

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

**JULIANA LLOYD GARZON GOMES**

**A COOPERAÇÃO ENTRE OS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM EM UMA ALA DE  
INTERNAÇÃO: Desafios na construção do coletivo**

Belo Horizonte

2013

JULIANA LLOYD GARZON GOMES

**A COOPERAÇÃO ENTRE OS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM EM UMA ALA DE  
INTERNAÇÃO: Desafios na construção do coletivo**

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

JULIANA LLOYD GARZON GOMES

**A COOPERAÇÃO ENTRE OS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM EM UMA ALA DE  
INTERNAÇÃO: Desafios na construção do coletivo**

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<sup>ª</sup>. Dra. Raquel Guimarães Soares – Orientadora  
(UFMG)

---

Prof. Dr. Adson Eduardo Resende – UFMG

---

Prof. Dr. Airton Marinho da Silva - UFMG

Belo Horizonte  
2013

*Dedico esse trabalho aos meus amados pais, pelo apoio incondicional e suporte emocional, meu companheiro Luciano e minha querida irmã, pelo amor, incentivo e compreensão.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado condições de lutar e alcançar os objetivos pretendidos. Muito obrigada pelos desafios que colocou em minha vida durante essa jornada, pois eles me ensinaram a vencer com qualidade e sabedoria.

À minha família, por acreditar e investir em mim. Mãe, seu cuidado, amor, dedicação e incentivo constantes me deram a esperança para seguir e acreditar. Pai, sua presença significou segurança e certeza de que não estava sozinha nessa caminhada. Luciana, irmã amiga e meu grande exemplo de persistência nos estudos.

Ao meu amado Luciano, agradeço pelo carinho, paciência e por sua capacidade de me trazer paz na correria do cotidiano.

À Dra. Marcela Sousa, pelas alegrias, tristezas e madrugadas compartilhadas. Com você vivencio momentos de aprendizado constante. Obrigada pelo incentivo, pelo conselho amigo, pelo profissionalismo, pelo exemplo de liderança e bom senso. Sem seu apoio, esse curso não seria realidade.

À Professora Raquel Soares, pela disponibilidade e pelo acompanhamento constante, você me deu coragem para questionar realidades e propor um novo mundo de possibilidades ao trabalhador. Sem a sua ajuda, não teria alcançado êxito na exploração do universo da atividade.

Aos Professores Francisco Lima e Adson, por me ensinarem a “compreender o trabalho para transformá-lo.”

## RESUMO

O presente estudo foi desenvolvido em um hospital público geral de grande porte da região norte de Belo Horizonte, especificamente em uma ala de Clínica Médica, onde o trabalho era considerado “pesado”, ou seja, demandava um grande esforço físico, que era acentuado pelo aumento do volume de tarefas quando havia ausência de um ou mais trabalhadores na ala. Assim, o objetivo é compreender as razões para o absenteísmo dos Técnicos de Enfermagem (TE) e entender se há alguma relação entre esse absenteísmo e a cooperação entre os trabalhadores da ala. A metodologia empregada foi a Análise Ergonômica do Trabalho (AET). Chegou-se à conclusão de que o absenteísmo dos Técnicos de Enfermagem do 6º andar ala A (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. Na enfermagem, é comum a cooperação explícita para a realização de uma tarefa, o trabalho desenvolvido é essencialmente de natureza coletiva. Após a compreensão da atividade e da identificação das principais problemáticas vivenciadas pelos Técnicos de Enfermagem, foram sugeridas recomendações, (organizacionais, equipamentos de trabalho e mobiliário) para melhoria das condições de trabalho.

**Palavras-chave:** Análise Ergonômica do Trabalho. Técnicos de Enfermagem. Absenteísmo. Cooperação.

## **ABSTRACT**

This study was conducted in a general large hospital in the northern region of Belo Horizonte, specifically in a wing of Internal Medicine, where the study was considered "heavy" and demanded great physical effort, which was accentuated by increased volume of tasks when there was absence of one or more workers in the ward. The objective is to understand the reasons for absenteeism among nursing technicians and understand if there is any relationship between this cooperation and absenteeism among workers in the ward. The methodology used was the Ergonomic Work Analysis (EWA). Came to the conclusion that the absenteeism of nursing technicians 6th A can be generated by tiredness/fatigue, because of the physical stress from activity, coupled with the increase in the volume of tasks and reducing the possibility of mutual cooperation when the scales are incomplete. In nursing, the explicit cooperation is common to perform a task, the work is essentially collective nature. After understanding the activity and the identification of the main problems experienced by nursing staff, recommendations were suggested, (organizational, work equipment and furniture) to improve working conditions.

**Key-words:** Ergonomic Work Analysis. Nursing Technicians. Absenteeism. Cooperation.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1: Média de atestados por trabalhador nos setores de maior número de licenças médicas (jan./ago. 2012).</b> .....	<b>18</b>
<b>Figura 2: Média de Absenteísmo nos subsetores de Clínica Médica.</b> .....	<b>22</b>
<b>Figura 3: Esquematização das causas do absenteísmo da ala estudada.</b> .....	<b>24</b>
<b>Figura 4: Hierarquia da enfermagem na instituição pesquisada.</b> .....	<b>32</b>
<b>Figura 5: Banho realizado por um Técnico de Enfermagem.</b> .....	<b>46</b>
<b>Figura 6: Banho realizado por dois Técnicos de Enfermagem.</b> .....	<b>46</b>
<b>Figura 7: Higienização dorsal do paciente por um Técnico de Enfermagem.</b> .....	<b>49</b>
<b>Figura 8: Higienização dorsal do paciente por dois Técnicos de Enfermagem.</b> .....	<b>49</b>
<b>Figura 9: Retirada da roupa de cama por um Técnico de Enfermagem.</b> .....	<b>51</b>
<b>Figura 10: Retirada da roupa de cama por dois Técnicos de Enfermagem.</b> .....	<b>52</b>
<b>Figura 11: Amarração do lençol sem elástico</b> .....	<b>55</b>
<b>Figura 12: Girando a manivela para posicionar cabeceira da cama.</b> .....	<b>55</b>
<b>Figura 13: Reposicionando grade (guarda corpo).</b> .....	<b>56</b>
<b>Figura 14: Posicionando paciente no leito sem retirar a grade (emperrada).</b> .....	<b>56</b>
<b>Figura 15: Escala de almoço dos Técnicos de Enfermagem do 6º andar.</b> .....	<b>59</b>
<b>Figura 16: Esquematização das causas do absenteísmo dos Técnicos de Enfermagem do 6º andar.</b> .....	<b>62</b>
<b>Figura 17: Modelos de carrinho para banho.</b> .....	<b>68</b>
<b>Figura 18: Modelos de cadeira para banho.</b> .....	<b>69</b>
<b>Figura 19: Modelo de lixeira.</b> .....	<b>70</b>
<b>Figura 20: Modelo do suporte para esparadrapo e micropore.</b> .....	<b>71</b>
<b>Figura 21: Modelo de armário suspenso.</b> .....	<b>72</b>
<b>Figura 22: Modelo de cama eletrônica.</b> .....	<b>73</b>
<b>Figura 23: Modelo de cama com grade ajustável.</b> .....	<b>74</b>



## **LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1: Índice de atestados médicos em relação ao CID, no período de 01/01/2013 a 31/08/2013.....</b>	<b>16</b>
<b>Tabela 2: Índice de atestados médicos em relação ao cargo – jan. a dez/2011 .....</b>	<b>18</b>
<b>Tabela 3: Absenteísmo dos Técnicos de Enfermagem da ala A do 6º andar .....</b>	<b>20</b>
<b>Tabela 4: Absenteísmo dos Técnicos de Enfermagem da ala B do 6º andar.....</b>	<b>21</b>

## **LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1: Escala de tarefas de organização do 6º andar. ....</b>	<b>35</b>
---	-----------

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 A demanda da Análise Ergonômica da Atividade (AET) em uma clínica médica .....</b>	<b>12</b>
<b>2 LEVANTAMENTO ESTATÍSTICO E ANÁLISE DO ABSENTEÍSMO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Entrevistas.....</b>	<b>13</b>
<i>2.1.1 Entrevistas com os Técnicos de Enfermagem: as frequentes queixas dos trabalhadores .....</i>	<i>13</i>
<i>2.1.2 Entrevista com a Coordenadora Geral de Enfermagem .....</i>	<i>16</i>
<i>2.1.3 Entrevista com Auxiliar Administrativo do setor .....</i>	<i>17</i>
<b>2.2 Estatísticas da Medicina do Trabalho e análise dos dados .....</b>	<b>17</b>
<b>3 OBJETIVO DA AET E HIPÓTESES SOBRE O ABSENTEÍSMO .....</b>	<b>24</b>
<b>4 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS .....</b>	<b>25</b>
<b>4.1 A importância da cooperação para o trabalho .....</b>	<b>25</b>
<b>4.2 Quando o trabalho torna-se penoso .....</b>	<b>27</b>
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>29</b>
<b>5.1 Observação da atividade dos trabalhadores .....</b>	<b>29</b>
<b>5.2 Filmagens e gravações .....</b>	<b>30</b>
<b>5.3 Entrevistas não estruturadas.....</b>	<b>30</b>
<b>5.4 Verbalizações simultâneas e consecutivas .....</b>	<b>30</b>
<b>6 O HOSPITAL ESTUDADO .....</b>	<b>31</b>
<b>6.1 Estrutura física do 6º andar/ala A.....</b>	<b>31</b>
<b>6.2 Organização do trabalho .....</b>	<b>31</b>
<i>6.2.1 Jornada de trabalho e distribuição dos Técnicos de Enfermagem no 6º A.....</i>	<i>31</i>
<i>6.2.2 A escala assumida pelos Técnicos de Enfermagem no 6º andar .....</i>	<i>32</i>
<b>7 AS TAREFAS DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>34</b>
<b>7.1 A tarefa prescrita.....</b>	<b>34</b>
<b>8 A ATIVIDADE DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM .....</b>	<b>37</b>
<b>8.1 Banho no leito: análise da atividade .....</b>	<b>38</b>
<b>8.2 As etapas do banho .....</b>	<b>43</b>
<i>8.2.1 A separação do material para o banho .....</i>	<i>43</i>
<i>8.2.2 Preparativos e cuidados que antecedem o banho .....</i>	<i>44</i>
<i>8.2.3 Higienização do corpo do paciente .....</i>	<i>47</i>

8.2.4 Os curativos.....	50
8.2.5 A troca da roupa de cama.....	51
8.2.6 Colocação das fraldas.....	52
8.2.7 Arrumação final da cama.....	53
8.2.8 Cuidados pós-banho .....	55
<b>9 MUDANÇAS REALIZADAS NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DURANTE A PESQUISA DE CAMPO .....</b>	<b>58</b>
<b>10 DIAGNÓSTICO .....</b>	<b>62</b>
<b>11 RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>63</b>
11.1 Recomendações organizacionais .....	63
11.1.1 Garantir sétimo funcionário fixo no setor .....	63
11.1.2 Contratação de dois Técnicos de Enfermagem volante .....	64
11.1.3 Formação de parcerias de trabalho no 6 ºA .....	64
11.1.4 Estabelecer comunicação entre superiores e clientes diretos (paciente e acompanhante) .....	65
11.1.5 Estabelecer comunicação entre superiores e Técnicos de Enfermagem.....	66
11.1.6 Estabelecer escala de almoço flexível .....	66
11.1.7 Implantar uma Farmácia Satélite no 6º andar do hospital .....	67
11.2 Equipamentos de trabalho.....	68
11.2.1 Adquirir carrinho para banho .....	68
11.2.2 Adquirir cadeiras para banho .....	68
11.2.3 Adquirir lixeiras para desprezar o material da troca de curativo durante o banho ..	69
11.2.4 Adquirir lençol com maior largura para forrar o colchão .....	70
11.2.5 Adquirir novos suportes para esparadrapo e micropore .....	70
11.3 Mobiliários .....	71
11.3.1 Adquirir armários suspensos para armazenamento de luvas de procedimento .....	71
11.3.2 Adquirir 30 camas eletrônicas (recomendação ideal) .....	72
11.3.3 Reformar as camas atuais .....	73
<b>12 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>80</b>

## 1 INTRODUÇÃO

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 de saúde e cuja atividade é caracterizada por: grande número de tarefas, dimensionamento de pessoal nem sempre adequado, baixos salários, além de serem profissionais muitas vezes submetidos a duplas jornadas de trabalho.

Vale destacar que o trabalho em hospitais, geralmente segue à lógica neotaylorista, no que se refere à estrutura organizacional e de gestão. Existe uma estrutura hierarquia rígida, há definição e descrição de cargos e funções, a fim de especificar o conteúdo de tarefas, definir a maneira de execução e as relações com os demais cargos existentes; há padronização das tarefas com aplicação de métodos científicos, visando garantir a uniformidade e reduzir os custos. (SILVA, 1998).

Nesse contexto, a cooperação entre esses trabalhadores da enfermagem é uma estratégia coletiva benéfica à saúde, por minimizar o esforço físico, permitir divisão dos problemas e administração dos conflitos, com conseqüente fortalecimento da equipe. Essa cooperação entre pares quando reconhecida no trabalho da enfermagem pode ser um dos fatores que apresentam impacto no absenteísmo setorial, com diminuição do número de faltas ao trabalho, sejam elas por doenças ou outros motivos.

O presente 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, abrangendo as seguintes especialidades médicas: Cardiologia, Reumatologia, Oncologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hematologia, Nefrologia e Pneumologia.

A demanda do estudo surgiu em uma das alas do hospital mencionado, onde os Técnicos de Enfermagem apresentavam um número crescente de faltas ao trabalho, o que estava comprometendo as atividades do setor e o atendimento aos pacientes.

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

Finalmente, respostas a essas indagações foram buscadas com o estudo, empregando para essa finalidade: a análise ergonômica da atividade dos Técnicos de Enfermagem.

### **1.1 A demanda da Análise Ergonômica da Atividade (AET) em uma clínica médica**

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. Assim, ela relatou que:

*“O absenteísmo dos Técnicos de Enfermagem, em especial do 6º A, é um grande problema, as escalas nunca estão completas. É um 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.”*  
(Coordenadora de Enfermagem)

## 2 LEVANTAMENTO ESTATÍSTICO E ANÁLISE DO ABSENTEÍSMO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

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 (TE) e às queixas apresentadas pelos mesmos e pelos gestores do hospital pesquisado.

### 2.1 Entrevistas

Para entender melhor a demanda, foram entrevistados os Técnicos de Enfermagem da Clínica Médica<sup>1</sup> e alguns funcionários do hospital que poderiam fornecer informações importantes por serem conhecedores do processo de trabalho no subsetor estudado e estarem envolvidos direta ou indiretamente com os protagonistas da demanda: os Técnicos de Enfermagem.

#### 2.1.1 *Entrevistas com os Técnicos de Enfermagem: as frequentes queixas dos trabalhadores*

Eram observadas, durante a realização dos exames periódicos de saúde dos TE da Clínica Médica, 6º andar, em especial entre os da ala A<sup>2</sup>, 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...” (TE 2).*

Os trabalhadores queixavam-se também de não conseguirem cumprir as tarefas programadas, o que pode ser evidenciado durante observação global da atividade, onde uma das trabalhadoras observadas expressou estar receosa em não conseguir cumprir a tarefa prescrita para o plantão:

---

<sup>1</sup> Técnicos de Enfermagem do 6º andar do Hospital pesquisado, sendo 28 da ala A e 26 da ala B.

<sup>2</sup> Comumente referida no presente trabalho pelos entrevistados como “6º A”, nomenclatura também adotada no presente trabalho.

*“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.” (TE 3).*

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 tranqüilos é mais tranqüilo, 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.” (TE 1).*

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 6º 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 6º A.

Os trabalhadores verbalizam que a ala A do 6º 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.

A fim de analisar, estatisticamente, se esse esforço físico - mencionado pelos Técnicos de Enfermagem ao explicar que o setor é pesado - poderia ter alguma impacto no absenteísmo, realizou-se levantamento dos motivos de afastamento por doença (atestados médicos) no setor, com objetivo de verificar se havia alguma predominância de causas em relação ao adoecimento. Para isso, realizou-se um levantamento dos atestados médicos em relação ao Código Internacional de Doenças (CID 10), no período de 01/01/2012 a 31/08/2012. Os dados foram fornecidos pelo setor de Medicina do Trabalho do hospital estudado, que apresenta esses dados, e foram reunidos na Tabela 1.

A análise da planilha permite identificar que há predominância do CID M, ou seja, das doenças osteomusculares, que constituem um grupo de doenças caracterizadas por sintomas dolorosos que acometem tendões, músculos, nervos, ligamentos e outras estruturas responsáveis pelos movimentos dos membros superiores, costas, região do pescoço, ombros e membros inferiores. A predominância do CID M pode ser explicada por esse “*esforço físico acentuado*”, relatado pelos trabalhadores e permite analisar que o esforço físico pode trazer comprometimento dos segmentos corporais e contribuir para as ausências ao trabalho.



**Tabela 1: Índice de atestados médicos em relação ao CID, no período de 01/01/2013 a 31/08/2013**

CID 10	Número de atestados	Percentual %
Doenças Infecciosas e Parasitárias (A00 - B99)	33	7,50
Neoplasias - Tumores (C00 - D48)	5	1,14
Doenças do sangue e transtornos imunitários (D 50 - D89)	1	0,23
Doenças Endócrinas, metabólicas e nutricionais (E00 - E90)	1	0,23
Transtornos mentais e comportamentais (F 00 - F 99)	31	7,05
Doenças do Sistema Nervoso (G00 - G99)	12	2,73
Doenças do olho e Anexos (H00- H 59)	24	5,45
Doenças do ouvido e da Hipófise (H60 - H 95)	6	1,36
Doenças do Aparelho Circulatório (I 00 - I99)	13	2,95
Doenças do Aparelho Respiratório (J00- J99)	54	12,27
Doenças do Aparelho Digestivo (K00 - K 93)	16	3,64
Doenças da Pele e do tecido subcutâneo (L00 - L99)	7	1,59
Doenças Osteomusculares e do tecido conjuntivo (M00 - M99)	58	13,18
Doenças do Aparelho Geniturinário (N00 - N99)	15	3,41
Gravidez, parto e Puerpério (O 00 - O99)	6	1,36
Afecções originadas no período perinatal (P00 - P 96)	0	0,00
Malformações congênitas, deformidas (Q00 - Q99)	0	0,00
Sintomas e achados anormais de exame clínico e de laboratório, não classificados em outra parte (R 00 - R 99)	35	7,95
Lesões, envenenamento e outras consequências de causa externa (S,T)	13	2,95
Causas externas de morbidade e mortalidade (V,W,X,Y)	0	0,00
Fatores que influenciam estado de saúde e contato com serviço de saúde (Z)	18	4,09
Atestado médico SEM CID	92	20,91
<b>TOTAL</b>	<b>440</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Dados da pesquisa (Clínica Médica)

### 2.1.2 Entrevista com a Coordenadora Geral de Enfermagem

A coordenadora geral de enfermagem é a gestora 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 6º 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.”* (Coordenadora Geral de Enfermagem)

### **2.1.3 Entrevista com 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.

## **2.2 Estatísticas da Medicina do Trabalho e análise dos dados**

Na tentativa de comprovar estatisticamente a demanda levantada, os dados repassados 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 doenças elevado. Para demonstração, os dados dos afastamentos apresentados pela Medicina do Trabalho durante o período de um ano (Janeiro a Dezembro 2011) foram levantados. O cálculo foi realizado tendo como numerador (N) o número de atestados apresentados por um determinado cargo e como denominador (D) o número absoluto de trabalhadores daquele cargo. Calculou-se N/D, obtendo-se então o Índice de Atestados Médicos em relação ao cargo, no período em questão (Tabela 2):

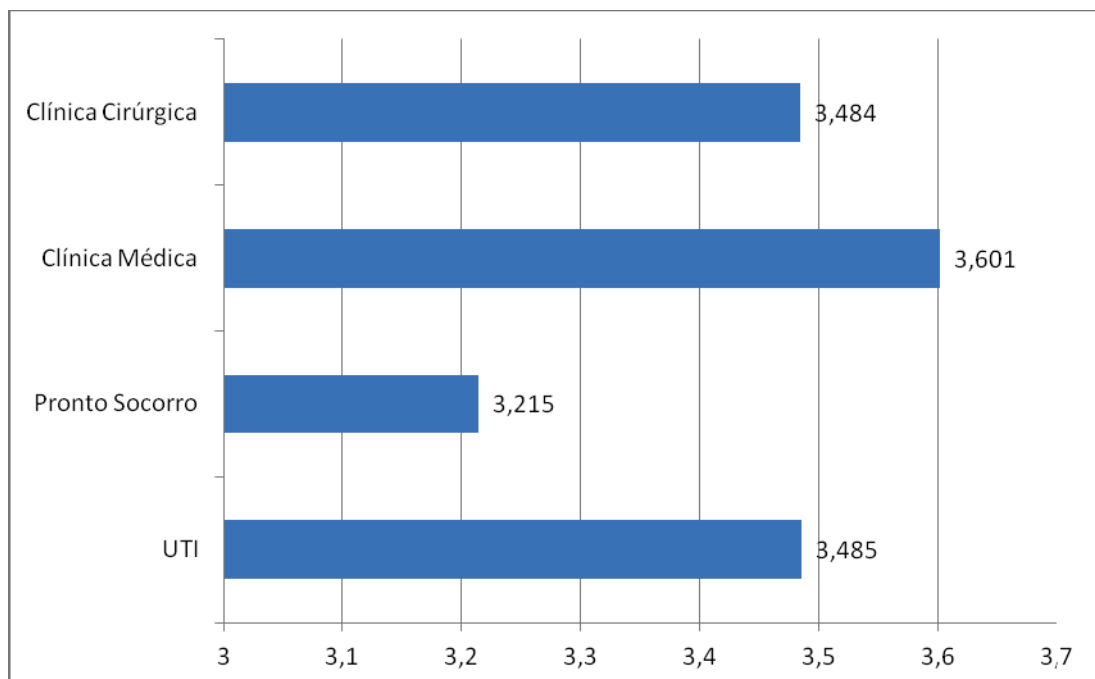
**Tabela 2: Índice de atestados médicos em relação ao cargo – jan. a dez/2011**

Cargo	Nº atestados apresentados	Nº funcionários no cargo	Média atestados
<b>Técnico de Enfermagem</b>	<b>1588</b>	<b>551</b>	<b>2,88</b>
Auxiliar Administrativo	225	175	1,28
Enfermeiro	149	170	0,87
Fisioterapeuta	56	43	1,30
Médico	73	395	0,18

Fonte: Dados da pesquisa

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 tendo como numerador (N) o número de atestados apresentados pelos funcionários naquele setor e denominador (D) o número absoluto de trabalhadores daquele setor. Calculou-se  $N/D$ , obtendo-se, então, a média de atestados por trabalhador, no período de Janeiro a Agosto 2012. (Figura 1).

**Figura 1: Média de atestados por trabalhador nos setores de maior número de licenças médicas (jan./ago. 2012).**



Fonte: Dados da pesquisa

Como a Clínica Médica realmente demonstrou ser o setor com maior absenteísmo do hospital, optou-se por comparar os subsetores (alas) de Clínica Médica: 6º B e 6º A, sendo o

último alvo da demanda inicial. Tal levantamento foi realizado a fim de evidenciar se realmente o absenteísmo no 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, no período de 30/06/2011 a 30/06/2012.

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 6º A, que foram fornecidos pelo setor de Administração de Pessoal.

Esses dados foram reunidos na Tabela 3 para análise.

**Tabela 3: Absenteísmo dos Técnicos de Enfermagem da ala A do 6º andar**

<b>Técnico de Enfermagem (TE)</b>	<b>Nº dias dos atestados</b>	<b>Plantões perdidos atestado</b>	<b>Nº de Atestados</b>	<b>Faltas Injustificadas (em dias)</b>	<b>Faltas Justificadas (em dias)</b>	<b>Total plantões perdidos</b>	<b>Plantão</b>	<b>Total de plantões perdidos</b>
TE 1	41	22	3	0	0	22	<b>Diurno I</b>	<b>54</b>
TE 2	0	0	0	0	0	0		
TE 3	2	1	1	0	0	1		
TE 4	34	21	10	2	2	25		
TE 5	0	0	0	0	0	0		
TE 6	4	4	4	0	0	4		
TE 7	0	0	0	0	0	0		
TE 8	0	0	0	0	2	2		
TE 9	0	0	0	0	0	0		
TE 10	7	6	5	4	1	11	<b>Diurno II</b>	<b>34</b>
TE 11	1	1	1	2	1	4		
TE 12	0	0	0	0	0	0		
TE 13	0	0	0	1	0	1		
TE 14	0	0	0	2	0	2		
TE 15	0	0	0	0	0	0		
TE 16	4	2	1	14	0	16		
TE 17	5	3	1	0	0	3	<b>Noturno I</b>	<b>55</b>
TE 18	19	12	7	7	0	19		
TE 19	6	4	2	2	1	7		
TE 20	1	1	1	1	0	2		
TE 21	25	15	5	5	1	21		
TE 22	1	1	1	2	0	3		
TE 23	3	2	2	0	1	3	<b>Noturno II</b>	<b>51</b>
TE 24	31	21	14	2	0	23		
TE 25	7	5	5	1	0	6		
TE 26	7	4	4	3	0	7		
TE 27	5	3	3	1	0	4		
TE 28	5	4	3	4	0	8		

**Fonte: Dados da pesquisa**

**Tabela 4: Absenteísmo dos Técnicos de Enfermagem da ala B do 6º andar**

Técnico de Enfermagem (TE)	Nº dias atestados	Plantões perdidos atestado	Nº de Atestados	Faltas Injustificadas (em dias)	Faltas Justificadas (em dias)	Total plantões perdidos	Plantão	Total de plantões perdidos
TE 1	17	10	4	0	2	12	<b>Diurno I</b>	<b>72</b>
TE 2	10	6	4	0	0	6		
TE 3	21	13	6	0	0	13		
TE 4	26	18	15	4	0	22		
TE 5	24	15	6	0	0	15		
TE 6	3	2	1	0	1	3		
TE 7	1	1	1	0	0	1		
TE 8	38	16	5	0	0	16	<b>Diurno II</b>	<b>39</b>
TE 9	0	0	0	1	0	1		
TE 10	2	1	1	1	0	2		
TE 11	28	17	9	2	0	19		
TE 12	0	0	0	0	0	0		
TE 13	0	0	0	0	0	0		
TE 14	0	0	0	1	0	1		
TE 15	0	0	0	2	1	3	<b>Noturno I</b>	<b>100</b>
TE 16	17	10	3	4	0	14		
TE 17	0	0	0	0	0	0		
TE 18	50	32	16	3	5	40		
TE 19	0	0	0	3	0	3		
TE 20	29	20	13	3	2	25		
TE 21	37	12	9	3	0	15	<b>Noturno II</b>	<b>78</b>
TE 22	48	26	12	2	2	30		
TE 23	3	2	1	1	0	3		
TE 24	7	5	4	2	0	7		
TE 25	29	15	8	11	0	26		
TE 26	17	10	6	2	0	12		

Fonte: Dados da pesquisa

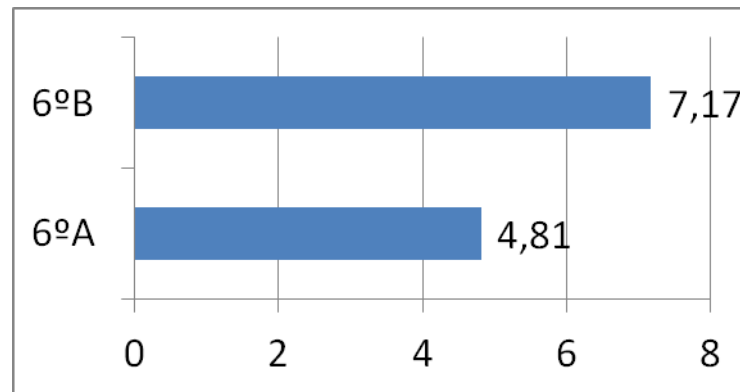
A partir do levantamento estatístico realizado, concluiu-se que o 6º B apresentava um absenteísmo geral (faltas justificadas e injustificadas somadas às licenças médicas) maior que o do 6º A. Assim, os dados foram reunidos em um gráfico para comparação dos dados.

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 setor Departamento de 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).

**Figura 2: Média de Absenteísmo nos subsetores de Clínica Médica.**



Fonte: Dados da pesquisa

Ao analisar os dados apresentados, 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 analisá-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.”* (Coordenador Geral de Enfermagem)

Os dados que comparavam as estatísticas de afastamento da Clínica Médica também foram apresentados a três trabalhadores do 6º A, 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 6º A*

*desfalcado... lá é diferente, até dá, o paciente é diferente, não exige tantos cuidados, como aqui.” (TE 5)*

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, pretendeu-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?

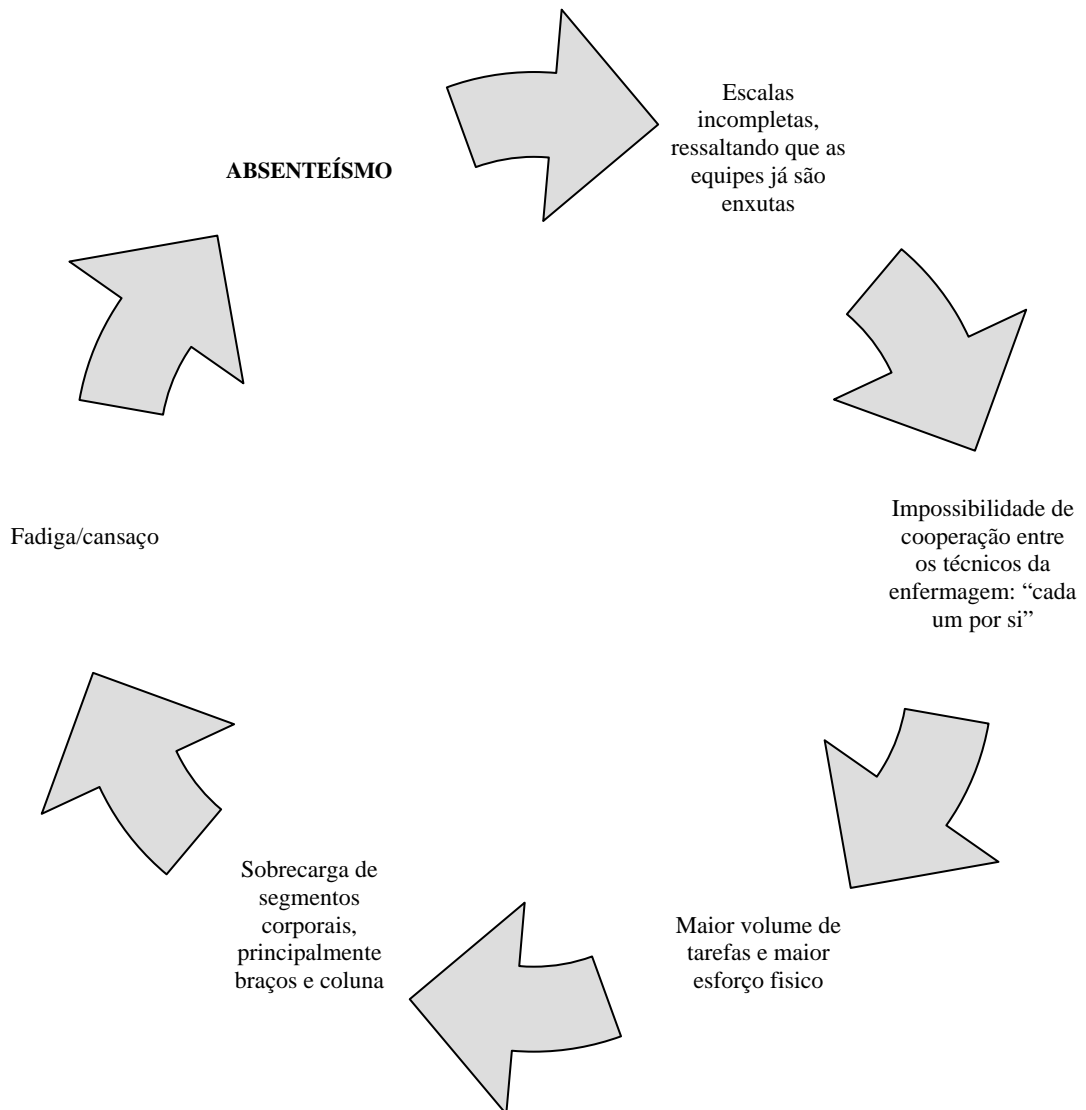


### 3 OBJETIVO DA AET E HIPÓTESES SOBRE O ABSENTEÍSMO

O estudo tem como objetivo geral compreender as razões para o absenteísmo dos Técnicos de Enfermagem no 6º A, mesmo que no subsetor 6º B o índice seja maior e como objetivo específico entender se há alguma relação entre o absenteísmo e a cooperação entre os trabalhadores da ala.

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. A Figura 3 traz uma esquematização dessas causas.

**Figura 3: Esquematização das causas do absenteísmo da ala estudada.**



**Fonte: Dados da pesquisa**

## 4 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

### 4.1 A importância da cooperação para o trabalho

Os laços entre os trabalhadores se tecem na cooperação, que surge face às dificuldades reais enfrentadas em situações específicas de trabalho, no desafio de preencher as lacunas e prever futuros imprevistos. (OLIVEIRA; REZENDE; BRITO, 2006).

Para que o trabalho seja efetuado, há a presença indispensável da cooperação entre os colegas, ou seja, há uma estratégia de apoio, embora a avaliação sobre os resultados pese individualmente para cada um devido à maneira como a organização do trabalho é constituída.

Há diversos modos de cooperação no trabalho, que exigem que os trabalhadores se adaptem, superem conflitos e obstáculos postos no real da atividade. Para tanto, eles utilizam o que Clot chamou de gênero profissional.

O gênero profissional é o sistema de regras impessoais não escritas que definem, num meio dado, o uso dos objetos e o intercâmbio entre as pessoas; uma forma de rascunho social que esboça as relações dos homens entre si para agir sobre o mundo. Pode-se defini-lo como um sistema flexível de variantes normativas e de descrições que comportam vários cenários e um jogo de indeterminação que nos diz de que modo agem aqueles com quem trabalhamos como agir ou deixar de agir em situações precisas... Trata-se das regras de vida e de ofício destinadas a conseguir fazer o que há a fazer (CLOT; SOBRAL, 2006, p. 50).

Os gêneros profissionais momentaneamente estabilizados são um meio para se localizar no mundo do trabalho, saber como agir, evitando fazer sozinho. Dessa forma, o gênero pode designar o pertencimento a um determinado coletivo e orienta a ação de cada trabalhador. (CLOT; SOUBIRAN, 1998, *apud* SILVA, 2002).

Já o estilo individual representa a transformação dos gêneros, por um indivíduo, em recursos para agir em suas atividades reais (CLOT; SOBRAL, 2006). Assim, o estilo é dotado de uma conotação pessoal, onde emerge a subjetividade.

A busca de uma forma de agir pessoal no trabalho consiste na busca de uma forma de agir que é maior que cada um em si mesmo, incorporando a ação do outro, também pertencente a um mesmo coletivo e a ação prescrita. O gesto de cada um lhe pertence, porém envolve a estilização de técnicas, gestos e palavras em circulação num ofício, ou seja, pertencentes a todo um coletivo e não somente a um indivíduo. (CLOT; SOUBIRAN, 1998, *apud* SILVA, 2002).

Na enfermagem, é comum a cooperação explícita para a realização conjunta de uma mesma tarefa, o trabalho desenvolvido é essencialmente de natureza coletiva.

De acordo como Guérin et al (2001), a cooperação implica em operadores trabalhando em um determinado ambiente, com um mesmo objetivo de trabalho, havendo dependência mútua. Ainda segundo o autor, quando profissionais de enfermagem se mobilizam para atender um paciente, por exemplo, há cooperação explícita na realização da tarefa.

Seguindo o contexto da dimensão coletiva da atividade, em atividades em que há cooperação explícita há também comunicação explícita (palavras, sinais e gestos próprios do grupo) e implícita (onde o simples fato de observar o colega trabalhando, sua postura, o ritmo, informa sobre o que ele está fazendo e as dificuldades que encontra) (GUÉRIN *et al*, 2001).

Segundo Freitas (1994), os fenômenos psicológicos descritos por Vigotsky tem como ponto de partida a atividade coletiva, na qual está inserida a atividade do indivíduo; toda produção do psiquismo é uma produção mediada, a consciência é produzida pela mediação, sendo as duas mediações fundamentais a atividade coletiva e a determinação social da existência.

A mediação também é fundamental para a aquisição de conhecimentos, pois permite aprender por meio da experiência com o outro. O trabalho dos Técnicos de Enfermagem demonstra essa característica, pois há troca de experiência entre aqueles que trabalham na função há mais tempo e os novatos e também há cooperação constante entre os trabalhadores, instituindo um saber fazer próprio da categoria, sempre mediada por troca de “favores”.

O trabalho é a atividade mais humana que existe, o que é explicado por Clot e Sobral (2006), pelo fato de o sujeito se dirigir ao trabalho “sobre ocupado” pela atividade do outro, ou seja, ele se dedica à função devido às obrigações sociais que tem com o outro; um sujeito docilmente pode afastar-se do trabalho sem perder o sentimento de utilidade social a ele vinculado.

Ainda segundo Clot e Sobral (2006), o interesse em exercer um ofício não está só em exercer um ofício, mas também na consciência partilhada que une os trabalhadores que o praticam, existem aspectos sociopessoais que unem um grupo, ou seja, o indivíduo se torna cada vez mais para os outros, através de engajamentos estabelecidos no meio institucional.

Nas instituições hospitalares, ocorre o que é apontado por Clot e Sobral (2006) em seus estudos: o trabalhador muitas vezes é privado em relação à inventividade e autonomia, já que há “imposição” das tarefas, o que pode gerar sensação de repressão na atividade, por não permitir a realização de intervenções diretas. Assim, podem ocorrer penosidade, sofrimento e sensação de tensão, ou seja, há impacto na subjetividade.

De acordo com Boscho e Ferrarini (2010), a subjetividade envolve um processo dinâmico, onde a atividade é essencial, porque é por meio dela que o sujeito adquire seus sentidos pessoais, configurando a sua própria subjetividade. No entanto, quando o trabalhador, se insere em um trabalho que não lhe restitui o suficiente, observa-se um processo de subjetivação relacionado ao sofrimento no trabalho.

#### **4.2 Quando o trabalho torna-se penoso**

Segundo Clot e Sobral (2006), o trabalho torna-se sem sentido e penoso para um trabalhador quando não traz mais possibilidade de valorização das metas vitais e dos valores individuais, trazendo consigo sofrimento, compreendido não somente como dor física ou mental, mas como uma impotência de fazer, narrar e estimar.

Em hospitais, frequentemente seguidores da lógica neotaylorista, onde a atividade mental e poder de criação dos trabalhadores são afetados, é comum a queixa de estresse e fadiga, que podem trazer em sua causa raiz a “amputação da atividade possível”, descrita por Clot e Sobral (2006). Seria como se o sujeito se sentisse pouco aproveitado e adquirisse sentimentos de impotência, descompensações psíquicas e ressentimentos, podendo ocorrer inclusive a perda de ilusão acerca dos ideais da instituição, anteriormente vigorantes no íntimo do trabalhador.

Quando a atividade é exercida de forma contrariada, quando há inserção em um sistema de trabalho que amputa as capacidades, podemos observar um processo de adoecimento e sofrimento no trabalho (BOSCHO; FERRARINI, 2010).

Esse sofrimento surge porque o sistema de regulação se esgota, ou seja, as possibilidades de reações e controle do sujeito para “dar conta” acabam. Assim, as situações de trabalho tornam-se insuportáveis, gerando fenômenos psicopatológicos. (CLOT; SOBRAL, 2006).

Nesse contexto, analisa-se que os trabalhadores não deveriam ser tratados apenas como meros produtores, seguindo a uma lógica neotaylorista, mas como protagonistas, já que são eles os responsáveis por cumprir as metas, realizando um brilhante processo de gestão das variabilidades no cotidiano, que garante a continuidade da produção.

Os trabalhadores recriam estratégias, continuamente, havendo “uso de si”, já que se mobilizam, são levados a fazer uso de suas próprias capacidades, recursos e escolhas, além de fazer uso de si para construir uma rede de parceria, que ajude a gerir as dificuldades encontradas. (SCHWARTZ, 2000).

Esse uso de si em excesso pode gerar uma exaustão, quando o sistema de regulação se esgota, podendo haver consequências individuais e também para o coletivo, assim como visto no caso dos Técnicos de Enfermagem desse estudo que se queixam de fadiga e cansaço. Qual seria a melhor forma de garantir a gestão das variabilidades dos Técnicos de Enfermagem, evitando exaustão? A cooperação auxiliaria na diminuição das queixas de cansaço/fadiga?

Buscou-se, com a AET responder a essas indagações e propor recomendações para garantir um melhor ambiente de trabalho para os Técnicos de Enfermagem.

## 5 METODOLOGIA

Com base nos conceitos de Ergonomia, que segundo Abrahão e outros (2009), é a disciplina capaz de transformar o trabalho, em suas distintas dimensões, adaptando –o às características trabalhador, a fim de otimizar o bem estar humano e o desempenho global do sistema, sempre respeitando os limites humanos, o estudo foi realizado no 6º andar, ala A.

Na perspectiva da Ergonomia, para entender o que é o trabalho, é necessário observar e analisar o desenvolver da atividade em situações reais, em seu contexto, procurando entender tudo o que faz o trabalhador tomar as micro decisões, a fim de resolver os problemas recorrentes do cotidiano. (ASSUNÇÃO; LIMA, 2003).

A abordagem metodológica proposta pela Ergonomia, a Análise Ergonômica do Trabalho (AET), foi empregada nesse estudo. 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.

Na análise da atividade, a presença do ergonomista na situação de trabalho durante sua realização é fator determinante e é uma das principais diferenças entre a ergonomia e outras abordagens de trabalho. (ABRAHÃO *et al*, 2009).

Para Lima (2000), a AET tem como objetivo, sobretudo, compreender como o trabalhador faz para “realizar” sua tarefa. Para atingir tal objetivo, as seguintes técnicas foram empregadas:

### 5.1 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.

## **5.2 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.

## **5.3 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.

## **5.4 Verbalizações simultâneas e consecutivas**

Para esclarecerem pontos específicos, optou-se 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 B).

### **6.2 Organização do trabalho**

#### **6.2.1 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 frequentes faltas de

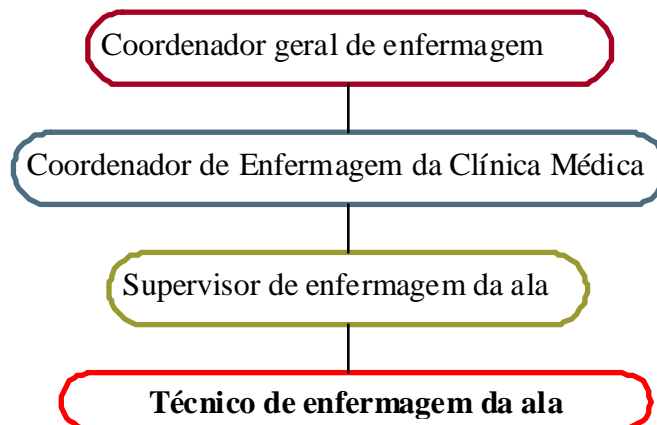


funcionários, muitas vezes são transferidos temporariamente de ala.

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 6º A, 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 (Figura 4). 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.

**Figura 4: Hierarquia da enfermagem na instituição pesquisada.**



Fonte: Dados da pesquisa.

### **6.2.2 A escala assumida pelos Técnicos de Enfermagem no 6º andar**

O 6º 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 TE 4).

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”. (TE 4)*

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.

## **7 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 se alimentarem sem auxílio. São pacientes com longo tempo de permanência/ internação no setor, frequentemente apresentando 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.

### **7.1 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 C.

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:

**Quadro 1: Escala de tarefas de organização do 6º andar.**

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

**Fonte: Setor de Clínica Médica – Ala A do 6º 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 ...”* (TE 6).

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”* (TE 2).

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”* (TE 2).

É importante ressaltar, que além dessas tarefas estipuladas por enfermaria, os Técnicos de Enfermagem devem realizar todas as outras inerentes à função, apresentadas 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?!”* (TE 8)

*“Não é porque agente não quer, porque não dá mesmo.”* (TE 3)

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 porto 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?!”* (TE 8)

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.

## 8 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 torna visíveis 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 banho*”. 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!*” (TE 4).

A técnica de enfermagem 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.” (TE 2)*

## 8.1 Banho no leito: análise da atividade

A tarefa de realizar banho no leito<sup>3</sup> 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:

- a) realizar banho no leito em paciente totalmente dependente, sem auxílio de colega de trabalho ou acompanhante;
- b) 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% ou mais). Com isso, a formação de duplas de trabalho é bastante comum no 6º 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).*

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.” (TE 2)*

Já em dupla, o trabalhador consegue dividir o peso do paciente: *“Quando você*

---

<sup>3</sup> A tarefa de dar banho no leito também possui uma prescrição descrita em Procedimento Operacional Padrão (POP) disponibilizado pela instituição (ANEXO A).

*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, 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 6º 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 absenteísmo: *"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 11h30min, 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:

- a) 4 banhos sozinhos - 3 horas e 28 minutos (considerando 52 minutos cada – média de tempo gasto);
- b) 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” (TE 1)*

*“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”. (TE 7)*

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, que demonstra a cooperação entre os trabalhadores, é uma organização 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...” (TE 5)*

*“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” (TE 7)*

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.” (TE 2)*

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” (TE 6).*

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.

Observa-se com essa formação de parcerias para o trabalho, algo que é evidenciado pela ergonomia e psicodinâmica do trabalho: a organização real do trabalho é baseada na cooperação entre os trabalhadores, que emerge de forma espontânea. Essa cooperação não pode ser prescrita, ela é uma construção de um coletivo, a partir de critérios de eficácia e valores do grupo. Pode ser entendida como uma dinâmica que surge por meio de transgressões e que exige confiança entre os membros. Passa por um julgamento por parte dos pares, da hierarquia e até dos clientes, e para ser adotada plenamente, deve haver um reconhecimento da sua real contribuição por todo o coletivo envolvido. Logo há uma dimensão subjetiva e intersubjetiva nessa cooperação. (OLIVEIRA; REZENDE; BRITO, 2006).

Vygotsky (1989) afirma que construir conhecimento decorre de uma ação partilhada, que implica num processo de mediação entre sujeitos. Nessa perspectiva, a interação social é condição indispensável para a aprendizagem. A heterogeneidade do grupo enriquece o diálogo, a cooperação e a informação, ampliando consequentemente as capacidades individuais.

Segundo Clot (2000) e Clot e Sobral (2006), a atividade situada sempre convoca uma série de gêneros a fim de que estes sirvam como suportes para a ação. Em outras palavras, toda ação se encontra apoiada em dimensões genéricas, isto é, em culturas profissionais coletivas tornadas em recursos durante a ação para a ação. Esta dimensão genérica consiste em uma memória impessoal e objetiva que formaliza a atividade em situação de um determinado modo, demarcando maneiras de começá-la, de conduzi-la eficazmente a seus

objetivos em meio às atividades dos outros e de terminá-la. Trata-se de um componente impessoal da atividade que assegura a acomodação “imediate” dos sujeitos em um coletivo de trabalho, ao conformar uma zona comum de saber-fazer-compartilhado somente por aqueles que fazem parte de um mesmo horizonte profissional e social – é este componente genérico que, por exemplo, possibilita o trabalho conjunto de pessoas que nunca trabalharam juntas antes.

No trabalho da enfermagem, há um componente relacional importante, as redes de contato são criadas e recriadas constantemente e, especificamente na ala estudada, essas redes de trabalho e cooperação mútua são identificadas como essenciais para que o trabalho real exista, é uma transgressão, onde micro decisões são tomadas a todo instante; como por exemplo durante o banho realizado em dupla, onde os trabalhadores decidem no momento do banho o tipo de curativo que realizarão, se terão tempo de passar um creme hidratante corporal, conforme as demandas do plantão, se será necessário aspirar vias aéreas do paciente, se este estiver muito “secretivo” (mencionado pelos trabalhadores quando o paciente tem muita secreção acumulada no pulmão, com necessidade de retirada através de sonda estéril própria).

## **8.2 As etapas do banho**

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.

### **8.2.1 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” (TE 2).*

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.” (TE 2)*

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.

### **8.2.2 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”* (TE 2). 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 5). Nos banhos realizados em duplas enquanto um apóia o paciente o outro retira todos os curativos (Figura 6).

**Figura 5: Banho realizado por um Técnico de Enfermagem.**



**Fonte: Foto da autora**

**Figura 6: Banho realizado por dois Técnicos de Enfermagem.**



**Fonte: Foto da autora**

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” (TE 1).*

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”.*(TE 1).

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” (TE 2). 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).

### **8.2.3 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 7). 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” (TE 2).*

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” (TE 1).*

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 8), 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” (TE 2).*

**Figura 7: Higienização dorsal do paciente por um Técnico de Enfermagem.**



Fonte: Foto da autora

**Figura 8: Higienização dorsal do paciente por dois Técnicos de Enfermagem.**



Fonte: Foto da autora

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.

#### 8.2.4 *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 TE 1 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”*. (TE 1)

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”* (TE 1).

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.”* (TE 2)

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)

### **8.2.5 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 9). No banho em dupla, como vimos acima, esta etapa é realizada em conjunto, facilitando a troca da roupa de cama (Figura 10). A roupa suja é então descartada no local adequado, denominado hamper.

**Figura 9: Retirada da roupa de cama por um Técnico de Enfermagem.**



**Fonte: Foto da autora**

**Figura 10: Retirada da roupa de cama por dois Técnicos de Enfermagem.**



Fonte: Foto da autora

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 sozinho, entendeu?! Aí paciente não corre risco de cair*” (TE 2). 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.

Ainda nessa etapa, durante autoconfrontação, uma das trabalhadoras (TE 9), ao visualizar as fotos relatou: “*Formar dupla é essencial para ter um trabalho bom para o paciente.*” Ao ser questionada sobre o que seria “um trabalho bom para o paciente”, acrescentou: “*Trabalho bom para o paciente é proporcionar mais conforto, mudar de posição no leito de 2 em 2 horas para evitar ferida, por exemplo. Não trabalhar sozinho aqui é essencial. Colega ajudar colega é o mais importante aqui.*”

A cooperação entre os pares é reforçada mais uma vez como algo de extrema relevância para o subsetor estudado.

### **8.2.6 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” (TE 2).*

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 expressou o TE 3:

*“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” (TE 3).*

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.”* (TE 3)

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.

### **8.2.7 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 11). 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”.* (TE 1)

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”* (TE 5). 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 11: Amarração do lençol sem elástico**



Fonte: Foto da autora

### **8.2.8 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 12).

**Figura 12: Girando a manivela para posicionar cabeceira da cama.**



Fonte: Foto da autora



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 13).

**Figura 13: Reposicionando grade (guarda corpo).**



Fonte: Foto da autora

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 14):

**Figura 14: Posicionando paciente no leito sem retirar a grade (emperrada).**



Fonte: Foto da autora

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.

## 9 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 6º A 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

“ao 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.”* (TE 5).

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”.* (TE 5).

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 para não deixar o setor desfalcado (Figura 15).

**Figura 15: Escala de almoço dos Técnicos de Enfermagem do 6º andar.**

## 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

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 h 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 3)*

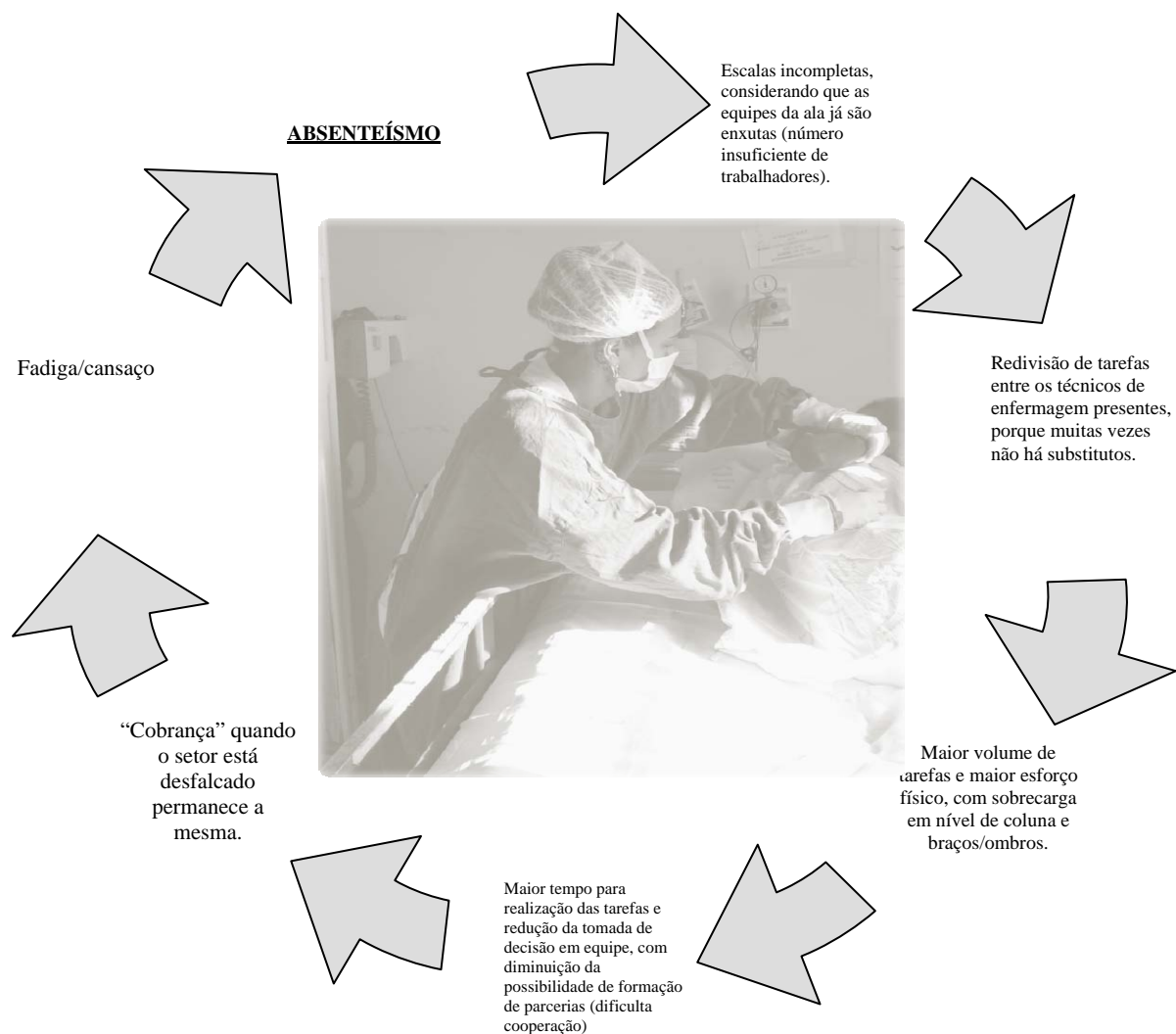
Atualmente, há quatro enfermeiros durante os plantões noturnos, que se revezam em escalas 12h /72h. Segundo os Técnicos de Enfermagem, o ideal seriam 8 enfermeiros para que cada um possa assumir apenas um subsetor por plantão e não dois como ocorre atualmente: *“Quando chega segunda tem que ficar organizando setor que foi bagunçado no final de semana ... quando não tem supervisão presente, já viu, né?! (TE 7).*

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.

## 10 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 16):

**Figura 16: Esquemática das causas do absenteísmo dos Técnicos de Enfermagem do 6º andar.**



**Fonte: Elaborado pela autora**

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.

## 11 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.

### 11.1 Recomendações organizacionais

#### 11.1.1 *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.

### **11.1.2 Contratação de dois Técnicos de Enfermagem volante**

**Por quê?** Para atender as necessidades de remanejamento da Clínica Médica, sem desfalcar a ala A do 6º 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 D), 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 D).

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

### **11.1.3 Formação de parcerias de trabalho no 6ª 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:

- a) “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;
- b) 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.

#### **11.1.4 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:

- a) falta de funcionário;
- b) 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.

#### **11.1.5 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.

#### **11.1.6 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

### **11.1.7 Implantar uma Farmácia Satélite no 6º 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 6º 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 5º e 6º andares.

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

## 11.2 Equipamentos de trabalho

### 11.2.1 Adquirir carrinho para banho

**Por quê?** Garantir um carrinho reserva para demandas de manutenção, ou seja, quando um carrinho estiver estragado haverá substituição imediata.

**Como?** Recomenda-se um carrinho para cada dupla ou trio, o que foi discutido em reunião com o coordenador do setor e com os trabalhadores. Ficariam no total 4 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 17).

**Figura 17: Modelos de carrinho para banho.**



Fonte: Disponível em: <[www.altafarma.com.br](http://www.altafarma.com.br)>. Acesso em: 16 mar. 2013.

A formação de parcerias de trabalho (duas duplas e um trio) permite que cada dupla ou trio fique com um carrinho, sem necessidade de um carrinho por trabalhador.

**Prazo:** 06 meses após aprovação da Diretoria do hospital. Ressalta-se que para iniciar a implantação dessa recomendação, há necessidade de atendimento prévio à recomendação de formação de parcerias de trabalho (duas duplas e um trio).

### 11.2.2 Adquirir cadeiras para banho

**Por quê?** Durante as observações, evidenciou-se a presença de poucas cadeiras de

banho (Figura 18), 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.

**Figura 18: Modelos de cadeira para banho.**



**Fonte:** Disponível em: < [www.pontomedico.com.br](http://www.pontomedico.com.br)>. Acesso em: 16 mar. 2013.

**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.

**Prazo:** 06 meses após aprovação da Diretoria do hospital.

### ***11.2.3 Adquirir lixeiras para desprezar o material da troca de curativo durante o banho***

**Por quê?** 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 19).

**Figura 19: Modelo de lixeira.**



Fonte: Disponível em: <[cleaningsolutions.com.br](http://cleaningsolutions.com.br)>. Acesso em: 16 mar. 2013.

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

#### **11.2.4 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.

#### **11.2.5 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 (Figura 20). 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.

**Figura 20: Modelo do suporte para esparadrapo e micropore.**



**Fonte: Foto da autora.**

**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.

**Prazo:** 2 meses.

### 11.3 Mobiliários

#### 11.3.1 *Adquirir armários suspensos para armazenamento de luvas de procedimento*

**Por quê?** 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 x 1,0m (Figura 21). 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 21: Modelo de armário suspenso.**



Fonte: Disponível em: <[workmoveis.com.br](http://workmoveis.com.br)>. Acesso em: 16 mar. 2013.

**Prazo:** 6 meses após aprovação da diretoria.

### **11.3.2 Adquirir 30 camas eletrônicas (recomendação ideal)**

**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 (Figura 22) 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.

**Figura 22: Modelo de cama eletrônica.**



**Fonte: Disponível em: < <http://www.engeclinical.com.br/cama-eletronica/>>. Acesso em: 16 mar. 2013.**

**Prazo:** 5 anos, devido custo elevado.

### **11.3.3 Reformar as camas atuais**

**Por quê?** 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 abaixo do estrado.

Já as grades deverão apresentar dispositivo que possibilite que elas desçam e subam sem precisar retirá-las. Todas deverão ser lubrificadas periodicamente para não emperrarem. A cama com esse tipo de grade ficará como mostrado na Figura 23:

**Figura 23: Modelo de cama com grade ajustável.**



**Fonte: Disponível em:** <[http://www.ortopediaecirurgicaalves.com.br/arquivos\\_loja/12557/Fotos/thumbs3/produto\\_Foto1\\_3243461.png](http://www.ortopediaecirurgicaalves.com.br/arquivos_loja/12557/Fotos/thumbs3/produto_Foto1_3243461.png)>. Acesso em: 16 mar. 2013.

Ressalta-se que as manivelas para posicionamento das grades não deverão ser iguais à manivelas da cama acima ilustrada, mas sim voltadas para dentro, para evitar lesões nas pernas dos trabalhadores, que poderão encostar na manivela posicionada para fora e machucar.

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

## 12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu concluir que a cooperação é necessária no trabalho dos Técnicos de Enfermagem da ala estudada, onde o trabalho ocorre com interação, colaboração, negociações constantes e relações de respeito mútuo, e não hierárquicas, entre os sujeitos.

Os pressupostos teóricos sugerem que para existir cooperação, é necessário haver objetivos comuns, ações conjuntas e coordenadas, o que é demonstrado pelo coletivo de trabalho da enfermagem, que busca minimizar a carga de trabalho e o cansaço, cooperando.

A cooperação pode ser percebida durante “o banho no leito”, onde as metas dos integrantes do grupo estão estreitamente vinculadas: garantir os cuidados básicos aos pacientes da ala, de tal forma que cada um dos trabalhadores possa alcançar seus objetivos quando, e apenas quando, os outros alcançarem os seus. Assim, os resultados alcançados, quando há presença da organização em parcerias de trabalho são benéficos para todos os integrantes do grupo que, interagindo cooperativamente, sentem a satisfação do “dever cumprido”.

Quando há ausência de algum trabalhador, a rede de cooperação fica comprometida, havendo esforço físico acentuado. Na ala estudada o lema “cada um por si” não deve existir, pois a impossibilidade de cooperação traz à tona o trabalho penoso, associado ao sofrimento, compreendido não somente como dor física ou mental, mas como uma impotência de fazer.

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 relataram, também, 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. Porém, somente com estudo da atividade do plantão noturno será possível analisar a aplicabilidade dessas recomendações.

## REFERÊNCIAS

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

ASSUNÇÃO, A.A.; LIMA, F.P.A. 2003. A contribuição da ergonomia para a identificação, redução e eliminação da nocividade do trabalho, In: MENDES, René. *Patologia do trabalho*. 2. ed. atual. e ampl. São Paulo: Atheneu, 2003. 2v. p. 1767–1789.

BOSCHO, C.R.; FERRARINI, N.L. Um estudo sobre a produção da subjetividade na relação saúde-trabalho. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE SOCIOLOGIA E POLITICA, UFPR, 2, 2010, Curitiba. *Anais...* Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2010, v. 11, p. 3-14.

CLOT, Y. La formation par l'analyse du travail : pour une troisième voie. In: MAGGI, B. (Sous la direction). *Manières de penser, manières d'agir en éducation et en formation*. Paris: PUF, 2000, p. 133-156.

CLOT, Yves.; SOBRAL, Adail Ubirajara. *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. 222 p.

FREITAS, Maria Teresa de Assunção. *O pensamento de Vygotsky e Bakhtin no Brasil*. Campinas, SP: Papirus, 1994. 192 p.

GUÉRIN F.; LAVILLE, A. DANIELLOU, F.; DURAFFOURG, J.; KERGUÉLEN, A. FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI. *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia*. São Paulo: USP, Fundação Vanzolini, 2001. xviii, 200 p.

LIMA, F.P.A. A formação em ergonomia: reflexões sobre algumas experiências de ensino da metodologia de análise ergonômica do trabalho. In: KIEFER, C.; FAGÁ, I.; SAMPAIO, M.R. *Trabalho, educação e saúde*. Vitória: Fundacentro, 2000.

OLIVERIA, S.; REZENDE, M. S.; BRITO, J. Saberes e estratégias dos operadores de telemarketing frente às adversidades do trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 31(114): 125-134, 2006.

SILVA, Cláudia Osório da. *Vida de hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde*. 2002. 128 f. Tese (Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

SILVA, Claudia Osório da. Trabalho e subjetividade no hospital geral. *Psicologia: Ciência e Profissão*. Brasília, v. 18, n. 2, 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141498931998000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498931998000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12 out. 2013.

SCHWARTZ, Yves. Trabalhos e uso de si. In: *Revista Proposições*. São Paulo: UNICAMP, nº 32, p. 13-44, dez. 2000.

VYGOTSKY, L.S. *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – GLOSSÁRIO DOS 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 A - 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 esfrie.
- 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

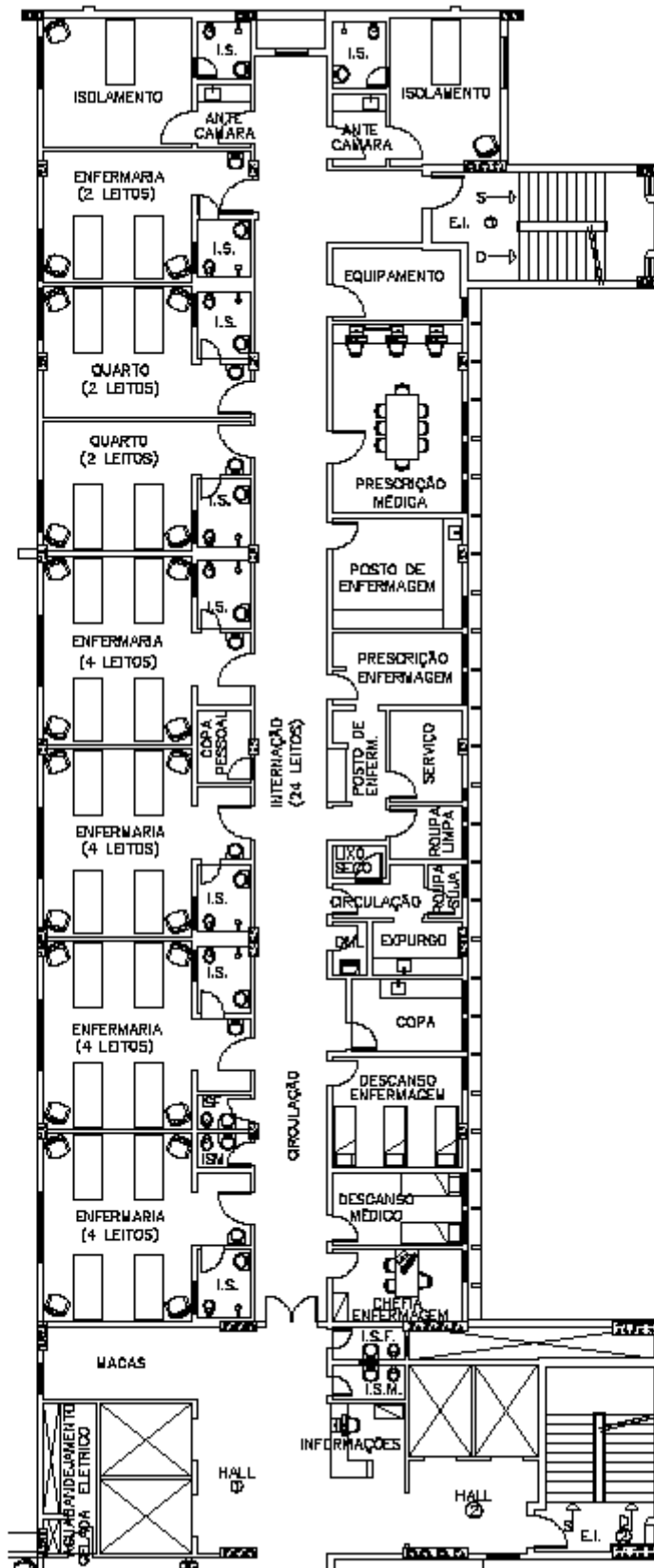
**ELABORADO POR:** Jurene Toni (enfermeiro).

**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, 18° 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 B - PLANTA BAIXA DA ALA A DO 6º ANDAR (CLÍNICA MÉDICA)



## **ANEXO C - 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 à 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 D - TABELA DE PERROCA

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

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

**LEGENDA:**

**Escala Perroca**

**CSI – Cuidados Semi-intensivos**

**CM – Cuidados Mínimos**

**CIM – Cuidados Intermediários**

**CIT – Cuidados Itensivos**