991). Esses instrumentos são meios externos utilizados pelos sujeitos para intervir na natureza provocando suas mudanças e, ao mesmo tempo, mudanças nos indivíduos. Para ele, o homem é um ser histórico-social ou, mais abrangentemente, um ser histórico-cultural. O homem é moldado pela cultura que ele próprio

cria. Por meio da relação com o outro e da linguagem é que o homem se determina, é determinado e é determinante de outros indivíduos. O pensamento do trabalhador se desenvolve nas questões colocadas, nas polêmicas, nas confrontações. Sendo assim, a controvérsia é a origem do pensamento. Vygotsky afirma que o pensamento se constitui duas vezes: quando é discutido no coletivo e quando ressurge na atividade individual (Vygotsky, 1991; Clot, 2006).

A comunicação é mediada por atos de fala entre dois ou mais sujeitos. De acordo com Habermas, os participantes da comunicação baseiam seus esforços de entendimento mútuo num sistema de referências composto de três mundos:

- **O mundo objetivo:** onde acontece a representação ou pressuposição de estados e acontecimentos é o celeiro ou armazém de saber e conhecimento, do qual os participantes da comunicação extraem suas interpretações.

- **O mundo social:** onde ocorre a produção ou renovação de relações interpessoais, nele incluem-se as ordens legítimas e a regulamentação da participação dos atores sociais em grupo sociais distintos;

- **O mundo subjetivo:** local da manifestação de vivências e da auto-representação onde são configuradas as competências de participação no processo comunicativo e a afirmação da identidade dos atores sociais.

A interação entre esses três mundos leva os participantes da situação de comunicação ao entendimento.

O modelo ideal da ação comunicativa, proposto por Habermas, propõe que as pessoas ao interagirem, por meio da linguagem, organizam-se socialmente, buscando o consenso de forma livre de toda coação externa e interna. Apresenta o discurso como situação lingüística ideal, conceituado como uma das formas de comunicação, ou da fala, cujo objetivo é fundamentar as pretensões de validade das opiniões e normas em que se baseia implicitamente a outra forma de comunicação, que chama de “agir comunicativo ou interação”. A teoria da ação comunicativa compreende que interação é a base de solução para o problema da coordenação que surge quando diferentes atores envolvidos no processo comunicativo estabelecem alternativas para um plano de ação conjunta. O agir comunicativo deve ser entendido como um mecanismo de coordenação da ação em que a orientação preferencial é o entendimento

A teoria do agir comunicativo define o agir como um "processo circular no qual o ator é as duas coisas ao mesmo tempo: ele é o iniciador, que domina as situações por meio de

ações imputáveis”, bem como é o produto “das tradições nas quais se encontra, dos grupos solidários aos quais pertence e dos processos de socialização nos quais se cria” (Habermas, 1989, p. 166).

Na atividade dos técnicos de enfermagem podemos observar tais características. A exemplo do banho realizado em duplas, situação em que a comunicação e a cooperação resultam em objetivos comuns alcançados, com ganho para todos os atores do processo.

Boutet propõe a noção de “dimensão de linguagem do trabalho” (BOUTET, 2001). Essa “dimensão de linguagem do trabalho” se realiza segundo três modalidades semióticas, variáveis em função dos ofícios e das situações de trabalho concernentes a: uma semiótica oral nas atividades de comunicação entre os trabalhadores ou entre os trabalhadores e o público; uma semiótica da escrita nas atividades de escrita e de leitura das mensagens organizadas em sinais lingüísticos e obedecendo a uma sintaxe da língua, direcionadas aos colegas e/ou aos clientes; uma semiótica da escrita não sintática, no caso de atividades de escrita e de leitura dos objetos simbólicos não organizados pela sintaxe da língua, como tabelas, gráficos, esquemas, números e até representações figurativas do real como maquetes. Mas o que caracteriza de forma importante a “dimensão de linguagem do trabalho” é que as atividades de linguagem profissionais ocasionam, na maioria das vezes, essas três semióticas de modo simultâneo e não de forma descontínua em termos temporais: fala-se escrevendo e lendo ao mesmo tempo.

Habermas coloca como fundamento da comunicação as relações sociais historicamente dinâmicas, antagônicas e contraditórias entre classes, grupos e culturas, nas quais a linguagem possibilita, mas também dificulta a comunicação. E é com essa mesma infinita versatilidade que a comunicação permeia todas as relações estabelecidas durante o encontro dos seres humanos.

LAROCCA (2003) em revisão do assunto cita diversos autores como referenciais teóricos. Para Bordenave a comunicação é um processo natural, uma arte, uma tecnologia, uma situação e uma ciência social. Pode ser um instrumento de legitimação de estruturas sociais e de governos, como também a força que os contesta e transforma. Ela pode ser veículo de auto-expressão de relacionamento entre as pessoas, mas também pode ser útil recurso de opressão psicológica e moral. A comunicação excita, ensina, vende, distrai, entusiasma, dá *status*, constrói mitos, destrói reputações, orienta, desorienta, faz rir, faz chorar, inspira, narcotiza, reduz a solidão e – num paradoxo digno de sua infinita versatilidade – produz até incomunicação. Enfatizando que a comunicação significa co-participação dos

sujeitos no ato de pensar e que o conhecimento se constrói por meio das relações entre atores sociais e o mundo, Paulo Freire define comunicação como a situação social em que as pessoas criam conhecimento juntas, ao invés de transmiti-lo. A comunicação é uma interação entre sujeitos iguais e criativos, devendo estar fundada no diálogo. Esse diálogo-comunicação não significa invadir, manipular ou criar *slogans*, mas sim, trabalhar permanentemente para a transformação da realidade.

Segundo Josiane Boutet (2006) o universo profissional cada vez mais requisita o domínio das habilidades de comunicação, que constituem um capital comunicativo. Ainda segundo a autora o período contemporâneo mostra a transformação profunda e geral do conteúdo propriamente dito do trabalho e, conseqüentemente, do nível de exigências concernente às competências relativas à linguagem, tanto escrita quanto oral.

As características das atividades da enfermagem não permitem que as ações sejam pautadas somente no agir estratégico, com execução de planos de ação previamente determinados. As atividades da enfermagem exigem também um processo de interação entre o profissional de enfermagem e o paciente, o colega de trabalho, as chefias. Segundo MACHADO (2005) para que ocorra eficazmente a interação, é necessário o desenvolvimento da habilidade refinada de comunicação, para o exercício da escuta e da ação dialógica. A fala dialogada está além de um ato técnico e automatizado. Para isso, convêm ao profissional de enfermagem adquirir capacidade de compreender e entender o ser humano diante de suas complexidades, dimensões amplificadas, sabendo ouvir e, ao intervir, fazê-lo com ações compreensivas e humanizadas.

2 A DEMANDA PARA A ANÁLISE ERGONOMICA DO TRABALHO

A demanda surgiu quando a Coordenadora do setor de Clínica Médica, da instituição, estava realizando um estudo estatístico para apresentar à diretoria, com a intenção de aumentar o quadro de funcionários da ala A do sexto andar. Relatou que:

“O absenteísmo dos técnicos de enfermagem, em especial do 6º A, é um grande problema, as escalas nunca estão completas.” Acrescentou tratar-se de “setor com demanda de cuidados semi intensivos aos pacientes internados, na maioria das vezes, restritos ao leito, totalmente dependentes, o que exige maiores cuidados de enfermagem.”

3 ANÁLISE DA DEMANDA

A fim de analisar a demanda foram realizadas entrevistas, levantamentos estatísticos e análise de dados referentes às características do setor em estudo, ao absenteísmo dos técnicos de enfermagem e às queixas apresentadas pelos técnicos de enfermagem e gestores.

3.1 Entrevistas

Para entendermos melhor a demanda foram entrevistados os técnicos de enfermagem e alguns funcionários do hospital que poderiam fornecer informações importantes por serem conhecedores do processo de trabalho no sub setor estudado e estarem envolvidos direta ou indiretamente com os protagonistas da demanda: os técnicos de enfermagem.

3.1.1 Entrevistas com os técnicos de enfermagem: As frequentes queixas dos trabalhadores

Foram observadas, durante a realização dos exames periódicos de saúde dos técnicos de enfermagem (TE) da Clínica Médica, em especial ala A do Sexto andar, frequentes queixas de que o setor era muito “pesado”.

Além disso, ao entrevistar coletivamente alguns trabalhadores da ala estudada, constatou-se que eles consideravam o absenteísmo um grande problema:

“O maior problema aqui é falta de funcionário” (TE 1).

“Funcionário falta muito e o colega é que se vira ...” (TE2).

Durante observação global da atividade, uma das trabalhadoras observadas expressou estar receosa em não conseguir cumprir a tarefa prescrita para o plantão:

“Hoje tenho cinco né (referindo-se ao número de banhos em pacientes) porque faltou um colega, senão eram quatro, aí fica essa sobrecarga..... não vou dar conta, já são quase meio dia e só dei um banho, já vi que não vai dar para fazer o prazo de almoço todo” (TE3).

A falta de um técnico de enfermagem gera maior volume de tarefas, já que há redistribuição, entre os presentes, das funções atribuídas ao técnico que faltou, o que poderia

comprometer inclusive o intervalo de uma hora da jornada de trabalho destinado ao almoço e descanso, como mencionado.

Em busca de maiores informações sobre essas queixas dos trabalhadores do 6º A foi necessário entender o significado da palavra pesado.

“Pesado é quando a gente fica sozinho. É. Porque a gente assume mais pacientes, não é? Quando acontece dos pacientes estarem mais tranquilos é mais tranquilo, mas quando os pacientes são mais graves, pesados, debilitados, requer mais cuidados e às vezes não tem acompanhante, aí pesa, pesa assim ... no sentido físico. Às vezes tem alguma intercorrência e o plantão fica agitado e plantão agitado com menos funcionários, fica pesado”(TE1).

As análises permitiram evidenciar que pesado para os trabalhadores da enfermagem significa um grande esforço físico, acentuado pelo aumento do volume de tarefas quando da ausência de um ou mais trabalhadores do setor, como pode ser confirmado na verbalização acima.

Os pacientes do sexto A são, em sua maioria, acamados e considerados graves, por apresentarem patologias de tratamento complexo (envolvendo várias medicações e exames) e prolongado, com necessidade de longo período de internação, além de agravos motores, *“podendo apresentar piora súbita do quadro clínico”*, conforme mencionado pela supervisora de enfermagem do 6ºA.

Os trabalhadores verbalizam que a ala A do sexto andar apresenta, na sua maioria, pacientes dependentes de cuidados *“semi intensivos”*. De acordo com os profissionais de enfermagem isso significa que os pacientes estão acamados, em uso de fraldas, sondas urinárias e sondas para administração de dieta, em oxigenoterapia (uso de oxigênio), acesso venoso para administração de medicamentos e soro, bomba de infusão para administração da dieta e das medicações. Acrescenta-se a necessidade de banhos no leito, curativos, trocas de fralda, além de mobilizações e mudanças de decúbito frequentes pela enfermagem, ou seja, há demanda grande de procedimentos por parte da enfermagem e há uma exigência de esforço físico, conforme será evidenciado durante o trabalho.

Além disso, esse perfil de pacientes com demanda de cuidados *“semi intensivos”* faz com que haja maior suscetibilidade a *“imprevistos e intercorrências”* durante o plantão, vocábulos empregados pela enfermagem para descrever a situação em que ocorre uma parada cardiorrespiratória ou qualquer agravamento do estado de saúde do paciente, que exija procedimentos médicos e de enfermagem de urgência e que leva o TE a parar tudo que estava fazendo no momento para se dedicar ao atendimento do paciente que se tornou grave.

3.1.2 Entrevista com a Coordenadora Geral de Enfermagem

A coordenadora geral de enfermagem é responsável por todas as equipes de enfermagem do hospital, portanto consegue ter uma “visão do todo” e ao mesmo tempo busca trabalhar com as especificidades de cada setor, por isso suas observações foram julgadas importantes para analisar a demanda.

Ao ser questionada sobre qual seria o setor com maiores problemas da instituição, a coordenadora geral de enfermagem prontamente respondeu: *“dentre todos os setores, seria o 6º andar ala A, pela grande sobrecarga de trabalho e pelo absenteísmo entre os técnicos de enfermagem”*.

Para ela a sobrecarga de trabalho neste setor significa que:

“dentre os setores de internação, o sexto A é o setor onde ficam os pacientes mais graves, infectados e dependentes. São cuidados destinados a pacientes graves, traqueostomizados, com necessidade de banho no leito. É como se fosse um setor intermediário, um anexo do CTI, por isso eu falo que ele é setor de sobrecarga, exige muitos cuidados da enfermagem”.

3.1.3 Entrevista com a auxiliar administrativo do setor

Esta entrevista foi realizada porque a trabalhadora em questão possui formação técnica em enfermagem e fez parte da equipe de enfermagem da clínica médica no 6º andar por cerca de um ano e seis meses, tanto na Ala A quanto na Ala B, optando posteriormente por transferir-se para a área administrativa por motivos pessoais. Quando questionada sobre qual o maior problema do setor, ela respondeu: *“a falta ao trabalho dos técnicos de enfermagem”*. Relatou que as faltas por vezes são “programadas” e que os técnicos de enfermagem expressam: *“O fulano faltou hoje, então amanhã eu é quem vou faltar, e aí falta mesmo”*. Acrescentou sobre a carga de trabalho e o relacionamento entre as equipes: *“Algumas equipes tem problema de relacionamento e algumas pessoas são individualistas. Quando estão com a escala pesada a gente ajuda, mas quando a gente está com a pesada e eles com a leve eles não ajudam”*. Expressou ainda que acreditava que o elevado número de faltas poderia também estar relacionado à falta de incentivos e valorização na instituição.

3.2 Estatísticas da Medicina do Trabalho e análise dos dados

Na tentativa de comprovar estatisticamente a demanda levantada, os dados obtidos pelo setor de Medicina do Trabalho foram analisados, o que permitiu evidenciar o grande número de afastamentos (atestados médicos) apresentados pelos técnicos de enfermagem, implicando em índices de absenteísmo por doença elevados. Para demonstração, os dados dos afastamentos apresentados pela Medicina do Trabalho no mês de agosto de 2012 foram levantados. O cálculo foi realizado dividindo o número de atestados apresentados por um determinado cargo pelo número absoluto de trabalhadores daquele cargo, obtendo-se então a média de atestados por trabalhador, no mês em questão. (Tabela 1)

Tabela 1: Média de atestados médicos por funcionário em relação ao cargo – Agosto 2012

Cargo	Nº atestados apresentados	Nº funcionários no cargo	Média atestados/funcionário
técnico de enfermagem	53	551	0,10
auxiliar administrativo	12	175	0,07
Enfermeiro	9	170	0,05
fisioterapeuta	2	43	0,05
Médico	6	395	0,02

Posteriormente, os dados de absenteísmo dos principais setores da assistência direta a pacientes foram analisados. Os setores com maior número de absenteísmo foram CTI, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Pronto Socorro, com índices de absenteísmo muito semelhantes, porém com destaque maior para o setor de Clínica Médica. O cálculo foi realizado dividindo-se o número de atestados apresentados naquele setor pelo número absoluto de trabalhadores daquele setor, obtendo-se então a média de atestados por trabalhador, no período de Janeiro a Agosto 2012.

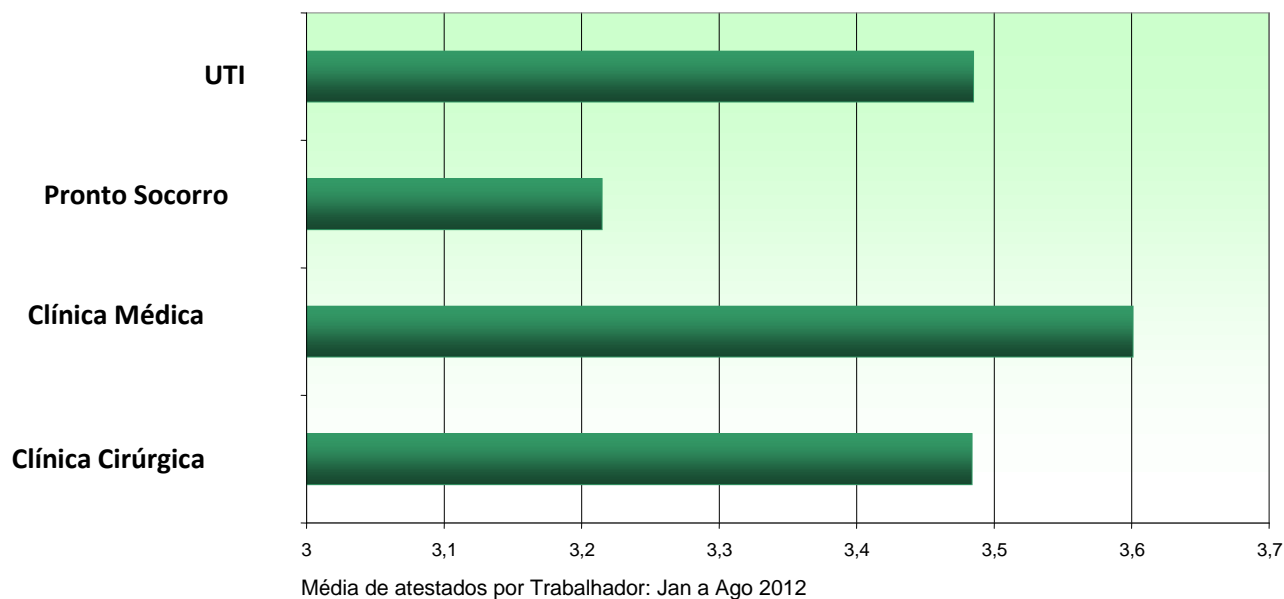


Gráfico 01: Média de atestados por trabalhador nos setores de maior número de licenças médicas.
Fonte: Medicina do Trabalho

Como a Clínica Médica realmente demonstrou ser o setor com maior absenteísmo do hospital, optou-se por comparar os subsetores (alas) de Clínica Médica: 6ºB e 6ºA, sendo o último objeto da demanda inicial. Tal levantamento foi realizado a fim de evidenciar se realmente o absenteísmo no 6º A era o mais elevado.

Inicialmente, a coordenadora de enfermagem forneceu a relação nominal completa dos técnicos de enfermagem do 6º A, para realização de levantamento individual do absenteísmo, considerando as faltas injustificadas, os atestados médicos (afastamento por doença) e as faltas justificadas por motivos legais: licença maternidade/paternidade/licença casamento, comparecimento à Justiça.

Os atestados médicos de todos os funcionários foram analisados, a partir do acesso aos prontuários da Medicina do Trabalho e os dados relativos às demais faltas foram obtidos a partir da análise do registro de frequência dos trabalhadores do 6ºA, que foram fornecidos pelo setor de Administração de Pessoal.

Esses dados foram reunidos em planilhas para análise (Anexo I).

A partir do levantamento estatístico realizado, concluiu-se que o 6º B apresentava um absenteísmo geral (faltas justificadas e injustificadas somadas às licenças médicas) maior que o do 6º A. Assim, os dados do Anexo I foram reunidos em um gráfico para comparação dos dados.

Para construção do gráfico, inicialmente, foi calculado o percentual de absenteísmo de cada funcionário, considerando que cada trabalhador deveria trabalhar 183 plantões em um ano (dado

fornecido pelo Departamento Pessoal da instituição estudada). Para realização desse cálculo considerou-se o número total de faltas de cada funcionário no período de um ano; assim foi possível o cálculo do percentual de faltas de cada trabalhador no período determinado.

Por fim, considerou-se um total de 4026 plantões anuais a serem trabalhados pelos 22 técnicos de enfermagem de cada ala. Para cálculo do percentual geral de absenteísmo de cada ala (A e B) foi realizada a soma das médias de absenteísmo de todos os funcionários de cada ala e o valor encontrado foi dividido pelo número total de plantões (Figura 2).

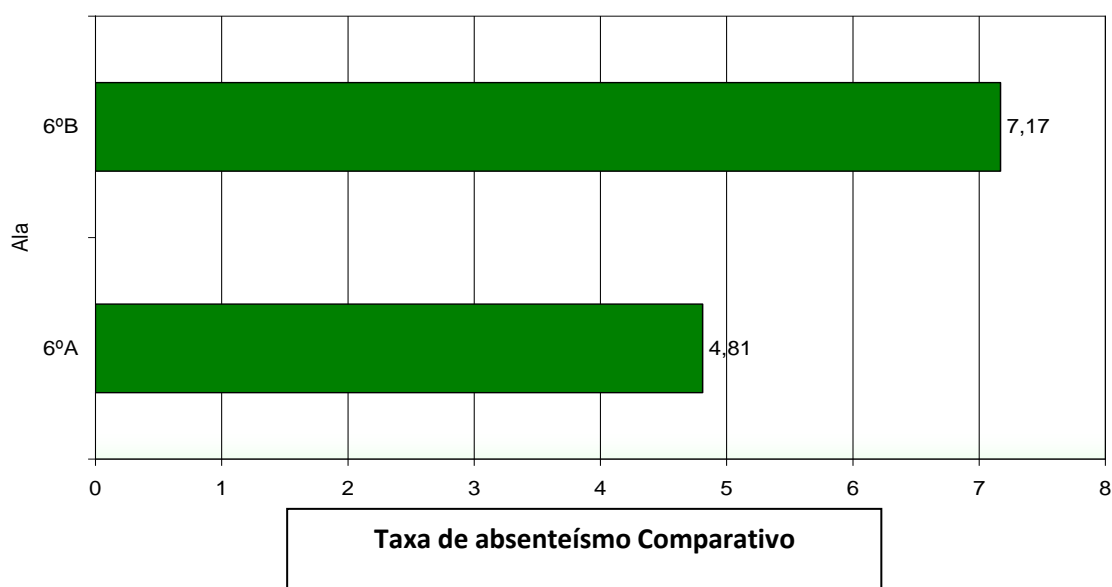


Gráfico 02: Média de Absenteísmo nos subsetores de Clínica Médica.
Fonte: as autoras

Com isso, questionou-se: Por que a coordenação relata ser o absenteísmo no 6º A o grande problema da Clínica Médica, sendo que esse dado não se comprova estatisticamente?

A partir dessa contradição, realizou-se uma busca por maiores esclarecimentos. Ressalta-se que nesse momento do estudo houve mudança na coordenação de enfermagem da clínica médica. A coordenação foi assumida por um enfermeiro que já trabalhava no setor há 8 anos.

Os dados levantados foram apresentados ao novo coordenador, que assim expressou ao analisa-los:

“O 6º A tem mais pacientes graves e acamados. Com isso, a gente sentia mais quando faltava lá. Sente no sentido de ter que remanejar funcionário, trabalhar com desfalque. Por ter mais pacientes mais graves, quando comparado a outros setores da clínica médica, trabalhar desfalcado gera muitos transtornos, funcionários reclamavam muito e depois faltavam. Quando alguém de outro setor era remanejado pro 6º A, ia para lá e depois faltava no próximo plantão para mostrar insatisfação em ter sido remanejado para lá”.

Os dados que comparavam as estatísticas de afastamento da Clínica Médica também foram apresentados a três trabalhadores do 6ºA, que ao analisá-los informaram ser o 6º A “*mais pesado que o 6º B*” e acrescentaram:

“aqui quando falta a gente sente mais, por que não dá para trabalhar com o 6ºA desfalcado... lá é diferente, até dá, o paciente é diferente, não exige tantos cuidados, como aqui.”

As estatísticas não comprovaram que o 6º A era o setor com maior absenteísmo, mas sim o 6º B, porém é importante considerar que se trata de um absenteísmo sentido como mais penoso, conforme expressado pelos trabalhadores (vide verbalização do parágrafo anterior).

Com isso, pretende-se entender por que ele é tão “evidente” e “sentido” pelos trabalhadores desse setor e pela gestão. Estaria esse absenteísmo relacionado ao fato do sub setor ser mais pesado e apresentar maior número de pacientes acamados e que demandam mais cuidados de enfermagem? Estaria também relacionado a problemas de relacionamento e cooperação entre os trabalhadores?

Assim, o estudo tem como objetivo compreender as razões para o absenteísmo dos técnicos de enfermagem no 6º A, mesmo que no subsetor 6º B o índice seja maior.

4 HIPÓTESE

As observações e análises iniciais indicam que o esforço físico, as escalas incompletas, a impossibilidade de cooperação durante a atividade estão associados ao absenteísmo desses trabalhadores.

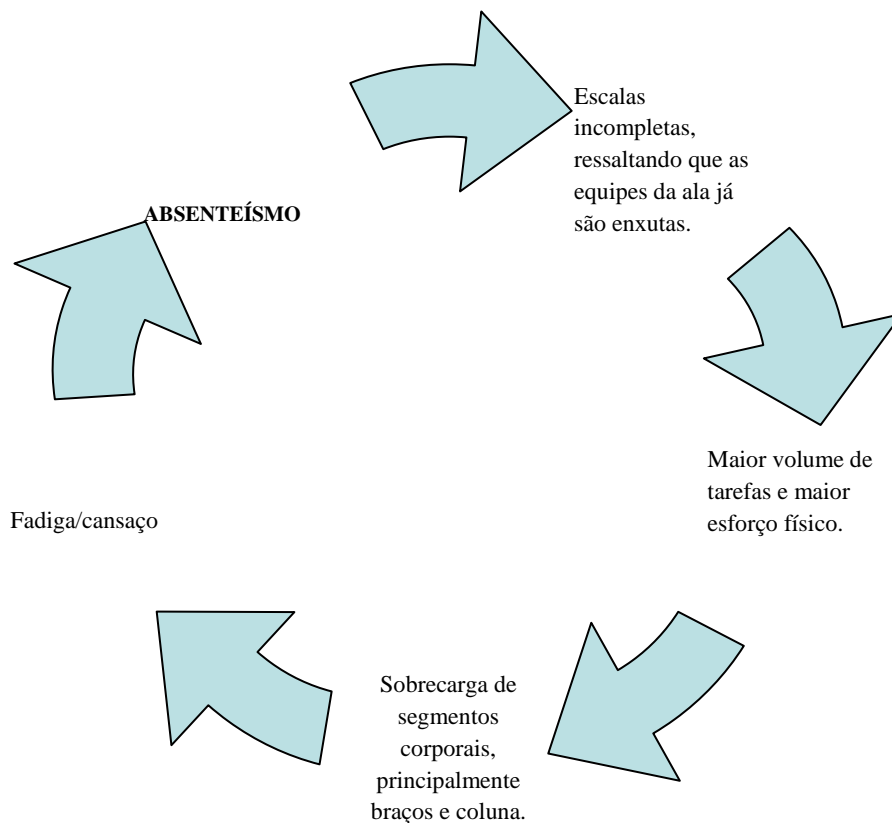


Figura 01 – Esquematização das prováveis causas do absenteísmo no caso estudado

5 METODOLOGIA

Com base nos conceitos referentes à ergonomia, o estudo foi realizado no 6º andar, ala A. Os gestos, os comportamentos dos trabalhadores e as verbalizações, assim como as estratégias, regulações e tomadas de decisões envolvidas na atividade foram observadas e analisadas.

A metodologia empregada foi a análise ergonômica do trabalho (AET), com o emprego das seguintes técnicas:

a) Observação da atividade dos trabalhadores:

A observação da atividade ocorreu nos dois plantões diurnos, que trabalham em escala 12h/36h, somando no final: 42 horas de observação.

Optou-se após observação global da atividade, pela observação de duas trabalhadoras em plantões diurnos diferentes. Essas primeiras observações, em campo, ocorreram na parte da manhã, período em que se observa maior volume de procedimentos, o que foi validado pelas trabalhadoras, fato que pode ser explicado, em parte, por ser o momento da realização do banho e outros cuidados desenvolvidos, tais como: trocar fralda, medicar, posicionar

paciente no leito, levar paciente para exames, além de equipar o setor de todo material necessário.

Posteriormente, as observações foram mais direcionadas para esclarecerem questionamentos levantados. Para tanto, observou-se o banho realizado em duplas: observação da atividade com foco na cooperação.

b) Filmagens e gravações:

Foram realizadas diversas filmagens durante a realização da atividade pelos trabalhadores, em plantões e em momentos diferentes, em especial do banho sozinho, e o banho em duplas para estabelecer uma comparação.

Além disso, realizou-se de gravação das verbalizações espontâneas dos trabalhadores que surgiam concomitantes a realização da atividade, gravações durante entrevistas e também durante autoconfrontação.

c) Entrevistas não estruturadas:

Foram realizadas entrevistas com os trabalhadores e com os gestores. As entrevistas ocorreram ora durante a realização das atividades pelos técnicos de enfermagem, ora em sala privativa. Optou-se também por realizar as entrevistas em momento diferente da realização da atividade para que os trabalhadores ficassem à vontade em se expressar e responder aos questionamentos sem sentir-se intimidados pela presença de pacientes, acompanhantes dos pacientes, colegas de trabalho e chefias.

d) Verbalizações simultâneas e consecutivas:

Para esclarecerem pontos específicos, optamos por observar e registrar verbalizações durante a realização da atividade. As verbalizações das técnicas de enfermagem surgiam tanto de forma espontânea durante a realização da atividade, quanto por respostas aos questionamentos dos entrevistadores.

6 O HOSPITAL ESTUDADO

O trabalho foi realizado em um Hospital de grande porte de Belo Horizonte, com atendimento 100% voltado para o Sistema Único Saúde, portas abertas para atendimentos de urgência e emergência.

Inaugurado em 1998, até o ano de 2006 contava com reduzido número de funcionários e apenas 34 leitos de internação. A partir de 2006, ocorre mudança de gestão quando se inicia um aumento significativo da demanda de atendimento e do número de trabalhadores, passando a contar com 345 leitos de internação distribuídos entre Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, CTI, Maternidade.

O hospital está estruturado em uma edificação de seis andares distribuídos nos seguintes setores: Pronto Socorro, Bloco Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva, Radiologia, Laboratório, Central de Materiais Esterilizados, Rouparia, Manutenção, Recepção, Administrativo, Serviço de Nutrição e Dietética, Farmácia, Maternidade, dois andares de internação para Clínica Cirúrgica e dois andares para internação em Clínica Médica.

Atualmente, possui aproximadamente 1800 funcionários, todos celetistas. Por se tratar de hospital universitário, também estão inseridos acadêmicos estagiários e residentes de diversas áreas da saúde.

6.1 Estrutura física do 6º andar ala A

O setor de Clínica Médica da instituição é dividido nos 5º e 6º andares com duas alas cada. Os leitos das enfermarias da ala A do 6º andar são distribuídos da seguinte forma: - 24 leitos distribuídos em 09 enfermarias, sendo 04 enfermarias com 04 leitos cada, 03 enfermarias com 02 leitos cada e 02 enfermaria com 1 leito cada. (Anexo III).

7 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

7.1 Jornada de trabalho e distribuição dos técnicos de enfermagem no 6º A

Os técnicos de enfermagem, objetos deste estudo, são distribuídos da seguinte forma: 6 técnicos de enfermagem no plantão diurno e 5 técnicos de enfermagem no plantão noturno para cada ala. Em regras gerais, são contratados e lotados especificamente para cada ala dos 5º e 6º andares, portanto há equipes fixas. Porém, com as freqüentes faltas de funcionários, muitas vezes são transferidos temporariamente de ala.

Cada equipe de trabalho possui plantões fixos em um único horário, diurnos ou noturnos, com duração de 12 horas (07:00 às 19:00h ou 19:00 às 07:00 h) em dias alternados (escala 12x36 horas). Cada técnico de enfermagem fica responsável por 4 pacientes. Se a escala está incompleta os pacientes são redistribuídos podendo então cada técnico assumir 5 ou até 6 pacientes. De 15 em 15 dias os técnicos de enfermagem realizam rodízios nas nove enfermarias do 6ºA, o que é estipulado e formalizado pela coordenação do setor.

A enfermagem na instituição está hierarquizada da seguinte forma: Coordenação Geral de Enfermagem, Coordenação de Enfermagem Setorial, Enfermeiros Supervisores, Técnicos de enfermagem. Portanto os técnicos de enfermagem do 6º A respondem diretamente aos enfermeiros supervisores desta ala, que por sua vez respondem ao Coordenador de enfermagem da Clínica Médica que responde à Coordenação Geral de Enfermagem.

7.2 A escala assumida pelos técnicos de enfermagem no sexto A

O sexto A apresenta 24 leitos de internação. Assim, os pacientes são distribuídos entre os seis técnicos de enfermagem, através de uma escala fixa estipulada pela supervisão, com rodízio quinzenal. Assim, conforme a tarefa prescrita, um técnico de enfermagem é responsável apenas pelos pacientes dele e presta assistência informalmente a outros pacientes apenas durante o período de descanso de outro técnico. Quando falta um funcionário há redistribuição dos pacientes entre os técnicos de enfermagem:

“Os pacientes daqui são bem críticos. Com 4 pacientes já é difícil, imagina com 5. Aí sobrecarrega demais. Eu acho que nesse setor aqui era bom se a gente pudesse ficar com 3 pacientes, porque eles precisam muito da gente. Às vezes começam dois a “pepinar” ao mesmo tempo. Aí já viu, intercorrência tem que sair correndo. Hoje faltou e fiquei com esses 5 aqui, a supervisora não remanejou ninguém de outro setor para cá, aí fica difícil trabalhar, fica pesado” (TE 2).

Essa redivisão de tarefas, quando há falta na ala A, é realizada pela supervisão, assim como a decisão sobre substituição do trabalhador faltoso: deve haver negociação de um funcionário com supervisor de outra ala, desfalcando assim essa outra ala, ou solicitar um plantão extra para algum trabalhador que esteja de folga. A negociação de plantão extra só ocorre quando funcionário comunica com antecedência mínima de 12 horas que irá faltar. A supervisora entrevistada considera *“difícil remanejar porque desfalca outro subsetor, o que*

“muitas vezes não é justo; e conseguir extra muitas vezes não dá porque eles só falam que vão faltar em cima da hora ou às vezes nem falam.”

A ala A, como já foi dito, apresenta muitos pacientes críticos, que para os técnicos e enfermagem são aqueles pacientes considerados graves, com grande chance de apresentarem pioras agudas do estado de saúde e necessidade de intervenções urgentes (“pepinar”, segundo TE4).

Questionada de como faz quando dois pacientes “pepinam” ao mesmo tempo, uma das técnicas de enfermagem responde que deixa o banho de lado e vai fazer o resto (quando diz resto faz referência aos cuidados de urgência com o paciente que está “pepinando”, tais como medicações, aspiração de vias aéreas, auxílio ao médico). Acrescenta:

“Corre pra fazer tudo, não faz prazo (referindo-se ao horário de almoço) direito, não faz tudo tão bem feito, né?! Não deixa de fazer nada, mas não é a mesma coisa, porque não fica tão bem feito. Corre atrás da supervisora pra ver se alguém te ajuda, essas coisas”.

Com a escala desfalcada, a trabalhadora faz todas as etapas da tarefa prescrita: realizar procedimento de admissão, prestar assistência aos pacientes (incluindo dar banho, medicar paciente, realizar curativos, fornecer dieta, entre outros) e organizar ambiente de trabalho, porém tais etapas não são desempenhadas com *“a riqueza de detalhes que gostaria,”* por exemplo: ela (TE 4) dá um banho no leito, mas não passa um creme hidratante, ou não lava e desembaraça o cabelo do paciente. Como explicou, apesar de não estar prescrito *“é um cuidado especial para com o paciente”* e também considerado pela trabalhadora importante para a recuperação da saúde.

8 AS TAREFAS DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Os pacientes atendidos pelos técnicos de enfermagem em sua maioria são pacientes acamados, totalmente dependentes de cuidados da enfermagem, por não conseguirem realizar a higiene pessoal sozinhos e alimentar-se sem auxílio. São pacientes com longo tempo de permanência/ internação no setor, frequentemente apresentando seqüelas motoras, que necessitam de mobilização e posicionamento no leito pela enfermagem, banho realizado em

cadeira no banheiro ou no leito, uso de fraldas, sondas para alimentação e para urinar. Além disso, muitos dependem de oxigênio artificial.

8.1 A Tarefa Prescrita

Dentre a diversificada gama de tarefas atribuídas aos técnicos e enfermagem, citamos resumidamente aquelas presentes na descrição das atividades da função, fornecida pela instituição:

- a) Realizar procedimento de admissão;
- b) Prestar assistência aos pacientes;
- c) Organizar ambiente de trabalho;
- d) Preparar alta;
- e) Preparar óbito.

A descrição completa da tarefa prescrita encontra-se no Anexo IV.

Existe ainda uma escala de tarefas, estipulada pela supervisão, que integra o trabalho prescrito. O técnico de enfermagem que está escalado na enfermaria 1 por exemplo é responsável por buscar o material de banho para todos os colegas de trabalho, e assim por diante (Tabela 2).

Escala de Tarefas dos técnicos de Enfermagem

Técnico de Enfermagem da Enfermaria 1	Técnico de Enfermagem da Enfermaria 2	Técnico de Enfermagem da Enfermaria 3	Técnico de Enfermagem da Enfermaria 4	Técnico de Enfermagem das Enfermaria 5 e 6	Técnico de Enfermagem das Enfermaria 7, 8 e 9
<i>Buscar material de banho e material para o estoque do posto de enfermagem.</i>	<i>Montar e trocar a caixa de descarte de material perfurocortante e organizar expurgo (material sujo).</i>	<i>Buscar roupas de cama e para o paciente - Rouparia.</i>	<i>Organizar a sala de prescrição e o arsenal (onde estão dispostos materiais limpos).</i>	<i>Organizar posto de enfermagem/ armários e solicitar materiais para o plantão noturno.</i>	<i>Organizar e solicitar almotolias e retirar as mesmas da enfermaria, quando necessário.</i>

Tabela 2: Escala de tarefas de organização do 6 °A

Fonte: Setor de Clínica Médica – Ala A do 6° andar do Hospital estudado.

Um dos técnicos de enfermagem demonstrou gostar dessa divisão de tarefas: “ *Eu gosto porque assim todo mundo se ajuda e dá certo ...* ”

Já na opinião de outra TE a busca destes materiais atrasa o início dos banhos:

“Esse é o primeiro banho do dia. Antes eu tava buscando material pro setor. Porque cada enfermaria tem uma função. Quem está na enfermaria 1 busca o material do setor na farmácia e CME. Aí demora pra buscar todos materiais”(TE2).

O material em questão é dispensado na farmácia e Central de Materiais Esterilizados (CME), ambos os setores no térreo da instituição, ou seja, seis andares abaixo do local de trabalho. É comum a formação de filas já que os materiais são dispensados para todos os setores do hospital: “*a gente fica na fila uns cinqüenta minutos, demora de mais e compromete os banhos*”.

É importante ressaltar, que além dessas tarefas estipuladas por enfermaria, os técnicos de enfermagem devem realizar todas as outras inerentes à função e descritas na “descrição das atividades da função” apresentada anteriormente.

Em um dia de observação, em que quatro TE se destinaram a buscar materiais, pudemos observar que a média de tempo dos quatro na farmácia foi de 40 minutos em cada vez que se deslocava para buscar algo. Esses 40 minutos envolvem: buscar material para banho e medicamentos.

Quando a escala está incompleta, os técnicos de enfermagem são distribuídos pela supervisão de enfermagem e a tarefa que seria realizada pelo técnico que faltou passa a ser de responsabilidade de todos. Nesse caso, eles demonstram que não é possível realizar todas as tarefas de organização do setor:

“Quando falta alguém, acaba que a escala não funciona, porque o que fica pra todo mundo acaba não sendo feito, né?! (TE8)

Não é porque agente não quer, porque não dá mesmo” (TE3).

Quando um trabalhador falta, a escala de tarefa da enfermaria que seria dele também fica de responsabilidade de todos, ressaltando que cada um já tem a sua tarefa conforme a enfermaria em que se encontra. Assim, aquela tarefa que seria do trabalhador faltoso acaba não sendo realizada ou realizada de forma incompleta. Por exemplo: se o funcionário faltoso é da enfermaria 5 e 6, ele deveria organizar o posto de enfermagem, o que acaba não sendo feito por ninguém ou é realizada porém não de forma organizada, como deveria, não porque não

querem, mas porque não conseguem fazer aquilo que já é destinado a eles somado a mais essa tarefa.

Quando há escala desfalcada, a organização dos materiais e equipamentos do setor não é realizada da mesma forma que acontece quando há escala completa e os insumos para o trabalho poderão faltar, como por exemplo, jarras, cumadres, sabão para o banho, o que gera estratégias: *“Ah quando falta uma bacia aqui, para eu dar banho, às vezes pego um balde, uma jarra e até cumadre, porque já que está tudo estéril vai servir da mesma forma para colocar a água, né?!”*

Quando há escala incompleta há comprometimento não só físico do trabalhador, que se sente cansado, mas também comprometimento da organização do setor para o trabalho.

9 A ATIVIDADE DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Realizou-se a observação dos técnicos de enfermagem do 6º A, a fim de conhecer a atividade real dos trabalhadores.

Para tanto, observou-se distintos momentos da atividade, principalmente o banho, mas não só ele. As entrevistas ocorreram ora durante a realização das atividades pelos técnicos de enfermagem, ora em sala privativa.

Optou-se por observar no estudo somente os trabalhadores dos dois plantões diurnos, pois as demandas de cuidados e procedimentos em geral são consideradas maiores em relação ao plantão noturno, conforme validado pelos trabalhadores:

“A noite é mais tranqüilo porque não tem o banho. É melhor vocês verem o plantão de dia, porque tem banho, aí fica mais pesado né?...! De dia a gente faz mais coisas, à noite sempre dá para fazer horário de descanso completo, de dia não” (TE 1).

Observou-se que a tarefa de “dar banho” no leito, que é realizada durante a manhã, é a tarefa de maior demanda de tempo e de esforço físico pelos trabalhadores. Os TE do diurno consideram o seu trabalho mais pesado quando comparado ao do noturno exatamente pelo fato do banho ocorrer durante o dia.

A observação dos trabalhadores durante o banho foi escolhida por na nossa opinião, tornar visível os problemas causados pelas escalas incompletas que podem contribuir na impossibilidade de cooperação. Portanto essa foi a tarefa escolhida para análise sistemática.

Ao questionar duas técnicas de enfermagem, sobre qual seria a tarefa que demanda maior tempo e esforço físico as duas responderam: “*dar banho¹*”. Quando questionada sobre o que menos gostam em seu trabalho, uma respondeu : “*Vou ser sincera: dar banho, porque é pesado, é hora que pega mais peso. Você viu o esforço que a gente faz!*”.

A técnica de enfermagem 2 (TE 2) acrescentou:

“Eu sempre aproveito o horário do banho pra trocar curativo. Tem que ser dessa forma né, porque o curativo molha, aí você troca; troca a fralda, tem que ter sempre um cuidado mais especial para com o paciente, não é só dar banho.”

9.1 Banho no leito: análise da atividade

A tarefa de realizar banho¹ no leito ocorre pela manhã, por volta das 8 ou 9 horas, após o técnico de enfermagem já ter separado todo o material necessário para o banho, -preparado a medicação e verificado a prescrição médica. Durante autoconfrontação coletiva, as técnicas acrescentaram que antes do banho, elas também administram a dieta (café da manhã) dos pacientes que não estão com sonda, ou seja, que ingerem alimentos via oral e que não estão com acompanhantes, e necessitam de auxílio.

A atividade dos trabalhadores de “dar banho no leito” foi analisada em duas situações distintas:

- Realizar banho no leito em paciente totalmente dependente, sem auxílio de colega de trabalho ou acompanhante.
- Realizar banho no leito em paciente totalmente dependente, em dupla, ou seja, com o auxílio de outro técnico de enfermagem.

Em todos os plantões observados, a maioria dos pacientes necessitava de banho no leito (cerca de 80%). Com isso, a formação de duplas de trabalho é bastante comum no sexto A e é realizada a fim de minimizar o esforço físico, o que será explicado abaixo. No entanto, nem sempre essa formação é possível:

“Aqui você tem que aprender a trabalhar sozinho e de dupla. É uai. Porque nem sempre você tem alguém pra te ajudar. Então você tem que se virar. Eu aprendi. Minhas colegas me ensinaram. Quem me treinou, me ensinou a trabalhar sozinho e de dupla.” (TE 2).

¹ A tarefa de dar banho no leito também possui uma prescrição descrita em Procedimento Operacional Padrão (POP) disponibilizado pela instituição (Anexo II).

Questionada de como é aprender a trabalhar sozinho e em dupla essa trabalhadora responde:

" é assim: é aprender a trocar fralda, levantar paciente, trocar curativo, roupa de cama de dois jeitos: um é quando está sozinho e outro é quando está de dupla. Sozinho você faz mais força e cansa mais rápido... Tem que usar coxim, apoiar o bumbum com uma mão e colocar traçado com a outra, porque se não fizer dessa forma não consegue fazer."

Já em dupla, o trabalhador consegue dividir o peso do paciente: *"Quando você trabalha de dupla é mais rápido porque não cansa, né? Tem gente pra ajudar, aí você divide o peso do paciente quando carrega ele"*. (TE1). O banho realizado em dupla possibilita menor esforço físico.

Mesmo com a possibilidade de formação de parcerias de trabalho, informalmente, os técnicos de enfermagem da ala estudada consideram insuficiente o quadro de funcionários disponível, ou seja, seis trabalhadores:

"O ideal aqui é trabalhar de sete funcionários, ter um circulante, por exemplo, porque aí sim ajudaria nessa sobrecarga de trabalho, o corpo sentiria menos"
(TE 2)

"Eles tinham que olhar mais pro sexto A, no sentido de contratar mais um"
(TE 1)

"Se não fosse um semi intensivo aí seis dava, mas é, aí não acho que dá"
(Coordenadora de enfermagem de outro setor).

Ao ser autoconfrontada, a técnica de enfermagem que citou a palavra sobrecarga, diz que faz alusão ao esforço físico e quando verbaliza "o corpo sente" significa que há presença de dores osteomusculares.

Os pacientes do 6º A em sua maioria apresentam longo tempo de permanência/internação no setor, frequentemente apresentam sequelas motoras, que necessitam de mobilização e posicionamento no leito pela enfermagem, banho realizado em cadeira no banheiro ou no leito, uso de fraldas, sondas para alimentação e para urinar. Além disso, muitos dependem de oxigênio artificial. O quantitativo de 06 funcionários pode interferir indiretamente no absentéismo: *"fulano pega escala pesada hoje ou plantão com intercorrência e aí falta no próximo, porque ficou cansado, não dá conta ..."* (auxiliar administrativo da ala estudada).

Em um determinado dia de observação, faltaram 02 técnicos de enfermagem e os pacientes tiveram que ser redivididos entre os técnicos presentes, ou seja, entre 4 TE. A

redistribuição de pacientes foi realizada pela supervisora de enfermagem, que estipulou que os técnicos ficariam com 6 pacientes cada.

Nesse dia, não foi possível a formação informal de duplas, pois como cada técnico estava responsável por um número maior de pacientes, o tempo que gastaria para dar os seus banhos em parceria com outro colega extrapolaria a parte da manhã, considerando que os banhos devem ser realizados até às 11:30, horário que inicia o almoço e o setor fica com número menor de funcionários. Com isso, se fossem formadas parcerias de trabalho, alguns pacientes ficariam sem assistência, o que os técnicos não deixam ocorrer:

“se eu ficar de dupla com ela, vai chegar o horário do almoço e não terminamos porque serão 12 banhos e não 8, aí não dá né, fica paciente sem banho” (TE 6)

“Quando alguém está almoçando, a gente não fica de dupla não porque senão não dá para olhar os pacientes com atenção.” (TE 5).

Quando há formação de duplas, os dois técnicos de enfermagem optam por realizar todos os seus banhos no leito juntos, ou seja se o TE está com quatro pacientes, na verdade realiza oito banhos, dos quatro pacientes sob sua responsabilidade e mais quatro dos pacientes de responsabilidade de sua dupla de trabalho. Com essa parceria, eles gastam menos tempo em relação ao que gastariam se fossem dar os seus banhos sozinhos. Para comprovação desta afirmação realizou-se o seguinte cálculo: supondo um dia de trabalho com escala completa, ou seja, seis técnicos de enfermagem, cada qual assumindo escala com quatro pacientes e considerando que cada banho realizado sozinho demanda de 45 minutos a 1 hora (dado obtido a partir da observação da duração de quatro banhos no leito) e o banho em dupla demanda cerca de 19 a 25 minutos (média de tempo obtida em três observações) , conclui-se que:

- **4 banhos sozinhos - 3 horas e 28 minutos (considerando 52 minutos cada – média de tempo gasto);**
- **8 banhos em dupla - 3 horas e 20 minutos (considerando 25 minutos cada).**

Além do tempo gasto na realização dos banhos em duplas ser menor há outros fatores importantes que determinam essa opção: o menor esforço físico e menor incidência de queixas de dores. Portanto, trabalhando em duplas os TE realizam tarefas que sozinhos,

principalmente as mulheres, teriam que realizá-la com maior esforço físico já que se trata sempre de adultos e idosos, além de realizarem um trabalho de melhor qualidade.

“Quando a gente dá banho de dupla, a gente divide o peso, aí não dói a coluna, o braço, entende?!” (TE 8)

“Quando dou banho sozinha não faço tudo, faço o que meu corpo agüenta, em dupla dá para virar o paciente direito, esticar bem o lençol, fica melhor pra mim e pro paciente” (TE1)

“Sozinha não consigo fazer tão bem feito, em dupla já dá.” (TE 7).

Questionada sobre o que não faz quando dá o banho sozinho responde:

“tem colega que não troca coletor, curativo de sonda, curativo de acesso e até mesmo de trocar paciente algumas vezes, deixa de fazer essas coisas menores eu por exemplo não amarro lençol, porque não consigo fazer tanta força sozinha. Então não faz tão bem feito igual se fosse com ajuda”.

Nota-se nas verbalizações e observações sistemáticas que há prejuízo na qualidade da assistência ao paciente quando o técnico de enfermagem trabalha sozinho.

A formação das duplas é uma organização informal, que não ocorre de forma aleatória. Os critérios para a formação das duplas contemplam geralmente a afinidade, confiança entre os técnicos, ou ainda devido à substituição de um dos membros da dupla que se desligou do setor: *“Faço duplas com a A. desde que o AG. saiu, porque eu entrei no lugar dele e ela ficou sozinha”.*

A afinidade, porém é definida não por empatia, mas sim pelo estilo de trabalho dos técnicos de enfermagem. *“Eu gosto de trabalhar com quem trabalha do meu jeito.”* Explicam que se formam dupla com alguém que “trabalha diferente” acabam refazendo alguns procedimentos, gerando segundo as palavras dos técnicos “retrabalho”.

Geralmente duplas são fixas:

“Eu faço dupla com a A sempre... (TE5)

“Às vezes eu faço dupla com a G... , mas como ela está treinando um rapaz lá na enfermaria um, eu fiquei sozinha aqui no fundo. Nunca ninguém me ajudou no banho, a não ser a G...entramos na mesma época no hospital” (TE7).

Algumas vezes o trabalhador não consegue formar duplas com aquele técnico de enfermagem que deseja, pois existe ainda a regra da coordenação de que quem está na enfermaria 01, por exemplo, não pode fazer dupla com quem está na enfermaria 09, pois a distância entre elas é grande e caso ocorra alguma intercorrência com os pacientes o técnico de enfermagem responsável pelos seus leitos deve estar sempre por perto. Apesar de regra

prescrita, os trabalhadores também acreditam não ser viável a formação de duplas em enfermarias distantes, pelos mesmos motivos colocados pela coordenação:

“eu não ajudei a M. hoje porque ela está lá na 1 e eu aqui no fundo, aí não fica bom porque não dá pra atender rápido se algum passar mal, sabe?! É melhor eu ficar por aqui e ajudar quem está mais perto.”

Em outro dia de observação, em que a escala estava incompleta (havia faltado um trabalhador), uma TE ficou sem dupla, já que havia cinco funcionários no setor. Duas duplas foram formadas e ela estava trabalhando sozinha. Então, expressou seu descontentamento:

“Aí vou dar banho sozinha. Ai .. Infelizmente tem as panelinhas né?! Não deveria ter, mas é complicado! Eu sou novata, os outros já se ajudam, são mais velhos de casa.... É difícil! Agora se todo mundo pudesse se ajudar, com certeza seria mais fácil, e acabaria mais rápido os banhos” (TE6).

A técnica de enfermagem que estava trabalhando sozinha considerou que esse dia ela foi escolhida pelo grupo para ficar sozinha por questões de afinidade ou até mesmo de exclusão, já que os outros eram “mais velhos de casa” e já se organizavam em duplas fixas. A dupla dessa técnica, que também é uma novata (período de contratação inferior a 3 meses), estava treinando um novo funcionário à pedido da supervisão e não pôde manter a dupla original aquele dia.

Se a escala estivesse completa, provavelmente todos formariam duplas.

As observações e análises comprovaram a relevância do trabalho em dupla durante o banho, no contexto da atividade, já que no trabalho prescrito não há a formação de duplas.

Para descrever e analisar mais profundamente a atividade do técnico de enfermagem durante o banho no leito (tarefa de maior tempo, complexidade e esforço físico), optou-se por uma divisão didática em etapas. Serão analisadas em 08 etapas que serão descritas a seguir.

ETAPA 1 A separação do material para o banho

O técnico de enfermagem (TE) separa o material necessário para o banho. Material necessário: compressa ou touca para esfregar o paciente, toalha, se disponível no estoque (senão usa lençol para esta finalidade), roupa de cama, balde, pote plástico, paramentos (luvas de procedimento, avental, máscara simples, touca), almotolia com sabão, esparadrapo.

Todo material necessário para todos os banhos é disposto em carrinho próprio, com rodinhas, a fim de facilitar o transporte após encerrar um banho e partir para outro paciente,

poupando tempo. Caso contrário, seria necessário que a cada banho o técnico de enfermagem voltasse ao posto de enfermagem para buscar mais materiais para o próximo banho. *“Aí a gente não fica buscando material o tempo todo” (TE2).*

Inicialmente, acreditou-se que cada TE possuía um carrinho e o seu uso para o banho fazia parte, inclusive, da tarefa prescrita. Mas durante autoconfrontação, a TE 2 explicou: *“Não ... tem três, quem chegar primeiro pega, o resto se vira. São seis técnicos e três carrinhos.”*

Quem não consegue pegar o carrinho desenvolve estratégias para que não seja preciso retornar ao posto de enfermagem a cada banho. Um dos técnicos de enfermagem antes dos banhos distribui e coloca todo o material de cada paciente do lado de cada leito. Já outra técnica de enfermagem coloca todo o material em um saco grande e vai carregando para a beira do leito de cada paciente. Relata que isso atrasa o processo e ainda deixa “bagunçado” as mesas próximas aos leitos. Na observação pudemos notar que os técnicos que conseguem os carrinhos poupam tempo no deslocamento e na distribuição dos materiais. No carrinho tudo já fica previamente separado e é retirado imediatamente quando necessário e ao alcance das mãos, diferente quando não há o carrinho, situação em que os profissionais precisam se deslocar para buscar o material e separá-lo na hora.

“Quando não tem carrinho se vira, põe as coisas num cantinho (aponta para mesa situada na enfermaria). O carrinho é bom, porque eu deixo ele mais próximo da cama, como eu estou sem carrinho eu tenho que parar, ir lá, demora mais o banho” (TE2).

Questionadas por que estavam disponíveis apenas três carrinhos uma das técnicas responde: *“Ué desde que entrei só tem três, não sei porque, deve ser porque o hospital não teve dinheiro para comprar um pra cada enfermaria, mas esse seria o certo, ajudaria muito a gente.”*

O carrinho não está disponível em número suficiente, segundo coordenador da Clínica Médica, pois a demanda de compra ainda não é considerada prioridade pela Diretoria.

Em suma, o carrinho destinado ao banho permite a organização do material em um só local, o que facilita e agiliza a realização dos procedimentos. Pelo fato de o carrinho apresentar fácil acesso e por ser móvel (devido presença de rodinhas), os técnicos de enfermagem optam por utilizar o carrinho durante a tarefa de dar banho; tal emprego permite também economia de alguns segmentos corporais: coluna lombar, cervical e braços.

ETAPA 2 Preparativos e cuidados que antecedem o banho

O TE inicia os preparativos para início efetivo do banho. Para tanto, inicialmente o TE retira a grade (guarda corpo). Informou que faz isso já que necessitará de mobilizar o paciente e a grade prejudica essa movimentação, o que poderia inclusive ferir a trabalhadora. Quando está sozinho, o TE só retira a grade de um dos lados para prevenir queda do paciente. Observou-se a dificuldade da retirada da grade que é pesada e com encaixe deficiente, demandando esforço físico para retirá-la e colocá-la no chão. Se o banho é realizado em dupla, as grades das duas laterais são retiradas e cada técnico se posiciona em um dos lados da cama.

O TE 2 realiza lavagem da sonda nasoentérica (SNE) - utilizada para administração da dieta enteral. Isso é feito para não obstruir a sonda durante o banho, o que acarretaria na necessidade de passar nova SNE. *“Tem que lavar sonda antes porque paciente está com dieta enteral. Se não lavar ela obstrui”* (TE2). Começamos então a observar a diversidade de técnicas utilizadas na tarefa “dar banho”. Além da lavagem da sonda citada acima, outro exemplo é a aspiração das vias aéreas do paciente, utilizando sonda própria para isso, que muitas vezes também é realizada antes ou durante o banho.

Em seguida, inicia-se a retirada dos curativos, das fraldas e do coletor urinário, tudo para despir completamente o paciente, para então iniciar o banho. O TE utiliza luvas de procedimentos e usa sabão neutro, disponível em almotolia, para retirar tudo aquilo que estiver “grudado”.

Nesta etapa da atividade, observamos as variabilidades nos diferentes banhos observados. O paciente pode não apresentar feridas, portanto sem curativos, pode apresentar várias feridas, portanto vários curativos. Isso influencia no tempo gasto para retirá-los e posteriormente, após o banho, para refazer os curativos. Importante notar nessa etapa a diferença da realização no banho sozinho e em dupla.

Quando o TE está sozinho, ele tem que realizar o posicionamento a todo o momento, apoiando com uma das mãos o paciente e com a outra retirando os curativos (Figura 2). Nos banhos realizados em duplas enquanto um apóia o paciente o outro retira todos os curativos (Figura 3).



Figura 02: Banho sozinha. Mobilização do paciente. Com uma mão apóia o paciente e com a outra retira curativo. As grades não foram retiradas.



Figura 03: Início do banho em dupla. Mobilização do paciente para retirada dos curativos. Um dos técnicos apóia o paciente enquanto o outro retirará os curativos. As grades foram retiradas.

Outra possível variável é a presença de diarreia no paciente, fato que define a maneira como será retirada a fralda e iniciado o banho. No caso de um paciente com diarreia, o tempo e o material gasto para a limpeza é maior.

Mais uma variável observada foi vista quando o paciente está contido (amarrado ao leito com ataduras). Isso pode ocorrer em pacientes agitados que se não contidos podem tentar arrancar o acesso venoso. Isso também é avaliado pelos técnicos como atraso no processo do banho.

“Olha que azar, como é que amarraram o paciente! Não amarraram direito. Amarrar direito é você amarrar de jeito mais fácil ... aqui (mostra os nós na faixa que está amarrando paciente) .. assim machuca, prendeu muito. Fica difícil de tirar, atrasa a gente” (TE1).

Questionada sobre o que seria o nó mais fácil, respondeu:

“Ah é quando você dá um nó só, na faixa ,não fica dando um em cima do outro, porque senão não dá pra tirar, tem que pegar tesoura, gasta tempo e machuca o paciente”.(TE1).

O TE reúne próximo ao leito outros materiais necessários para iniciar o banho: pote plástico, balde, compressa que servirá como uma bucha, sabão disponível em almotolia. Enche o balde com água na pia situada próximo à entrada da enfermaria. O balde é então colocado próximo ao paciente. Além do balde com a água limpa observamos que vários técnicos de enfermagem utilizam um potinho plástico. Nele, eles colocam a água misturada ao

sabão para ensaboar o paciente. *“A gente usa um balde porque na CME (refere-se à Central de Material de Esterilizado) não tem quantidade disponível pra gente estar usando dois”* (TE2). Portanto os trabalhadores optaram por utilizar este pequeno pote para misturar a água ao sabão separadamente e assim não “sujar” a água limpa do balde.

Ainda nesta etapa, os TE informaram que quando o banho não é realizado no leito, devem utilizar cadeira de rodas própria para levar paciente no banheiro e realizar o banho. Acrescentaram: *“as cadeiras daqui são boas, ruim é porque não tem cadeira em número adequado, são poucas”*. TE 2

ETAPA 3 Higienização do corpo do paciente

Inicia-se a lavagem do corpo do paciente. Nessa fase, o TE segue a seguinte ordem de lavagem: rosto, abdome e braços, pernas e genitália. Essa ordem é seguida a fim de higienizar primeiro as partes mais limpas e por último as mais sujas, o que foi validado pela TE durante autoconfrontação.

A higienização da região dorsal reserva algumas particularidades quando comparado o banho sozinho e em duplas. No banho sozinho, o TE lateraliza o paciente e posiciona em decúbito lateral esquerdo. Utiliza grade para apoio das pernas do paciente para que este permaneça nesta posição lateralizada e para que o TE tenha as duas mãos livres para trabalhar (Figura 4). Caso contrário, teria que com uma mão segurar o paciente na posição lateralizada e com apenas uma limpar a parte dorsal do paciente. Confere se a grade está “firme” e em seguida, amarra braço do paciente na grade.

“Eu só contenho paciente que está agitado, que é o caso desse paciente. Se fosse outro eu só colocaria a perna na grade, sem amarrar o braço. Quando a gente tá sozinho a gente usa esse auxílio da grade. A gente confere se a grade tem risco de soltar, entendeu? Porque paciente tem que estar em segurança. De acordo com as necessidades né a gente vai fazendo” (TE2).

O TE muda o paciente de lado, retira curativos da região dorsal e nádegas, solta o lençol, embute lençol e traçado sujos em baixo do paciente e só então reinicia banho (higienização dorsal). *“Olha esse lençol. Dá trabalho. Tem um ano que mudou, antes era aquele de elástico, agora tem que amarrar”* (TE1).

O lençol sem elástico exige que os técnicos de enfermagem tenham que levantar o colchão tanto na parte da frente e posteriormente na parte de trás do mesmo para que as pontas sejam desamarradas. Com isso, é necessária a força para elevação do colchão, elevação

de membros superiores mantendo a força enquanto desata os nós. Ao final do banho repete-se o procedimento, desta vez para amarrar o lençol limpo. Todos os técnicos de enfermagem observados relataram que o lençol com elástico era melhor, pois evitava todo este esforço, já que precisava apenas ser embutido, ou seja, colocado embaixo do colchão.

Já no banho realizado em duplas, grande parte dos esforços são poupados, pois enquanto um TE apóia o paciente lateralizado, o outro faz a higienização dorsal do paciente (Figura 5), retirada de curativos, retirada do lençol sujo. *“Agiliza mais o banho. O que você gastaria 40 minutos, uma hora para um, banho, você gasta vinte. Alivia a dor nas costas, distribui o peso, vai mais rápido”* (TE2).



Figura 04: Posicionamento para higienização dorsal do paciente no banho realizado sozinho. Apoio da perna do paciente na grade para manter a posição.



Figura 05: Higienização dorsal do paciente no banho em duplas. Enquanto um TE apóia o paciente o outro realiza a higienização.

Durante o banho realizado sozinho, pudemos observar mais uma variabilidade. No momento em que dava o banho em um paciente, a bomba de infusão de medicação de outro paciente começou a apitar. O TE então deixou o paciente do banho na posição em que ele se encontrava, trocou as luvas de procedimento, fez as correções necessárias na bomba de infusão, trocou novamente as luvas de procedimento e então retornou para continuar o banho.

Analisamos a maneira como a trabalhadora lidou com o imprevisto: houve tomada de decisão imediata, porém sem pânico. Ela interrompeu o banho do paciente que ficou por alguns minutos sozinho, desnudo, apoiado à grade e amarrado ao leito. Porém, era necessário naquele momento que ela priorizasse uma das ações. No banho realizado em dupla, quando ocorre este tipo de intercorrência, enquanto um dos TE continua o banho, o outro resolve a intercorrência e, posteriormente, retorna para o banho em dupla.

ETAPA 04 Os curativos

Esta etapa envolve a realização dos curativos do paciente. Nela, pudemos observar uma diferente estratégia para posicionar o paciente: o uso de coxim. Quando o TE1 está trabalhando sozinho e necessita que o paciente esteja em decúbito lateral para fazer um curativo em região sacral, por exemplo, ele posiciona um coxim no dorso do paciente. Segundo relato do trabalhador se neste momento tivesse ajuda de um colega não seria preciso se utilizar desta estratégia. *“Ficaria mais fácil, a pessoa seguraria pra mim”*.

Em várias etapas do banho no leito realizado sem a ajuda de colega os técnicos de enfermagem observados relataram o quanto seria melhor com a ajuda do colega.

“Quando você trabalha sozinho você trabalha mais. Os procedimentos são mais lentos, você demora mais. Quando você trabalha de dupla é mais rápido porque não cansa, né? Tem gente pra ajudar” (TE1).

Nessa etapa do banho realizado sozinho observamos a grande demanda da coluna cervical, coluna dorsal e membro superiores nos movimentos necessários para dar o banho e então questionamos sobre a ocorrência de dores. A técnica respondeu: *“Sente na coluna né?! Mexe muito com paciente, vira pra lá, vira pra cá...”* Já no banho em duplas observa-se menor esforço em todas as etapas devido à divisão das tarefas e peso a ser mobilizado.

É importante ressaltar que após a mudança de coordenação, os técnicos de enfermagem começaram a queixar da impossibilidade de deixar o rolo de esparadrapo na enfermaria junto com o material necessário para realização do curativo:

“Agora a gente tem que pegar quantidade de esparadrapo que acha que vai gastar, não pode pegar o rolo todo. Aí quando você está fazendo curativo e viu que vai precisar de mais tem que parar tudo, deixar o paciente e buscar lá no posto de enfermagem mais esparadrapo. Ficou ruim demais, tudo pra reduzir gasto.” (TE2)

A coordenação justificou a medida adotada como necessária *“para prevenção de infecção e também para reduzir gastos.”*

As luvas de procedimentos, Equipamento de Proteção Individual (EPI), usadas pelos técnicos de enfermagem durante os procedimentos, como o curativo, a fim de impedir contato com material biológico (sangue e secreções), antes eram levadas para as enfermarias

em caixas, porém conforme nova determinação da coordenação agora só podem ficar no posto de enfermagem. Os trabalhadores, nessa etapa do estudo, queixaram sobre o fato:

“Agora tenho que ficar colocando luvas no bolso do jaleco. Aí encosto no leito, nas mesas e posso contaminar, além de ter que ficar indo lá no postinho de enfermagem pra pegar mais. Atrasa meu serviço, entende?!” (TE 4)

“O ideal é a caixa de luva na enfermaria, pois na hora da emergência fico entre a cruz e a espada. Já tive que aspirar paciente sem luva porque só tinha luva no posto de enfermagem.” (TE 1)

ETAPA 05 A troca da roupa de cama

Etapa de troca dos lençóis. Quando está sozinho, o TE vira o paciente, vai retirando a roupa de cama suja e puxando a roupa de cama limpa. Com uma mão segura o paciente e com a outra empurra o sujo e puxa o limpo (Figura 6). No banho em dupla, como vimos acima, esta etapa é realizada em conjunto, facilitando a troca da roupa de cama (Figura 07). A roupa suja é então descartada no local adequado, denominado hamper.



Figura 06: Retirada da roupa de cama suja no banho realizado sozinho.



Figura 07: Retirada da roupa de cama suja no banho realizado em dupla.

A roupa de cama é então ajustada. O TE justifica: *“ A roupa de cama tem que ficar esticadinha para evitar ferida”*. No banho sozinho o TE então retorna com a grade para a cama, lateraliza o paciente em decúbito lateral direito. *“Oh eu coloquei as grades porque estou dando banho sozinha, entendeu?! Aí paciente não corre risco de cair” (TE2)*. No banho em duplas é outro técnico que apóia o paciente.

Mais uma vez observamos a demanda de esforço na colocação da grade na cama. Muitas vezes os técnicos de enfermagem não só tem que colocar os dois encaixes como também bater vigorosamente com as mãos para que a grade seja realmente encaixada.

ETAPA 06 Colocação das fraldas

Etapa que envolve a colocação de fraldas e de um dispositivo improvisado com fralda ao invés do coletor urinário.

“Aqui eu vou usar três fraldas porque é um paciente que está com diarreia e aqui vou colocar duas e em vez de colocar coletor vou colocar também a fralda dessa forma aqui (mostra como) porque ele tá com o pênis machucado, eu observei na hora de tirar a fralda e funciona também como coletor, sabe? Coloca na genitália que às vezes durante o dia eu posso só tirar essa parte a não ser que esteja com fezes, aí troco tudo” (TE2).

Mais uma vez ilustramos as variabilidades do processo. Cada etapa pode ser diferente, de acordo com o estado do paciente.

Quando o paciente está com diarreia, há necessidade de maior número de fraldas ao longo do plantão (variabilidade). Ressalta-se que após mudança da coordenação, as fraldas destinadas a cada paciente, por plantão, não podem mais extrapolar o número de três, exceto em casos de diarreia, onde há necessidade de comunicar a supervisão que há demanda de maior quantidade de fraldas:

“ Quando está com diarreia tem que falar para a supervisora, aí ela faz uma autorização para pegar mais, ou então pedir um médico para prescrever, aí tem que ir lá na farmácia buscar” (TE 5).

Em relação à nova forma de requisição de fraldas, assim se expressaram os TE:

“ Antes a gente pegava o tanto que achava necessário, agora é só três que vem da farmácia, não dá. Aí a gente tem que falar, às vezes, que paciente que não está com diarreia está só pra pegar mais, eles esquecem que tem pessoa que urina muito, tem ferida com secreção e tudo isso suja fralda” (TE3).

Ainda nessa etapa, para colocar a fralda no paciente, o TE no banho sozinho precisa levantar a pelve do paciente, colocar a fralda por baixo, ajustá-la atrás, nas laterais e na frente. No banho em dupla mais uma vez o esforço é reduzido, pois enquanto um levanta a pelve do paciente o outro ajusta a fralda.

Durante essa etapa, observou-se que a lixeira da enfermaria estava cheia. O TE verbalizou: *“Lixeira muito cheia incomoda, a gente arrasta com o pé quando precisa dela.”* Ao questioná-lo sobre como seria ideal, ele informou que seria a adoção de duas lixeiras, ou seja, uma para cada dois leitos da enfermaria.

ETAPA 07 Arrumação final da cama

Envolve arrumação final da cama, com amarração do lençol. O TE realiza amarração do lençol embaixo do colchão para ficar bem esticado, conforme já descrito anteriormente (Figura 08). Durante este procedimento, nota-se que o colchão acaba ficando dobrado em suas extremidades, decorrente amarração do lençol.

Neste dia de observação, o TE observado amarrou o lençol na parte de baixo do colchão, mas não na parte de cima dele, e justificou:

“Agora eu estou soltando o lençol. Aqui era bacana quando tinha lençol de elástico, sabe?! Era melhor. Oh tem que fazer isso aqui lá também sabe?! Mas sozinha lá eu não dou conta, se não chega o final do dia e o corpo sente”.

Relatou que após terminar todos os banhos e as medicações iria solicitar ajuda de um colega para terminar de amarrar o lençol deste paciente. Conforme relatado na etapa 3, os técnicos de enfermagem preferiam o lençol com elástico pois este demandava menor esforço físico para ser retirado e recolocado.

Ao questionar uma funcionária do setor de Rouparia do hospital sobre o uso dos lençóis de elástico, obteve-se a resposta de que a instituição já teve experiência com uso de lençol de elástico, porém *“não deu certo porque o elástico franze o tecido do lençol, o que faz demorar muito para secar”* (supervisora Rouparia). Acrescentou ainda, que o elástico fica frouxo e o lençol acaba rasgando. Segundo essa trabalhadora, a própria enfermagem reclamava muito na época do uso do lençol com elástico porque tinha que usar roupa de cama rasgada e com elástico frouxo. Assim, optaram por retirar e usar somente o lençol convencional que deve ser amarrado na cama.

Os técnicos de enfermagem confirmaram, em autoconfrontação, que lençol de elástico acarreta longo tempo para secar, ressaltando que o lençol é trocado diariamente, e que a

umidade gera risco de infecção, além de ficar com elástico frouxo e rasgar devido várias lavagens.

Durante autoconfrontação coletiva, realizada a partir da foto abaixo (amarração do lençol com demanda de força física), um dos trabalhadores sugeriu “*lençóis mais largos e com mesmo comprimento*” TE5. A sugestão foi aceita pelo grupo e uma TE acrescentou: “*seria a melhor solução, pois quem é mais fraco consegue amarrar da mesma forma que quem não tem tanta força, como eu, já que a largura é maior*”. TE 2



Figura 08: Amarração do lençol (lençol sem elástico)

ETAPA 08 Cuidados pós-banho

Envolve a realização dos curativos, caso necessário, reinício das dietas e posicionamento do paciente. Ressalta-se mais uma vez a variabilidade que pode acontecer nesta fase dependendo se o paciente tem ou não feridas, e em que quantidade são. Essa etapa inclui a elevação da cabeceira da cama. O levantamento é manual através de manivela localizada na parte frontal e baixa da cama, o que exige que o TE se agache para girá-la, ou ainda flexione a coluna para girar, caso opte por não agachar. (Figura 09).



Figura 09: Girando a manivela para posicionar cabeceira da cama

Nessa fase, o TE também recoloca a grade na cama. A grade havia sido retirada a fim de facilitar o trabalho, evitando posturas extremas (Figura 10).



Figura 10. Reposicionando grade (guarda corpo)

Muitas vezes os TE trabalham sem retirar o guarda corpo, o que ocorre quando esse está “emperrado”, o que gera flexão do tronco e coluna para realização dos procedimentos (Figura 11):



Figura 11. Posicionando paciente no leito sem retirar a grade, que está emperrada

O banho, como demonstrado nas etapas, envolve demanda de vários segmentos corporais do trabalhador, em especial coluna cervical, lombar e braços, o que pode gerar dor.

Assim, as análises demonstram que o banho realizado em duplas, ou seja, a cooperação entre os técnicos de enfermagem é uma estratégia coletiva benéfica à saúde do trabalhador, por minimizar o esforço físico, dividir os problemas, administrar os conflitos, fortalecer a equipe que fica conhecendo a maneira de fazer dos colegas e com isso podem refazer sua maneira de fazer, aprendizado da profissão, fazem o trabalho em menos tempo, a competição individual é reduzida, a comunicação entre eles aumenta, além das decisões serem tomadas em conjunto.

10 MUDANÇAS REALIZADAS NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DURANTE A PESQUISA DE CAMPO

Durante o decorrer do estudo, uma das grandes reivindicações dos trabalhadores e que se relaciona ao absenteísmo do 6ºA foi atendida: foi contratado mais um técnico de enfermagem para o setor, durante os plantões diurnos. Assim a escala de técnicos da Ala A, diferente de todos os outros setores de internação da instituição, passou a ser de 7 técnicos de enfermagem.

Com essa mudança, os dois plantões diurno (ímpar e par) optaram por maneiras diferentes de alocar esse sétimo funcionário. Um dos plantões optou que o sétimo técnico de enfermagem ficasse na função de circulante. Assim, ele buscaria os materiais na farmácia,

levaria os pacientes para os exames, ou seja, diminuiria uma das funções de cada um dos outros 6 técnicos e não haveria mais a escala de função por enfermaria, já explicitada anteriormente.

Já o outro plantão optou que o sétimo técnico de enfermagem entrasse na divisão dos pacientes, ou seja, 4 técnicos de enfermagem ficariam com 3 pacientes cada e 03 técnicos de enfermagem ficariam com 4 pacientes cada. Com isso, manteria a escala de funções de cada enfermaria responsável por uma função. A coordenação permitiu a livre escolha dos técnicos de enfermagem.

Porém, o que se observou, na maioria das vezes, foi que devido às faltas constantes dos técnicos de enfermagem, em ambos os plantões, o esquema não funcionava. Na prática, o setor continua na maioria dos plantões com os mesmos 6 técnicos de enfermagem.

“O sétimo técnico tem, mas nunca tem né. Quando o sétimo falta, não tem que substituir porque ele já é contado como funcionário extra, então a gente se vira com seis mesmo”. TE 7

“Com o sétimo funcionário melhorou, mas raramente trabalhamos com sete, porque ele não é fixo da escala.” TE 6

Quando há falta de um técnico de enfermagem, mesmo que ele avise com antecedência de 12 horas, não é coberto, ou seja, não é convocado outro funcionário para realizar plantão extra, pois ter um funcionário a mais é tido como um “bônus” da ala A. Assim, a gestão não repõe esse trabalhador. Como as faltas são constantes, poucas vezes trabalha-se com sete funcionários.

Para os técnicos de enfermagem, o cansaço no trabalho surge, principalmente, devido “*grande volume de trabalho*”, gerado quando o plantão está desfalcado, o que acarreta maior esforço físico (que eles informam como “sobrecarga”), maior tempo para realização das tarefas e redução da tomada de decisão em equipe. Tal cansaço é verbalizado por uma das trabalhadoras: “*Tem gente que fica cansado e não vem trabalhar no próximo plantão, falta mesmo ou dá atestado. Falta esse tanto, aí a gente fica desmotivado*” TE5.

Para entender o que significa desmotivado, nesse contexto, foi realizada auto confrontação com a trabalhadora (que explicou: “*Desmotivado é não ter vontade de vir trabalhar, devido à carga de trabalho que surge pelo fato de você ter que dar conta de tudo, somos cobrados da mesma forma quando falta alguém ou não. A gente fala: não vou vir não, pois estou cansado demais. Aí falta mesmo. A gente fica cansada e não resolve nada para melhorar, então continua faltando mesmo*”).

A trabalhadora relatou que mesmo com o plantão desfalcado, além de ter que assumir maior número de pacientes, os TE continuam sendo cobrados em relação à organização do posto de enfermagem, do estoque de materiais, da organização do expurgo. Com isso, além do maior volume de tarefas com cuidados destinados ao paciente, o fato de terem que cumprir todas as metas relacionadas à organização do setor faz com que fiquem ainda mais cansados, o que contribui para gerar um ciclo vicioso de faltas.

A aquisição do novo funcionário ocorreu na gestão do novo coordenador, apesar de ser uma reivindicação da antiga coordenação. Esse coordenador também foi responsável pela criação de uma escala de almoço prescrita, que foi muito citada pelos trabalhadores após implantação, durante verbalizações espontâneas que surgiam no contexto da atividade. Antes, os técnicos de enfermagem se auto organizavam para realizar o intervalo de 1 hora destinada ao almoço. Agora há uma escala, que a coordenação criou (Figura 12) para não deixar o setor desfalcado.

Escala de Horário de almoço						
Escala com 7 funcionários						
601 - 603	604 - 606	607 - 609	610 - 612	613 - 616	617 - 620	621 - 624
11:30 as 12:30	12:30 as 13:30	11:30 as 12:30	12:30 as 13:30	13:30 as 14:30	12:30 as 13:30	13:30 as 14:30
Circulante : 13:30 às 14:30 horas						
Escala com 6 funcionários						
601 - 604	605 - 608	609 - 612	613 - 616	617 - 620	621 - 624	
11:30 as 12:30	12:30 as 13:30	11:30 as 12:30	13:30 as 14:30	12:30 as 13:30	13:30 as 14:30	

Figura 12: Escala de almoço dos técnicos de enfermagem do 6º A
Fonte: Fonte: Setor de Clínica Médica – Ala A do 6º andar do Hospital estudado

Para a supervisão a escala de almoço foi benéfica:

“Antes eles faziam o horário que queriam, aí saíam vários ao mesmo tempo e se tinha uma intercorrência era difícil atender, com poucos técnicos no setor, agora mudou” (Supervisora do setor).

Já para os técnicos de enfermagem a escala não agradou:

“Com essa escala não funciona, aí a gente fica falando que não dá e eles não entendem”(TE 6).

“Antes a gente fazia os nossos horários, a gente combinava. Agora você imagina, eu ter que parar os banhos 11:30 ou outros procedimento com meus paciente, porque está na hora de almoçar. Então, ninguém está gostando, não dá, aí a gente fica desmotivado mesmo” (TE 8).

Com base nesses comentários, essa escala merece destaque e acredita-se que deva ser revista, com participação efetiva dos trabalhadores.

Ao longo da AET, outra questão que os técnicos de enfermagem expressaram é a cobrança em relação ao gasto de fraldas. A coordenação insiste que o gasto com as fraldas estava se tornando “*excessivo*”, já os trabalhadores dizem que essa cobrança acaba tornando o trabalho desmotivante. Afirmam ainda que ficam “*sem vontade de trabalhar*”:

“A gente está tendo que poupar...sempre gastamos o que achávamos que precisava, agora não dá, é muita cobrança no sentido de gastar pouco”(TE 4).

Outra discussão que vale a pena ressaltar ocorreu durante a validação do estudo é que segundo três técnicas, para garantir um trabalho que permita reduzir o cansaço/ fadiga e, por conseguinte, o absenteísmo é necessário comunicar-se tanto internamente quanto com os pacientes e acompanhantes.

“Quando está desfalcado, supervisor tem que conversar e ajudar, tudo que é conversado é entendido. Tem que conversar no sentido de passar nas enfermarias informando sobre falta de funcionário para que todos pacientes e acompanhantes sejam mais pacientes e tem que ajudar os técnicos também nos procedimentos”. TE 6

Outro TE acrescentou:

*“A comunicação é a palavra certa para quando está faltando alguém, tem que passar plantão bem feito e a noite tem que entender que uma coisa ou outra como um acesso venoso ou troca de equipo ficarão pra noite porque não deu para fazer de dia.”*TE 7

Ao analisar as verbalizações supracitadas, começamos a perceber a necessidade de melhorar a comunicação entre os técnicos de enfermagem de turnos diferentes. Isso é necessário para que as passagens de plantão, por exemplo, fiquem mais objetivas e não induzam a qualquer mal entendido, no que diz respeito ao trabalho não realizado pelo turno da manhã.

Os trabalhadores do plantão diurno consideram o seu trabalho mais pesado quando comparado ao do noturno porque é no diurno que ocorre “o banho”, tarefa com a maior demanda de tempo, como demonstrado na análise, e que envolve muitos outros procedimentos, tais como: curativo, troca de fralda e roupa de cama e mobilização dos pacientes, que geram grande esforço físico.

Outra questão diz respeito à comunicação com os pacientes e acompanhantes, para que sejam esclarecidos alguns problemas organizacionais que impedem o bom desempenho dos técnicos. Os trabalhadores se sentem constrangidos quando os clientes os acusam de “nó cego” ou de “maus trabalhadores”. Isso costuma acontecer quando alguns procedimentos que precisam ser realizados se atrasam:

“desmotiva quando o acompanhante fica te cobrando um antibiótico e você está atrasado... você queria ter passado aquela medicação na hora certa, mas não deu, porque tem muita coisa para fazer e aí é ruim.”TE

Atualmente, há quatro enfermeiros durante os plantões noturnos, que se revezam em escalas 12h /72h. Segundo os técnicos de enfermagem, o ideal seriam 8 enfermeiros para que cada um possa assumir apenas um subsetor por plantão e não dois como ocorre atualmente: *“Quando chega segunda tem que ficar organizando setor que foi bagunçado no final de semana ... quando não tem supervisão presente, já viu, né?!”*

Aumentando o quantitativo de enfermeiros, os TE acreditam que será possível organizar melhor o setor e garantir melhor comunicação entre a equipe e também com os clientes.

11 DIAGNÓSTICO

O absenteísmo dos técnicos de enfermagem do 6º A pode ser gerado pelo cansaço/fadiga, devido ao grande esforço físico decorrente da atividade, somado ao aumento do volume de tarefas e a redução da possibilidade de cooperação mútua quando as escalas estão incompletas. (Figura 13)



Figura 13. Esquematização das causas do absenteísmo dos técnicos de enfermagem do 6º A

Essa situação gera maior tempo para realização das tarefas e redução da tomada de decisão em equipe, permanecendo a cobrança, por parte da coordenação, mesmo quando há desfalque nas escalas.

12 RECOMENDAÇÕES

As recomendações para os problemas encontrados encontram-se enumeradas e analisadas abaixo, com base nas sugestões dos trabalhadores e nos conhecimentos de Ergonomia.

Uma técnica empregada durante esta etapa foi a autoconfrontação, onde os problemas encontrados no estudo foram apresentados aos técnicos de enfermagem e a partir de então surgiram recomendações por parte dos trabalhadores, juntamente com as pesquisadoras. Tais recomendações foram reestruturadas e analisadas, posteriormente.

As fotos obtidas durante as etapas do banho foram apresentadas a três trabalhadores, individualmente. Ao ver a sua foto, cada um comentava sobre o que estava fazendo naquele momento. Uma das observadoras anotava as novas verbalizações que surgiam simultaneamente e a outra validava as verbalizações e suas respectivas análises.

Posteriormente, reuniu-se um grupo de quatro trabalhadores, a fim de validar o trabalho final. As mesmas fotos e verbalizações que já haviam sido apresentadas individualmente foram apresentadas ao grupo. Assim, distintos modos operatórios foram discutidos e algumas recomendações surgiam de forma espontânea.

A fim de continuar a elaboração das recomendações, realizou-se reunião com o coordenador do setor, onde o estudo foi apresentado. O coordenador teve acesso às recomendações sugeridas e mostrou-se interessado em adotá-las, após compreender a importância do estudo para os trabalhadores e para o setor.

Por fim, as recomendações das pesquisadoras surgiram com base nos dados obtidos na análise, nas autoconfrontações e nos conhecimentos de Ergonomia.

12.1 RECOMENDAÇÕES ORGANIZACIONAIS

12.1.1 Garantir sétimo funcionário fixo no setor

Por quê? Necessidade de sete funcionários fixos na ala para realizar o trabalho prescrito. Seis funcionários são insuficientes para realização do trabalho no 6º A.

Como? Caso um funcionário falte, a coordenação deverá cobrir esse funcionário, considerando que faz parte da escala e não que é funcionário “bônus” da ala.

Em relação às necessidades constantes de remanejamento de funcionário para outra ala, recomenda-se contratação do técnico de enfermagem volante, que será descrito na próxima recomendação.

Prazo: 3 meses após apresentar proposta do técnico de enfermagem volante à Diretoria.

12.1.2 Contratação de dois técnicos de enfermagem volante

Por quê? Para atender as necessidades de remanejamento da Clínica Médica, sem desfalcocar a ala A do sexto andar.

Como? Os supervisores de enfermagem entram em acordo com coordenador para deslocamento do volante para a ala que necessita, devido falta de funcionário. Se faltar apenas um funcionário, o volante será deslocado para essa Ala.

Caso faltem dois ou mais, deverá ser remanejado conforme escala de Perroca (ANEXO V), que define perfil de gravidade dos pacientes e atualmente já é empregada na Clínica Médica. A ala que estiver com maior número de pacientes em perfil intensivo ou semi-intensivo receberá o funcionário volante.

Caso em algum plantão não ocorra falta em nenhuma ala, esse trabalhador deverá ser deslocado pela coordenação para a ala mais crítica, também segundo a escala de Perroca (Anexo V).

Prazo: 3 meses após apresentar proposta à Diretoria. Logo após aprovação, realizar treinamento da equipe de enfermagem quanto ao remanejamento do funcionário volante.

12.1.3 Formação de parcerias de trabalho no 6 °A

Por quê? A formação de parcerias de trabalho garante menor esforço físico e diminui as queixas de dores osteomusculares e, além disso, agiliza as etapas do banho. Trabalhando em dupla, os TE realizam as tarefas com “divisão do peso do paciente” e há possibilidade da tomada de decisão em equipe, com favorecimento da cooperação entre pares. Além disso, a parceria proporciona assistência de melhor qualidade ao paciente, já que há possibilidade de prestar cuidados, que sozinho, o técnico de enfermagem não conseguiria, tais como: passar hidratante corpóreo e realização do curativo com maior riqueza de detalhes.

Como? Recomenda-se que os TE realizem a formação de parcerias quinzenalmente, seguindo o rodízio de enfermarias, que ocorre nessa mesma periodicidade. Não deverá haver intervenção dos superiores (supervisão e coordenação), garantindo a tomada de decisão e formação de parcerias conforme critérios já empregados pelos técnicos de enfermagem. Recomenda-se que a formação seja realizada no início do primeiro plantão em que está ocorrendo o rodízio de enfermarias e que a definição das enfermarias assumidas nesse período seja estabelecida pelos próprios TE.

Deverá haver formação de duas duplas e um trio de trabalho, garantindo que ninguém fique sozinho, seguindo dois critérios:

- “Afinidade e confiança”: quem trabalha no mesmo estilo fica junto, ou seja, pessoa que é mais detalhista fica com a que se assemelha ao seu jeito e quem é mais objetivo e rápido também fica com quem se assemelha ao seu estilo de trabalho. Dessa forma, haverá confiança entre os pares, evitando o retrabalho.
- Enfermarias próximas: Não deverá haver distância superior a duas enfermarias, entre as enfermarias, que serão assumidas pelas duplas ou trio, ou seja, enfermarias situadas em extremidades não poderão ser assumidas por parceiros, pois isso dificulta a assistência em caso de intercorrências com algum paciente já que a distância e tempo de deslocamento do TE neste caso será maior, com risco dele não identificar ou não chegar a tempo nas intercorrências.

Antes de implementar essa recomendação, ela deverá ser explicada e discutida com os TE. O importante é garantir que ninguém fique sozinho, ou seja, sem parceiro de trabalho, garantindo cumprimento dos critérios de forma amigável, deixando claro que não há exclusão no fato de haver aproximação segundo afinidade e confiança. Essa discussão deverá ser conduzida pelas pesquisadoras, sem participação dos superiores imediatos (supervisão/coordenação), com escala de reuniões previamente acordada com coordenação.

Prazo: Imediatamente após contratação do técnico de enfermagem volante e do estabelecimento do sétimo funcionário fixo no setor.

12.1.4 Estabelecer comunicação entre superiores e clientes diretos (paciente e acompanhante)

Por quê? Deve-se garantir que o paciente e/ou acompanhante saibam que todos os procedimentos e cuidados serão prestados durante o plantão diurno, e que se ocorrer atraso no banho ou na administração da medicação, a vida do paciente não estará em risco.

Como? Sempre que faltar um funcionário ou se algum paciente estiver necessitando de maiores cuidados que os outros, deverá haver comunicação das lideranças com os clientes (pacientes e acompanhantes), com o objetivo de esclarecer os problemas encontrados no plantão, para que haja uma compreensão que faça com que os trabalhadores não sejam culpados e apontados como “nó cegos”. Para isso, recomenda-se que os enfermeiros supervisores, durante o plantão, avaliem dois critérios:

- Falta de funcionário;
- Atraso em procedimentos.

Caso haja falta de funcionário, caberá ao enfermeiro avisar aos clientes durante a corrida de leito, realizada na parte da manhã pelos supervisores, que todos os procedimentos e cuidados serão prestados durante o plantão diurno, e que se ocorrer um atraso no banho ou na administração da medicação, a vida do paciente não estará em risco.

Se houver atraso nos procedimentos, tais como: banho, administração de medicações, caberá ao enfermeiro verificar com o TE o porquê do atraso e estabelecer as prioridades junto com os TE, por exemplo: se um paciente estiver com dor e há medicação para dor (analgésico) prescrita, ela será prioridade e não deverá ser administrada com atraso.

Prazo: Imediato

12.1.5 Estabelecer comunicação entre superiores e técnicos de enfermagem

Por quê? Garantir momento com supervisor para esclarecer as dificuldades dos TE.

Como? Considerando que a comunicação pede um fluxo de informações, ou seja, não é suficiente apenas repassar um dado, um acontecimento, é preciso abrir espaço para que os funcionários possam tirar dúvidas e apresentar sugestões. Recomenda-se reunião semanal com os trabalhadores – técnicos de enfermagem e enfermeiros, a fim de garantir tal fluxo de informações. Essas reuniões não terão horário fixo estipulado e local estipulado. Caberá aos TE se organizarem para eleger um TE que será responsável por avaliar um momento em que o plantão está mais tranquilo e ele será responsável por reunir a equipe com o enfermeiro para que esse momento de esclarecimento de dificuldades ocorra.

Prazo: Imediato

12.1.6 Estabelecer escala de almoço flexível

Por que? A escala de almoço formalizada com horários rígidos por enfermaria não é aplicável. Porém entende-se a intenção da coordenação com a formalização da escala: o setor não pode ficar com um número muito reduzido de técnicos de enfermagem durante o horário de almoço devido a possibilidade de acontecerem intercorrências com os pacientes. Assim, é aplicável uma escala de almoço formal, porém sem definição rígida de horários e pessoas.

Como? Recomenda-se formalizar a escala de almoço com divisão fixa de horários, porém não especificando pessoas e nem enfermarias. Assim os técnicos de enfermagem podem se organizar e deixarem o setor para horário de almoço de acordo com sua disponibilidade naquele dia. Deverá também ser acordado entre técnicos de enfermagem e supervisão/coordenação que o setor em nenhum momento deve estar com menos de quatro técnicos de enfermagem.

Prazo: Imediato

12.1.7 Implantar uma Farmácia Satélite no sexto andar do hospital

Por quê? A farmácia atualmente encontra-se no térreo da instituição. Diariamente, por mais de uma vez ao dia os técnicos de enfermagem precisam descer 6 andares para buscar os

materiais de banho, fraldas e as medicações prescritas para os pacientes. O tempo médio de cada ida à farmácia é de 40 minutos.

Como? Recomenda-se a criação de uma farmácia satélite no 6º andar, onde já existe espaço apropriado para este fim. Essa farmácia ficará em uma distância de cerca de dez metros do posto de enfermagem, que está localizado na região central de cada ala. Será numa sala de cerca de 3,0 mx 4,0m, em localização central às duas alas do sexto andar, ou seja, ficará a uma distância de cerca de 15 metros do posto de enfermagem da ala A.

Essa farmácia deverá ter as mesmas características de outras farmácias satélites já existentes na instituição, como a da Unidade de Terapia Intensiva e Pronto Socorro. Tais farmácias apresentam todo o estoque de material e medicamentos que é usado no setor em que está localizada (medicamentos, materiais médico hospitalares: fraldas, almotolias, álcool, produtos antissépticos, aventais descartáveis para banho, gaze, ataduras, esparadrapo, micropore, papel toalha). O quadro de funcionários e estrutura da farmácia deverá ser definido pela coordenadora de farmácia.

É importante ressaltar que essa farmácia atenderia toda a Clínica Médica, ou seja, ao quinto e ao sexto andar.

Prazo: 1 ano. Recomendação já foi aprovada pela Diretoria.

12.2 EQUIPAMENTOS DE TRABALHO

12.2.1 Adquirir carrinhos para banho

Por quê? Os carrinhos de banho apresentam-se em número insuficiente (são somente três).

Como? Recomenda-se, então um carrinho para cada enfermaria, o que foi discutido em reunião com o coordenador do setor e com os trabalhadores. Ficariam no total 10 carrinhos, estando um reservado para demandas de manutenção, exemplo: substituição de carrinho que estragou, até que este volte do setor de Manutenção Hospitalar.

O carrinho recomendado segue o mesmo padrão dos carrinhos de banho já utilizados no hospital, fabricados em aço inoxidável, com rodinhas, e duas bancada para apoiar

materiais. O equipamento recomendado, no entanto, terá acréscimo de um suporte para lixeira ou bacia na lateral, o que foi recomendado pelos trabalhadores.



Figura 14: Modelos de carrinho para banho.
Disponível em: <www.altafarma.com.br>.Consulta em 16/03/13.

Prazo: 06 meses após aprovação da Diretoria do hospital.

12.2.2 Adquirir cadeiras para banho

Por quê? Durante as observações, evidenciou-se a presença de poucas cadeiras de banho, o que acarreta deslocamentos dos técnicos de uma enfermaria para outra para pegar cadeira emprestada com o colega, quando o banho é realizado na cadeira, ou seja, no banheiro.

Como? Os trabalhadores relatam que hoje são 5 cadeiras e que o ideal são 9, ou seja, uma por enfermaria. Sugerimos compra de mais 5, totalizando 10, para que uma fique reservada em casos de manutenção, com necessidade de substituição.



Figura 15: Modelos de cadeira para banho.
Disponível em: < www.pontomedico.com.br > Consulta em 16/03/13.

Prazo: 06 meses após aprovação da Diretoria do hospital.

12.2.3 Adquirir lixeiras para desprezar o material da troca de curativo durante o banho

Por que? Existe apenas uma lixeira em cada enfermaria, mesmo que esta tenha 04 leitos. Pela distância em que a lixeira pode estar durante os procedimentos de cuidado de enfermagem há dificuldade no momento de desprezar as fraldas e os materiais de curativo, além de rapidamente se tornarem cheias pelo grande volume de material sujo.

Como? O carrinho recomendado para levar os materiais de banho (vide item **12.2.1** das recomendações) possui espaço para colocar saco de lixo, o que resolveria o problema de distância da lixeira para desprezar os materiais de curativo durante o banho.

Porém, há outros momentos em que os TE realizam cuidados com o paciente, que não ocorrem durante o banho como: troca de fralda e de curativo que está com muita secreção; por esse motivo, sugere-se também a compra de mais quatro lixeiras (mais uma lixeira de pedal em cada enfermaria de quatro pacientes), ficando assim uma lixeira para cada dois pacientes. As lixeiras devem ter as especificações semelhantes às já existentes no presente momento no setor: cor clara para facilitar a desinfecção, devido fácil visualização de sujidades, com pedal para abertura da tampa, cerca de 8 litros.



Figura 16: Modelos de lixeira.
Disponível em: < cleaningsolutions.com.br > Consulta em 16/03/13.

Prazo: 3 meses após discutir com a coordenadora do Programa de Gerenciamento de Resíduos Hospitalares e obtivermos aprovação da Diretoria.

12.2.4 Adquirir lençol com maior largura para forrar o colchão

Por quê? O lençol sem elástico existente exige que os técnicos de enfermagem façam a amarração deste nas partes superior e inferior do colchão, com emprego de força física importante e gerando dobras no colchão, pelo fato do lençol não ter a largura necessária para amarrar o lençol no colchão.

Como? Recomenda-se, portanto, a aquisição de lençóis em novo modelo, com maior largura e o mesmo comprimento dos já existentes. O lençol deverá ter as seguintes medidas: 2,10m de largura e 1,98m altura. Para isso, deverá ser realizada reunião com fornecedor dos lençóis para confecção de vinte lençóis que serão usados como teste na ala A.

Prazo: 6 meses após aprovado pela Diretoria.

12.2.5 Adquirir novos suportes para esparadrapo e micropore

Por quê? Conforme explicitado na análise da atividade, atualmente os esparadrapos e micropores ficam suspensos em suportes de ferro com cadeado em apenas um dos lados da enfermaria de 04 pacientes. Por questões de risco de contaminação e contenção de custos foi

necessária esta modificação. Porém é significativa a distancia entre o suporte e os leitos do lado oposto a este, causando dificuldades para os técnicos, principalmente durante o banho.

Como? Recomenda-se a aquisição de mais quatro suportes (um para cada enfermaria de quatro leitos) iguais aos existentes atualmente, para serem fixados nas paredes em cada lado da enfermaria, ficando então um suporte para cada dois pacientes. Cada suporte deverá apresentar um cadeado, garantindo que os pacientes e acompanhantes não retirem o esparadrapo e o micropore do suporte. O técnico de enfermagem que se encontra na enfermaria, deverá guardar a chave do cadeado para repor esparadrapo e micropore, quando necessário.



Figura 17: Modelo do suporte para esparadrapo e micropore.

Prazo: 2 meses.

12.3 MOBILIÁRIOS

12.3.1 Adquirir armários suspensos destinados ao armazenamento de luvas de procedimento.

Por que? As luvas de procedimento estão localizadas no posto de enfermagem, na região central do subsetor. Assim, o TE deve sempre se deslocar da enfermaria para o posto quando demanda esse Equipamento de Proteção Individual (EPI). A estratégia adotada pelos trabalhadores é colocar luvas nos bolsos dos jalecos (aventais), o que não é recomendado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do hospital, devido ao risco de contaminação antes do uso, podendo ser fator contribuinte para infecção hospitalar.

Como? Recomenda-se que as caixas de luvas fiquem em um armário suspenso dentro das enfermarias, o que evitaria o deslocamento excessivo e falta de EPI durante as emergências. Além disso, há redução do risco de contaminação do EPI com conseqüente infecção do paciente por agentes causadores de doenças (por exemplo: bactérias e fungos), por não mais ser necessário colocar as luvas no bolso.

Armário recomendado: armário suspenso, cor clara para facilitar a desinfecção, por garantir fácil visualização de sujidades, cerca de 1,0m x1,0m. Durante autoconfrontação um dos trabalhadores sugeriu que fique localizado em local acessível para todos os trabalhadores, considerando as diferenças de estatura dos TE da ala. Assim, o armário deverá ficar na parede próximo à janela, em região central da enfermaria, em altura acessível a todos.



Figura 18: Modelo de armário suspenso
Disponível em: <workmoveis.com.br>

Prazo: 6 meses após aprovação da diretoria.

12.3.2 Adquirir 30 camas eletrônicas (recomendação ideal).



Figura 19: Modelo de cama eletrônica

Disponível em: < <http://www.engeclinical.com.br/cama-eletronica/>> Consulta em 16/03/13.

Por quê? As camas da ala apresentam elevação da cabeceira de forma manual, através de manivela situada em região inferior da cama, o que leva a agachamento constante e flexão do tronco. Observou-se também que muitas camas apresentam as grades “emperradas” e manivelas que não funcionam, estragadas ou “duras”.

Como? Recomenda-se camas eletrônicas para minimizar a adoção de posturas extremas, tais como: flexão e rotação do tronco, agachamento e elevação dos membros superiores, além de auxiliar o técnico na mobilização e posicionamento do paciente.

Prazo: 5 anos, devido custo elevado.

12.3.3 Reformar as camas atuais (situação sugerida para o momento, em razão do menor custo).

Por que? Observou-se que muitas camas apresentam as grades “emperradas” e manivelas que não funcionam, estragadas ou “duras”. As manivelas levam ao agachamento e flexão do tronco, não sendo ideais.

Como? Em decorrência dos recursos financeiros reduzidos, recomenda-se, para curto prazo, reforma das manivelas das camas, para que o técnico não necessite agachar para girá-la. A cama deverá ter manivela com localização no fim da cama, abaixo do estrado.

Já as grades deverão apresentar dispositivo que possibilite que ela desça e suba sem precisar retirá-las. Todas deverão ser lubrificadas periodicamente para não emperrar. A cama com esse tipo de grade ficará da seguinte maneira:



Figura 20: Modelo de cama com grade ajustável

Prazo: 6 meses após aprovação da coordenação de Engenharia Hospitalar.

13 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o estudo, foi possível levantar a necessidade de realizar um posterior estudo com os dois plantões noturnos da ala A, a fim de atender a uma sugestão dos trabalhadores do plantão diurno: melhor divisão das tarefas entre os plantões diurnos e noturnos. Sem conhecer a realidade de trabalho dos plantonistas da noite, não é possível recomendar algo que foi sugerido apenas por “um dos lados”, ou seja, pelos trabalhadores do diurno, que consideram o seu trabalho mais pesado quando comparado ao do noturno, considerando que é no plantão que ocorre “o banho”, tarefa com a maior demanda de tempo, como demonstrado na análise, e que envolve muitos outros procedimentos, tais como: curativo, troca de fralda e roupa de cama e mobilização dos pacientes, que geram grande esforço físico.

Os trabalhadores do plantão diurno consideram que a organização e reposição de materiais do arsenal (local destinado ao depósito de material esterilizado do setor, tais como

bacias, jarros, marrecos e cumadres, almotolias), além do material para curativo deverá ser feito durante o plantão noturno. A troca de equipo (dispositivo que leva o soro até acesso venoso) e curativo dos acessos, que deve ocorrer diariamente, para eles também deveria ser tarefa para os plantonistas da noite.

Os trabalhadores relataram, nesse estudo, que para garantir o fluxo de informações do subsetor seria recomendada a contratação de quatro enfermeiros para o plantão noturno, pois esses seriam o elo de comunicação com o plantão diurno e garantiriam a organização do subsetor e repasse de plantão com demandas de troca de equipo e curativo, além de organização do arsenal cumpridas. Somente com estudo da atividade do plantão noturno será possível analisar a aplicabilidade dessas recomendações.

14 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, J.;SNELWAR, L.; SILVINO,A.; SAARMET, M.; PINHO,D. **Introdução à Ergonomia: da prática à teoria**. São Paulo : Edgard Blücher, 2009. 240p.

ARAUJO, I.R.L.; VIEIRA, A.S.; CAVALCANTE, M.A.S. **Contribuições de Vygotsky e Bakhtin na linguagem: sentidos e significados**. Debates em Educação - ISSN 2175-6600. Maceió, Vol. 1, nº 2 Jul./Dez 2009

BOUTET, J. **A Atividade do trabalho nas centrais de atendimento: um trabalho de linguagem**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, 31 (114): 73-82, 2006

CLOT, Y. **A função psicológica do trabalho**. Editora vozes, Rio de Janeiro, 2006.

GUÉRIN F.; LAVILLE, A. DANIELLOU, F.; DURAFFOURG, J.; KERGUELEN, A. **Compreender o trabalho para transformá-lo**. São Paulo : Edgard Blücher, 2001. 200p.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989. 236 p.

LAROCCA, L.M., MAZZA V.A. **Habermas e Paulo Freire: referenciais teóricos para o estudo da comunicação em enfermagem**. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2003 ago;24(2):169-76.

LIBÂNEO, J. C.; FREITAS, R. A. M. M. **Vygotsky, Leontiev, Davydov: três aportes teóricos para a Teoria Histórico-Cultural e suas contribuições para a Didática**. CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO, 4., 2006, Goiânia. *Anais...* Goiânia, 2006.

LUCCI, M.A. **A proposta de Vygotsky: A psicologia sócio-histórica**. In: Revista de curriculum y formación del profesorado. **10, 2 (2006)**.

MACHADO, M.M.T., LEITÃO G.C.M., HOLANDA F.U.X. **O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem.** Rev Latino-am Enfermagem 2005 setembro outubro; 13(5):723-8.

MARZIALE, M.H.P.; ROBAZZI, M.L.C.C. **O trabalho de enfermagem e a ergonomia.** Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 124-127, dezembro 2000.

ROSA, P.R.S. **A teoria de Vygotsky.** Departamento de Física UFMS. Capítulo V.

200, A.D.V.; MARZIALE, M.H.P. **A situação de trabalho do pessoal de enfermagem no contexto de um hospital argentino: um estudo sob a ótica da ergonomia.** Rev.latino am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 102- 108, janeiro 2001.

SALZANO, S.D.T.; SILVA, A.; WATANABE, E. **O trabalho de enfermeiro no centro de material.** *Rev. Paulista de Enfermagem.* São Paulo, 9(3): 103-108, set/dez, 1996.

VASCONCELOS, R.C. **A gestão da complexidade do coletor de lixo e a economia do corpo. Defesa de doutorado. São Carlos, 2007.**

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem.** Livraria Martins Fontes Editora,1991.

GLOSSÁRIO

Principais termos empregados pelos técnicos de enfermagem:

- **Almotolia:** Recipiente plástico utilizado na área de saúde para armazenar álcool ou sabão.
- **Arsenal:** área de armazenagem de materiais estéreis.
- **Aspiração de vias aéreas:** retirada de secreção das vias aéreas superiores: nariz, boca, laringe, usando sonda estéril e própria para esse fim, além de luvas estéreis e óculos de proteção facial e sistema de aspiração a vácuo, que se encontra acoplado na parede da enfermaria, próximo à cama do paciente.
- **Banho no leito:** banho realizado no leito (cama do paciente).
- **Bomba de infusão:** aparelho utilizado para infundir líquido (nutrientes e medicamentos), com controle de fluxo e volume nas vias venosa, arterial ou esofágica.
- **Central de Material Esterilizado (CME):** é a área responsável pela limpeza e processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares. É na CME que se realiza o controle, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares (SALZANO,1996).
- **Coletor urinário:** unidade coletora de urina para homens, utilizada para armazenar urina para exames, mensurar volume da urina ou simplesmente para armazenar urina de paciente dependente. Contém um coletor plástico, conectado a uma mangueira, que liga o coletor a uma “camisinha”.
- **Coxim:** almofada utilizada pelos profissionais de saúde para apoiar diferentes partes do corpo.
- **Deambular:** termo que faz referência ao fato do paciente andar.
- **Embutir:** colocar tecido (lençol/ traçado) em baixo do corpo do paciente. Tal medida permite que o paciente possa permanecer no leito ao trocar roupa de cama.
- **Expurgo:** área destinada a receber, conferir, lavar e secar os materiais usados, provenientes do Centro Cirúrgico e Unidades de Internação. Posteriormente, esses materiais são recolhidos pela enfermagem e destinados à CME para esterilização.
- **Hamper:** recipiente que apresenta saco plástico, destinado ao armazenamento de roupa suja, em geral, nas enfermarias.
- **Mudança de decúbito:** alteração do decúbito, realizada manualmente, com emprego de força física, e técnica adequada pela enfermagem. **Decúbito** é um termo médico que se

refere à posição da pessoa que está deitada, não necessariamente dormindo. Os tipos de decúbito são:

- Decúbito dorsal ou supina (pessoa deitada com a barriga voltada para cima);
 - Decúbito ventral ou prona (pessoa deitada de bruços);
 - Decúbito lateral (pessoa deitada para o lado esquerdo ou direito);
 - Posição de Trendelenburg (variável da supina, onde a parte superior do dorso é abaixada e os pés são elevados numa angulação de 10° a 15°);
 - Posição de Fowler (variável da supina, porém a cabeceira é elevada a um ângulo de 45° a 60° e os joelhos são ligeiramente elevados);
 - Posição de Sims (similar à posição lateral, mas o peso do paciente é colocado no íliaco anterior, úmero e clavícula).
-
- **Paciente dependente:** aquele que necessita de auxílio na realização de cuidados. A dependência é classificada em parcial ou total.
 - **Posto de enfermagem:** área destinada aos profissionais de enfermagem, onde ocorre preparo e armazenamento das medicações que serão administradas, além de conter estoque de alguns materiais médico hospitalares. Possui uma pia com torneira e balcão para o preparo dos medicamentos, possui armários identificados para acomodar devidamente o que será administrado no paciente.
 - **Sistema MV:** sistema de gestão/software destinado ao controle e histórico de pacientes. Trata-se de um prontuário eletrônico.
 - **Sonda nasoentérica:** tubo de polivinil que é introduzido pelo nariz ou boca e vai até a porção duodenal a fim de administrar dieta em paciente que não é capaz de deglutir.
 - **Traçado:** trapos de tecido colocados por cima do lençol em pacientes que não se movimentam sem auxílio, a fim de facilitar a mobilização do paciente no leito.
 - **Traqueostomizado:** paciente que possui uma traqueostomia, ou seja, abertura cirúrgica na parede anterior da traquéia, destinada à respiração.

ANEXOS

ANEXO I

ABSENTEÍSMO GERAL 6º A e 6º B

Técnicos de Enfermagem Clínica Médica 6º A - ABSENTEÍSMO									
TE	N dias dos atestados	Plantões perdidos atestado	N de Atestados	Faltas Injustificadas (em dias)	Faltas Justificadas (em dias)	Total plantões perdidos	Admissão	PLANTÃO	Total de plantões perdidos
TE 1	41	22	3	0	0	22	07 11 2011	Diurno I	54
TE 2	0	0	0	0	0	0	14 06 2012		
TE 3	2	1	1	0	0	1	11 12 2007		
TE 4	34	21	10	2	2	25	11 01 2008		
TE 5	0	0	0	0	0	0	04 06 2012		
TE 6	4	4	4	0	0	4	06 02 2012		
TE 7	0	0	0	0	0	0	21 05 2012		
TE 8	0	0	0	0	2	2	10 09 2009		
TE 9	0	0	0	0	0	0	22 06 2012		
TE 10	7	6	5	4	1	11	10 03 2011	Diurno II	34
TE 11	1	1	1	2	1	4	03 01 2012		
TE 12	0	0	0	0	0	0	13 07 2012		
TE 13	0	0	0	1	0	1	02 07 2012		
TE 14	0	0	0	2	0	2	11 07 2012		
TE 15	0	0	0	0	0	0	25 05 2012		
TE 16	4	2	1	14	0	16	08 02 2012		
TE 17	5	3	1	0	0	3	06 03 2009	Noturno I	55
TE 18	19	12	7	7	0	19	02 03 2008		
TE 19	6	4	2	2	1	7	18 03 2009		
TE 20	1	1	1	1	0	2	01 12 2010		
TE 21	25	15	5	5	1	21	17 11 2008		
TE 22	1	1	1	2	0	3	02 01 2012		
TE 23	3	2	2	0	1	3	02 01 2012	Noturno II	51
TE 24	31	21	14	2	0	23	20 09 2006		
TE 25	7	5	5	1	0	6	06 01 2011		
TE 26	7	4	4	3	0	7	06 05 2009		
TE 27	5	3	3	1	0	4	12 09 2006		
TE 28	5	4	3	4	0	8	21 06 2011		

Técnicos de Enfermagem Clínica Médica 6º B - ABSENTEÍSMO									
TE	N dias atestados	Plantões perdidos atestado	N de Atest.	Faltas Injustificadas (em dias)	Faltas Justificadas (em dias)	Total plantões perdidos	Admissão	PLANTÃO	Total de plantões perdidos
TE 1	17	10	4	0	2	12	10/12/2010	Diurno I	72
TE 2	10	6	4	0	0	6	17/09/2006		
TE 3	21	13	6	0	0	13	06/06/2011		
TE 4	26	18	15	4	0	22	20/09/2006		
TE 5	24	15	6	0	0	15	16/02/2008		
TE 6	3	2	1	0	1	3	22/07/2011		
TE 7	1	1	1	0	0	1	12/01/2012		
TE 8	38	16	5	0	0	16	08/12/2011	Diurno II	39
TE 9	0	0	0	1	0	1	09/07/2012		
TE 10	2	1	1	1	0	2	23/04/2012		
TE 11	28	17	9	2	0	19	14/11/2006		
TE 12	0	0	0	0	0	0	08/12/2011		
TE 13	0	0	0	0	0	0	14/08/2011		
TE 14	0	0	0	1	0	1	03/07/2012		
TE 15	0	0	0	2	1	3	09/12/2011	Noturno I	100
TE 16	17	10	3	4	0	14	05/10/2010		
TE 17	0	0	0	0	0	0	17/05/2012		
TE 18	50	32	16	3	5	40	10/03/2009		
TE 19	0	0	0	3	0	3	07/05/2009		
TE 20	29	20	13	3	2	25	05/10/2010		
TE 21	37	12	9	3	0	15	08/05/2008		
TE 22	48	26	12	2	2	30	01/09/2006	Noturno II	78
TE 23	3	2	1	1	0	3	01/06/2006		
TE 24	7	5	4	2	0	7	02/01/2012		
TE 25	29	15	8	11	0	26	01/06/2006		
TE 26	17	10	6	2	0	12	18/08/2011		

ANEXO II**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) – TAREFA DAR BANHO****TAREFA:** Banho no leito**EXECUTANTE:** Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem**OBJETIVO:**

1. Limpeza
2. Eliminação de odores desagradáveis.
3. Redução do potencial de infecções.
4. Estimulação da circulação.
5. Oferecimento de sensação refrescante.
6. Melhora da auto-imagem
7. Conforto do paciente
8. Fornecer uma oportunidade para examinar a pele e a mobilidade física.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Bandeja ou carrinho contendo:
- Jarro com água
- Bacia
- comadre
- Sabonete líquido/barra
- Compressa ou pedaço de pano
- 01 toalha de banho/lençol
- Lençol
- 01 fronha
- 01 traçado
- camisola ou pijama
- 01 impermeável ou saco plástico
- Luvas de procedimento
- Hamper
- Produtos de higiene pessoais
- Biombo

ATIVIDADES:

- Realizar higienização do paciente.
- Evitar correntes de ar para que o paciente não resfrie.
- Observar a temperatura da água para evitar queimaduras.
- Evitar sabão no rosto devido à alergias (prestar atenção se a pele não está ficando hiperemiada)
- Realizar exercícios com as articulações e massagens no sentido da corrente circulatória, exceto em pacientes com varizes (favorece o retorno venoso.). Não massagear proeminência óssea.
- Secar bem as dobras do paciente evitando assadura.
- Solicitar avaliação do Enfermeiro se alteração da pele. Em caso de hiperemia e em proeminência óssea o Enfermeiro deverá prescrever o filme transparente para prevenção de úlcera.
- Lavar primeiro as partes limpas e por último as contaminadas.
- Realizar exame físico.

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ESSENCIAIS:

1. Conversar com o paciente sobre o que será feito;
2. Preparar o ambiente: desocupar a mesa de cabeceira, colocar a cadeira aos pés do leito, trazer o biombo e o hamper;

3. Lavar as mãos;
4. Organizar e levar o material, colocando-o próximo do paciente; Colocar as luvas;
5. Colocar as luvas;
6. Soltar a roupa do leito;
7. Lavar o rosto e fazer a higiene oral;
8. Despir o paciente sem o expor;
9. Colocar a toalha de banho/lençol sobre o tórax, descer o lençol até a região pubiana;
10. Lavar e enxugar o membro superior mais distante, depois o mais próximo, iniciando sempre pela extremidade distal;
11. Oferecer bacia com água e pedir para o cliente que lave as mãos, se o paciente tiver condições;
12. Pedir ao cliente para colocar os braços sobre o travesseiro;
13. Lavar e enxugar as axilas, começando pela mais distante;
14. Lavar e enxugar o tórax. Nas mulheres, fazer higiene cuidadosa na base dos seios, para evitar lesões, especialmente em pessoas obesas;
15. Lavar e enxugar o abdome;
16. Colocar a toalha sob os membros inferiores, lavar e secar a perna mais distante e em seguida a proximal, iniciando nos pés e terminando a região inguinal;
17. Virar o cliente em decúbito lateral;
18. Colocar a toalha sob as costas e abaixar o lençol;
19. Lavar, secar e massagear o tronco e as nádegas;
20. Colocar as roupas de cama;
21. Virar o cliente em decúbito dorsal;
22. Colocar a toalha de banho e a comadre forrada, sob a região glútea;
23. Dar o material para o paciente fazer lavagem externa, ou se necessário, fazê-la, incluindo a região suprapúbica;
24. Retirar a comadre e a toalha;
25. Hidratar a pele do paciente
26. Vestir o paciente;
27. Retirar as luvas;
28. Pentear o cabelo;
29. Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem;
30. Lavar as mãos;
31. Realizar evolução de enfermagem.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:

- Orientar o funcionário e treinar com o POP de banho no leito
- Comunicar ao enfermeiro/médico quando houver perda de acesso venoso periférico e/ou central, decanulação da traqueostomia, extubação acidental, parada cardíaco- respiratória.
- Preencher a ficha de evento indesejável na intranet

ELABORADO POR: Jurene Toni (enfermeiro).

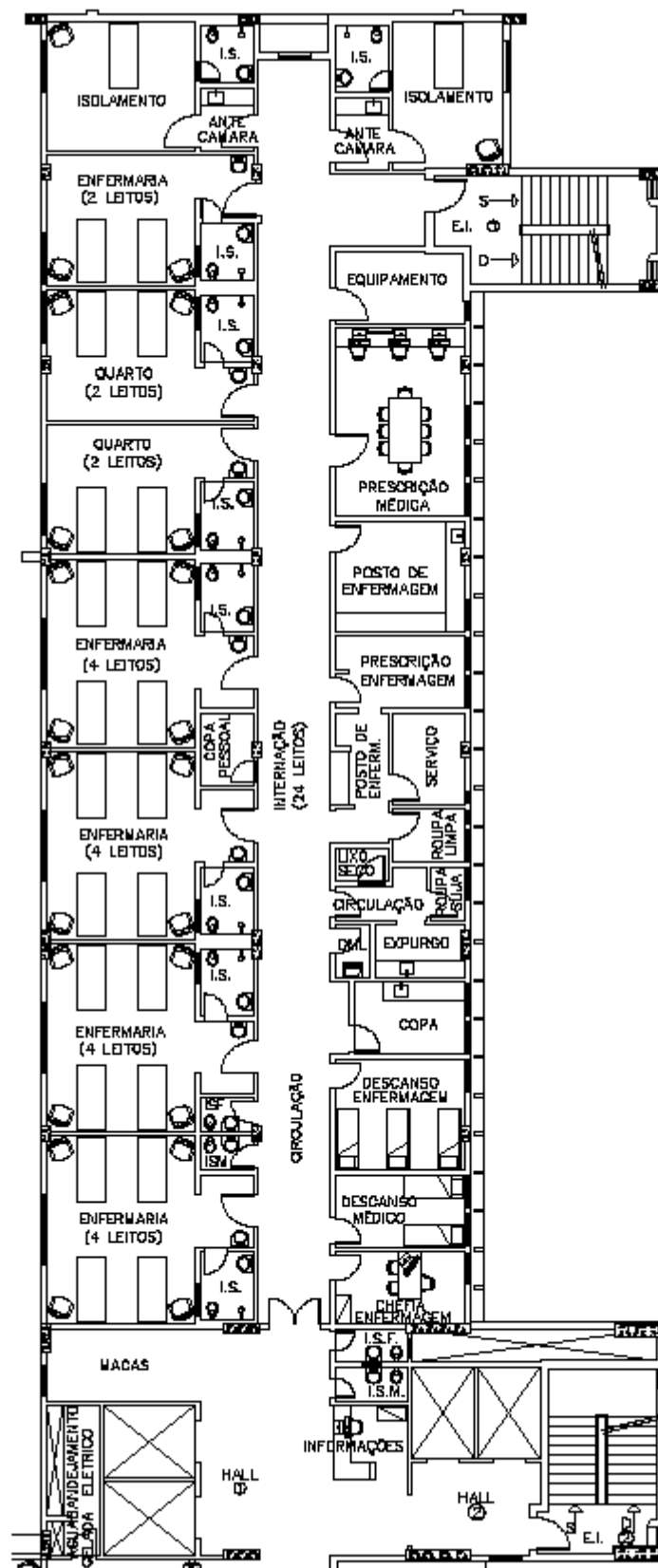
APROVADO POR: Kelen Adriane da Silva Sousa (Assessoria Coordenação Técnica de enfermagem) e Cristiane Soares Ferreira (acd. Enfermagem) e Rita Gonçalves (Coordenação Técnica de Enfermagem).

REFERÊNCIAS:

1. Koch, Rosi M. Técnicas básicas de Enfermagem. Florence distribuidora de livros, 18º ed. Curitiba, 2001. p 29-30
2. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>. Acesso em: 18/04/2001 às 14:30.
3. CRAVEN H. Fundamentos de Enfermagem 4 Ed. Guanabara Koogan 2007. Pág 710-712.

ANEXO III

PLANTA BAIXA DA ALA A DO SEXTO ANDAR – CLÍNICA MÉDICA



ANEXO IV

TAREFA PRESCRITA DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Realizar procedimentos de admissão

Posicionar o paciente no leito;
Realizar higienização do paciente
Recolher pertences do paciente, protocolar e encaminhar ao Serviço Social
Realizar exames de glicemia e ECG (Eletrocardiograma);
Colher sangue, identificar e encaminhar ao laboratório

Prestar assistência aos pacientes

Posicionar o paciente no leito;
Aferir sinais vitais;
Auxiliar paciente nas refeições
Solicitar dieta quando necessário
Encaminhar exames;
Puncionar acesso venoso quando necessário
Trocar acesso conforme normas pré-estabelecidas
Realizar/trocar curativos;
Administrar medicação
Realizar banho de leito;
Trocar fralda;
Trocar soro/dieta;
Aspirar paciente quando necessário
Auxiliar o enfermeiro em casos de intercorrências
Auxiliar nos procedimentos multiprofissionais;
Acompanhar o paciente em procedimentos internos e externos;

Organizar ambiente de trabalho

Recolher roupas de cama;
Trocar roupa de cama;
Solicitar higienização do leito
Realizar desinfecção do leito
Realizar desinfecção dos equipamentos hospitalares
Repor enxoval;
Separar as roupas destinadas a cada paciente;
Encaminhar cilindro de oxigênio para troca
Encaminhar os aparelhos com defeito ao local próprio
Repor almotolias;
Buscar materiais para o banho do paciente;
Realizar higienização dos materiais utilizados banho e materiais respiratórios e encaminhar à Central de Material Esterelizado

Preparar alta

Verificar alta do paciente no sistema;
Preparar o paciente;
Solicitar à secretária do setor que peça ao Serviço Social para entrar em contato com a família
Orientar os familiares quanto aos cuidados necessários com o paciente

Entregar os pertences do paciente;
Devolver os medicamentos que não foram utilizados
Realizar a alta hospitalar do paciente no sistema MV;
Acompanhar o paciente á portaria
Solicitar à equipe de limpeza a desinfecção do leito

Preparar óbito

Identificar o óbito
Comunicar o óbito ao médico
Preparar o corpo;
Identificar o paciente com nome e data do óbito
Evoluir no sistema;
Encaminhar o paciente ao necrotério
Entregar os pertences do paciente à família
Encaminhar a família ao Serviço Social
Encaminhar formulário específico preenchido ao Registro e ao Serviço Social
Solicitar á equipe de limpeza a desinfecção do leito
Encaminhar material respiratório ao expurgo
Realizar desinfecção das bombas de infusão
Identificar e devolver medicação que não foi utilizada

ANEXO V

TABELA DE PERROCA

PERROCA CLINICA MÉDICA				
MÊS:				ANO:
DIA:				
5° A				
	CSI	CM	CIM	CIT
MÊS:				ANO:
DIA:				
5° B				
	CSI	CM	CIM	CIT
MÊS:				ANO:
DIA:				
6° A				
	CSI	CM	CIM	CIT
MÊS:				ANO:
DIA:				
6° B				
	CSI	CM	CIM	CIT

LEGENDA:**Escala Perroca****CSI – Cuidados Semi-intensivos****CM – Cuidados Mínimos****CIM – Cuidados Intermediários****CIT – Cuidados Intensivos**

Esse **Sistema de Classificação de Pacientes** disponibiliza dados das condições do paciente e deve ser preenchido conforme definições abaixo:

- **Cuidados mínimos:** cuidados a pacientes estáveis do ponto de vista clínico e da enfermagem e fisicamente auto suficientes em relação ao atocuidado (higiene corporal/alimentação);
- **Cuidados intermediários:** cuidados a paciente estáveis do ponto de vista clínico e da enfermagem, mas com parcial dependência das ações de enfermagem para atendimento das necessidades humanas básicas (higiene corporal/alimentação);
- **Cuidados semi intensivos:** cuidados a pacientes estáveis do ponto de vista clinico, porém com total dependência das ações de enfermagem
- **Cuidados intensivos:** cuidados a pacientes instáveis do ponto de vista clinico, porém com total dependência das ações de enfermagem