

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

MARISTELA VARGAS LOSEKANN

**SABERES DE TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM:
REINVENTANDO O TRABALHO E QUALIFICANDO A ARTE DE
CUIDAR**

Porto Alegre

2013

MARISTELA VARGAS LOSEKANN

**SABERES DE TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM: REINVENTANDO
O TRABALHO E QUALIFICANDO A ARTE DE CUIDAR**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Linha de Pesquisa: Trabalho, Movimentos Sociais e Educação.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Clara Bueno Fischer

Porto Alegre

2013

Maristela Vargas Losekann

**SABERES DE TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM: REINVENTANDO
O TRABALHO E QUALIFICANDO A ARTE DE CUIDAR**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Linha de Pesquisa: Trabalho, Movimentos Sociais e Educação.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a. Maria Clara Bueno Fischer - Orientadora

Prof^a Dr^a. Élide Azevedo Hennington - ENSP/FIOCRUZ

Prof^a Dr^a. Naira Lisboa Franzoi - UFRGS

Prof^o Dr. Jorge Alberto Rosa Ribeiro - UFRGS

Ele não pode ser prescritivo, não existem regras a seguir, nem manuais de cuidar ou de ensinar. O cuidado deve ser sentido, vivido. (Waldow, Cuidado Humano, 1998, p.14)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer a Deus pela vida maravilhosa que tenho e pelas oportunidades de ser mãe, de estudar, de ser enfermeira e de ser docente de Curso Técnico em Enfermagem.

Aos meus pais Edmundo (in memoriam) e Maria que, apesar da pouca escolaridade, sempre me mostraram que a educação é o melhor meio para nos tornarmos livres.

Ao meu avô Salvador (in memoriam) que me ensinou que observar o que acontece ao nosso redor é uma grande fonte de aprendizagem.

À minha filha Isadora que acompanhou as minhas leituras e me ajudou a relaxar nas horas difíceis com muitas risadas.

Ao meu esposo e sempre namorado Daniel que além de companheiro, revelou-se um excelente revisor de texto e amigo insuperável nos momentos da escrita.

À minha tia Nora, auxiliar de enfermagem, que tornou a minha infância um eterno brincar de cuidar.

À minha orientadora Maria Clara Bueno Fischer pelos ensinamentos, pelo encantamento com o meu tema de pesquisa e pelo incentivo.

À Professora Naira Lisboa Franzoi e aos demais docentes da UFRGS, mestres e inspiração para a minha formação.

Aos colegas do PPG por compartilharem as descobertas, autores e leituras.

Ao Grupo Hospitalar Conceição pelo estímulo e liberação para estudar, especialmente ao Hospital Nossa Senhora da Conceição que sediou a minha pesquisa.

À Emergência do HNSC, local que acolheu a minha pesquisa e que fomentou todas as minhas inquietações e reflexões.

Aos trabalhadores e colegas da enfermagem da emergência do HNSC pelos ensinamentos nesses quase vinte anos de convivência e pelo excelente cuidado prestado aos pacientes.

Aos meus alunos da Escola GHC pela confiança e saibam que vocês são responsáveis pela minha paixão pela área da educação.

Aos pacientes atendidos neste serviço, que a cada dia nos desafiam a melhorar e qualificar o nosso cuidado.

Obrigado!

RESUMO

A enfermagem, pela sua origem histórica, agrega uma diversidade de profissões e especializações que atuam no cuidado de pessoas. São enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem dividindo o mesmo espaço de trabalho. As práticas e os procedimentos na área da saúde, principalmente aqueles voltados às profissões de enfermagem são norteados por inúmeras rotinas, normatizações e protocolos. A escolha do tema "saberes da experiência" decorreu do fato de termos tantos regulamentos nesta área e valorizarmos tão pouco os saberes da experiência no trabalho de enfermagem e sua contribuição para a qualidade do cuidado prestado. O principal objetivo deste estudo foi compreender a forma como os saberes da experiência entram em relação com os saberes/normas técnicas que regulam a enfermagem no exercício do cuidado humano e como são utilizados pelos auxiliares e técnicos em enfermagem na arte de cuidar o/a outro/a. É uma pesquisa qualitativa e teve como fonte de dados o trabalho 'in ato', sendo que para a análise dos dados utilizei a Análise de Conteúdo. Foi organizada em duas etapas, cujos dados compuseram o *corpus* da análise e tiveram como base teórico-metodológica a perspectiva ergológica. Na primeira etapa, foi realizada entrevista com o objetivo de fazer o trabalhador falar sobre o seu trabalho. Na segunda, foi realizada a observação do trabalho 'in ato', sendo os registros feitos em diário de campo. Os eventos empíricos principais, decorrentes do evento banho de leito, foram agrupados nas categorias de análise: normas antecedentes, renormalizações, usos de si por si e pelos outros e valores. A análise dos resultados foi feita buscando a temática e o que se repete entre as falas dos trabalhadores. Pude perceber que o processo de trabalho contribui para que aconteçam as renormalizações, sendo que a demanda excessiva de pacientes, o ritmo acelerado de trabalho e o espaço restrito para a realização das tarefas aparecem como sendo os principais determinantes. As renormalizações, segundo os trabalhadores, acontecem para que o trabalho possa realmente ser realizado e em benefício do paciente. Os usos de si por si e pelos outros são demonstrados pelos trabalhadores ao cumprirem as tarefas prescritas em condições não ideais de execução por consideram estas relevantes no cuidado dos pacientes sob sua responsabilidade. Os valores que se destacaram foram a otimização do tempo, qualidade e limpeza do material usado no cuidado e conforto do paciente. Há, por parte desses trabalhadores, um debate de valores centrado na manutenção da vida desses pacientes, as escolhas prioritárias, mas sem deixar de valorizar cuidados que envolvem as necessidades humanas básicas.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Saberes da experiência. Saberes do Trabalho. Cuidado em Saúde. Ergologia.

ABSTRACT

Nursing, by its historical origin, adds up a variety of professions and specializations that work in caring for people. They are nurses, technicians and nursing assistants sharing the same workspace. The practices and procedures in healthcare, especially those geared to the professions of nursing, are guided by numerous routines, norms and protocols. The choice of the theme "experiential knowledge" resulted from the fact that we have so many regulations in this area and we appreciate so little the knowledge of experience in nursing work and its contribution to the quality of care provided. The main objective of this study was to understand how the knowledge of experience comes into relation with the knowledge / technical standards governing nursing in the exercise of human care and how it is used by technicians and nursing assistants in caring. It is a qualitative research and had the data source work 'in ato', and for data analysis, it used the Content Analysis. It was organized in two phases, which formed the corpus of data and analysis and were based theoretically and methodologically on the ergological perspective. In the first stage, an interview was conducted with the goal of making workers talk about their work. In the second, there was the observation 'in ato', the records being made in the field diary. The main empirical events arising from bed bath event, were grouped in categories of analysis: history standards, renormalizations, uses by oneself and others and values. The analysis was done searching the theme that repeats itself and between the lines of workers. I realized that the work process that contributes to the renormalizations happen, and the excessive demand of patients, the fast pace of work and the restricted space to perform the tasks appear to be the main determinants. The renormalizations, according to workers, who happen to work can actually be done and for the benefit of the patient. The uses by oneself and others are demonstrated by workers to fulfill the tasks prescribed in non-ideal conditions for implementing consider relevant in the care of patients under their responsibility. The values that stood out were the optimization of time, quality and cleanliness of the material used in the care and comfort of the patient. There is, for these workers, a discussion of values centered on the maintenance of life of these patients, the priority choices, but at the same time valuing care that involves basic human needs.

Keywords: Education. Knowledge of Experience. Knowledge of Work. Health Care. Ergology.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|---|
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| CEB | Câmara de Educação Básica |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CNE | Conselho Nacional de Educação |
| COFEN | Conselho Federal de Enfermagem |
| DD3P | Dispositivo Dinâmico a Três Polos |
| GHC | Grupo Hospitalar Conceição |
| HNSC | Hospital Nossa Senhora da Conceição |
| IFRS | Instituto Federal do Rio Grande do Sul |
| PEC | Projeto de Educação Continuada |
| POP | Procedimento Operacional Padrão |
| PPGEDU | Programa de Pós-graduação em Educação |
| SAE | Sistematização da Assistência de Enfermagem |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UFRGS | Universidade Federal do Rio Grande do Sul |

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

| | |
|--|-----|
| Figura 1 - Os Saberes e Eu | 21 |
| Figura 2 - Almotolia utilizada pelos trabalhadores | 85 |
| Figura 3 - Trabalhadora com as almotolias preparadas para uso | 85 |
| Figura 4 - Bacias colocadas sobre mesa auxiliar para realizar o banho de leito | 86 |
| Figura 5 - Material colocado sobre mesa auxiliar para realizar o banho de leito | 87 |
| Figura 6 - Fralda colocada no paciente | 91 |
| Figura 7 - Almotolias usadas para higiene perineal e banho de leito | 91 |
| Figura 8 - Fralda usada para troca de fraldas | 92 |
| Figura 9 - Fralda sendo recortada | 93 |
| Figura 10 - Fralda com as laterais recortadas | 93 |
| Figura 11 - Fralda com as duas laterais recortadas | 94 |
| Figura 12 - As duas fraldas, uma inteira e outra recortada | 95 |
| Figura 13 - Colocação de fralda no paciente do sexo masculino | 96 |
| Figura 14 - A fralda recortada para uso no paciente do sexo masculino | 96 |
| Figura 15 - Renormalização da colocação da fralda no paciente do sexo masculino | 97 |
| Figura 16 - Colocação da fralda no paciente do sexo masculino 1 | 97 |
| Figura 17 - Colocação da fralda no paciente do sexo masculino 2 | 98 |
| Figura 18 - Colocação da fralda no paciente do sexo feminino 1 | 98 |
| Figura 19 - Colocação da fralda no paciente do sexo feminino 2 | 99 |
| Figura 20 - Colocação da fralda no paciente do sexo feminino 3 | 99 |
| Figura 21 - Colocação da fralda no paciente do sexo feminino 4 | 100 |
| Figura 22 - Colocação da fralda no paciente do sexo feminino 5 | 101 |
| Quadro 1 - Escala de banhos utilizada na sala Laranja da Emergência | 70 |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO | 18 |
| 2.1. SABERES DA EXPERIÊNCIA EM ENFERMAGEM E A TRAJETÓRIA DA PESQUISADORA: HISTÓRIA DE UMA RELAÇÃO..... | 18 |
| 2.2. O HOSPITAL COMO LOCAL DO CUIDADO..... | 23 |
| 2.2.1. A diversidade de níveis de atenção do Grupo Hospitalar Conceição | 24 |
| 2.2.2. O Hospital Nossa Senhora da Conceição | 25 |
| 2.3. QUESTÃO DE PESQUISA | 26 |
| 2.4. OBJETIVOS | 26 |
| 3 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA..... | 28 |
| 3.1. O DESOBJETO | 28 |
| 3.2. DESOCULTANDO O DESOBJETO..... | 30 |
| 3.3. CONTEXTO, SUJEITOS E ORGANIZAÇÃO DA PESQUISA | 30 |
| 3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E PROCEDIMENTO..... | 33 |
| 3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS SUJEITOS | 34 |
| 3.6. A ANÁLISE DOS DADOS..... | 34 |
| 3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 36 |
| 3.8 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS..... | 37 |
| 4 REFERENCIAL TEÓRICO | 39 |
| 4.1. O TRABALHO EM SAÚDE E A SUA RELAÇÃO COM OS SABERES DO OFÍCIO | 39 |
| 4.2. O TRABALHO EM ENFERMAGEM..... | 45 |
| 4.3 A SEPARAÇÃO ENTRE O TRABALHO MANUAL E O INTELLECTUAL NO CONTEXTO DA SAÚDE..... | 50 |
| 4.4 O TRABALHO DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM E DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM | 53 |
| 4.5 A PADRONIZAÇÃO E A NORMA NO TRABALHO DA ENFERMAGEM | 54 |

| | |
|---|------------|
| 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 57 |
| 5.1 QUEM SÃO ESSES PROFISSIONAIS? | 57 |
| 5.2 AFINAL "QUANTOS BANHOS VOCÊ TEM QUE DAR?": O BANHO DE LEITO DESVELANDO A ATIVIDADE E OS SABERES DO TRABALHO..... | 61 |
| 5.3 ESCALAS, DIVISÕES E RENORMALIZAÇÕES: O PROCESSO DE TRABALHO REAL EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | 65 |
| 5.4 A MÃO E O CÉREBRO NA ATIVIDADE DE TRABALHO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM : UMA ANÁLISE A PARTIR DO BANHO DE LEITO..... | 74 |
| 5.5 DA BACIA À ALMOTOLIA: BANHO DE LEITO, UM ENCONTRO DE E COM O CUIDADO | 88 |
| 5.6 OS "USOS DE SI" E O DEBATE DE VALORES NO TRABALHO DA ENFERMAGEM: ESCOLHAS PARA QUALIFICAR A ARTE DE CUIDAR..... | 104 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 107 |
| REFERÊNCIAS | 111 |
| APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 116 |
| APÊNDICE B - Termo de Compromisso..... | 118 |
| APÊNDICE C - Questões da entrevista | 119 |
| APÊNDICE D - Termo de anuência do responsável pelo setor/ serviço onde será realizada a pesquisa no GHC | 121 |
| APÊNDICE E - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS | 122 |
| APÊNDICE F - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC | 124 |
| APÊNDICE G - Tabelas das Entrevistas: Depoimentos e Análise | 125 |
| ANEXO A - Legislação vigente das atribuições dos técnicos em enfermagem e dos auxiliares de enfermagem | 184 |
| ANEXO B - Descrição das técnicas de higiene e conforto | 194 |

1 INTRODUÇÃO

- *Bom dia. Por que acabas de apagar o teu lampião?*
 - *É o regulamento - respondeu o acendedor. - Bom dia.*
 - *Qual é o regulamento?*
 - *É apagar meu lampião. Boa noite.*
 E tornou a acender.
 - *Mas por que acabas de acendê-lo de novo?*
 - *É o regulamento - respondeu o acendedor.*
 - *Eu não compreendo - disse o príncipe.*
 - *Não é para compreender - disse o acendedor. - Regulamento é*
 regulamento. Bom dia.
E apagou o lampião. (SAINT-EXUPÉRY, 2009, p. 48)

Início esta dissertação com um excerto da obra *O Pequeno Príncipe*, mais especificamente com o relato do trabalho realizado pelo acendedor de lampiões, com o intuito de demonstrar o quanto "o regulamento", a norma e a prescrição atravessam as atividades de trabalho. A execução da tarefa de acender e desligar o lampião coloca-nos frente a um trabalhador que limita-se a cumprir somente o que está prescrito, ou seja, determinado previamente por outro para acontecer.

No entanto, pergunto-me se realmente é isso que ocorre no cotidiano dos trabalhadores. E se o lampião apresentasse um problema e não acendesse quando fosse a hora determinada para que o trabalhador o acendesse? O que aconteceria?

O regulamento poderia não conter orientações sobre o que fazer quando o lampião não acendesse, mas posso arriscar-me a dizer que é provável que o trabalhador buscasse alguma alternativa para fazer com que o lampião acendesse, pois desejaria que o seu trabalho saísse da melhor maneira possível. Então, o acendedor de lampiões, que o Pequeno Príncipe encontrou em sua viagem, buscaria nos saberes da experiência uma forma de consertar o lampião. Ele iria executar o trabalho prescrito, mas ao realizar a tarefa prescrita de acender e desligar estaria enfrentando os possíveis imprevistos, as situações inusitadas, as falhas no sistema e outros inumeráveis problemas que surgiriam. No trabalho efetivamente realizado a atividade de trabalho se manifesta. O meio é infiel e demanda do trabalhador escolhas que são possíveis porque não é um mero executor. Está em atividade.

Na área da saúde não é diferente apesar das práticas e os procedimentos, principalmente aqueles voltados às profissões de enfermagem serem norteados por inúmeras

rotinas, normatizações, protocolos, sistematizações, prescrições e procedimentos operacionais padrão. A escolha do tema "saberes da experiência" decorreu justamente do fato de visibilizarmos tantos "regulamentos" nesta área e valorizarmos tão pouco o sujeito trabalhador em atividade fazendo escolhas baseadas em valores e, por consequência produzindo saberes. Saberes da experiência do trabalho em enfermagem que tanto contribuem para a qualidade do cuidado prestado.

A enfermagem, por sua origem histórica, agrega uma diversidade de profissões e especializações que atuam no cuidado de pessoas e constitui-se num espaço rico para o estudo de saberes envolvidos no exercício cotidiano do trabalho. São enfermeiros, auxiliares e técnicos em enfermagem dividindo o mesmo espaço/tempo de trabalho. Do ponto de vista legal e da hierarquia estas diferentes categorias profissionais possuem atribuições distintas com relação aos cuidados a serem prestados aos usuários, cabendo exclusivamente ao enfermeiro administrar, dirigir e inspecionar o trabalho de execução dos demais trabalhadores. A divisão do trabalho na área da enfermagem expressa e fortalece relações de poder assimétricas entre tais categorias. Afasta o enfermeiro do cuidado, diminuindo seu poder e saber neste. Ao assumir o papel de administrador delega as tarefas do cuidado aos técnicos e auxiliares de enfermagem. Estes se, por um lado, ampliam seu poder e saber no cotidiano do cuidado, diminuem seu poder na concepção formal deste. Isso, é claro, sem falar nas questões salariais que acompanham a hierarquia definida.

Nestes espaços de trabalho, o Estado e as organizações da sociedade civil vinculadas à área da saúde têm ressaltado que as instituições desta área devem ser lugares de produção de bens e serviços, assim como de valorização do potencial inventivo dos diversos atores envolvidos: usuários, gestores e, principalmente, trabalhadores da saúde. O Ministério da Saúde, desde 2003, vem reafirmando, nas Políticas Públicas do Sistema Único de Saúde (SUS), a importância de produzir novos modos de gerir os processos de trabalho em saúde¹.

Afirma-se em tais políticas que o trabalho não é apenas o que está definido previamente no regulamento e na norma, mas também o que de fato se realiza nas situações

¹ Podemos incluir nestas políticas, por exemplo, a Política Nacional de Humanização (PNH) que tem como um dos princípios norteadores a co-responsabilidade dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS nos processos de gestão e de atenção. Além disso, a Política de Educação Permanente em Saúde que busca produzir conhecimento no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas do dia a dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança.

concretas, incluindo, portanto, o esforço empenhado no cotidiano profissional, os acordos e pactos realizados e, até mesmo, o que se pensou em fazer, mas não foi possível².

No entanto, na área da enfermagem, percebemos uma ampliação do número de sistematizações³, protocolos e procedimentos operacionais padrões que determinam maneiras de agir e servem para controlar os trabalhadores, colocando os saberes produzidos em situação de trabalho em segundo plano. No contexto do trabalho real da enfermagem, os profissionais são exigidos permanentemente a renormatizar, pois nenhum paciente é igual ao outro, nenhuma patologia manifesta-se da mesma forma em todos os pacientes, sendo essencial a capacidade de decisão, de escolha e de criação e mobilização de saberes para prestar um cuidado de qualidade e suprir o que as normas não dão conta ou, eventualmente, mudar a norma.

² A técnica de punção venosa, de acordo com Clayton & Stock (2006) preconiza que ao selecionarmos um local para puncionarmos um acesso venoso periférico, deve-se levar em consideração o tempo que o acesso será necessário; as condições e a localização das veias, o propósito da infusão como, por exemplo, reidratação, quimioterapia e antibióticos; as condições do paciente, seu grau de cooperação e sua preferência. Se o tratamento for prolongado, a primeira punção deve ser feita na mão e as punções subseqüentes devem ser feitas acima da antecedente com o objetivo de evitar irritação e vazamento no local da uma punção anterior. No entanto, alguns fatores, como as condições prévias da rede venosa, podem inviabilizar que sigamos o que está descrito na técnica, ou seja, não será possível que sigamos a orientação de puncionar a mão primeiro, depois o antebraço e por último o braço. O possível de ser realizado na atividade de trabalho de puncionar um acesso venoso, neste caso, será puncionar em locais pouco usados como dedos, indo em sentido não recomendado pela técnica.

³ Sistematização da assistência de enfermagem (SAE), conforme a Resolução COFEN-272/2002 é uma atividade privativa do enfermeiro que utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. A SAE ou processo de enfermagem, compreende as seguintes etapas: Consulta de Enfermagem, o histórico (entrevista), exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem. Para a implementação da assistência de enfermagem, devem ser considerados os aspectos essenciais em cada uma das etapas, conforme discriminados a seguir:
Histórico: Conhecer hábitos individuais e biopsicossociais visando a adaptação do paciente à unidade de tratamento, assim como a identificação de problemas. Exame Físico: O Enfermeiro deverá realizar as seguintes técnicas: inspeção, ausculta, palpação e percussão, de forma criteriosa, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do paciente e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico.

Diagnóstico de Enfermagem: O Enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade, aos problemas, processos de vida vigentes ou potenciais.

Prescrição de Enfermagem: É o conjunto de medidas decididas pelo Enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de Enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde.

Evolução de Enfermagem: É o registro feito pelo Enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente. Desse registro constam os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes.

A complexidade do trabalho da enfermagem pode ser evidenciada nas inúmeras situações inéditas, nos imprevistos, nos eventos nunca vivenciados que surgem no cuidado de cada paciente. Na produção do cuidado em saúde somos desafiados a levar em consideração as especificidades dos sujeitos, mesmo quando estamos seguindo um protocolo.

Schwartz (2000) ressalta que, ao serem convocados no processo de trabalho⁴, os trabalhadores "usam de si", utilizam as suas potencialidades para dar conta do que lhes é exigido e, ao mesmo tempo, das infidelidades do meio. Para tal faz escolhas, com base em valores. O trabalhador, em cada situação apresentada, elabora estratégias que expressam a inteligência, a ética, a experiência em geral do ser humano no trabalho. Para a ergologia há uma dimensão de gestão, no sentido ontológico, no trabalho humano, em que o trabalhador produz saberes. Trabalhar, a partir dessa visão, é gerir-criar junto com outros trabalhadores; um processo de criação que implica experimentação constante, colocando lado a lado diferentes maneiras de trabalhar.

Schwartz (2003) salienta ainda que a construção desses saberes é ela mesma uma atividade de trabalho. E, sendo atividade, há sempre um debate de valores. Schwartz e Durrive (2007) destacam que a partir do momento em que sabemos que a distância entre o prescrito e o real existe e que no trabalho há outras razões que entram em jogo na sua realização, além das razões dos organizadores, podemos afirmar que a pessoa faz escolhas conscientes ou inconscientes. São os valores, que são mobilizados frente as infidelidades que se apresentam nas situações de trabalho, que regulam essas escolhas, pois

se ela tem escolhas a fazer, é em função de critérios - e portanto em função de valores que orientam estas escolhas. Não se pode escapar disso. E então, existem debates - o que eu chamo de "debate de normas" - que geralmente não são vistos. E procedemos mal não os vendo porque é fundamental no trabalho. Há debates de normas no interior da menor atividade de trabalho, a mais ínfima. (SCHWARTZ, DURRIVE, 2007, p. 45)

Os trabalhadores podem ser convidados a socializarem o "debate de normas", podendo criar outras formas coletivas de fazer uma tarefa, por vezes melhores que as vigentes e prescritas. Os saberes, ou seja, os novos modos de fazer, produzidos no trabalho podem e

⁴ Processo de trabalho é a atividade humana de interação com a natureza, para a obtenção de valores de uso para atender as necessidades. São componentes do processo de trabalho: a) o trabalho mesmo, entendido como a mobilização de capacidades e competências físicas e intelectuais humanas, tendo em vista objetivos preestabelecidos; b) os meios de trabalho constituídos pelos instrumentos, ferramentas e equipamentos de que se vale o executante do trabalho para realizar a atividade pretendida; e c) o objeto de trabalho, matéria sobre a qual o executante do trabalho exerce sua ação, utilizando os meios de trabalho. (Marx apud Holzmann, 2011)

devem ser compartilhados, pois qualificam o trabalho individual e coletivo. Portanto, a educação em saúde é essencial não só para o compartilhamento dos saberes produzidos, mas também para criarmos as condições necessárias para a compreensão e a produção de reflexões críticas sobre os processos de trabalho, a construção dos coletivos profissionais e o estabelecimento do que é denominado por Schwartz de Dispositivo Dinâmico a Três Polos (DD3P).

Morosini, Fonseca & Pereira (2008) consideram que no movimento constante em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) como projeto de um sistema universal, público, equânime, integral e democrático no Brasil, há a necessidade de se buscar uma concepção da relação entre educação e saúde que se configure como o resultado da ação política de indivíduos e da coletividade, com base no entendimento da saúde e da educação em suas múltiplas dimensões: social, ética, política, cultural e científica. As autoras afirmam, ainda, a importância da participação dos trabalhadores na formação em saúde. A construção dessa relação passa, necessariamente, pela redefinição do processo de trabalho em saúde e das atribuições e responsabilidades entre os trabalhadores, assim como pela transformação do papel desempenhado por estes trabalhadores nos encontros com a população.

A educação deve ainda buscar a valorização dos saberes da experiência dos trabalhadores, saberes estes que, muitas vezes, são constituídos com o intuito de atender às necessidades de saúde da população. A educação no campo da saúde é, portanto, decisiva para a organização da integralidade da atenção em saúde. Afirmando a potencialidade educativa dos vários atos promovidos nas ações e nos serviços de saúde pode-se reconhecer todos os trabalhadores da saúde como educadores, e estes, junto com a população atendida, sujeitos do processo de produção dos cuidados em saúde.

Como sujeito do processo de produção do cuidado em saúde, o trabalhador modifica e produz novos modos de fazer seu trabalho. Na perspectiva da ergologia⁵, trabalhar é fazer e pensar e o profissional de enfermagem, ao realizar o cuidado do outro, não se coloca como

⁵ A Ergologia surgiu na França na década de 1980, sustentada na filosofia e nos aportes teóricos da ergonomia, a partir das reflexões de um grupo transdisciplinar, e propôs uma releitura das concepções de trabalho, distinguindo ação de atividade, e tendo por finalidade colocar o trabalho a partir da vivência de quem trabalha. Portanto, a ergologia faz uma análise desse trabalho real, apostando no homem para compreender, transformar e criar novas condições para si e à situação de trabalho, de modo a reinventá-lo. (SCHWARTZ apud LIZ; LOSEKANN; FONTANA, 2010)

um mero executor de uma rotina ou técnica. Ele pensa qual a melhor forma de realizá-lo, avaliando em cada situação de trabalho, qual a melhor intervenção a ser feita a partir de um conjunto interligado de aspectos presentes.

Este estudo se propôs a analisar o processo de mobilização e produção de saberes nas atividades de trabalho de profissionais de enfermagem de nível de escolarização médio e fundamental, principalmente nos cuidados de higiene e conforto⁶, em uma emergência de um serviço público de saúde de Porto Alegre, a partir de categorias que fundamentaram a análise dos processos pesquisados: *atividade de trabalho* do técnico e do auxiliar de enfermagem; *saberes mobilizados e criados* para realizar o trabalho; as *normas antecedentes*; as *renormalizações* realizadas; os *usos de si* por si e pelos outros; as *escolhas* baseadas em *valores*. As categorias escolhidas para análise dos processos pesquisados não estão isoladas, mantém relação entre si.

Com o objetivo de explicitar a delimitação do objeto de pesquisa, no segundo capítulo são abordadas as características do campo em que a investigação foi realizada e a relação deste com o cuidado em saúde. No terceiro, foram descritos os procedimentos de pesquisa e a caracterização dos sujeitos que participaram da mesma. No quarto, apresentam-se as peculiaridades do trabalho em saúde e da enfermagem no contexto hospitalar e as repercussões da formação e das características da profissão no fortalecimento dos saberes produzidos e sua valorização.

No quinto, são discutidos e analisados os resultados a partir das categorias elencadas e dos dados produzidos. Procede-se a análise do material das entrevistas e dos registros da observação no campo com o apoio do referencial teórico adotado. Nas considerações finais busquei responder a questão central da pesquisa, realizando reflexões sobre as observações do campo empírico e do campo teórico que mais desvelaram a produção e mobilização dos saberes e as estratégias utilizadas pelos trabalhadores sujeitos da pesquisa para realizar e qualificar o cuidado em saúde.

⁶ Cuidados de higiene e conforto na prática de enfermagem são realizados por auxiliares e técnicos em enfermagem e compreendem o banho de aspersão ou no leito, a higiene oral, a tricotomia facial, a higiene ocular e do couro cabeludo, as trocas de fraldas e a mudança de decúbito no leito. Para cada um desses cuidados existe uma técnica prescrita. (Nota da autora)

2 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO

2.1. SABERES DA EXPERIÊNCIA EM ENFERMAGEM E A TRAJETÓRIA DA PESQUISADORA: HISTÓRIA DE UMA RELAÇÃO

Estou inserida na área da saúde desde dezembro de 1993, período no qual iniciei as atividades como enfermeira diretamente em um hospital, o Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), instituição pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC), quando fui admitida para o setor de Emergência e percebi o quanto os saberes, principalmente aqueles dos técnicos em enfermagem, permeavam as minhas atividades de trabalho.

Atualmente continuo neste setor e trabalho no turno da noite junto a uma equipe de quarenta técnicos e auxiliares de enfermagem. Nestes anos de atuação, vivenciei inúmeras mudanças no sistema de saúde brasileiro, como, por exemplo, a implantação de políticas públicas, principalmente àquelas voltadas para as portas de entrada dos serviços de emergência. Estas políticas buscavam qualificar os serviços para que atendessem de maneira ordenada e resolutiva a crescente demanda e minimizassem os agravos de saúde dos usuários.

Identifico-me com a qualificação e educação em serviço e a considero como uma das mais importantes dentre as diversas atribuições do enfermeiro. A educação na área da saúde destaca-se, também, pela orientação e prevenção de agravos, promoção da saúde da população e formação de cidadãos conscientes do seu protagonismo diante dos processos de saúde-doença.

As práticas educativas em serviço e o trabalho como apoiadora institucional da Política Nacional de Humanização⁷ acabou motivando a minha participação e envolvimento com eventos voltados à educação. A humanização, neste contexto, pode ser entendida como uma estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar a realidade transformando-se a si próprios nesse processo. Por acreditar na importância do diálogo entre saúde e educação, tornei-me docente do Curso Técnico em Enfermagem, realizado em parceria entre o Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola do Grupo Hospitalar Conceição e o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul – IFRS.

⁷ A 'humanização' enquanto política pública de saúde vem-se afirmando na atualidade como criação de espaços/tempos que alterem as formas de produzir saúde, tomando como princípios o aumento do grau de comunicação entre sujeitos e equipes (transversalidade), assim como a inseparabilidade entre a atenção e a gestão. Este movimento se faz com sujeitos que possam exercer sua autonomia de modo acolhedor, resolutivo e de gestão compartilhada dos processos de trabalho. (PEREIRA; PASSOS, 2008, p. 247)

Na atividade de trabalho como enfermeira e como docente, ao confrontar situações vividas no cotidiano e os problemas enfrentados pela equipe, percebo o quanto a atuação de cada trabalhador envolve a utilização de saberes produzidos e/ou mobilizados na atividade de trabalho para dar conta de desafios que não estão nas padronizações das tarefas que lhes são apresentadas. A partir dos relatos dos trabalhadores de enfermagem e da equipe de modo geral, evidenciei que estes, frequentemente, mostravam-se incomodados com os processos de trabalho e reclamavam da falta de valorização do profissional de enfermagem considerado, muitas vezes, como um "tarefeiro", destituído de reconhecimento e poder formal de reflexão e (re)criação do trabalho.

Motivada pela necessidade de agregar conhecimentos disciplinares sobre o processo formativo dos profissionais da área da saúde no chamado "trabalho in ato" iniciei, em 2009, como aluna do Projeto de Educação Especial (PEC) no PPGEDU da UFRGS, minha incursão na área da Educação. Acredito que o trabalho não é apenas o que está definido previamente para ser executado, mas também o que de fato se realiza nas situações de trabalho, incluindo, portanto, o esforço gasto no cotidiano profissional, nos acordos, nos pactos realizados com a equipe e até mesmo o que se pensou em fazer, mas não foi possível naquele momento. Portanto, o interesse em realizar o Mestrado na área da Educação surgiu, a partir do entrelaçamento, na minha prática, entre a Saúde e a Educação, nos muitos questionamentos e reflexões sobre como poderia contribuir na formação de profissionais da área.

Neste espaço/tempo de reflexão, encontrei nos ensinamentos de Yves Schwartz que a formação profissional deve buscar a valorização do que cada trabalhador constrói em sua atividade de trabalho ao longo da sua trajetória profissional. Schwartz (2007) destaca, também, nos seus estudos sobre a Ergologia, o 'desconforto intelectual' necessário para desencadear uma aprendizagem permanente dos debates de normas e valores que renovam indefinidamente a atividade humana.

O desconforto intelectual, segundo Durrive e Schwartz (2007), não pode nunca nos deixar confortavelmente instalados em interpretações estabilizadas dos processos e dos valores em jogo numa situação de atividade, deve sim fazer com que nos deixemos incomodar nos nossos saberes constituídos e nas nossas experiências de trabalho, a fim de enriquecermos nos incessantemente nos dois planos.

Seguindo os ensinamentos de Schwartz, comecei a estranhar o trabalho da enfermagem. Durante a realização dos encontros voltados para a qualificação da equipe⁸, comecei a observar que, quando era 'colocado na roda' um problema de trabalho vivenciado por todos, os trabalhadores através das práticas e saberes da experiência, procuravam a forma que, a seu juízo, melhor encontravam, naquele momento, de resolvê-los.

Nos encontros em que era a responsável por conduzir a equipe, que eram os encontros do acolhimento, comecei a propor que as dificuldades encontradas pelos trabalhadores e a mudança apontada pelo grupo a partir dos saberes da experiência fossem ouvidas pelos gestores responsáveis. Colocávamos em discussão o modo de fazer "imposto" de uma tarefa, discutíamos os fatores que não permitiam a sua realização daquela forma e, logo depois, procurávamos junto ao responsável pela demanda o aceite de modificações e ajustes na tarefa. Era possível evidenciar e, ao mesmo tempo, estimular o protagonismo dos técnicos em enfermagem ao valorizarmos a produção e a mobilização de seus saberes, pois nestes momentos a equipe assumia a gestão coletiva dos processos de trabalho.

Os momentos de formação tornaram-se, neste período, oportunidades ricas de compartilhamento de experiências, fazendo também com que a criatividade dos trabalhadores fosse transformada em alternativas para gerar mudanças, evidenciando que a educação pode ser usada para potencializar a produção de movimentos que mobilizem poderes e saberes direcionados ao fortalecimento do protagonismo dos trabalhadores, usuários e gestores do SUS, tornando-se um processo político-pedagógico. No entanto, a proposta de gestão compartilhada acabou a partir do momento em que assumiram novos gestores no setor e que não incorporaram esse modo de gerir à sua prática.

Nestes locais de compartilhamento dos saberes da experiência, comecei a perceber o quanto se produziam saberes nos espaços de formação. No entanto, os trabalhadores demonstravam em suas falas que esses saberes, as "novidades", não eram valorizados em seus locais de trabalho. Relatavam situações em que suas sugestões não eram levadas em consideração, falavam de rotinas que haviam sido elaboradas sem a participação dos

⁸ Os encontros da equipe de enfermagem da emergência acontecem periodicamente nas reuniões de serviço por turno de trabalho. Nestes momentos, gestores e trabalhadores reúnem-se para que sejam apresentadas as novas rotinas ou para discutir dificuldades ou mudanças no setor. Além disso, as atividades de educação permanente promovem encontros de trabalhadores do setor para revisar, atualizar e discutir sobre diversos temas da área da saúde, tendo uma programação anual construída a partir das necessidades e solicitações dos mesmos. (Nota da autora)

trabalhadores do setor e da dificuldade que tinham em vencer as barreiras da divisão do trabalho que, nas últimas décadas, vêm se acentuando na área da enfermagem.

Assim, a partir do contato com a equipe de enfermagem no cotidiano de trabalho e observando o trabalho real dos técnicos e auxiliares de enfermagem, surgiu o meu interesse em pesquisar sobre os saberes do trabalho - as "novidades" produzidas pelos técnicos. Portanto, ao buscar a história da minha relação com os saberes de profissionais de enfermagem (Figura 01) não posso deixar de ressaltar que esta foi enriquecida pela minha trajetória profissional e minha experiência nos serviços de saúde com enfermeira e como docente.

A atuação em um espaço hospitalar considerado crítico, como é o caso do serviço de emergência, exige um rigor muito grande na realização dos cuidados e atualização constante das rotinas e dos modos de fazer. Além disso, a relação com os saberes fortaleceu-se nos diálogos necessários desta área hospitalar crítica com os diversos níveis de atenção da instituição em que atuo. Nessas trocas pude desvelar que, ainda hoje, existe uma busca pela hegemonia dos saberes - dos hospitalares em relação aos da atenção básica, dos saberes da cura em relação aos da prevenção e assim por diante - principalmente em algumas categorias profissionais. Mas, apesar de todas as dificuldades, pensar nesta relação com os saberes ajudou-me na compreensão do espaço macro da rede de serviço de saúde a partir do olhar para o micro, o espaço do serviço de emergência. Isso foi possível pelo fato do GHC possuir uma diversidade de serviços com diferentes níveis de atenção. No entanto, ainda temos uma forte tendência a tomarmos o hospital como sendo um serviço de maior complexidade e como o melhor local de cuidado.

Figura 01: Os saberes e eu



Fonte: A autora

A produção de saberes revela-se nesses diferentes espaços de atenção e de cuidado a partir do trabalho. Schwartz e Durrive (2007) destacam o *caráter industrial do ser humano*, que nós podemos chamar de engenhoso, criando a possibilidade de um debate de normas, que o modelo taylorista baseado na repetição de tarefas não considerava. Nesse contexto de recriação de normas, há uma valorização da experiência como fonte para a compreensão das situações de trabalho, numa relação dialética com o conhecimento científico.

O desejo de investigar, no contexto do trabalho na área da saúde, como acontece o processo de mobilização e produção dos saberes nas atividades de trabalho dos auxiliares e técnicos em enfermagem, partindo de situações que envolvem o cuidado humano em saúde⁹, surgiu a partir do momento em que comecei a olhar para o trabalho como atividade. Para Cunha; Fischer e Franzoi (2011) esta perspectiva amplia possibilidades de se conhecer o processo de trabalho a partir do infinitamente pequeno e singular no cotidiano de trabalho, na sua relação dinâmica e dialética com dimensões macro sociais, políticas e econômicas do trabalho.

Além disso, cabe destacar que os estudos produzidos pelos pesquisadores da Linha de Pesquisa *Trabalho, Movimentos Sociais e Educação*, do Programa de Pós Graduação em Educação da UFRGS, onde se situa esta pesquisa, colaboram não somente nos processos de aprendizagem dos mestrandos e doutorandos, mas também oferecem uma possibilidade de, através das pesquisas, qualificar a formação de trabalhadores. No caso desta pesquisa, entender a atividade de trabalho dos profissionais auxiliares e técnicos que atuam no Sistema Único de Saúde contribuirá para repensarmos e qualificarmos a formação destes trabalhadores.

A escolha pela área da educação para desenvolver a pesquisa diz respeito à possibilidade de compreender os saberes construídos no cotidiano do trabalho, ou seja, a formação que o mundo do trabalho possibilita. De forma mais específica a escolha deu-se no campo de estudos Trabalho-Educação. Neste destaca-se o trabalho como princípio educativo que, conforme Ciavatta (2008) remete à relação entre o trabalho e a educação, no qual se

⁹ O cuidado humano em saúde não é apenas um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para a compreensão da saúde como o 'direito de ser'. Além disso, é uma relação intersubjetiva que se desenvolve em um tempo contínuo, e que além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para a negociação e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades do outro. (PINHEIRO, 2008)

afirma o caráter formativo do trabalho e da educação como ação humanizadora no desenvolvimento de todas as potencialidades do ser humano.

Cunha (2010) destaca o importante papel da ergologia na formação da pessoa em sua totalidade. Para a autora, ao tomar a atividade como conceito central de reflexão, a Ergologia nos convida a acompanhá-la com uma lupa em seu processo de tratamento e retratamento de saberes e valores, nos convida à imiscuir num debate de normas antecedentes e "renormalizações" procedidas pela atividade em ação de trabalho. Nesta perspectiva, os saberes e valores seriam como que substâncias que em permanência se desenvolvem, se transformam, se aprendem e eventualmente se aplicam nas atividades de trabalho.

2.2. O HOSPITAL COMO LOCAL DO CUIDADO

O trabalho da enfermagem no Brasil é realizado em diferentes cenários e em diferentes níveis de atenção numa concepção hierárquica de organização da rede integrada de atenção à saúde do SUS. Os cenários prevalentes referem-se à rede de atenção primária à saúde e os hospitais de baixa, média e alta complexidade. O hospital, área escolhida para a realização desta pesquisa, é parte integrante da rede de atenção à saúde, cuja função básica é o atendimento, diagnóstico, tratamento, cura e pesquisa de problemas de saúde que necessitem de atenção secundária ou terciária ou recursos inexistentes na atenção primária.

No entanto, desde a criação dos hospitais, percebemos que há uma valorização deste espaço como "o" local do cuidado, em detrimento dos outros, tanto do ponto de vista dos usuários do sistema de saúde como dos profissionais. Rizzotto (1999) afirma que no início da década de 1920, o novo paradigma da compreensão do processo saúde/doença, decorrente do avanço da biologia, da fisiologia, da anatomia-patológica, da microbiologia e da bacteriologia, já impregnava as experiências no campo da Saúde Pública.

Esse paradigma da Medicina clínica, segundo a autora, ao mesmo tempo em que exigia outro espaço para se desenvolver, o hospital, provocava um abandono progressivo nas medidas de caráter coletivo, privilegiando a assistência individual. Por outro lado, o cuidado realizado no âmbito hospitalar cria condições para atender pacientes com diferentes níveis de complexidade, utilizando para isso prescrições amplas, que envolvem não só os cuidados voltados para as necessidades humanas básicas como, por exemplo, banho de leito, mas também os cuidados especializados para a manutenção da vida.

2.2.1. A diversidade de níveis de atenção do Grupo Hospitalar Conceição

A história do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) inicia-se em 1956 com a fundação do Hospital Cristo Redentor. Inicialmente um hospital geral criado para atender a população da zona norte de Porto Alegre. Atualmente, este se tornou referência para o atendimento do trauma, sendo especializado em Traumatologia e Ortopedia e, ainda, conhecido como o Pronto Socorro da Zona Norte. Logo depois, em 1962, foi inaugurado o Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) sob o nome de Casa de Saúde Nossa Senhora da Conceição e dedicava-se à residência e assistência médica de pessoas da terceira idade, passando a chamar-se Hospital Nossa Senhora da Conceição no ano de 1964, contando com a colaboração de 19 religiosas para administrar os 600 leitos.

O Grupo Hospitalar inicialmente foi constituído como uma empresa privada de saúde, sendo que nos 70, durante o período da ditadura militar no Brasil, após denúncias de irregularidade administrativa, o Presidente Militar Ernesto Geisel publicou o Decreto nº 75.403, de 20 de fevereiro de 1975, que considerou "de utilidade pública, para fins de desapropriação, as ações constitutivas do capital das sociedades anônimas". O Decreto nº 99.244/90 de 10 de maio de 1990, no Artigo 146 vincula ao Ministério da Saúde o Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A., o Hospital Fêmeina S.A. e o Hospital Cristo Redentor S.A., reconhecendo o GHC como estrutura pertencente ao Governo Federal.

O Relatório Social 2009-2010 ressalta o GHC como referência no atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). É formado pelos hospitais Nossa Senhora da Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina, 12 Unidade Básicas de Saúde que compõem o Serviço de Saúde Comunitária, três Centros de Atenção Psicossocial e o Consultório de Rua destinado ao enfrentamento do crack. De acordo com o relatório, os quatro hospitais dedicam-se a atender as diversas necessidades de cuidados das pessoas, sendo responsáveis anualmente por 35% de todas as internações pelo SUS do município de Porto Alegre.

Aproximadamente 16% de todos os atendimentos ambulatoriais realizados pelo SUS na Capital ocorrem em um dos hospitais do Grupo. Os serviços da instituição buscam garantir o acesso ao atendimento universal e gratuito e, portanto, estão de portas abertas para que a população tenha o seu direito à saúde garantido. A partir da vinculação ao Ministério da Saúde, a estrutura GHC foi reconhecida nacionalmente como a maior rede pública de hospitais do Sul do país com atendimento 100% SUS, conta com 1.564 leitos e é responsável pela internação de 60 mil gaúchos por ano. (Relatório Social 2009-2010)

Para atender toda essa demanda conta com uma equipe de quase oito mil profissionais, sendo responsável por cerca de 2,2 milhões de consultas e outras 36,1 mil cirurgias anuais. A

instituição faz o diagnóstico de 40% dos casos esperados de câncer para a população de Porto Alegre e, ainda, é responsável por 25% dos atendimentos de emergência da Capital.

A educação permanente dos profissionais de saúde para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) integra a missão do GHC, com certificação de Hospital de Ensino. Em 2010, fez uma parceria com o Ministério da Educação e consolidou o Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC, com o objetivo de formar um centro de educação para formar profissionais do SUS. A instituição federal de ensino desenvolve cursos nas seguintes modalidades: Ensino Técnico, Especialização Técnica e Pós-Graduação. Atualmente, além da função de enfermeira do setor de Emergência do HNSC, atuo como docente do Curso Técnico em Enfermagem nos eixos *Atenção Integral à Saúde do Adulto e do Idoso* e *Adulto em Estado Crítico de Saúde*.

2.2.2. O Hospital Nossa Senhora da Conceição

O Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) faz parte da gerência distrital Norte/Eixo Baltazar da regionalização da saúde definida pela prefeitura do município de Porto Alegre e é considerado um hospital geral de grande porte com aproximadamente 842 leitos e 4889 trabalhadores.

Possui o maior serviço de emergência do sul do país, realizando em média 20 mil atendimentos por mês, o que equivale à, aproximadamente, 650 atendimentos por dia, dispondo para isso de 203 trabalhadores da área da enfermagem, distribuídos em quatro turnos de trabalho da seguinte maneira: 37 enfermeiros, 29 auxiliares de enfermagem e 137 técnicos em enfermagem.

Neste local, em função da grande demanda de pacientes que necessitam de internação em relação à quantidade de leitos disponíveis para internação na instituição, há sempre um número elevado de pacientes aguardando por um leito nas dependências deste serviço. Assim, além do atendimento das urgências e emergências, os profissionais de enfermagem são responsáveis, neste setor, pelo atendimento dos pacientes que permanecem na emergência à espera de leito nas unidades de internação. Portanto, além da complexidade típica dos cuidados do serviço de emergência, cabe aos profissionais deste local realizarem os mesmos cuidados prestados nas unidades de internação, considerados menos complexos, em condições muitas vezes inadequadas para isso, visto que nesta área o paciente deveria permanecer por no máximo 48 horas.

A escolha deste local para a realização do presente estudo deveu-se, em primeiro lugar, ao fato de que o serviço de Emergência possui um elevado número de trabalhadores de enfermagem nas diversas áreas e turnos e estes trabalhadores realizam cuidados muito variados como, por exemplo, cuidados de higiene e conforto, curativos, administração de medicações e outros.

Em segundo lugar, pela característica do serviço de emergência que exige dos profissionais uma prática profissional voltada para o rigor nas condutas de modo geral e que foi determinante para a obtenção das observações. O rigor e o número de rotinas e prescrições decorrem de fatores como gravidade dos pacientes atendidos, diversidade de patologias atendidas, diferentes salas de atendimento que são divididas por nível de gravidade, as condições adversas do atendimento impostas pela superlotação do serviço, variedade de rotinas, variação no número de atendimentos, demanda elevada de atendimentos e procedimentos, exigência constante das novas tecnologias, exigência de rapidez nos atendimentos de emergência, rotatividade e dinâmica dos fluxos.

O terceiro motivo da escolha pelo serviço para pesquisar foi o fato de eu ter conhecimento dos fluxos e das rotinas do serviço, pois desempenho minhas atividades profissionais neste setor há alguns anos. Neste contexto de trabalho da enfermagem, assumindo a perspectiva da ergologia e, nesta, a atividade de trabalho em seu processo de realização, procurei entender como acontece o processo de mobilização e produção dos saberes nas atividades de trabalho dos profissionais de enfermagem.

2.3. QUESTÃO DE PESQUISA

Como acontece o processo de mobilização e produção de saberes nas atividades de trabalho dos profissionais de enfermagem de nível médio e fundamental e que saberes são esses?

2.4. OBJETIVOS

Como objetivo geral compreender como os saberes da experiência entram em relação com os saberes/normas técnicas que regulam a enfermagem no exercício do cuidado humano.

Para isso, foram traçados os seguintes objetivos específicos:

1. identificar quais são os saberes produzidos e como são utilizados na atividade de trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem;

2. identificar quais os objetivos do trabalhador ao utilizar os saberes da experiência no cuidado humano;
3. descrever como ocorre a utilização desses saberes nos processos de trabalho da enfermagem em que os sujeitos estão envolvidos;
4. analisar se e como se dá a valorização dos saberes da experiência nas atividades de trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem por eles e pelos enfermeiros;
5. colaborar para a melhoria dos cursos de formação e qualificação de auxiliares e técnicos em enfermagem a partir do conhecimento do trabalho "*in ato*" desses profissionais.

3 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

3.1. O DESOBJETO

O menino que era esquerdo viu no meio do quintal um pente. O pente estava próximo de não ser mais um pente. Estaria mais perto de ser uma folha dentada. Dentada um tanto que já se havia incluído no chão que nem uma pedra um caramujo um sapo. Era alguma coisa nova o pente.
 Manoel de Barros
 (BARROS, 2010, p. 23)

Ao iniciar a escrita sobre os procedimentos metodológicos utilizados nesta pesquisa, busquei resgatar na memória fatos que trouxessem ou fizessem sentido para a minha relação com o conhecimento. Então, retornei no tempo e voltei à minha infância. Veio, primeiro, a lembrança de um presente de Natal que desejei muito e que gerou muita discussão na minha casa: um caminhão enorme em que "eu pudesse entrar dentro". O fato gerou certo mal estar na família, pois era menina e, a princípio, meninas não brincam com caminhões.

- Isso é brinquedo somente de menino e, além disso, para que serviria esse brinquedo tão grande? – todos me perguntavam.

No entanto, o meu conhecimento sobre caminhões não se restringia ao uso do caminhão (de brinquedo ou não), ao gênero e também não se limitava ao tamanho que ele deveria ter, por sinal, já havia visto inúmeros, de diversos tamanhos e cores e, para mim, caminhão que se preze devia ser bem grande. Depois de muito falar e pedir, cansei os meus pais e acabei ganhando um caminhão de cabine azul e carroceria vermelha, grande e perfeito para que eu entrasse dentro e fosse puxada pátio afora pelo meu irmão e primos. Foi um sucesso, a gurizada toda adorava brincar com o caminhão e ele se tornou um dos melhores brinquedos que eu já tive.

Acredito que o verdadeiro conhecimento não pode ser limitante, acabado e formador de preconceitos. Pelo contrário, deve criar novas possibilidades e novos modos de olhar o mundo. A possibilidade de uma menina brincar com um caminhão existe, é possível e deve ser experimentada se houver desejo e o conhecimento que eu possuía de caminhões não fechava os meus olhos. Hoje, o conhecimento das crianças sobre caminhões é maior do que na época e o desejo continua sendo um grande propulsor para o conhecimento.

A outra lembrança da infância que tenho retrata muito bem o fato de que o caminho e a busca do conhecimento nem sempre acontecem através dos meios convencionais, aceitos e adotados pelas correntes pedagógicas e que estão nas grandes obras trabalhadas no meio acadêmico. A minha alfabetização aconteceu em casa; até aí nada de extraordinário. Na

verdade, foi no local de trabalho dos meus pais que aprendi a ler e escrever. Eles eram comerciantes e, entre uma tarefa e outra, supervisionavam a minha aprendizagem. Assim, a descoberta das letras aconteceu muito cedo, pois desejava muito poder decifrar aqueles códigos. Então, identificava e repetia a grafia de letras que, na época, não faziam parte do nosso alfabeto, como, por exemplo, o Y e W. Não faziam parte do nosso alfabeto, mas estavam em quase todos os nomes de cigarro da época.

Vou explicar melhor: o papel que minha mãe me dava para fazer desenhos e rabiscar eram as embalagens de pacotes de cigarro. O verso era todo branco e podia se aproveitado, mas eu preferia, ao invés de desenhar, olhar para as letras e copiar... Hollywood, Carlton, Hilton, e muitos outros nomes. Foi assim que conheci as letras e que comecei a ler e escrever. Movida pelo desejo de aprender e acompanhada pela convicção dos meus pais da importância da educação, busquei o conhecimento com os instrumentos que dispunha naquele momento, sem livros, sem revistas e sem jornais. Com embalagens de cigarro! Era a minha experiência com a leitura!

A terceira história que trago faz referência à importância da observação na construção do conhecimento. Muitas foram as tardes em que eu e meu avô recostávamos a cadeira para observar o céu e as nuvens. Ele sempre dizia que, ao olhar para cima, deveríamos esquecer o óbvio e abstrair o que víamos. Olhar e ver além, imaginar o que cada forma adquirida pelas nuvens podia ser: um gato, um cachorro, um pavão, uma casa, e assim por diante. As nuvens mudavam o seu formato com o vento, se tornavam outra coisa e, logo em seguida, se modificavam novamente. As nuvens se reinventavam a cada hora através das formas, da mesma forma o conhecimento é reinventado na relação com a experiência e percepção dos fatos. E nesta experiência quantos valores e afetos em jogo!

A transformação constante do conhecimento, as novas descobertas, as diferentes interpretações e a permanente mudança do estado das coisas exigem de nós curiosidade e poder de abstração. Não devemos olhar ingenuamente para as coisas, precisamos ler o que está nas entrelinhas, buscar o não dito, observar como foi dito, quando e por quem. O conhecimento exige humildade e curiosidade, e não se contenta com a frase fora de contexto, sem acompanhar a história, a origem e as diferentes possibilidades. Isto sem falar na não neutralidade!

O poeta Manoel de Barros, que também busca na infância inspiração para escrever, sabiamente mostra em uma de suas poesias que um pente jogado no chão, depois de um

tempo vai deixando de ser um pente (ou deixa de ser reconhecido como tal) e torna-se um "desobjeto". E, para que a busca do conhecimento torne-se mais prazerosa e proveitosa é preciso que tenhamos a capacidade de acreditar que um pente pode deixar de ser um pente pelo simples fato de estar jogado no chão embaixo de uma árvore.

Portanto, o pesquisador, ao entrar em contato com os dados coletados, tem em suas mãos o "desobjeto", algo que não reconhece em um primeiro momento. Esses dados, durante o processo de análise começam a ser desvendados e, como no caso do pente jogado no chão, as camadas que o recobrem passam a ser retiradas uma a uma e agrupadas em categorias, para então serem analisadas e para que o todo seja retomado nas suas múltiplas relações, agora pensado.

3.2. DESOCULTANDO O DESOBJETO

A presente pesquisa segue uma abordagem qualitativa e analisa o trabalho "in ato" dos auxiliares e técnicos em enfermagem em seu ambiente natural. Para os especialistas, nesta abordagem, o pesquisador deve manter contato estreito e direto com a situação onde os fenômenos ocorrem naturalmente, visto que estes são muito influenciados pelo seu contexto (LUDKE e ANDRÉ, 1986).

Para a análise dos dados coletados utilizei a Análise de Conteúdo (BARDIN, 2010), um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter por meios de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. A inferência, portanto, é um procedimento intermediário entre a descrição analítica e a interpretação e tem como finalidade desocultar o conteúdo das mensagens contidas nas entrevistas.

3.3. CONTEXTO, SUJEITOS E ORGANIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi organizada em duas etapas de coleta de dados, cujos dados compõem o *corpus* de análise e tem como base a perspectiva ergológica que, conforme Durrive (2010),

tenta encontrar em cada circunstância de atividade um núcleo de *renormatização*. Isso significa que cada um de nós, no cotidiano do trabalho pode se descobrir a si mesmo e aos outros, não como mero(s) executante(s) de uma instrução e de um procedimento (submissão total às normas), mas, antes, como ator(es) de uma realização parcialmente original, de uma *renormatização* (atualização das normas por alguma pessoa, no *aqui e agora*). (SCHWARTZ e DURRIVE, 2010, p. 309)

Sendo assim, na **primeira etapa** realizei uma entrevista com três trabalhadores/as do setor de emergência escolhidos aleatoriamente. A escolha por este número de sujeitos teve por finalidade garantir a representatividade de todos os turnos de trabalho, ou seja, manhã, tarde e noite. Esta etapa teve como objetivo coletar as falas dos trabalhadores sobre o seu trabalho e como fazem suas atividades.

Os participantes da pesquisa, tomados como sujeitos no processo de investigação, tiveram as suas narrativas analisadas pelo pesquisador a partir da análise de conteúdo. Durante a entrevista solicitei aos entrevistados que descrevessem como faziam os procedimentos de higiene e conforto dos pacientes, com o objetivo de buscar na fala dos trabalhadores as exigências da norma ("o que me pedem"), as renormatizações ("o que me leva a trabalhar dessa forma"). As descrições obtidas sobre o modo como realizam os procedimentos foram, então, transcritas e devolvidas aos/às trabalhadores/as.

As narrativas, objeto da coleta de dados, obtidas mediante as entrevistas gravadas em áudio e transcritas na íntegra foram, posteriormente, analisadas. Os sujeitos da entrevista, auxiliares e técnicos em enfermagem do setor de emergência que participaram do estudo, concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

As entrevistas foram realizadas a partir de um roteiro de questões (Apêndice C), sem acarretar qualquer prejuízo ao trabalho destes profissionais, tendo sido agendada previamente pelo pesquisador diretamente com os participantes da pesquisa, levando em consideração a disponibilidade do pesquisado, as disposições éticas e não causando qualquer prejuízo financeiro ao participante. Em vista disso, as entrevistas aconteceram em dias e horários variados, em locais adequados para que houvesse garantia do sigilo das informações fornecidas.

O tempo gasto para a realização da entrevista foi de 60 minutos em média. As entrevistas somente ocorreram a partir da intenção dos sujeitos em participarem do estudo e a concordância em participar foi firmada no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em campo específico para esta finalidade. Após realizar a entrevista, a transcrição foi devolvida para os participantes da pesquisa com o objetivo de confrontar os relatos e as experiências do auxiliar e dos técnicos em enfermagem durante a realização da segunda etapa da coleta de dados.

Na **segunda etapa** da pesquisa foi realizada a observação do trabalho "in ato" dos técnicos e auxiliar de enfermagem que já haviam fornecido a entrevista previamente. A observação do trabalho aconteceu no local de atuação dos entrevistados, sendo que os registros foram feitos somente pela pesquisadora em diário de campo, mantendo desta forma o sigilo e posicionamento ético diante das situações observadas.

As observações aconteceram durante os três turnos de trabalho do serviço de emergência conforme o turno de trabalho do sujeito entrevistado. Nesta fase, registrei as observações da atividade de trabalho em diário de campo com o objetivo de acompanhar os modos de fazer e a experiência singular dos trabalhadores ao realizarem os procedimentos de higiene e conforto na emergência. Posteriormente, na análise dos dados, confrontei a norma-técnica descrita e sistematizada dos cuidados de higiene e conforto (Anexo B), ou seja, a prescrição; o trabalho "in ato" a partir das observações do pesquisador sobre como o trabalhador realiza o procedimento (ação) e o relato do trabalhador do seu fazer (narração).

Depois da devolução dos depoimentos, voltei ao serviço, em dia e horário combinado com o/a trabalhador/a, para observar o 'trabalho in ato' e realizar a confrontação do que foi dito nas entrevistas sobre a realização das tarefas. Logo após observar o/a trabalhador/a em atividade voltamos a conversar sobre o que foi dito anteriormente na entrevista e o que observei sendo feito. Neste momento, retomei as perguntas da entrevista e trouxe para o/a trabalhador/a algumas questões referentes à norma que apareceram nos relatos e que, no momento da realização do 'trabalho in ato', apareceram de outra forma.

Os encontros criaram a possibilidade do/a trabalhador/a fazer a confrontação do que foi falado - o relato escrito - e o que observei na realização das tarefas. A abordagem inicial aconteceu a partir das perguntas da entrevista e dos eventos analisados e possibilitou confrontar a norma e o trabalho real. Em um desses encontros pude ver, por exemplo, que a mesma trabalhadora que descreveu durante a entrevista a realização da técnica de banho de leito com as duas bacias e diz que prefere usá-las, no momento do "fazer" não as utiliza.

A escolha de realizar a entrevista antes da observação do trabalho "in ato", justifica-se pelo fato de que exerço uma função hierarquicamente superior à dos sujeitos pesquisados, fato que poderia, na minha avaliação, prejudicar o estabelecimento da empatia necessária para a coleta dos dados. Sendo assim, durante a apresentação da pesquisa e leitura do TCLE antes da entrevista, procurei deixar claro quais eram os objetivos da observação do trabalho "in ato" e que esta não possuía caráter avaliador ou punitivo. Acredito que desta forma os participantes

tiveram maior possibilidade de esclarecimento das dúvidas sobre a segunda etapa da pesquisa, aumentando com isso a participação dos sujeitos.

A escolha pelo setor de emergência, além do fato de ser a área em que atuo, deveu-se ao número significativo de trabalhadores de enfermagem que exercem suas atividades neste local, à complexidade do trabalho desenvolvido e a quantidade de atendimentos prestados nesta área.

No momento da coleta dos dados, os indivíduos participantes da pesquisa estavam desenvolvendo as atividades como auxiliares ou técnicos em enfermagem, pertenciam ao quadro de trabalhadores de um hospital geral, no caso será o Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) e estavam lotados no setor de emergência.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E PROCEDIMENTO

A coleta de dados ocorreu a partir da aprovação pelos Comitês de Ética e Pesquisa (CEP) da UFRGS e do GHC e da aprovação do responsável pelo setor onde foi realizado o estudo de campo em documento padronizado e exigido pelo CEP do GHC (Apêndice D). Para a coleta de dados foi utilizada uma entrevista semi-estruturada (Apêndice C) que foi realizada com auxiliares e técnicos em enfermagem do serviço de emergência do HNSC, juntamente com as anotações da pesquisadora em diário de campo sobre o trabalho "in ato" destes profissionais.

Respeitando os padrões éticos definidos pela Resolução n. 196/96 de 16 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, elaborei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que os sujeitos pesquisados pudessem autorizar a participação nesta pesquisa. A entrevista, gravada em áudio na íntegra e transcrita, teve como objetivo a realização de um processo de *decifração estrutural* do material verbal das falas dos sujeitos da pesquisa e foi aplicada pelo pesquisador em dia e horário previamente agendado com o pesquisado.

As perguntas iniciais da entrevista estavam voltadas para a formação e para a escolha da profissão, as demais envolviam o trabalho como auxiliar ou técnico em enfermagem e a produção, mobilização e utilização dos saberes da experiência. Além das questões norteadoras, durante a entrevista os trabalhadores descreveram como faziam os cuidados de higiene e conforto dos pacientes.

Entre os trabalhadores que responderam a entrevista foram selecionados os sujeitos que concordaram com a minha presença para observar o trabalho "in ato", ou seja, no momento da entrevista os sujeitos da pesquisa foram informados sobre a observação individual. A partir do aceite foi agendado dia e horário para a sua realização. Depois cada trabalhador que aceitou a observação foi acompanhado pela pesquisadora durante a realização do procedimento de banho de leito. No momento da observação realizei anotações em diário de campo. Logo após observar a atividade (prática), descrevi em diário como o trabalhador fazia o cuidado descrito anteriormente.

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS SUJEITOS

Os auxiliares e técnicos em enfermagem incluídos como sujeitos da pesquisa preencheram todos os critérios abaixo:

- (1°) estar exercendo suas atividades profissionais de auxiliares de enfermagem ou técnicos em enfermagem no serviço de emergência nas salas em que permanecem pacientes internados;
- (2°) assinar o TCLE;
- (3°) aceitar participar da entrevista gravada em áudio;
- (4°) aceitar participar da observação do trabalho "in ato".

Os critérios de exclusão dos sujeitos de pesquisa foram:

- (1°) estar em estágio probatório ou em contrato temporário;
- (2°) estar ou entrar em licença saúde ou outro tipo de afastamento durante a realização do estudo.

Houve a exclusão de um sujeito, que entrou em licença saúde logo após ser entrevistado, não possibilitando a observação do trabalho "in ato". A entrevista realizada foi descartada em função de não haver possibilidade de realizar a segunda etapa da pesquisa.

3.6. A ANÁLISE DOS DADOS

As transcrições das entrevistas e as anotações do diário de campo compuseram o *corpus* de análise. Foi utilizada a análise de conteúdo com o objetivo de extrair os significados das falas dos sujeitos e dos registros das observações. Os dados coletados nas entrevistas, **os depoimentos**, foram colocados na íntegra em tabelas, sendo construída uma

para cada sujeito entrevistado. Foram organizados conforme o evento empírico com o intuito de facilitar a visualização dos resultados e realização da análise.

Os **eventos empíricos principais** que surgiram foram decorrentes do evento banho de leito e são, além deste, a troca de fralda, a higiene oral e a troca de decúbito. As temáticas de análise foram retiradas das perguntas formuladas para a entrevista levando em conta as particularidades expressivas ou enunciativas. Os depoimentos inicialmente foram agrupados dentro dos eventos principais, depois foram distribuídos, utilizando o referencial ergológico, nas seguintes **categorias de análise**: normas antecedentes, renormalizações, usos de si por si e pelos outros e valores. Ao lado de cada depoimento acrescentei o que chamei de **Explicitação de significados e comentários do diário de campo**. Posteriormente, fiz a análise dos resultados das entrevistas de forma qualitativa, utilizando o referencial ergológico, buscando a temática e o que se repete entre as falas dos três trabalhadores entrevistados.

As **categorias de análise** foram normas antecedentes, renormalizações, usos de si por si e pelos outros e valores. Além destas, outras categorias que, inicialmente, apoiaram somente uma discussão mais teórica, emergiram do trabalho, são elas: escolha da profissão, formação e qualificação, processo de trabalho, valorização do trabalho, rotinas e sistematizações e saberes da experiência.

Para facilitar a apresentação dos resultados, são classificados com a letra "E" seguida do algarismo numérico os trechos significativos das entrevistas que foram escolhidas para ilustrar e significar a discussão ao longo do texto. A escolha por essa forma de identificação dos sujeitos está diretamente relacionada com a necessidade de preservação da identidade destes. A observação do trabalho "in ato", registrada em diário de campo, foi realizada após a entrevista e aconteceu em 08 períodos de aproximadamente 2 horas cada.

Neste diário, além das anotações sobre os eventos analisados, foram registradas histórias, narrativas dos sujeitos da pesquisa, fatos de suas trajetórias de vida, singularidades do seu fazer. A observação foi uma oportunidade concreta para chegar perto dos trabalhadores em atividade de trabalho. Além disso, foram incluídos registros de algumas descrições das características do trabalho em urgência e emergência, bem como foram coletados documentos como, por exemplo, as escalas de serviço e registros diversos para servirem de subsídio para maior compreensão do trabalho.

O perfil dos três trabalhadores participantes do estudo é o seguinte: um auxiliar de enfermagem e dois técnicos em enfermagem, com tempo de trabalho no serviço de emergência desta instituição variando de 2 a 21 anos. Os entrevistados pertenciam aos turnos da manhã, tarde e noite, sendo dois do sexo feminino e um do sexo masculino.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi realizada em uma instituição de saúde e envolveu trabalhadores da área de enfermagem, especificamente auxiliares e técnicos em enfermagem. Desta forma, antes de iniciar os procedimentos de coleta de dados, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovado sob o n° 192.082 e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e aprovado sob o n° 213.715.

Mesmo que o estudo não apresente riscos à saúde ou às relações de trabalho dos possíveis sujeitos de pesquisa, sabemos que toda atividade de pesquisa pode apresentar riscos, mesmo que mínimos. A submissão aos comitês pretende submeter à pesquisa a uma avaliação dos aspectos éticos, sendo que o início do estudo deu-se somente após as aprovações dos CEPs, conforme a Resolução n. 196/96 de 16 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, no artigo VII define que "Toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa".

Nesta resolução, no artigo IV, fica definida a obrigatoriedade do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Considerado como um documento de esclarecimento, deve garantir que "O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa".

Sendo assim, o TCLE foi aplicado sempre que houve qualquer interação com os sujeitos de pesquisa: (1°) antes da realização das entrevistas e (2°) antes da observação da prática.

Os trabalhadores de nível médio e fundamental da área da enfermagem que concordaram em participar foram contatados a partir do meio de comunicação que optaram, por exemplo, telefone ou endereço eletrônico, para o agendamento da data da entrevista, local

e horário. Através deste contato, foi agendada também a participação na segunda fase do estudo, ou seja, acompanhamento da prática durante o turno de trabalho.

Os trabalhadores que concordaram em participar da segunda fase foram acompanhados em seus respectivos turnos de trabalho sem prejuízo nenhum ao bom andamento do mesmo, havendo total sigilo das informações coletadas durante a observação.

O TCLE foi fornecido aos participantes sempre em duas vias, a fim de que pudessem ler e assinar ambas, sendo que uma das vias ficou com o pesquisador e outra, com o participante da pesquisa. Durante a leitura do TCLE, foi informado os objetivos e métodos da pesquisa, deixando claro que a desistência da participação poderia acontecer em qualquer momento da pesquisa. O pesquisador responsável assinou o TCLE (Apêndice A) declarando que conhece a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

As informações obtidas através das entrevistas serão mantidas sob sigilo, mantendo o anonimato dos sujeitos de pesquisa, garantindo a sua confidencialidade. Da mesma forma, a utilização dos dados em qualquer publicação científica decorrente da pesquisa, deverá manter o anonimato dos sujeitos. Os dados serão guardados por cinco anos em local seguro e após esse período serão destruídos.

3.8 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS¹⁰

A pesquisa e a discussão dos resultados obtidos será divulgada mantendo sempre os preceitos éticos e da seguinte forma:

- Apresentação pública sob a forma de Dissertação de Mestrado aos integrantes da banca examinadora composta para esta finalidade.
- Apresentação sob a forma de artigo científico para a publicação em periódico científico ou publicação sob a forma de livro.
- Apresentação pública dos resultados da pesquisa aos trabalhadores do Grupo Hospitalar Conceição com o intuito de valorizar os espaços de ensino e pesquisa oportunizados pela instituição.

¹⁰ A proposta de divulgação dos resultados é uma das exigências da instituição que acolheu a pesquisa e tem como objetivo tornar os trabalhos realizados pelos seus trabalhadores acessíveis ao coletivo e disponibilizá-los no acervo da sua biblioteca. (Nota da autora)

- Apresentação dos resultados finais ou parciais da pesquisa em eventos (Congressos, Colóquios, Encontros e similares) em que o tema da pesquisa seja relevante.
- Envio de exemplar da Dissertação de Mestrado concluída e aprovada para compor o acervo da Biblioteca da Faculdade de Educação da UFRGS e do acervo do Centro de Documentação do GHC.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. O TRABALHO EM SAÚDE E A SUA RELAÇÃO COM OS SABERES DO OFÍCIO

Os serviços de saúde envolvem, cada vez mais, modos de produção e prestação de serviço com ritmo e cadência acelerados para responder satisfatoriamente ao volume de trabalho. A forma de organização e produção do cuidado prestado por diversos grupos profissionais a seres humanos com carências de saúde são muito semelhantes ao modo de produção capitalista. Podemos citar, como exemplo, a forma de organização do trabalho coletivo em saúde na qual se identificam a fragmentação do processo de cuidar; a separação entre a concepção e a execução; a padronização das tarefas distribuídas entre os diversos agentes, de modo que ao cuidador cabe o cumprimento da tarefa, afastando-o do entendimento e controle do processo; a hierarquização de atividades com atribuição de diferentes valores à remuneração da força de trabalho.

Nesses locais, novas tecnologias, técnicas e materiais exigem, a cada dia, atualização constante dos trabalhadores, ampliando ainda mais a responsabilidade destes diante das tarefas. Oliveira (2011) diz que no estudo do trabalho a tarefa abrange os meios fornecidos para a sua execução, entre eles os fatores temporais como intensificação do trabalho, cadência, desaparecimento dos tempos mortos, prazos curtos e outros; e fatores como a fragmentação, a interrupção, o crescimento do número de tarefas a cumprir contrapondo-se à pressão da urgência e a exigência de disponibilidade permanente.

Na área da saúde, ao mesmo tempo em que se exige iniciativa dos trabalhadores e tomada de decisão diante das necessidades de saúde dos usuários, temos uma crescente divisão do trabalho e acentuada especialização. De acordo com Pires (2008), a 'divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho, divisão manufatureira do trabalho ou divisão técnica do trabalho' é típica do modo de produção capitalista e refere-se à fragmentação de uma especialidade produtiva em numerosas operações limitadas, de modo que o produto resulta de uma grande quantidade de operações executadas por trabalhadores especializados em cada tarefa. Dessa forma,

o trabalhador coletivo que constitui o mecanismo vivo da manufatura consiste apenas nesses trabalhadores parciais, limitados. Por isso, produz-se em menos tempo ou eleva-se a força produtiva do trabalho, em comparação com os ofícios independentes. Também se aperfeiçoa o método do trabalho parcial, depois que este se torna função exclusiva de uma pessoa. A repetição contínua da mesma ação limitada e a concentração nela da atenção do trabalhador ensinam-no, conforme indica a experiência, a atingir o efeito útil desejado com um mínimo de esforço. (MARX, 2011, p. 394)

A teoria da administração científica, segundo Matos e Pires (2006), que tem influenciado a organização e gestão do trabalho industrial, também tem influenciado os serviços de saúde e a enfermagem. Como herança desta teoria, presente até os dias atuais, destaca-se: a ênfase no "como fazer", a divisão do trabalho em tarefas, a excessiva preocupação com manuais de procedimentos, rotinas, normas, escalas diárias de distribuição de tarefas, fragmentação da assistência, dentre outros e o desempenho. Para as autoras, destaca-se na equipe a preocupação em cumprir a tarefa e o desempenho é avaliado pelo quantitativo de procedimentos realizados. Esta excessiva burocratização faz com que o trabalhador volte-se para o cumprimento de normas, rotinas e tarefas em detrimento das necessidades reais dos pacientes.

No entanto, os profissionais da área da saúde nem sempre possuem os meios e as condições necessárias para a realização da tarefa como, por exemplo, condições da matéria-prima, máquinas e equipamentos, formação e experiência exigidas do trabalhador, composição da equipe de trabalho, ambiente físico e humano. E, para realizarem as suas atividades de maneira adequada, enfrentam as infidelidades do meio, acabam realizando renormalizações, pois a atividade de trabalho, na perspectiva da ergologia, implica debate de normas, encontros de valores e escolhas.

Da mesma forma, os trabalhadores de saúde devem possuir uma excelente qualificação e uma capacidade de adaptação permanente, pois o "bom profissional" é flexível, versátil e transita com facilidade entre as tecnologias leves e duras¹¹. O trabalho em saúde, ao ser entendido como prática social e técnica pressupõe indissociabilidade entre essas duas dimensões, cabendo ao trabalhador a articulação entre ambas.

Todo trabalhador carrega consigo uma caixa de ferramentas, para fazer o seu trabalho, que, na área da saúde, traduzimos pela imagem das valises tecnológicas. Nestas valises/caixas de ferramentas, os trabalhadores, tanto de modo individual quanto coletivo, têm suas ferramentas-máquinas (como o estetoscópio, a seringa), seus conhecimentos e saberes tecnológicos (o seu saber fazer-fazer clínico) e suas relações com todos os outros (como os atos de fala) que participam da produção e consumo do seu trabalho. (MERHY; FRANCO, 2006, p. 278)

Durante as abordagens sobre o cuidado do corpo, percebo que surgem tensões e disputas entre as diferentes categorias da área da saúde, muitas vezes resultantes do confronto

¹¹Emerson Merhy (2002), separa as tecnologias em saúde em 'tecnologias leves' que associam relações de produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão; 'tecnologias leve-duras' que são os saberes já estruturados, tais como a clínica, psicanalítica, a epidemiologia e o taylorismo; e as 'tecnologias duras' que são as máquinas, as normas e as estruturas organizacionais. (MERHY, 2002)

entre diferentes saberes: o formal, valorizado e reconhecido, e o da experiência, desconsiderado na elaboração de rotinas e normatizações.

As diversas profissões da área da saúde, que atuam no cuidado de pessoas, se caracterizam pelo domínio de diversos saberes. Alguns são excessivamente especializados, outros, técnicos, o que, muitas vezes, proporcionam um ambiente favorável para o desenvolvimento do processo de fragmentação das profissões que compõem a enfermagem¹².

A fragmentação evidencia-se também durante a formação profissional: diversos cursos dividem o mesmo território de formação e de prática, mas desconhecem o que cada um faz. Além disso, os conhecimentos acumulados em núcleos de saberes e de práticas estimulam ainda mais a fragmentação, pois não possibilitam as trocas e sim a concentração destes. Para minimizar esse problema, nós, docentes dos cursos técnicos em enfermagem, precisamos estar atentos durante a formação destes profissionais para que haja adequada vinculação entre a teoria e a prática, ou seja, que a sua formação através da educação formal e o conhecimento teórico estejam em consonância com a sua prática.

Na formação em enfermagem, por exemplo, as práticas realizadas em laboratório são exigidas pelos órgãos certificadores. No entanto, realizar um banho de leito em um manequim distancia-se muito de um banho em um paciente real. O peso do manequim é padronizado, enquanto que nos pacientes o peso varia. Os odores, a dor que o paciente sente ao ser mobilizado, o constrangimento da exposição do corpo diante de um estranho, as percepções de frio e calor, a agitação, todas essas variáveis não podem ser reproduzidas no espaço do laboratório.

Na enfermagem, podemos ter a descrição exata de uma técnica, como deverá ser realizada e qual o tipo de material ideal, ou seja, o trabalho prescrito, pensado teoricamente e antecipadamente. Mas, partindo do pressuposto de que existem saberes do ofício que são inerentes ao fazer, o técnico e o auxiliar de enfermagem não utilizam somente o que está na teoria para implementar os cuidados com os pacientes.

¹² A Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e no segundo artigo esclarece que profissões fazem parte da enfermagem:
A enfermagem e suas atividades Auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.
Parágrafo único - A Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.

Schwartz (2007), diz que a "Organização Científica do trabalho"¹³, numa tentativa de simplificação da atividade humana, procurou antecipá-la ao máximo, ou seja, prepará-la e modelá-la totalmente, de modo que os trabalhadores que devessem executá-la não tivessem que pensar. Eles não teriam que pensar também os usos de si mesmos no trabalho, pois isso já teria sido pensado por outros antes. No entanto, podemos constatar que os trabalhadores

se apropriam das normas, mascaram, transgridem, jogam com elas inventando novas normas, em resumo, renormalizam permanentemente, isto significa que há vida, significa a possibilidade de dominar o sistema. E o funcionamento "normal" se torna aquele que eu posso constatar passando pelo trabalho, aquele que resulta da decisão das operadoras e operadores, aquele que manifesta a utilização de sua inteligência individual e coletiva. (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 81)

No momento da execução da tarefa nós trabalhadores da enfermagem podemos não dispor do material exigido na sistematização ou, até mesmo, o material disponível não apresentar as mesmas qualidades do material indicado na descrição da técnica. Nesse caso, se o profissional de enfermagem limitasse a sua prática somente à "teoria", ou seja, ao esquema de trabalho prescrito e desconsiderasse os saberes da experiência, não conseguiria realizar o procedimento.

O que o trabalhador faz, para realizar da melhor forma o seu trabalho, é adaptar, improvisar e adequar esse material não ideal à teoria que ele já conhece. Respeitando e mobilizando conceitos básicos, ele renormaliza os conhecimentos descritos na técnica de forma que o seu fazer não saia prejudicado, beneficiando o ser que ele ou ela cuida e a si mesmo. E, este trabalho renormalizado, que foi feito realmente por uma pessoa em um lugar particular, é chamado de trabalho real.

Portanto, o trabalhador de enfermagem, no contexto da saúde, é um gestor, pois o dinamismo e a grande demanda de tarefas o colocam em uma rede que requer organização e tomada de decisão imediata. Além disso, é produtor de saberes e novidades no trabalho. Novidades estas que surgem a cada atendimento, pois o profissional de enfermagem não só

¹³ Taylor em sua obra *Princípios da Administração científica* (1982) diz que a resistência dos trabalhadores a trabalharem mais impediria a elevação da produção e a prosperidade geral que deveriam beneficiar trabalhadores e empresários. Para esse autor, as formas empíricas de organização da empresa e da execução do trabalho então vigentes nas fábricas norte-americanas precisavam ser substituídas por procedimentos entendidos como científicos, para promoverem o bem comum na sociedade mediante a elevação da produtividade. Trata-se de uma proposta de racionalização da produção que integra a Organização Científica do trabalho (OCT), aprofundando a divisão técnica do trabalho e a separação entre concepção e execução. (HOLZMANN; CATTANI, 2011, p. 382)

compreende a técnica que irá utilizar, seus princípios básicos e respeita-os, mas também transforma essa técnica ao aplicá-la a um sujeito singular que necessita de cuidado.

Para trabalhar, é necessário que haja um prescrito, um conjunto - de objetivos, de procedimentos, de regras - relativo aos resultados esperados e à maneira de obtê-los. Quem prescreve? Em termos mais gerais, é a sociedade quem prescreve. Neste sentido a finalidade do trabalho é exterior ao homem tomado enquanto indivíduo isolado: a atividade de trabalho é, de imediato, social. Ela permite a cada um se produzir como ser social, mas este processo não resulta de uma simples aplicação do prescrito. A situação real é sempre diferente daquilo que foi antecipado pelo prescrito. Estas diferenças entre o que se é demandado e o que se passa na realidade, devem ser geridas. (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 68)

Trabalhar, na perspectiva da ergologia é gerir-criar junto com outros, é gerir defasagens continuamente renovadas no coletivo de trabalho. Essa criação implica experimentação constante, maneiras diferentes de trabalhar, modos de fazer que quando compartilhados podem contribuir para a qualificação profissional.

No entanto, observamos que, no processo de formação profissional, existe uma tensão entre a produção de conhecimentos que ocorre nos meios acadêmicos e aquele que se origina no ‘chão de fábrica’, o primeiro, valorizado e reconhecido como um modelo a ser seguido e o segundo, considerado menor. De acordo com Franzoi (2009), esse *saber em ato* não está explicitado teoricamente e, por não estar articulado às leis gerais das disciplinas que o circunscrevem, carece de poder de generalização.

Esses saberes da experiência forjados no trabalho poderiam ser utilizados para qualificar as técnicas, as normas e as rotinas preconizadas; novos *modos de fazer* que, incorporados aos saberes vigentes, poderiam qualificar o cuidado em saúde. O trabalho é *infinitamente* mais complicado do que podemos imaginar, pois

por trás dos gestos os mais simples, há sensibilidade, estratégia, inteligência, todo um saber-fazer amplamente subestimado! Fazer ergonomia é, através da análise da atividade, dar conta dessa riqueza. Fazendo isso descobrimos o quanto é escandaloso tudo o que impede, nas situações de trabalho, as pessoas empregarem todas as suas potencialidades. É graças a elas que as empresas sobrevivem, que os produtos são de boa qualidade, que as máquinas recebem manutenção, etc. Fundamentalmente, é isto o ofício das pessoas. (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 68)

Na atuação profissional dos auxiliares e técnicos em enfermagem, esses gestos simples são determinantes para o cuidado em saúde, como, por exemplo, o cuidado que os trabalhadores têm ao distribuir a escala de paciente por profissional na emergência. Neste setor, o número elevado de pacientes graves e o tamanho das salas faz com que o trabalhador busque alternativas para colocar todos os pacientes, que estão sob sua responsabilidade, próximos. Isso serve não só para a economia do corpo, pois diminui o deslocamento do

profissional, mas revela também uma preocupação em poder prestar assistência ao paciente o mais breve possível no caso de alguma intercorrência. Portanto, neste caso, manter os pacientes próximos do seu cuidador é uma estratégia que qualifica o cuidado prestado.

Os saberes não formais trazem informações sobre os aprendizados que ocorrem através de trocas de um estoque de histórias armazenadas na bagagem profissional de cada trabalhador, podendo ser essa uma das estratégias apresentadas para reduzir as dificuldades que envolvem a qualificação dos profissionais, pois, muitas vezes, os saberes produzidos pelo indivíduo no trabalho não são compartilhados ou discutidos no coletivo de trabalhadores, e, dificilmente são registrados. Esses processos de formação e criação de novos modos de fazer e de saber pela prática do tateio, da experimentação e do compartilhamento colocam em xeque as formas de fazer vigentes.

Schwartz (2000) diz que a renormalização que se produz nas atividades cotidianas questiona e invalida, em parte, os saberes produzidos pelas disciplinas científicas. Sendo assim, da mesma forma que não podemos considerar os alunos como uma *tábua rasa* a ser preenchida de conhecimentos, o trabalhador possui saberes advindos de sua experiência que durante a sua prática devem ser valorizados e considerados na elaboração das normas, rotinas e sistematizações. Evidentemente que isso implica e, ao mesmo tempo, tensiona relações de poder que constituem as relações de trabalho e as que envolvem concepção e execução na sociedade em geral.

Além disso, existem modos de cooperação entre os trabalhadores, uma formação informal que fica evidente quando são admitidos novos profissionais. Estes recebem dos colegas mais experientes não orientações da rotina padronizada, mas baseadas numa releitura desta pelo seu saber da experiência no trabalho. No entanto, muitas vezes, essas formações no e do trabalho que acontece entre pares durante a realização de uma atividade são desqualificadas pelos enfermeiros, pois não são constituídas oficialmente e desrespeitam a hierarquia. Além disso, pela legislação vigente no campo da saúde somente o enfermeiro tem a formação dos trabalhadores como uma de suas atribuições formais.

Segundo literatura da área, a produção do cuidado humano na área da saúde realiza-se, sobretudo, por meio do 'trabalho vivo em ato'. Oguisso (2005) enfatiza que o cuidado visto como a base do trabalho em saúde é recente, pois durante milhares de anos o mesmo não pertencia a um ofício, menos ainda a uma profissão, dizia respeito a qualquer pessoa que

ajudasse qualquer outra a garantir o que lhe era necessário para continuar a sua vida, os chamados cuidadores.

A partir do nascimento da medicina moderna, em torno dos últimos anos do século XVIII, a observação ao leito se tornou parte essencial dessa nova ciência, assim o "cuidar" tornou-se "tratar" a doença. O surgimento e a prática de enfermagem, bem como a identificação dos cuidados pertinentes à profissão foram influenciados por esse contexto histórico, conforme demonstra Oguisso (2005),

o paciente, objeto dos cuidados, foi isolado, reduzido a parcelas e excluído das dimensões sociais e coletivas. Surgiram os diversos especialistas que, sozinhos, não conseguiam tratar os doentes, com isso necessitava-se de outras pessoas que assumissem as numerosas atividades paralelas ao trabalho de investigação e tratamento das doenças. (OGUISSO, 2005, p. 10)

Na atividade humana exercida na área da saúde, que não tem como produto final uma mercadoria e sim o cuidado do outro, é possível desconsiderar os saberes da experiência e somente pensar na utilização das práticas prescritivas, como por exemplo, os Procedimentos Operacionais Padrões? A prática na área da enfermagem pode buscar tanta objetividade visto que existem tantas singularidades entre os sujeitos envolvidos?

O 'cuidado em saúde', de acordo com Pinheiro (2008), é uma ação integral fruto do 'entre-relações' de pessoas, uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre partes, compreendendo acolhimento, escuta do sujeito, respeito pelo sofrimento e história de vida.

Portanto, na atividade de trabalho de trocar fraldas, por exemplo, realizada pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, o fazer apela para um uso de si por si. Trocar fraldas de um paciente, considerando o que nos ensina Durrive e Schwartz (2008), não é uma simples execução, mas uso, convocação de um indivíduo singular com capacidades bem mais amplas que as enumeradas pela tarefa de trocar as fraldas. Trabalhar é colocar em tensão o uso de si requerido *pelos outros* e o uso de si consentido e/ou comprometido *por si mesmo*.

4.2. O TRABALHO EM ENFERMAGEM

O trabalho da enfermagem passou por uma série de modificações desde o seu surgimento. A partir do momento em que o cuidado humano passou a incorporar mais tecnologias, o perfil e as exigências do trabalhador da área da saúde também foram mudando. No início do século passado, no Brasil, tínhamos somente enfermeiros, formados com o

intuito de trabalhar em campanhas de prevenção às doenças consideradas problemas de saúde pública e que envolviam as condições de moradia e higiene. No entanto, essa ideia inicial não se fortaleceu.

Os registros históricos da Escola de Enfermagem Anna Nery¹⁴ reforçam a interpretação de que a Enfermagem brasileira nunca priorizou efetivamente a Saúde pública, ao contrário do que as versões históricas predominantes nos fizeram crer. Os seus primeiros programas confirmam que a formação das enfermeiras, desde a sua origem, esteve centrada no espaço hospitalar e no estudo sistemático de doenças. Não eram, portanto, preparadas para atuarem no campo da saúde pública, na atenção primária e na prevenção, mas, para serem coadjuvantes da prática médica hospitalar que privilegiava uma ação curativa. (...) Outros dados, mais conclusivos, revelam que o desenvolvimento da Enfermagem Profissional no Brasil esteve condicionada, desde a sua origem, aos interesses do desenvolvimento econômico capitalista, à visão liberal de sociedade e aos rumos tomados pela Medicina. (RIZZOTTO, 1999, p. 5)

Inicialmente não havia a formação de auxiliares e técnicos em enfermagem, profissões que foram surgir somente na década de 1940 e 1960, respectivamente. Estes trabalhadores de nível fundamental e médio foram destinados aos hospitais, uma vez que o número de enfermeiros formados pelas escolas ficava muito aquém das necessidades de mão-de-obra.

Esses trabalhadores eram formados para a realização de tarefas consideradas simples, e contribuíram para reduzir os custos dos hospitais com recursos humanos. A criação dos hospitais, segundo Machado (2002), vinculou o trabalho de enfermagem aos setores produtivos.

No passado, até meados do século XVIII, a enfermagem era uma ocupação que não estava relacionada a nenhum sistema produtivo de riquezas. Nas instituições que recebiam doentes, os antigos morredouros, a prática de enfermagem não despertava interesse em nenhum setor produtivo e, portanto, não gerava riquezas para merecer salário. A enfermagem passou a ser paga como ocupação, a partir do momento em que ocorre a organização dos hospitais e sua vinculação aos setores produtivos. A Revolução Industrial serve como marco para a produção de materiais e equipamentos indispensáveis ao hospital organizado. Posteriormente, o desenvolvimento da indústria farmacêutica sugere a ampliação do atendimento hospitalar e, como consequência, a formação de pessoal para consumir essa produção e promover a terapêutica médica. (MACHADO, 2002, p. 276)

¹⁴ A Escola de Enfermagem Anna Nery foi criada em 1923 pelo então diretor do departamento Nacional de Saúde Pública, Carlos Chagas em concordância com o governo americano. Primeira escola de Enfermagem brasileira que se baseou na adaptação americana do modelo nightingaleano com todas as características que lhe foram sendo imprimidas através da história, quais sejam: a submissão, o espírito de serviço, a obediência e a disciplina entre outras. A Escola de Enfermagem Anna Nery redimensionou o modelo de Enfermagem profissional no Brasil ao selecionar para os seus quadros moças de camadas sociais mais elevadas, com o apoio de uma política interessada em fomentar o desenvolvimento da profissão em seu próprio benefício, atendeu diretamente ao projeto estabelecido pela esfera dominante passando a ser reconhecida como padrão de referência para as demais escolas, o que foi fixado pelo Decreto 20.109 de 15/06/31. (GEOVANINI, 2002, p. 34)

Oguisso (2005), ao falar da origem da enfermagem, revela que as atuais profissões voltadas para a saúde, enfermeiro, auxiliar e técnico em enfermagem, emergiram de um tronco histórico comum plantado sobre as práticas de cuidados, sendo que

a enfermagem como atividade profissional foi inicialmente concebida como parte integrante da prática médica e também como prática social, porque encontrava-se articulada com o conjunto das práticas que compõem a estrutura das sociedades e, portanto, era determinada por aspectos econômicos, políticos e ideológicos. (OGUISSO, 2005, p. 12)

Na área da saúde de modo geral, os saberes da experiência foram gradualmente perdendo espaço e os trabalhadores, para qualificarem-se, deveriam voltar-se para a especialização¹⁵, geralmente direcionada para a alta tecnologia, procedimentos de última geração e exames que ficam, a cada dia, mais complexos.

As ações da experiência, de acordo com Benjamin¹⁶ (1985), estão em baixa, e uma nova forma de miséria surgiu com o monstruoso desenvolvimento da técnica sobrepondo-se ao homem. Na enfermagem, podemos observar essa sobreposição da técnica até mesmo em procedimentos como o exame físico, que exigem que o profissional da saúde examine detalhadamente todo o corpo do paciente, observando a pele, os anexos e descrevendo cada parte observada.

A alma, o olho e a mão estão assim inscritos no mesmo campo. Interagindo, eles definem uma prática. Essa prática deixou de nos ser familiar. O papel da mão no trabalho produtivo tornou-se mais modesto, e o lugar que ela ocupava durante a narração está agora vazio. (Pois a narração, em seu aspecto sensível, não é de modo algum o produto exclusivo da voz. Na verdadeira narração, a mão intervém decisivamente, com seus gestos, aprendidos na experiência do trabalho, que sustentam de cem maneiras o fluxo do que é dito.). (BENJAMIN, 1985, p. 220)

¹⁵ A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 226/2000 dispõe sobre o registro para especialização de Técnicos e auxiliares de Enfermagem e considera responsabilidade dos profissionais de Enfermagem de nível técnico acompanharem as inovações científicas tecnológicas da área de saúde, objetivando prestar uma assistência de Enfermagem sintonizada com as exigências e realidade atuais, conforme preconiza o Código de Ética do Profissionais de Enfermagem. Além disso, destaca a parcela representativa de profissionais de Enfermagem de nível médio inseridos no setor saúde, constituindo a maior força de trabalho no atendimento direto à saúde da população, bem como a obrigatoriedade atual dos profissionais de todas as áreas manterem um permanente desenvolvimento técnico e científico, a fim de possibilitar o atendimento às demandas sociais. Da mesma forma, o decreto nº 2.208/97, em especial o art. 1º, inciso III, determina como sendo um dos objetivos da educação profissional "especializar, aperfeiçoar e atualizar o trabalhador em seus conhecimentos tecnológicos". E o Parecer CNE/CEB nº 16/99 e a Resolução CNE/CEB nº 04/99 que tratam das diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional de nível técnico, abrangendo a qualificação, a habilitação e a especialização profissional.

¹⁶ Benjamin (1985) ressalta que ao final da guerra mundial, observou-se que os combatentes voltavam mudos do campo de batalha não mais ricos, e sim mais pobres de experiência comunicáveis. Aproprio-me da citação de Benjamin e a incorporo à saúde, área em que a técnica vem sobrepondo-se e emudecendo os trabalhadores de experiências comunicáveis. O silêncio dos soldados ao retornarem dos campos de batalha assemelha-se ao silêncio dos trabalhadores diante do não reconhecimento dos saberes advindos da experiência.

A arte do toque e a percepção das diferenças entre o normal e o patológico foram delegadas a aparelhos e máquinas de diagnóstico, desencadeando progressivamente uma supervalorização dos equipamentos e deixando-se de lado as tecnologias relacionais que são essenciais no cuidado humano.

Nos processos de trabalho em saúde, cada situação exige um modo diferente de agir, e a descrição de uma técnica não fornece exatamente como agir. Posso dizer, pela minha experiência¹⁷, se é que posso usá-la, que aprender a técnica é muito mais fácil que aprender as tecnologias relacionais¹⁸, pois aquelas podem ser sistematizadas, colocadas em procedimentos operacionais padrão, protocolos, fluxogramas, manuais e cartilhas; essas não podem. A relação com o outro não pode ser sistematizada, pois são sujeitos diferentes, singulares, o que cuida e o que é cuidado, o que determina o tratamento e o que recebe o tratamento, o que sabe ou acha que sabe tudo sobre a doença e o que tem todas as dúvidas possíveis, e, às vezes, algumas hipóteses baseadas em conhecimentos de vida, sobre o seu diagnóstico.

Sendo assim, podemos considerar o trabalho do auxiliar e do técnico em enfermagem como sendo um *trabalho simples*¹⁹? Pela legislação das atribuições dos auxiliares e técnicos

¹⁷ E quando falo de experiência, considero não só os 19 anos que atuo como enfermeira, sendo 18 deles no serviço de emergência, mas também as minhas experiências como docente do curso técnico em enfermagem, como aluna em diversos níveis de formação e como ser que se faz/está no mundo. Schwartz (2010), no artigo *A experiência é formadora?* considera que a experiência é algo relativamente individualizado, manifesta por pessoas singulares numa trajetória feita de encontros sociais, técnicos, humanos.

¹⁸ As tecnologias relacionais surgem a partir dos estudos de Emerson Elias Merhy que propõe uma divisão das tecnologias em saúde em três tipos: leves, associadas às relações de produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão; as tecnologias leve-duras, que seriam os saberes já estruturados, tais como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo; e as tecnologias duras, quais sejam, as máquinas, as normas e as estruturas organizacionais. As tecnologias relacionais são também chamadas de tecnologias leves. As abordagens assistenciais de um trabalhador de Saúde junto a um usuário-paciente produzem-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas *peças* que atuam uma sobre a outra e no qual se opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, nos quais há a produção de uma acolhida ou não das intenções que essas pessoas colocam nesses encontros; momentos de cumplicidade, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação. (MERHY, 1998, p. 3)

¹⁹ Trabalho simples é um conceito formulado por Karl Marx, no volume 1 de *O Capital*, em 1867, como par do conceito trabalho complexo. Ambos os conceitos referem-se à divisão social do trabalho, que existe em qualquer sociedade, mudando de caráter de acordo com os países e os estágios de civilização e, portanto, historicamente determinados. O trabalho simples, ao contrário do trabalho complexo, caracteriza-se por ser de natureza indiferenciada, ou seja, dispêndio da força de trabalho que todo homem comum, sem educação especial, possui em seu organismo. O trabalho complexo, por sua vez, caracteriza-se por ser de natureza especializada, ou seja, que requer maior dispêndio de tempo de formação. O trabalho complexo, no capitalismo industrial, tende a ser, cada vez mais especializado à medida que a produção material e simbólica da existência se racionaliza pelo emprego diretamente produtivo da ciência no processo de trabalho, e, de modo mais abrangente, no processo de produção da vida. Nos primórdios do capitalismo industrial, o 'trabalho complexo' na indústria era realizado por um pequeno número de trabalhadores que se ocupava do controle e da manutenção da maquinaria. Esses

em enfermagem, cuidados de higiene e conforto são atribuições destes profissionais e são tarefas consideradas como simples.

Questiono-me se o banho no leito, por exemplo, pode ser considerado um trabalho simples, pois dar um banho no leito envolve dar um banho em alguém que está deitado no leito hospitalar, trocar os lençóis tendo alguém deitado no leito, trocar os lençóis molhados sem molhar os novos, esticá-lo e não deixar dobras sob o paciente. Em que medida o conceito de trabalho simples, na perspectiva de Marx, pode adequar-se a esta descrição do trabalho real de auxiliares e técnicos? A “complexidade” do trabalho que se desvela quando descrevemos detalhadamente o trabalho real de um auxiliar ou técnico como pode ser categorizada vis a vis os conceitos marxianos de “trabalho simples” e “trabalho complexo”? Certamente uma questão teórica que emerge desta e de outras pesquisas que investigam o trabalho real. As políticas públicas voltadas para a área da saúde, ao proporem a articulação dos processos de trabalho e ampliação das relações entre os diferentes profissionais e a população por eles atendida exigem dos trabalhadores uma preparação maior para lidar com as dimensões subjetivas nas práticas do cotidiano profissional. O aumento da complexidade das relações interpessoais no trabalho deve-se a diversos fatores, entre os quais, a inserção de novas tecnologias nos serviços de atenção à saúde de forma geral e em especial no ambiente hospitalar, as chamadas tecnologias duras, leve-duras e leves.

Essas mudanças, de acordo com Merhy (1998), levantaram questões inerentes ao processo de trabalho no espaço das práticas de saúde ao mesmo tempo em que é discutida a reestruturação dos modelos assistenciais, que se referem à organização dos serviços de saúde a partir do rearranjo dos saberes decorrentes das ações dos trabalhadores de saúde e suas implicações nas relações de trabalho.

Schwartz (2003) diz que a formação profissional deve buscar a valorização do que cada trabalhador já construiu em sua trajetória profissional. O autor nos alerta para o fato de não conceber, por exemplo, “formação de adultos”, “formação profissional” sem se interrogar

trabalhadores especializados possuem formação superior, de caráter científico ou de domínio de um ofício. Pelas funções que desempenham, eles se distinguem do restante dos trabalhadores industriais. No conjunto da sociedade, o processo de racionalização da produção da existência passa a demandar, simultaneamente, o aumento e a diversificação das funções especializadas de base científica e tecnológica para a organização da nova cultura urbano-industrial. Este movimento se amplia ainda mais no decorrer do capitalismo monopolista, quando a organização fordista do trabalho, de base científica e tecnológica, se generaliza e vai, paulatinamente, requerendo o aprofundamento sempre maior do saber sistematizado por parte do trabalho complexo. (LIMA; NEVES; PRONKO, 2008)

sobre o que os “formandos” já construíram com o saber em seu trabalho²⁰. Negar as experiências, para ele, é contentar-se com a esterilidade do ato educativo, é simplesmente passar informações, nem sempre adequadas para aquela realidade, com pouca ou nenhuma garantia de que haja uma sensibilização para um “fazer” diferente do instituído.

A educação surge então como uma forma de potencializar a produção de movimentos de troca que mobilizem poderes e saberes direcionados ao fortalecimento do conhecimento, sendo um processo político-pedagógico transformador. Schwartz (2003) ressalta a importância das “histórias” no trabalho e seu peso pedagógico. Muitos são os aprendizados constituídos através das trocas desse estoque de histórias armazenadas na “bagagem” de cada trabalhador.

E, não somente os trabalhadores, mas também os gestores e mais amplamente ainda os representantes destes trabalhadores são convidados para participarem na elaboração dos saberes e para usufruir deste estoque de possibilidades e das alternativas “escondidas” na atividade humana. Cabe destacar que as relações de poder no capitalismo acabam por limitar uma prática administrativa mais aberta e participativa. A escuta, por parte dos gestores, do que acontece no trabalho real, muitas vezes, é vista como um benefício para os trabalhadores.

Esses saberes, para Schwartz (2003), vão de aprendizagens não conscientes, não expressos em linguagens, até maneiras de fazer socializadas, enriquecem o trabalho e demonstram que ele não é uma mera reprodução de protocolos, procedimentos pensados por outros, fora de um contexto sócio-histórico-cultural e geográfico preciso. Partindo do princípio de que o ser humano se constrói na relação com o mundo, em especial através do trabalho, destacamos que os saberes da experiência que resultam da atividade de trabalho é parte da compreensão da formação humana.

4.3 A SEPARAÇÃO ENTRE O TRABALHO MANUAL E O INTELECTUAL NO CONTEXTO DA SAÚDE

A separação entre o trabalho intelectual e o trabalho manual, de acordo com Rizzotto (1999), que marcou as organizações sociais antigas, deixou também seu estigma na história

²⁰ Schwartz ao falar do saber constituído a partir das histórias produzidas na atividade de trabalho, a chamada “primeira antecipação”, faz alusão à Paulo Freire e retoma a expressão sempre “inacabada”. Para o autor, esta história que nos ultrapassa, que nos “fabricou”, é sempre de uma parte “inacabada”, incapaz de nos fazer compreender, por ela mesma, como nós produzimos nossa vida na atividade de trabalho. Isto significa que a história se re-escreve em permanência, que novas normas de construção de saberes, de construção do social, “renormalizações” incessantes reaparecem em todos os lugares onde os grupos se mobilizam para produzir. (SCHWARTZ, 2003)

das profissões na área da saúde. O trabalho em enfermagem foi marcado, desde a sua criação, pela divisão do trabalho realizado por diferentes categorias profissionais, incorporando/influenciando o legado que a educação profissional traz em suas origens, ou seja, uma forte distinção entre aqueles que detinham o saber e aqueles que executavam as tarefas manuais.

As diferentes funções do trabalhador coletivo são simples ou complexas, inferiores ou superiores, e seus órgãos, as forças individuais de trabalho, exigem diferentes graus de formação, possuindo, por isso, valores diversos. A manufatura desenvolve, portanto, uma hierarquia nas forças de trabalho, à qual corresponde uma escala de salários. O trabalhador individual pertence a uma função única, limitada, sendo anexado a ela por toda a vida, e as diferentes tarefas estabelecidas nessa hierarquia são adaptadas às habilidades naturais e adquiridas. (MARX, 2011, p. 404)

Na Medicina, até o início do século XIX, tinha-se de um lado a Medicina Interna, exercida pelos físicos, que se preocupavam com as doenças internas ao organismo e, de outro, a Medicina do corpo, objeto de trabalho dos cirurgiões que, por ser uma atividade manual, era desvalorizada em relação ao trabalho dos físicos.

Conforme Rizzotto (1999), essa desigualdade se caracterizava também por formas diferentes de aquisição/transmissão de saber. Enquanto os cirurgiões aprendiam as técnicas cirúrgicas nas corporações de ofício, os físicos formavam-se nas Universidades, onde era ministrado um saber amplo e filosófico. No modo de produção capitalista, a prática médica, que era exercida distintamente por físicos e cirurgiões, terá sua concepção redefinida, e nesta redefinição será unificada.

Essa unificação, ocorrida no nível interno da Medicina, desloca-se para outra esfera, a divisão social do trabalho no campo da saúde; a distinção passa agora a ser entre as diferentes profissões envolvidas nessa área. A Enfermagem, que se organizou num trabalho em equipe marcado pela divisão técnica, viria assumir um papel de subalternidade em relação à Medicina, por diferentes razões. Dentre elas, destacamos a questão de gênero, a parcialidade na transmissão do saber das disciplinas comuns e o significado social assumido pelos objetos dessas profissões, o "curar" - objeto da prática médica, e o "cuidado" - objeto da prática da Enfermagem, que nessa ótica dominante é considerado secundário em relação ao primeiro. (RIZZOTTO, 1999, p. 34)

O cuidado, ao tornar-se secundário em relação à doença e à cura, coloca a enfermagem também em uma posição secundária na área da saúde. Isso fez com que, ao tentar aproximar a enfermagem da ciência, os profissionais dessa área começassem a buscar cada vez mais a sistematização dos procedimentos. O desenvolvimento da ciência, conforme Canguilhem (2011), fez com que a doença deixasse de ser objeto de angústia para o homem são, e se tornasse objeto de estudo para o teórico da saúde.

E, na enfermagem, a separação entre quem pensa e quem executa vem se fortalecendo com a utilização das sistematizações, prescrições e normatizações. Os protocolos, os procedimentos operacionais padrão, as prescrições e fluxogramas, consideradas atribuições exclusivas do enfermeiro, estão aí para demonstrar que as organizações e as profissões ainda utilizam as formas de controle que surgiram com o início do capitalismo.

A divisão do trabalho, segundo Storch apud Marx (2011) vai desde a separação das profissões mais diferentes possíveis até aquela divisão em que diversos trabalhadores dividem entre si a elaboração de um único produto, como na manufatura. Pires (2008), ao falar sobre a divisão da enfermagem em diferentes profissões, diz que a divisão técnica do trabalho em saúde diz respeito a

características da "divisão técnica ou divisão parcelar do trabalho" presente na forma de organização e produção do cuidado prestado por diversos grupos profissionais a seres humanos com carências de saúde. Refere-se à forma de organização do trabalho coletivo em saúde na qual se identificam a fragmentação do processo de cuidar; a separação entre concepção e execução; a padronização de tarefas distribuídas entre os diversos agentes, de modo que ao cuidador cabe o cumprimento da tarefa, afastando-o do entendimento e controle do processo; a hierarquização de atividades com atribuição de diferentes valores à remuneração da força de trabalho. (PIRES, 2008, p. 92)

Essa conduta limitante sobre o trabalhador, predeterminando a sua tarefa e como irá realizá-la, reduziu a possibilidade de produção de conhecimento coletivo e o reconhecimento do trabalhador como parte essencial do processo de trabalho. A produção de saúde, conforme Merhy e Franco (2008), realiza-se, sobretudo, por meio do 'trabalho vivo em ato', isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. No entanto, o trabalho vivo interage todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias.

Pires (2007) ressalta que o uso de tecnologia de ponta exige uma melhor qualificação dos trabalhadores para o manuseio dos equipamentos, ao mesmo tempo em que aprofunda a divisão entre trabalho manual e intelectual. De acordo com a autora, a prescrição mantém-se forte em algumas áreas, principalmente naquelas que se estruturam e dependem de um forte arsenal tecnológico para produzir e em outras foram sendo substituídas pela flexibilidade, iniciativa, versatilidade e criatividade. (PIRES apud MERHY, 2007).

4.4 O TRABALHO DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM E DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Entre as décadas de 1930 e 1940, o cuidado do pacientes começou a ter um local específico para acontecer: os hospitais. Estes espaços concentraram as tecnologias existentes na época e criaram a necessidade de mão-de-obra qualificada para o cuidado direto dos pacientes. A quantidade de enfermeiras diplomadas no ensino oficial padrão não foi suficiente, pois o número de escolas e o tempo exigido para formação era longo, desencadeando o aparecimento da categoria de auxiliar de enfermagem, instituída pela Lei nº 775/49 que oficializou o ensino de enfermagem no Brasil.

O surgimento desta nova categoria não agradou as escolas de enfermagem que defendiam o alto padrão na formação das enfermeiras. As enfermeiras, por sua vez, viram nos auxiliares de enfermagem uma ameaça aos seus postos de trabalho.

A categoria técnico em enfermagem surgiu em 1966, ano em que foi criado o primeiro curso na Escola Ana Néri. No entanto, a regulamentação para o exercício profissional aconteceu somente em 1986, com a Lei nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto-Lei nº 94.406/87. Isso fez com que antes da regulamentação, o técnico em enfermagem exercesse as mesmas atribuições do auxiliar de enfermagem, não havendo, por quase 20 anos, distinção entre as duas categorias no que diz respeito às atividades executadas.

Havia um espaço entre o curso de graduação em enfermagem e o de formação do auxiliar de enfermagem, pois um se encontrava em nível superior e o outro no nível primário. Neste espaço intermediário caberia o nível médio, referido como curso de grau médio ou técnico. (CAVERNI, 2005, p. 60)

Desde o momento da criação da profissão de técnico em enfermagem, as atribuições estavam voltadas essencialmente para a técnica e a realização de procedimentos, cabendo a este profissional o trabalho operacional. De acordo com a autora, em 1965, uma das tendências das sociedades industriais urbanizadas era a regulamentação, com critérios objetivos, dos direitos e deveres de todas as ocupações, da divisão do trabalho e comparação de regalias.

Essa definição de espaços deixava claro que, ao profissional enfermeiro, cabia o trabalho gerencial sendo a maioria das suas atribuições administrativas. Este contexto fez com que o processo global do cuidar não fosse assumido nem pelo técnico e nem pelo enfermeiro, levando à fragmentação do cuidado prestado e a disputas de poder entre as diferentes categorias.

Alves (1997) diz que o técnico em enfermagem faz parte de uma força de trabalho que não tem controle individual sobre os principais elementos da produção nos ramos de serviços de saúde. Este não detém controle sobre os seus objetos de trabalho, não domina a compreensão dos processos gerais que atuam sobre a saúde, não detém a posse dos meios materiais de trabalho e não têm condições concretas de autonomizar o trabalho no que se refere à venda de seus serviços.

De acordo com o Catálogo Nacional dos Cursos Técnicos, instituído pela Portaria nº 870 de 16 de julho de 2008, o técnico em enfermagem

atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação dos processos saúde-doença. Colabora com o atendimento das necessidades de saúde dos pacientes e comunidade, em todas as faixas etárias. Promove ações de orientação e preparo do paciente para exames, realiza cuidados de enfermagem, tais como curativos, administração de medicamentos e vacinas, nebulizações, banho de leito, mensuração antropométrica e verificação de sinais vitais, dentre outros. Presta assistência de enfermagem a paciente clínicos e cirúrgicos.

A lei do exercício profissional do técnico em enfermagem define que este profissional deve exercer suas atividades a partir da orientação e supervisão do enfermeiro, mantendo-se como um executor de prescrições. A autonomia do técnico é pouco estimulada, pois este deve sempre se reportar ao enfermeiro.

No entanto, não são poucas as situações de trabalho que exigem destes profissionais a análise, o julgamento, a crítica, o questionamento e a intervenção. A tomada de decisão é uma escolha que envolve a produção e mobilização de saberes porque os auxiliares e técnicos de enfermagem não se restringem a meros executores de técnicas ou "tarefeiros" porque realizam, em certa medida, microgestão do seu trabalho .

4.5 A PADRONIZAÇÃO E A NORMA NO TRABALHO DA ENFERMAGEM

Rizzotto (1999) afirma que o modelo da Medicina ocidental, que se desenvolveu junto com a sociedade industrial, ao mesmo tempo em que excluiu os rituais das práticas tradicionais criou novas formas de realizar a sua própria prática - a *tecnificação da assistência*, obtida através de um conjunto de procedimentos racionais e encadeados, para garantir os resultados esperados. Essa "forma racional" de atendimento, fundamentada na ciência moderna aplicada, ao converter em prática os conhecimentos teórico-científicos, foi incorporada de maneira singular à área da saúde.

A autora destaca ainda que a enfermagem brasileira não hesitou em copiar modelos de assistência e de ensino, modelos estes que intensificaram a utilização das técnicas e padronizações.

Começou com a criação da Escola de Enfermagem Anna Nery, nos moldes e sob a direção de enfermeiras norte-americanas; assumiu o Modelo Biomédico²¹ como paradigma para o ensino e a assistência; enfatizou, nos anos cinquenta e sessenta, o modelo americano de assistência baseado nos princípios científicos; incorporou o tecnicismo como forma de organização do trabalho e, a partir da década de setenta, assimilou a nova ordem norte-americana das teorias de enfermagem, buscando consolidar-se como ciência e ocupar um "status social". (RIZZOTTO, 1999, p. 7)

A história da prescrição na área da saúde tem, portanto, suas origens nos primórdios da enfermagem, servindo não só ao desejo de consolidar a profissão como ciência, mas também para servir de instrumento de controle. Durrive e Schwartz (2008) destacam que para trabalhar o homem tem necessidade de normas antecedentes (manuais, notas técnicas, regras de gestão, organizacionais, prescrições e instruções de procedimentos) que, ao mesmo tempo, o constroem e lhe permitem desenvolver uma atividade singular por renormalizações sucessivas.

Por outro lado, a norma na enfermagem tem como finalidade a preservação da vida, pois impõe algumas regras básicas.

Na enfermagem, cujo trabalho é realizado por uma equipe com diferentes graus de formação, mas com atribuições semelhantes no que se refere ao cuidado com o paciente ou cliente, a versão dessa tecnificação deu-se na elaboração de procedimentos, normas e rotinas que asseguram uma certa homogeneidade na assistência de Enfermagem, mesmo sendo desempenhado por pessoas com qualificações diferenciadas. Isso se materializou de tal forma no trabalho de Enfermagem que, por mais esforço que se faça para distinguir as diversas categorias que compõem a equipe de Enfermagem, a sociedade de um modo geral parece não perceber essa diferença. Em outras palavras, além das pessoas não saberem que existe uma hierarquia dentro da equipe de enfermagem, não conseguem perceber diferenças significativas, quando são atendidas pelos distintos membros da equipe. (RIZZOTTO, 1999, p. 43)

A autora afirma, ainda, que essa tendência, na enfermagem, em seguir modelos e práticas profissionais instituídas deve-se, em parte, à insegurança teórica dos profissionais de enfermagem, que tem dificultado a crítica dos paradigmas vigentes e a construção de modelos alternativos.

²¹ O Modelo Biomédico está voltado para iniciativas de caráter individual e curativa, centrado no atendimento médico, medicamentoso, com pouca ou nenhuma prática de prevenção das doenças e promoção da saúde. O modelo biomédico, estruturado durante o século XIX, associa doença à lesão, reduzindo o processo saúde-doença à sua dimensão anatomofisiológica, excluindo as dimensões histórico-sociais, como a cultura, a política e a economia e, conseqüentemente, localizando suas principais estratégias de intervenção no corpo doente. Por outro lado, desde o final do século XIX, o modelo preventivista expandiu o paradigma microbiológico da doença para as populações, constituindo-se como um saber epidemiológico e sanitário, visando à organização e à higienização dos espaços humanos. (MATTÁ; MOROSINI, 2008)

Canguilhem (2011) diz que uma norma se propõe como um modo possível de unificar um diverso, de reabsorver uma diferença, de resolver uma desavença. Para o autor, se propor não é o mesmo que se impor.

Ao contrário de uma lei da natureza, uma norma não acarreta necessariamente seu efeito. Isto é, uma norma pura e simples não tem nenhum sentido de norma. A possibilidade de referência e de regulação que ela oferece contém - pelo fato de ser apenas uma possibilidade - a latitude de uma outra possibilidade que só pode ser inversa. Com efeito, uma norma só é possibilidade de uma referência quando foi instituída ou escolhida como expressão de uma preferência e como instrumento de uma vontade de substituir um estado de coisas insatisfatório por um estado de coisas satisfatório. (CANGUILHEM, 2011, p. 189)

Nas atividades cotidianas do trabalho de enfermagem vivenciamos situações em que normas impostas aos trabalhadores acabam sendo deixadas de lado, seja pelo fato não estarem adequadas às necessidades, seja pelo fato de que os trabalhadores não sabem porque estão fazendo daquela forma e nem para que. Percebe-se, neste ato de imposição, um distanciamento entre quem pensa e quem executa, sendo que, muitas vezes, os saberes dos trabalhadores diante das diversas situações de trabalho, não são valorizados e incorporados a estas normas.

O que vemos no trabalho da enfermagem é uma homogeneidade de normas que, algumas vezes, desconsideram as peculiaridades dos serviços, setores e cuidados prestados. A lógica da técnica na área da saúde exige, cada vez mais, rigidez no cumprimento das normas e simplificação nos modos de fazer acreditando-se que isso garanta que o trabalho seja executado da melhor forma e no menor tempo possível.

Para Canguilhem (2011) ainda há uma grande dúvida, no que diz respeito à norma, se a necessidade é possível objeto de normalização. O trabalho da enfermagem baseia-se fortemente no cuidado humano e busca acolher os sujeitos em suas demandas e necessidades, passando pelo atendimento das necessidades de higiene e conforto, de escuta, de educação para o auto-cuidado e tomada de consciência de direitos. Neste sentido, para o autor, a normalização técnica deve temer uma rigidez excessiva e tem de prever margens de tolerância para os objetos caracterizados por normas.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Antes de iniciar a análise e discussão dos resultados desta pesquisa, acredito ser importante descrever para o leitor a forma como este capítulo foi organizado. Durante as entrevistas e nas observações do trabalho "in ato", apareceram algumas questões sobre o processo de trabalho que, dada a sua relevância, resolvi incorporar neste capítulo para o melhor entendimento do trabalho realizado no local pesquisado. Considerei necessário e produtivo para a pesquisa trazer as histórias do e no trabalho na emergência para ajudar na compreensão dos porquês de algumas renormalizações. Portanto, o contexto e o espaço, de forma mais específica o processo de trabalho, em que as histórias desses trabalhadores acontecem é parte integrante desta pesquisa e peça fundamental no seu desenvolvimento.

O **evento empírico principal**, inicialmente, era o banho de leito. No entanto, surgiram outros eventos nos depoimentos dos trabalhadores que acabaram sendo incorporados à análise pela sua recorrência nos relatos. Os depoimentos foram agrupados a partir dos **eventos empíricos**, ou seja, banho de leito, troca de fralda, higiene oral e troca de decúbito. Depois, estes, foram distribuídos em tabelas (Anexo G), uma para cada trabalhador/a.

Utilizando o referencial ergológico, foram pensadas, previamente, as seguintes **categorias de análise**: normas antecedentes, renormalizações, usos de si por si e pelos outros e valores. Além destas, outras categorias aderidas ao empírico e que, inicialmente, apoiaram somente uma discussão mais teórica, emergiram do trabalho, são elas: escolha da profissão, formação e qualificação, processo de trabalho, valorização do trabalho, rotinas e sistematizações e saberes da experiência. Houve, durante a pesquisa, a necessidade de analisar os eventos empíricos de maneira integrada com estas categorias, pois ao falar do evento banho no leito, por exemplo, os/as trabalhadores/as traziam uma série de conceitos e informações que estavam em mais de uma categoria de análise.

Nas tabelas, ao lado de cada depoimento, acrescentei o que chamei de **Explicitação de significados e comentários do diário de campo**. Posteriormente, fiz a análise dos resultados das entrevistas de forma qualitativa, buscando o evento empírico, a categoria de análise e confrontando as falas dos três trabalhadores entrevistados.

5.1 QUEM SÃO ESSES PROFISSIONAIS?

Os profissionais participantes do estudo, um auxiliar e dois técnicos em enfermagem, possuem tempos variados de trabalho no serviço pesquisado. O entrevistado 1 (E1) trabalha como técnico em enfermagem há 11 anos e já atuou em outra instituição, sendo que está na

emergência há 9 anos. O entrevistado 2 (E2) é auxiliar de enfermagem há 21 anos e sempre atuou no serviço pesquisado. O terceiro participante (E3) fez a formação de auxiliar, depois fez o curso técnico e atua na enfermagem há 16 anos, sendo que está na emergência há pouco mais de 2 anos. Pertencem aos turnos da manhã, tarde e noite, sendo que dois deles são do sexo feminino e um é do sexo masculino. Em relação à escolha da profissão, os sujeitos pesquisados salientam que esta se baseia no fato de gostarem de realizar o cuidado humano, fato que aparece manifesto nos depoimentos:

Eu escolhi essa profissão porque eu sempre gostei muito do cuidado com o ser humano, das pessoas como um tudo. Por isso escolhi essa área [saúde]. Essa foi a primeira profissão escolhida. (E1)

Eu era faxineira e uma vizinha me conseguiu um serviço no hospital [outra instituição] como atendente de nutrição. Fiz o atendente de nutrição e comecei a me apaixonar pelos pacientes. Daí, ela me disse: -Bem que tu podia fazer o [curso de] auxiliar. Daí eu fui fazer o auxiliar, (...) Eu não sabia puncionar, eu não sabia fazer nada, eu entrei aqui *nua e crua*, como dizem, e comecei a me interessar e, cada vez mais, fui me apaixonando pelos pacientes, me dedicando à área da saúde, e fui me empolgando e, até hoje, eu amo o que eu faço, eu adoro. A minha dedicação com eles [os pacientes] é bem especial e estou indo mais por ajudar os outros, os pacientes carentes, é por isso que escolhi. (E2)

Eu escolhi a profissão porque minha irmã trabalhava na área da saúde, aí ela foi para casa e levou um aparelho de pressão e aí eu verificava [a pressão arterial] da mãe, mais as vizinhas que vinham ali para verificar a pressão. Aí a gente foi gostando disso, depois eu saí da agricultura e tive que fazer um curso para me especializar.(E3)

As exigências para ser um bom técnico ou auxiliar de enfermagem são, na visão destes/as trabalhadores/as, inúmeras. Realizar um cuidado de qualidade, objetivo do trabalho da enfermagem, exige muito mais do que conhecimento técnico, exige dedicação constante e formação humana voltada para as tecnologias leves, leve-duras e duras.

Para ser um bom técnico [de enfermagem] tu tem que ter conhecimento em primeiro lugar. E nunca esquecer do ser humano, que tu é humano e que o paciente também é um ser humano. Acho que juntando a técnica com o sentimento tu certamente vai ser um bom profissional. (E1)

Tu tem que te dedicar, dedicação, amor ao que tu faz, fazer o teu trabalho bem feito. O que hoje a gente faz, procura se dedicar com o paciente, diretamente com o paciente. Higiene e conforto para eles e principalmente carinho porque eles são muito carentes, (...) Esquecer teu mundo lá fora e assumir o que tu faz aqui dentro, que não é muito fácil, mas a gente tenta. (E2)

Tem que ter muito profissionalismo, tem que estar dedicado praticamente o tempo todo em cima do paciente, visualizando, prestando atenção nas suas reações e isso é com o tempo. (E3)

Apesar das inúmeras exigências que o trabalho na emergência impõe e levando em consideração as dificuldades e condições de realização das tarefas prescritas, os profissionais entrevistados relatam que neste local se sentem valorizados, principalmente pelos seus

gestores diretos, ou seja, pelos enfermeiros do setor que trabalham em condições semelhantes às suas e que são exigidos pelo ritmo e sobrecarga de trabalho a realizarem escolhas também.

O reconhecimento de modo geral, mas principalmente do paciente "faz muito bem" para estes trabalhadores. Da mesma forma, para eles, acompanhar a melhora e evolução positiva do paciente agrega um valor ao seu trabalho, o de "ter prestado um atendimento adequado", seu objetivo maior:

No meu trabalho a valorização vem bastante do gestor, realmente. Acho que a gente é bem reconhecido pelo que a gente faz e, muitas vezes, até pelo paciente. Dele te agradecer pelo cuidado que tu prestou naquele momento. Aquilo te faz bem, faz muito bem para a gente. A equipe de enfermagem é valorizada aqui. (...) Com todas as dificuldades que a gente trabalha aqui, eu acho que até a gente é bem reconhecido. (E1)

O que valoriza é a gratificação do teu dia a dia, que cada vez que tu vem, tu vê a melhora do teu paciente. Tu pega um paciente ruim e cada dia que tu pega o mesmo paciente ele vai evoluindo e tu vê melhoras nele. Isso é gratificante para gente. Tu vê o paciente bem, para mim é essencial. (E2)

O reconhecimento, primeiro dos supervisores [enfermeiros] que estão com a gente e do próprio paciente. Outro dia eu estava aqui na frente e daí veio um cara aqui e me cumprimentou, me abraçou forte e me agradeceu por eu ter atendido ele, ter prestado o atendimento adequado. Eu acho que é um reconhecimento do nosso trabalho. Isso valoriza o trabalho, com certeza. (E3)

No entanto, percebemos que não há uma formalização por parte dos gestores dos saberes da experiência dos auxiliares e técnicos em enfermagem. Esta "valorização" aparece muito mais como uma forma de concordância com um modo de fazer vigente e que não está de acordo com a norma. Esta concordância talvez decorra do fato de que, segundo os trabalhadores entrevistados, o enfermeiro está numa condição semelhante de sobrecarga de tarefas. Poderíamos dizer que há uma "cumplicidade" entre os profissionais, demonstrando uma certa flexibilidade do setor diante do que não está na norma.

Muitos dos técnicos [de enfermagem] conseguem fazer isso, chegar e tipo trocar uma ideia, trocar uma experiência com os enfermeiros, e os enfermeiros acabam aceitando. Mas aqui nesse hospital, porque no hospital privado há uma regra, uma dita e tu tem que seguir aquilo que eles vão impor, tu não tem voz. (E3).

Os/as trabalhadores/as nos seus depoimentos, destacam que estão fazendo o melhor, "por mais que não seja o correto" (E1) e que se não fizessem "essa quebra na rotina, o paciente não seria beneficiado" (E3). E, acreditam, que pelo fato dos seus gestores saberem desse esforço, há uma tolerância com as renormalizações.

No entanto, fica explícito que a hierarquia de saberes é mantida, pois no momento dos cursos, capacitações e formação em serviço é a norma que aparece determinado as formas de fazer. Isso acaba limitando o processo de valorização do trabalho dos auxiliares e técnicos em enfermagem, seja pelo fato de não discutir os saberes da experiência em ambientes de

formação formais, seja pelo fato de não assumir a impossibilidade de fazer desta forma, gerando sentimentos de desrespeito, frustração e desmotivação nos/as trabalhadores/as.

Nas capacitações eu até acho que há valorização do trabalhador, só que, às vezes, a gente se sente assim... um pouco... Assim, tu fica escutando e vendo. - Ai, isso é irreal. Que bom que eu pudesse fazer isso, se eu tivesse tudo que precisa. Mas daí tu lembra que nas tuas condições tu não tem. Então tu acha que é meio inútil aquilo que tu está aprendendo aqui, porque eu não consigo aplicar no meu dia a dia. Então a gente se sente um pouco assim...eu nem sei usar a palavra. (...) Tipo assim, você é obrigado, tem que fazer o cuidado daquela forma, mas não tem condições. É isso, essa parte é difícil tu ver, aquilo é o que seria, mas tu sabe que na realidade é impossível de ser feito. (E1)

Se nós conseguíssemos segui-las [normas], mas a gente não consegue. Muita rotina a gente não consegue fazer. Mas, não é por incompetência nossa, mais é por causa do espaço e o tempo para fazer a rotina. Porque o certo seria tu ficar com dois ou três pacientes e a gente, às vezes, fica com oito, nove pacientes. Para dar um cuidado integral bom, tu não consegue, é muito difícil. (E3)

Ao ser perguntado sobre a maior característica do seu trabalho, os sujeitos pesquisados consideram o que realizam muito importante e de grande responsabilidade, pois é a partir de suas observações e informações que serão planejadas as intervenções necessárias para a manutenção da vida do paciente. Além disso, o seu trabalho é essencial para que haja conhecimento por parte da equipe das modificações no quadro do paciente, ou seja, se houve alterações nos sinais vitais ou percebeu alguma mudança significativa no estado geral, se aceita ou não medicamentos, alimentação e hidratação; se apresentou febre ou dor; se está urinando ou não e outras mudanças que podem acontecer e são significativas para o cuidado e tratamento da pessoa. Os/as trabalhadores/as entrevistados/as salientam que é do seu trabalho que resulta "praticamente tudo do cuidado do paciente", ou seja, a avaliação e prescrição de um cuidado acontecem depois que o enfermeiro e/ou médico é comunicado da situação do paciente pelo técnico.

O meu trabalho como técnica é um trabalho de suma importância, assim de uma importância muito grande. Eu acho que é isso, eu me sinto muito importante porque é do meu trabalho que resulta praticamente tudo do cuidado do paciente, daquilo que o médico quer, tudo é o meu trabalho. Se alguma coisa não está bem no meu paciente é eu que vou comunicar o médico. (...) Então, é uma responsabilidade muito grande, e por isso que eu acho que é um trabalho importantíssimo. Eu me sinto muito importante por fazer isso. (E1)

Eu acho que o trabalho do auxiliar é um trabalho bonito, tu te dedicar pelo paciente. Eu acho que já é um presente que a gente ganha. Tu vê a melhora deles [dos pacientes] é uma qualidade que eu vejo, tu vê o bem-estar dele. (E2)

O meu trabalho é importante. A gente está praticamente as 24 horas com o paciente, o médico vem e prescreve e solicita exames, essa coisa toda e fica ausente a grande maioria do tempo. Mas a gente está ali em cima, fica passando o plantão para um para o outro e aí a gente acaba conhecendo mais o paciente do que o próprio médico. Mas daí, quando eles vem conversar com a gente, ter uma opinião, (...) tu relata para ele a tua experiência, o teu conhecimento sobre o paciente. Acho que é importante para ele prescrever, alguma alteração na prescrição e coisas do tipo. (E3)

Souza et al (2010) diz que o trabalho dos profissionais de saúde em unidades críticas não envolve apenas sofrimento, fato que pôde ser percebido no local estudado. A possibilidade de aliviar a dor e o sofrimento dos usuários e a possibilidade de salvar vidas humanas podem ser fontes de conforto e satisfação que contribuem para o equilíbrio psíquico dos trabalhadores. O sofrimento e o prazer, para as autoras, aparecem dialeticamente no trabalho na emergência e sua compreensão parece ser de grande relevância para a promoção da saúde dos trabalhadores e para a melhoria da qualidade da assistência prestada.

No serviço estudado, os/as trabalhadores/as valorizam a satisfação das necessidades humanas básicas dos pacientes e o reconhecimento dos gestores causa prazer na realização das tarefas. Além disso renormalizam para que possam cumprir as que não são executáveis em função de inúmeras variáveis, como por exemplo, o tempo, o espaço e a quantidade de pacientes atendidos. Isso vamos explicitar a seguir

5.2 AFINAL "QUANTOS BANHOS VOCÊ TEM QUE DAR?": O BANHO DE LEITO DESVELANDO A ATIVIDADE E OS SABERES DO TRABALHO

Quantos banhos você tem que dar? Esse questionamento circula muito em todos os turnos de trabalho dos profissionais de enfermagem do setor de emergência do hospital pesquisado. Porém, a resposta nunca vem somente com um número.

Há uma série de considerações que o trabalhador faz antes de responder à pergunta como, por exemplo, quantos pacientes da sua escala diária de trabalho são dependentes e que grau de dependência cada um deles apresenta; quantos pacientes estão agitados e/ou graves e necessitam de maiores cuidados e vigilância; qual o número de medicamentos prescritos, principalmente os antibióticos que exigem mais tempo para diluição e reconstituição; qual o número de exames agendados e que exigirão do ou da trabalhadora tempo para preparo e transporte do paciente até o local da sua realização, e outras perguntas sobre procedimentos e cuidados que demandam tempo e atenção dos profissionais da enfermagem.

A resposta à pergunta *Quantos banhos você tem que dar?*, carrega consigo, portanto, uma série de escolhas e decisões que devem ser tomadas pelo/a trabalhador/a no início do seu turno, demandando uma organização prévia de tempo e espaço, imprimindo um ritmo variável e singularmente necessário para que ele ou ela consiga realizar os cuidados de higiene e conforto junto aos pacientes sob seus cuidados naquele dia, como revelam as falas dos trabalhadores:

Eu gosto de dar banho logo, prefiro dar antes das medicações, chegar, ver os sinais e olhar o paciente. Dependendo das condições, antes da visita, já chegar e dar o banho,

porque ali o quanto antes tu fizer o banho melhor, porque tu nunca sabe o que vai acontecer na sala. Às vezes, vai dar tanto tumulto que o banho vai ser uma corrida contra o tempo, então aquilo que tu já fizer, já está pronto.(...) Então, tu já dá o banho e ele já está pronto e limpo, depois tu medica e ele vai dormir. Eu prefiro dar o banho no início. (E1)

Eu, por exemplo, meus HGT²²s eu já fiz agora, vi os sinais que estavam estáveis, só tinha um HGT alterado. Aí eu já mediquei aquele paciente para ter tempo depois nas medicações. Aí eu vou dar as medicações, daí eu vou dar as medicações, daí que eu vou fazer a minha higiene e conforto dos pacientes...fazer as minhas trocas. Se tem um mijado eu já procuro trocar antes, antes de tudo. Quando eu já vejo que tem algum acesso fora, já punciono, já faço alguma coisa já, já deixo eles prontinhos, porque daí quando eu vou medicar já tá pronto. (E2)

Tu tem que chegar, pegar a tua escala e já começar a fazer as tuas tarefas e ir tirando medicações, diluindo, administrando. (E3)

Podemos perceber, pelos relatos, que há uma preocupação dos profissionais de enfermagem em reservar um tempo maior para as medicações, pois estas exigem outros cuidados como, por exemplo, separar o medicamento certo, ver a dose prescrita por paciente e por horário e, em alguns casos, calcular a diluição, preparar e instalar no paciente. Isso demonstra que à medicação, neste setor, é agregado um valor por parte destes trabalhadores que usam de si por si nas outras atividades diversas e na organização individual para garantir que haja tempo de sobra para dedicar-se ao preparo e administração dos medicamentos.

No entanto, mesmo valorizando esse cuidado – o do preparo e administração dos medicamentos -, os profissionais não abandonam os outros que também consideram prioritários para os pacientes. A escolha de realizar a troca de fraldas dos pacientes que estão "mijados" antes de iniciar a medicação demonstra valorização do conforto do paciente. Da mesma forma, a revisão e a troca dos acessos venosos que não estão funcionando revela a necessidade de antecipar alguns cuidados para facilitar e garantir que consiga realizar o seu trabalho no momento de instalar as medicações.

À medida que vai identificando as tarefas, em função da imprevisibilidade do que acontece no setor, o trabalhador vai as realizando, não deixando acumular ou postergando a sua realização. Existe também uma preocupação em facilitar a realização das próximas tarefas, pois no momento em que visitam os pacientes procuram antecipar o máximo de tarefas possíveis. Esta organização dos trabalhadores, em relação ao que realizar e em que momento fazê-lo, exige saberes prévios no que diz respeito ao tempo gasto para fazer determinados cuidados e atender às necessidades dos pacientes que estão na escala daquele dia. Deve levar em consideração, ainda, a variação de cuidados que cada paciente requer, a

²² HGT é a abreviação de hemogluco teste, teste realizado em aparelho próprio através de uma fita, utilizando uma gota de sangue e que fornece o valor da glicemia capilar. (Nota da autora)

gravidade e o grau de dependência deles. Neste caso, cada um, de acordo com Durrive (2011), tende a renormalizar, a fazer sua a norma que antecipa e ajusta seu agir, a fim de se manter - mesmo pouco - na origem do 'uso de si', mesmo se conformando com a demanda que lhe é posta.

Pode-se afirmar que um dos valores que está permeando muitas das decisões é a otimização do tempo, pois a organização e o planejamento das atividades a serem realizadas acontecem no momento de chegada destes trabalhadores em função das condições dos pacientes, uma organização prévia que pode ser modificada a qualquer momento, mas que é ditada pelo tempo disponível para realizar um número x de tarefas.

A norma, neste caso pretende adiantar ou preceder o que se vai fazer, mas em função das condições singulares dos pacientes acontecem renormalizações, que, de acordo com Durrive (2011), são também formas de antecipação, pois ela vai além do previsto e pensado antecipadamente pela norma. Durante a realização das tarefas acontece o planejamento das próximas – que expressam renormalizações - como podemos ver no relato abaixo:

Logo que a gente chega já vai olhar o seu paciente e já dá uma olhada se ele está de fralda, se já tem que trocar. Troca logo na chegada porque, às vezes, ele já está molhado e tu já aproveita. Já vira ele, já troca o decúbito. Assim que der, às 22 horas tu vai medicar e já pega um colega e dá uma viradinha de novo. (E1)

Quando tu chega para trabalhar vai vendo os sinais e já vai vendo isso [o banho]. Eu já vejo isso, já vejo o paciente que tem condições de caminhar. Eu já pergunto se caminha, não caminha., vejo se está com sonda vesical, se está com sonda nasogástrica, se ele tem dieta. Depois, tu tem que desprezar a urina ... tudo, se tem controle. Tudo isso, se está com oxigênio, assim, tu faz uma análise do paciente todo. (E2)

Primeiro eu tiro a medicação, verifico os sinais e depois vou para a higiene dos pacientes. E aí, depois, tu já tem que começar a preparar soro e medicação, se tiver algum paciente com hipertermia ou hipertensão tu tem que, no mínimo, verificar os sinais pelo menos mais uma vez. Ou se tu vê que ele está saturando baixo também tem que dar uma olhada na saturação. Mas, isso eu me organizo para primeiro tirar as medicações da pasta, porque senão os médicos vêm e pegam as pastas e a gente fica sem contato. E aí, depois, primeiro os sinais vitais para saber como é que o paciente está no momento. Quando eu olho os sinais vitais eu já faço uma avaliação geral do paciente. Se ele tiver curativo também, para tu já, quando vier fazer a higiene e banho, trazer o material. (E3)

Como há troca de escalas e conseqüentemente de pacientes a cada novo plantão, o planejamento e a organização desses trabalhadores são permanentemente refeitos e atualizados. Portanto, conforme os depoimentos dos/as trabalhadores/as, organizar essas demandas não é uma tarefa simples, pois além do fato de terem as tarefas programadas ocorrem situações imprevistas no decorrer do turno.

O meu trabalho não é um trabalho simples. Não! Nem um pouco. Não é nada simples. É um trabalho que exige um monte da gente. De todos os lados, porque é uma sala que tem pacientes bem graves. E que está sempre chegando. Então, ao

mesmo tempo que tu está fazendo um procedimento num, tu já está vendo outra coisa acontecendo e que tu tem que, às vezes, parar e correr porque aquele atendimento é prioritário, tu precisa atender primeiro aquele. Tu não pode te envolver só no teu, e ficar olhando só ali, não. Tu tem que ter uma visão ampla da sala. Então é bem difícil, e o trabalho pode ser interrompido a qualquer momento. (E1)

Não é tão simples assim, porque em tudo tu tem que ter dedicação com ele, auxiliar eles, conversar com eles, dar atenção. (E2)

Não, acho que não é simples. É muito complicado. Tem muita coisa no dia a dia, mas tu tem que ter muita experiência para desenvolver um bom trabalho, senão tu não consegue. Tu vê que, às vezes, os colegas tem dificuldade e normalmente eu dou um apoio para eles e oriento eles a fazer de tal forma que eu acho que é mais correto, que a gente aprendeu a fazer assim. (E3)

Devemos considerar também que a organização do trabalhador da enfermagem envolve outros profissionais, pois, a maioria das atividades realizadas, exige compartilhamento e divisão das atividades com outros colegas. O banho de leito, por exemplo, requer a execução em duplas para tornar possível a sua realização adequada, ou seja, higienizar a pele e o couro cabeludo do paciente, revisar os locais em que as estruturas ósseas estão gerando maior pressão sobre a pele e outras estruturas, massagear com ácidos graxos essenciais²³ (AGE) as áreas com maior propensão a formação de úlceras de pressão²⁴, realizar a mudança de decúbito, realizar higiene oral, trocar as fixações de cateteres, tubos e sondas, curativos e avaliar a necessidade de novas proteções ou curativos em feridas, realizar a troca de fraldas e do leito.

A movimentação do paciente no momento do banho, exige dos profissionais força física e a mobilização de saberes sobre movimento do paciente sobre o leito. O posicionamento adequado do lençol, utilizado como móvel no leito do paciente dependente, facilita as trocas de decúbito, diminui o atrito da pele com o lençol, evitando a abrasão e consequentemente reduzindo a formação de úlceras de pressão. No entanto, a colocação deste não pode ocorrer de qualquer forma, deve estar esticado, sem dobras e sua posição superior deve estar na região do pescoço e a borda inferior logo abaixo da região glútea para que faça o seu papel de sustentação na movimentação do paciente.

²³ Ácidos graxos essenciais (AGE) é um líquido oleoso cuja aplicação tópica em pele íntegra tem grande absorção, formando uma película protetora na pele, prevenindo escoriações devido a alta capacidade de hidratação e proporciona nutrição celular local. (PERUZZO, 2006)

²⁴ Úlcera de pressão é definida como qualquer lesão provocada por pressão mantida sobre a superfície da pele que causa dano ao tecido subjacente. A prevenção da úlcera de pressão é realizada pela distribuição das cargas tissulares por diminuição da pressão, da fricção e do atrito, otimização da umidade e temperatura, utilizando técnicas adequadas de posicionamento; e pelo uso de superfícies de apoio adequadas. (IRON, 2005)

Além disso, há uma série de locais do corpo do paciente que precisam ser higienizados, avaliados e massageados que não estão acessíveis sem o auxílio de outro colega. No caso de cuidados com a pele da região dorsal em pessoas dependentes, por exemplo, um profissional segura o paciente em decúbito lateral e outro realiza a atividade. Há uma identificação, por parte dos trabalhadores entrevistados, de que a dupla, além de facilitar o trabalho, irá qualificar o cuidado prestado. Mas nem sempre é possível trabalhar em dupla,

Se o paciente é leve tu até consegue sozinha, vira para cá e dá uma escoradinha. Mas, se é pesado, precisa de ajuda. Mas não posso te dizer que de duas em duas horas ele é virado. Não, não é porque nem sempre é possível. Quando dá são virados mais vezes, mas quando não dá, tem prioridades, infelizmente. Às vezes, acontece tanta coisa na sala que tu nem consegue chegar. E o colega também não consegue vir. (E1)

Sempre precisa da parceria. Mas, a gente sempre tem dupla pra ajudar a troca e essas coisas assim, mas, às vezes, não dá, às vezes, o plantão tá tão agitado que tu não consegue. Mas a gente tenta. (E2)

Não costumo dar banho sozinho, sempre tenho [dupla]. Na grande maioria as minhas colegas que pedem ajuda. Passo a manhã inteira auxiliando. (E3)

A sobrecarga de trabalho implica em escolhas, nesse caso voltadas para a urgência da demanda individual. Schwartz (2000) revela que a produtividade das instalações depende diretamente da qualidade das relações de cooperação da equipe. Mas esta não pode ser "prescrita" por ninguém, ela depende de um "entendimento" que se instaura ou não no seio dela. Um elemento não "técnico" tem uma pertinência direta sobre o técnico.

5.3 ESCALAS, DIVISÕES E RENORMALIZAÇÕES: O PROCESSO DE TRABALHO REAL EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O processo de trabalho em saúde, conforme Souza et al (2010), sofreu grandes transformações, especialmente com a industrialização e com a incorporação de inúmeros avanços e descobertas científicas, no sentido de preservar a vida. Entretanto, afirmam as autoras, se, por um lado, a superespecialização permitiu o avanço do conhecimento específico, por outro, consolidou o tratamento parcelado do ser humano e de suas necessidades, quando tomados como objetos da ação. Da mesma forma,

observa-se que o trabalho em saúde, apesar de toda a incorporação tecnológica, não tem demonstrado uma economia da força de trabalho. Ele permanece essencialmente sustentado pelo labor intensivo, com níveis desiguais de domínio dos agentes sobre o processo de trabalho. (PAI; LAUTERT, 2008, p. 2)

No setor de urgência e emergência, o trabalho em enfermagem possui algumas características peculiares em relação ao trabalho da saúde em geral em função do elevado número de atendimentos prestados e da gravidade destes. O desenvolvimento do trabalho dos profissionais de enfermagem neste espaço de produção de saúde está diretamente ligado às

situações de risco de morte, das necessidades mais urgentes dos pacientes e do elevado uso de tecnologias. Podemos ver, pelos depoimentos, que há uma interferência direta na forma como este trabalho é realizado:

O que interfere no cuidado? A sobrecarga de trabalho, a rotatividade de paciente que é muito grande aqui. Dos pacientes é uma rotatividade muito grande aqui, porque no momento que um paciente teu tem internação e vai para o andar, tu já está ganhando outro. Tu não vai ficar, não ter mais ninguém, não. Tu nem chegou levando aquele [paciente], quando tu está chegando já tem outra pessoa te esperando e já está com dor e já tem que ser medicado, tem que ser puncionado, tem que iniciar tudo aquilo. Daqui a pouco de repente, essa mesma pessoa já vai para o andar, tu já recebe outro. Então, essa rotatividade e esse acúmulo acaba dificultando, às vezes. (E1)

E a emergência é imprevisível. Assim como tá... que nem ontem, quando que a gente ia imaginar que ia entrar um monte de pacientes, 33 pacientes, quando que tu ia imaginar? Tu não prevê as coisas, e tu veio ali, tu vai trabalhar, vai te agarrar com unhas e dentes. Que nem eu a [cita o nome da colega de trabalho] ontem, a gente se grudou, a dupla e vamos lá. (E2)

Nem sempre é possível fazer o trabalho respeitando todas as normas e rotinas. Não, pelo espaço e pelo tempo, pela quantidade de pacientes que a gente tem não consegue. A demanda da gente é muito grande, até queria pesquisar um dia para ver quantos [pacientes] a gente atende. Porque ontem quando eu estava trabalhando passaram 12 pacientes por mim, então é um grande número. Cada um que tu vai receber, tu vai iniciar a medicação, ainda encaminha para o andar, olha o tempo que tu leva para te deslocar. (E3)

A sobrecarga de trabalho e a rotatividade de pacientes aparecem como fatores determinantes para as renormalizações no setor estudado. Fatores que dificultam a realização dos cuidados e exigem que os trabalhadores façam escolhas baseadas em valores. Para Durrive (2011) viver é escolher, decidir entre maneiras de se fazer certas coisas, em referência a um mundo de valores.

Neste caso, por exemplo, o trabalhador deve escolher entre realizar um banho de leito com duas bacias em trinta minutos ou dar um banho de leito com duas almotolias em dez minutos. *Dramáticas dos usos de si*, pois de um lado estão as exigências de execução de protocolos e de outro, as singularidades do espaço, do tempo, dos sujeitos cuidado.

Não tem como tu chegar com bacia e tudo que tu precisa para dar um banho de leito, não tem mesinha e não tem como chegar. Então, foi improvisado isso [banho de almotolia] porque se viu que era mais fácil conseguir chegar no paciente. (E1)

E o paciente acha diferente assim, tu veio e deu um banho de bacia, aí vem e dá um banho de almotolia. Ele percebe a diferença sim.. Eu creio que sim, porque tu vai e jorra água, e aquele é bem pouquinho, só para dar uma lavadinha. (E2)

Por isso, às vezes, a gente identifica a necessidade do paciente fazer uma higiene do couro cabeludo, mas a gente improvisa, aquela água a gente faz ali e a compressa, depois passa mais água. (E3)

Além disso, nem sempre o tempo e a ordem de execução de uma tarefa podem ser organizados previamente, pois neste local, a cada instante, surgem situações inusitadas que

exigem intervenção imediata. Por isso, podemos dizer que este trabalho demanda *usos de si por si*, ou seja, novas situações a gerir surgem e com elas novas renormalizações, pois

Ele [o trabalho] é o lugar de um problema, de uma tensão problemática, de um espaço de possíveis sempre a se negociar: há não execução mas uso, e isto supõe um espectro contínuo de modalidades. É o indivíduo no seu ser que é convocado; são, mesmo no inaparente, recursos e capacidades infinitamente mais vastos que os que são explicitados, que a tarefa cotidiana requer, mesmo que este apelo possa ser globalmente esterilizante em relação às virtualidades individuais. (SCHWARTZ, 2000, p. 41)

Os serviços de pronto atendimento e as emergências hospitalares, segundo Garlet et al (2009), correspondem ao perfil do atendimento às demandas de forma mais ágil e concentrada. De acordo com as autoras, apesar de superlotados, impessoais e atuando sobre a queixa principal, esses locais reúnem um somatório de recursos como consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações que os torna resolutivos sob a visão do usuário. Recursos estes que possuem uma norma correspondente que, conforme Durrive (2011), é uma maneira de fazer ligada conseqüentemente a um saber.

O movimento dos trabalhadores neste espaço de trabalho e de saberes está organizado a partir da demanda e dos fluxos necessários para atender uma situação determinada. O trabalho coletivo e o individual estão baseados nas necessidades mais urgentes do paciente, ou seja, em caso de uma arritmia²⁵, toda a atenção da equipe volta-se para uma intervenção rápida desta complicação ou sintoma. O processo de trabalho, neste caso, convoca os trabalhadores a fazerem uso de si para que respondam a situações inusitadas/inesperadas e também para que refaçam a sua organização das tarefas prescritas anteriormente.

No serviço de emergência estudado, o processo de trabalho é bastante dinâmico e sofre a interferência do elevado número de pacientes. Os serviços públicos de urgência e emergência, conforme Pai e Lautert (2008), têm se caracterizado pela superlotação, ritmo acelerado e sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde. Estes aspectos, segundo as autoras, dentre outros, estão implicados objetiva e subjetivamente na forma como é dada a dinâmica de trabalho nesse espaço e na maneira como os seres humanos sobrevivem a ela.

Garlet et al (2009) afirmam que o processo de trabalho nestes serviços está mais organizado para suportar as conseqüências da demanda do que propriamente para produzir sua finalidade que é o atendimento dos pacientes graves.

²⁵ Arritmia ocorre quando a condução elétrica normal é perturbada, o que resulta numa contração anormal do músculo cardíaco ou na alteração da frequência cardíaca. (CLAYTON; STOCK, 2006)

A demanda por atendimento em unidades de emergência, além de excessiva, não se esgota no que se considera uma necessidade de saúde. É caracterizada, muitas vezes, por pacientes que buscam no atendimento de saúde a resolução para os mais diversos problemas sociais que enfrentam no seu dia a dia. O tipo de consulta atendida em um serviço público de urgência pediátrica evidenciou heterogeneidade dos atendimentos e revelou a característica do serviço em atender casos graves conforme sua missão, mas também de acolher casos não urgentes. (GARLET et al, 2009, p. 2)

Portanto, a superlotação constante do setor estudado exige da equipe de enfermagem organização e divisão de tarefas de modo que seja possível que os trabalhadores, em seus respectivos turnos de trabalho, possam realizar os cuidados prescritos, tenham condições de atender às novas demandas que surgem, característica constitutiva dos atendimentos de emergência, e absorver os cuidados dos novos pacientes que chegam ao serviço.

De acordo com Garlet et al (2009), os profissionais que atuam em unidades de emergência enfrentam conflitos, diariamente, por atuarem em ambiente superlotado, com recursos humanos, tecnológicos e de estrutura física nem sempre adequados, não oferecendo condições para acomodar os usuários com segurança.

E quando está muito lotado, quantos pacientes dependentes a gente tem sentados nas cadeiras! Esses pacientes, para trocar [as fraldas] já é um sacrifício, precisa erguer. Quantos precisam para erguer, suspender o paciente para cima para os outros trocarem a fralda? Olha, nem todos [pacientes] estão deitados. É muito difícil. É assim que as coisas vão se criando [renormalizações], vamos passando para o outro, funciona. (E1)

É trabalhoso tirar o paciente da cama, mas sempre tem um colega que ajuda, sempre tem uma alma santa que vai ali e te ajuda. Ou o próprio familiar do paciente também, a gente ocupa também quando estão. Eu principalmente aproveito na hora que o familiar chega, porque daí tem o familiar e te ajuda a levar até o banho, porque daí o teu colega está tão atarefado que não consegue te ajudar. (E2)

Porque antes, na sala verde, mesmo que o pessoal reclame da sala verde, ela para nós era uma mão na roda. Tu conseguia ter pacientes acamados ou até nas macas, mas ali é só sentado, só em cadeiras. Tu não consegue fazer uma higiene no paciente na cadeira a não ser uma troca de fralda muito precária. Tu não consegue, como que tu vai conseguir ver a região sacra do paciente numa cadeira. Dois trabalhadores têm que fazer tipo uma cadeirinha, dois sobem o paciente e outro faz a higiene rapidinho. Porque os pacientes, às vezes, são obesos, muito pesados e aí a gente acaba também se sacrificando. Tu faz um esforço incondicional ali para segurar o paciente para tu fazer aquela higiene. (E3)

O número de demandas nestes serviços têm aumentado, também, em função da complexidade da assistência aos pacientes críticos que, segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), é o paciente grave, com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda da sua auto-regulação, necessitando substituição artificial de funções e assistência contínua.

Entre as necessidades de assistência contínua dos pacientes críticos, encontramos os cuidados de higiene e conforto, sendo o banho de leito um dos principais. De acordo com

Brum et al (2000), o banho da pessoa doente, acamada e internada em uma instituição sempre foi uma atribuição da enfermagem, desde o seu surgimento como profissão. Na linguagem comum da profissão, segundo o autor, ele é denominado como uma “técnica de enfermagem” e tratado como um procedimento rotineiro, ainda que implique em um momento de “invasão” do corpo do outro, como podemos ver no relato abaixo:

Lava o rosto e depois as mãos, os braços, a parte da frente é o tórax e aí vai descendo para a parte de trás, vai secando e já tentando cobrir porque ali, na verdade, os pacientes ficam muito expostos. Às vezes, a gente até esquece de tanto que acostuma com aquilo que, às vezes, tu acaba esquecendo de proteger eles, de ir cobrindo um pouco com lençol as partes limpas. Aí tu lava a parte de trás e vai secando direitinho, volta e faz a higiene dos pés. (E1)

Martins (2009) afirma que, em contexto de internação hospitalar, a privacidade do paciente reside no próprio enfermeiro que, em consequência da dependência, expõe invariavelmente a intimidade do paciente. Para o autor, os cuidados de higiene são o momento propício para o estabelecimento de um contacto mais íntimo com o doente, cujo corpo desnudado fica exposto aos olhos dos profissionais, sentindo-se desprotegido e com manifestações e expressões físicas e emocionais mais genuínas.

A importância desse cuidado no contexto do cuidado fez com que o banho de leito fosse escolhido como evento principal de análise nesta pesquisa. Até há pouco tempo atrás, no serviço de emergência pesquisado, havia um entendimento de que todos pacientes internados deveriam realizar a sua higiene corporal no período da manhã, prática centrada na hegemonia médica, pois este era o horário em que as equipes médicas realizavam a sua visita diária à beira do leito.

No entanto, a sobrecarga de trabalho do turno matutino criou a necessidade dos/as trabalhadores/as repensarem essa prática e, após muitas discussões, os banhos passaram a ser distribuídos igualmente entre os três turnos de trabalho. Dessa forma, atualmente não são somente os trabalhadores do turno da manhã que realizam o banho no leito, os dos outros turnos também o fazem, reduzindo a sobrecarga de trabalho e qualificando o cuidado prestado pelos profissionais.

A redução do número de banhos por profissional de enfermagem pode resultar em melhora na qualidade do cuidado, pois o trabalhador passa a ter mais tempo para realizar o banho e os demais cuidados que este paciente necessita. No caso do serviço estudado, os trabalhadores criaram uma escala de distribuição dos banhos (Quadro 1) com o objetivo de distribuir adequadamente os banhos dos pacientes entre eles, conforme o exemplo abaixo.

Essas escalas de parcelamento das tarefas foram elaboradas por eles levando em consideração que o número de pacientes no serviço de emergência é variável.

Quadro 1: Escala de banhos utilizada na Sala Laranja da Emergência²⁶

| | | Turnos | | | | | | | | |
|--------|----|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | Manhã | Tarde | Noite | Manhã | Tarde | Noite | Manhã | Tarde | Noite |
| Leitos | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | |
| | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | |
| | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | |
| | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | |
| | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | |

A discussão do número de pacientes que cada trabalhador tem condições de cuidar e dos banhos de leito que consegue dar por turno de trabalho, exigiu da equipe uma criação própria de escalas que, independente do número de pacientes, poderiam ser aplicadas. Por exemplo, no turno da manhã, o técnico em enfermagem da primeira escala assume os pacientes do leito 01 ao 06, e os pacientes 01 e 03 devem ter seus banhos realizados neste turno. Da mesma forma, à tarde, o técnico que assume a primeira escala deverá dar banhos nos pacientes 02 e 04. Assim, o número dos banhos de leito a serem realizados por turno fica distribuído de forma mais homogênea entre os trabalhadores. O quadro acima, mostra em que turno os pacientes devem tomar seus banhos, logo, em cada turno, ocorre em média 15 banhos na sala laranja, um dos locais em que permanecem pacientes internados. O modelo da escala reproduzida acima (Quadro 1) é utilizado nas salas vermelha e verde também, o que varia é o número de pacientes.

²⁶ A sala laranja da emergência possui uma área física destinada a 14 leitos de observação e internação, mas em função da superlotação acomoda em média 30 pacientes internados em macas e camas. A cor laranja indica que os pacientes atendidos nessa área possuem, pela Classificação de Risco conforme o Protocolo de Manchester, necessidade de atendimento muito urgente e o tempo alvo entre a chegada ao serviço e o atendimento médico deve ser de no máximo 10 minutos. (Nota da autora)

Na percepção dos trabalhadores, houve um ganho pois estes ficaram menos sobrecarregados e, da mesma forma para os pacientes, que tiveram um aumento na qualidade do cuidado a partir do momento em que houve a divisão dos banhos entre os turnos.

Isso da divisão da escala de banho entre todos os turnos facilitou muito. Foi a coisa mais justa que fizeram, porque eu trabalhei de manhã e todos os banhos eram de manhã. Olha, a maioria dos pacientes dependentes, a grande maioria. Eram dez horas da manhã e eu estava dando banho, e de manhã tem muitas medicações, (...) não ficou pesado para ninguém, nem para um turno e nem para outro. Muito bem dividido os banhos. Na verdade partiu dos próprios trabalhadores. No início, eu já estava de noite quando começou os banhos de noite, o pessoal sempre reluta um pouquinho: - Agora eu vou ter que dar banho também? Mas depois tu realmente vê que é muito melhor, ninguém fica sobrecarregado, todo mundo pode dar banho, bem mais fácil. E cada escala não tem tantos banhos, porque daí ficou naquela ordem: um, banho da manhã; dois, da tarde; três, da noite. Então se tu pegar uma escala de seis tu vai ter dois banhos se for dependente. Foi a melhor coisa para os funcionários e acho que para os pacientes também. (E1)

De bom que facilitou para os colegas, porque cada um vai fazer um pouquinho da sua parte. Cada um vai dar seu banho, vai ser responsável pelo paciente e tem como cobrar. (E2)

Ao pensarmos no cuidado integral e na fragmentação que este tipo de escala pode acabar gerando, nos perguntamos sobre a integralidade do cuidado neste modelo. Usando como exemplo o caso de um paciente acamado que suou muito durante toda noite e que, pela escala do banho receberá esse cuidado somente no turno da tarde, podemos pensar que haja um prejuízo da dimensão cuidadora deste paciente, ou seja, uma implicação na dimensão micro do cuidado.

No entanto, os trabalhadores pesquisados demonstram que, mesmo com a divisão dos banhos, costumam realizar os cuidados de higiene dos pacientes que não são da sua escala de banho quando há necessidade de antecipar essa tarefa ou quando não foi realizado por dificuldade do colega de trabalho. Isso demonstra que agregam valor ao banho, principalmente com relação ao bem-estar do paciente e no potencial tranquilizador do banho. Além disso, o entendimento de que o excesso de atividades acontece em todos os turnos aumenta o grau de tolerância com os colegas e com o que não foi possível fazer. No entanto, acrescentar mais uma tarefa exige maior organização por parte do trabalhador para dar conta de mais uma tarefa. O trabalhador, nesta situação, faz uso de si para beneficiar o paciente que não tomou banho no turno que deveria com o objetivo de aumentar o conforto e o bem-estar deste, como podemos ver nos depoimentos abaixo:

(...) todos os turnos são complicados. É o turno da manhã, o da tarde e o da noite. Então todo mundo passa por esse tipo de intercorrências. E, às vezes, acontece. O colega também não conseguiu por algum motivo. E aí o paciente é lúcido e orientado e ele vem e te diz: - Olha, eu não tomei o meu banho. Muitas vezes acontece. E aí tu te organiza para poder acrescentar mais aquele banho na tua escala.

Sempre que é possível a gente faz (...) pelo menos fazer uma higiene para que ele se sinta um pouquinho mais confortável, até o próximo banho dele, no outro dia. (E1)

O paciente não era da minha escala [de banho] e eu dei. Ele tinha necessidade desse banho e me custa cinco minutos da minha atenção. Não me custa trocar um lençol e de ligar um chuveiro para ele também não. Então eu acho que podendo a gente faz, se está ao teu alcance de fazer eu acho que Deus dá ainda mais força no teu plantão para te ajudar, ajudar o próximo. (E2)

Sim, acontece, eu já fiz isso: dei banho nos paciente que não eram meus. Ele estava numa situação meio complicada ali porque a higiene estava meio precária. E também não custa, tu ter três banhos e você ver que o paciente está precisando de uma higiene e então, tu vai ali e tu pega e tu faz. Acho que é uma satisfação para ti de ter ajudado o cara naquele momento, para ele é importante aquele banho, aquela higiene ali. Porque em dias que o paciente com alguma hipertermia, alguma coisa, tem uma sudorese muito intensa. E é um desconforto, já está ruim pela patologia, tu ficar transpirando... eu acho que em cinco minutos, dez minutos a gente já dá um banho e facilita para ele. (E3)

Neste caso, o debate de valores torna-se evidente na escolha do trabalhador em dar ou não o banho de leito. Temos também que avaliar as condições que esse trabalhador tem para dar mais um banho de leito, além dos que já estão na sua escala de trabalho. E os outros cuidados que vão aparecendo nas situações de emergência, como ficam ao agregar mais uma tarefa? Podemos pensar que agregar mais uma tarefa irá produzir implicações na dimensão micro do cuidado - realizar cuidado integral do paciente, dando o banho no momento que o paciente solicitar ou desejar - mas, na dimensão macro podemos ter prejuízos na realização de outros cuidados em função da sobrecarga de tarefas deste/a trabalhador/a. Respeitar a norma, ou seja, dar o banho no horário que está prescrito pela escala pode ser, neste caso, uma escolha em prol da qualidade de outros cuidados que são demandados para o trabalhador.

Podemos pensar ainda que o trabalhador que somente segue a regra busca a preservação de si, está economizando o corpo para outras situações que podem vir. Por outro lado, seguir a norma, nesta situação, pode ser uma demonstração da preocupação deste/a trabalhador/a com o cuidado prestado e com a qualidade deste, pois o/a trabalhador/a está pensando nos outros cuidados que também são importantes e vitais para os pacientes.

Às vezes, tem que deixar algum trabalho para trás porque tu tem outras intercorrências dos teus pacientes ou mesmo de um ficar grave. Acontece, muitas vezes, a gente tem que priorizar. Por exemplo, um banho é importante? É, mas entre um outro cuidado que o paciente está precisando agora, como instalar uma medicação ou uma intercorrência muito grave... É a vida dele que está naquele momento. É ele que eu tenho que atender primeiro. O banho pode ficar, pode esperar ou ficar para outro turno. Talvez eu possa dar. Mas primeiro eu vou ter que atender aquele que está precisando mais. (E1)

Se alguém fica grave, com dispneia eu tento me organizar, vou lá e levo no RX, se der para dar banho agora eu vou dar, se não der eu vou dar um tempo. Depois, a hora que eu estiver desocupada eu vou lá e dou o banho. Mesmo que eu atrase os meus banhos eu vou dar. (...) É, as intercorrências, que dá. Às vezes, o teu plantão está calmissimo e, de uma hora para outra já começa a agitar e aí tu tem que te organizar. (E2)

Parece que a vida aparece como um bem maior, sendo priorizados pelos/as trabalhadores/as entrevistados/as os cuidados que dizem respeito à sua manutenção. Os trabalhadores não deixam de valorizar o banho, mas em uma situação de escolha, priorizam os cuidados que envolvem a vida do paciente.

No caso da divisão dos pacientes por trabalhador, ou seja, quem vai cuidar de quais pacientes, há uma preocupação na construção das escalas que priorizem mais o espaço e a proximidade física entre os pacientes e que deixam de lado a linearidade numérica. Assim, um trabalhador da enfermagem pode cuidar dos pacientes dos boxes 1, 2, 3, 4 e mais o paciente da maca número 20, pois esta, em função da superlotação, está colocada fora de box e fica mais próxima da maca 4 do que da maca 19.

Nesse caso, a superlotação exigiu uma adequação na distribuição da escala dos pacientes por trabalhador da enfermagem. E, ao pensarmos nas escolhas que este trabalhador faz, percebemos uma preocupação com a economia do corpo, reduzindo os seus deslocamentos pelo espaço físico da sala. Há, por parte desse trabalhador, um envolvimento com o cuidado prestado, pois tem condições de manter um melhor controle dos pacientes que estiverem no seu espaço de visão.

Esse cuidado de vigilância em pacientes gravemente enfermos é determinante para a qualidade do atendimento nos serviços de emergência, pois o quadro de saúde do paciente pode variar rapidamente nos casos mais graves e as alterações nas telas dos monitores cardíacos e nos traçados eletrocardiográficos podem ser visualizadas. Olhar para os pacientes e controlar os parâmetros hemodinâmicos trazem sinais importantes sobre alterações no seu quadro de saúde, como, por exemplo, as expressões ou sinais de dor, agitação ou sonolência excessiva, entre outros sinais.

Neste caso, do mesmo modo que organiza o atendimento na sua área de visão, faz uso de si para colocar o material que irá utilizar na proximidade destes leitos, montando um carro com material individual, com roupas e materiais diversos que poderá necessitar. Organizar o material é uma etapa importante para dar um banho de qualidade porque ao reduzir os deslocamentos do trabalhador para buscar material acaba diminuindo o tempo que o paciente fica exposto, evitando resfriamento do corpo e o constrangimento por ficar despido, tornando o banho mais prazeroso. No entanto, é preciso que o trabalhador, a partir das condições gerais do paciente, possa prever que tipo de material será necessário, além do que está especificado na técnica do banho.

Quando vai dar o banho de leito, tudo tu já prepara antes. Todo material que vai ser usado, já dispõe tudo na mesinha para quando tu chegar lá no paciente tu já ter tudo na mão. Para poder dar um banho adequado. (E1)

Às vezes, tu pega uma fronha e já coloca gaze, apósito, fita, tudo que é material necessário para aquele paciente. Porque não é só o banho, mas ele tem curativo, tem lesões, tu tem que colocar ataduras, tem que fixar a sonda, trocar de esparadrapo. Já coloca numa fronha que comporta uma quantidade maior de materiais e aí tu consegue atingir o teu objetivo e consegue se agilizar, se organizar. Porque senão a cada pouquinho vai faltar uma coisa e tu vai voltar. Já o acesso [ao material] é precário, é difícil porque tem muito paciente e tu ir toda hora para frente e para trás, acaba atrapalhando os outros e a si próprio também. (E3)

Na hora dos sinais, quando tu vem para dar o banho tu já traz todo o material. Eu consigo colocar num carrinho, num espaço x, os lençóis separados, as fronhas, camisolas, os panos para fazer a higiene, as fraldas, e aí fixa no carrinho uma fronha com todo material e aí tu vai pegando ali conforme necessário for. Quando eu chego já está gravado no cerebelo e aí é só desenvolver. (E3)

Da mesma forma, o ritmo do trabalho na emergência aumentou a necessidade de outros tipos de escalas para a distribuição das tarefas coletivas como, por exemplo, reposição do material médico-hospitalar nas salas, revisão de materiais de emergência, retirada e organização dos hampers²⁷, reposição das medicações da farmácia para uso nos turnos de trabalho, organização do posto de enfermagem e da bancada de trabalho, entre outras.

É importante destacar que o trabalho nos serviços de emergência vem aumentando de complexidade, em decorrência do desenvolvimento tecnológico, da especialização dos saberes e do aumento da complexidade das situações clínicas dos usuários atendidos. Contudo, o aumento dos recursos materiais, humanos e do espaço físico, não acompanha esse aumento de complexidade. (SOUZA et al, 2010, p. 454)

No serviço de urgência e emergência estudado, novas escolhas são feitas para diminuir os deslocamentos dentro da área física e manter a organização das salas. Novos ritmos de trabalho criaram a necessidade de novas escalas, exigindo cada vez mais a divisão do trabalho e a reorganização para oferecer um cuidado de qualidade ao paciente com vistas à preservação da vida

5.4 A MÃO E O CÉREBRO NA ATIVIDADE DE TRABALHO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM : UMA ANÁLISE A PARTIR DO BANHO DE LEITO

*Acordei com uma pessoa cantando. Era uma enfermeira. Vinha vindo direto para mim, como se me conhecesse há muito tempo.
- E aí Marcelo, tudo bem? Eu sou a Elma. Aguenta um pouco que nós vamos te dar um banho.*

Ela era baixinha, gordinha, dessas com uma cara simpaticíssima. Não entendi direito aquele banho. Será que vão me colocar num chuveiro? mas como, se não me mexo? Imagino que não conseguiria ficar em pé. Podem me pôr numa banheira, mas com esses caninhos vai ser meio difícil.

*Feliz Ano Velho
(PAIVA, 1982, p. 18)*

²⁷ Hampers são suportes metálicos com rodízio nos quais são colocados sacos de panos para acondicionar as roupas sujas dos pacientes e que deverão ser encaminhadas para a lavanderia. (Nota da autora)

Ao iniciar uma discussão sobre a mão e o cérebro, Rose (2007) revela que a terminologia ocupacional clássica nos Estados Unidos define trabalho a partir de classificações: mão-de-obra especializada *versus* não especializada, conhecimento prático *versus* conhecimento formal (acadêmico), trabalho mental *versus* trabalho físico. Nesta classificação fica clara a divisão cartesiana entre corpo e mente.

Estas categorias limitantes reafirmam preconceitos muito antigos sobre determinadas ocupações e fazem com que deixemos de observar muitas coisas no trabalho diário: os processos mentais que possibilitam serviços; a estética do trabalho físico; a complexa interação do social e do mecânico; a coreografia da mão, dos olhos, dos ouvidos, do cérebro; a presença indispensável, em sua execução, da abstração, do planejamento e da resolução de problemas. (ROSE, 2007, p. 31)

No caso da atividade de trabalho realizada pelo técnico ou auxiliar de enfermagem, temos uma forte tendência a analisá-lo a partir das características de trabalho braçal e da técnica. Segundo Barato (2003) as profissões que exigem muito uso das mãos e são exercidas em ambientes com certas restrições físicas são vistas como fazeres desprovidos de inteligência.

A partir destas afirmações podemos ver que, no trabalho em saúde, há uma hierarquia definida entre os trabalhadores braçais, os técnicos e auxiliares de enfermagem que precisarão usar as mãos e a força para dar um banho de leito e os médicos que pensam e decidem o melhor tratamento para o paciente e, a partir daí, são vistos como os detentores da cura.

Conforme Pires apud Rizzoto (1999), foi a partir da institucionalização do hospital, como lugar para diagnóstico, tratamento, cura e pesquisa dos problemas de saúde, cada vez mais complexos, que surgiu a necessidade da especialização e do trabalho em equipe. A medicina foi se legitimando socialmente como a profissão que detinha o saber e o poder dessa cura. Dessa forma, as outras profissões, que compõem a equipe de saúde, entre elas a enfermagem, se tornariam auxiliares no processo de tratamento e cura, considerando que os médicos são por elas responsáveis, dominando o saber e tendo o poder de definir as diretrizes e o trabalho em saúde.

A prática do cuidado em saúde, conforme Pinheiro (2011), não é apenas um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para a compreensão da saúde como o "direito de ser".

Pensar o direito de ser na saúde é ter cuidado com as diferenças dos sujeitos - respeitando as relações de etnia, gênero e raça. Cuidado em saúde é o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento - em grande medida

fruto de sua fragilidade social -, mas com qualidade e resolutividade de seus problemas. O cuidado em saúde é uma ação integral fruto do entre-relações de pessoas, ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. O cuidar em saúde é uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida. (PINHEIRO, 2008, p. 112)

A prática de cuidado em saúde, no caso do banho de leito por exemplo, exige dos trabalhadores de enfermagem a utilização da força física para movimentar, transportar e realizar outras atividades com o paciente. No entanto, ao analisarmos as atividades do cotidiano do técnico em enfermagem, percebemos que, para a realização do banho de leito, integrante dos cuidados de higiene e conforto, é preciso que este trabalhador utilize muito mais do que o corpo físico, é preciso que mobilize saberes em seu agir individual. É preciso, conforme Schwartz (2010), que ele escolha, visto que as imposições ou as instruções são insuficientes para dar conta do que falta.

Assim fazendo - pois que é ele como pessoa singular, como centro singular que é chamado, que é solicitado - essa forma de preencher a deficiência das normas, das ordens ou dos conselhos será uma maneira pessoal de reagir, queiramos ou não. Então, isso dará a esse meio uma dimensão bastante resingularizada. Cada pessoa vai tentar "lidar com" as lacunas ou as deficiências a seu modo, pois ela não pode fazê-lo de uma maneira padronizada. Ele o faz com sua história, seus próprios valores. (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 190)

Schwartz apud Durrive (2011) destaca ainda os saberes em aderência, em capilaridade com todas as situações de trabalho, elas mesmas consideradas nas trajetórias individuais e coletivas singulares, contrariamente aos saberes acadêmicos, formais, que são desinvestidos, quer dizer, que podem ser definidos e religados com outros conceitos, independentemente das situações particulares. Na fala dos sujeitos entrevistados podemos perceber que situações de trabalho diversas - geram diferentes envolvimento ligados a valores concebidos localmente para a realização de um cuidado de banho e também mobilizam saberes em relação às diferenças de gênero, de idade e de cultura com o banho de leito:

Tem aqueles pacientes que não estão acostumados a tomar banho todo dia. Se o paciente é lúcido e não quer, não quer. Às vezes, fica difícil, por mais que tu tente explicar: -Não, mas o banho é bom, vai ajudar na sua recuperação, que o banho faz parte até para evitar bactérias, toda uma ... mas mesmo assim, às vezes, a gente não convence. Paciente lúcido e orientado não tem como dar um banho obrigado. (...) Aí eles dizem, está muito frio, principalmente as pessoas mais velhas, os velhinhos. Não, mas não precisa enfermeira, está muito frio aqui, porque senão vai me dar uma pneumonia. Não, e aí agente explica: -Não, a gente dá um banho bem rapidinho, só para o senhor ficar limpo e vai cobrindo para não pegar frio. (E1)

Em relação à intimidade a gente procura brincar: - Não precisa ficar com vergonha. A gente conversa, tem toda uma técnica com eles, vai com carinho e coisa e tal, e eles já começam a se soltar. Principalmente o homem; é mais envergonhado, mas a mulher já é mais tranquila. A mulher já deixa tu dar o banho completo, já deixa tu...

se tu quiser colocar debaixo do chuveiro. O homem sim é mais rebelde, assim, mas a gente tenta. (E2)

Acho que sim, o banho é importante para o paciente. Tu tem que priorizar, a higiene já é precária. O paciente já chega da rua num estado deplorável. (E3)

De acordo com Nakatami, Souza e Gomes (2004), para que haja um bom relacionamento interpessoal, na realização do banho, exige-se do profissional de enfermagem, além do conhecimento técnico e científico da ação a ser desenvolvida, o conhecimento de si mesmo e do outro. Assim, o banho adquire diferentes significados para o paciente e apesar da condição de “anormalidade” embutida no banho no leito - alguém vai realizar por mim um cuidado básico de higiene que desde a infância tenho autonomia para fazê-lo - o paciente o vê como um momento terapêutico.

Waldow apud Buógo e Cogo (2002) demonstra que a aprendizagem do cuidado na enfermagem não envolve somente a execução da técnica, mas também o exercício da expressão do cuidado que é a conjugação do conhecimento, das habilidades manuais, da intuição, da experiência e da expressão da sensibilidade. Sendo assim, ensinar a técnica do banho de leito em um espaço de laboratório faz com que se tenha uma aproximação com a forma correta de realizá-lo, mas se fica distante de outros ingredientes determinantes para a realização de um banho de leito de qualidade.

As normas para a realização do banho estão descrita na técnica do banho de leito e normas são, conforme Durrive (2011), a expressão daquilo que uma instância avalia como devendo ser. Esta instância, conforme o autor, pode ser exterior ao indivíduo - as normas exógenas - que aparecem no trabalho da enfermagem principalmente nas descrições técnicas e protocolos, e representam aquilo que exigimos e procuramos impor. Mas, também pode ser o próprio indivíduo, que tende a definir as próprias normas para agir. Os relatos dos trabalhadores pesquisados demonstram que há uma apropriação das normas exógenas, mas estes adotam outras maneiras de fazer, possíveis e ajustadas ao meio em que exercem suas atividades.

Tu vai ter duas bacias para fazer a higiene do corpo e depois, difícil porque tu não tem espaço. Não tem onde pôr as bacias. E aquela água da almotolia está sempre limpinha. Então ela não entra em contato com a compressa ali. A compressa tu despreza, troca a tua compressa e usa aquela água que está sempre limpa. (E1)

Organiza o material, tu vai primeiro na cabeça, tu pega uma água e vai com a bacia, pega um jarro e vai lavando primeiro a cabeça, aí depois tu começa as outras partes. Aí tu troca toda aquela água, aí paga a bacia de novo, higieniza de novo, passa um álcool e depois vai de novo. Aí começa pelo rosto, daí vai indo, as axilas e as coisas, aí vai para os pés e, por último, deixa as outras partes íntimas para lavar. (E2)

Os cuidados de higiene e conforto, (...) é complicado na questão do espaço, do tempo, aquela agitação, o dar banho é quase o mesmo sentido da higiene oral

porque, às vezes, a gente não disponibiliza de uma bacia, duas bacias necessárias para fazer uma higiene adequada no paciente, uma com água e sabão e uma compressa, e outra, só com água só para fazer o enxágue. Fazer uma higiene do couro cabeludo é muito difícil, a gente não tem espaço nem para chegar na cabeceira do paciente. Como é que eu vou recostar ele para o lado para mim fazer uma lavagem ali do couro cabeludo com uma água com sabão e depois só com água? (E3)

O uso de duas bacias é o que está descrito na norma técnica do banho de leito, mas, ao mesmo tempo que reconhecem que este é o material exigido na norma, os trabalhadores revelam que seu uso é difícil nesse local em função da falta de espaço disponível. Para os trabalhadores não tem como respeitar a norma, ou seja, não tem onde pôr as bacias: "Trazer o equipamento necessário para o apoio ao lado da cama ou a bandeja sobre esta" - conforme descrito na norma. Também relatam que não há material em quantidade suficiente para atender a grande demanda de pacientes e, mesmo que houvesse, o espaço físico não possibilitaria a sua utilização, tornando a renormalização uma necessidade para atender às exigências dadas pelo trabalho.

Preparo o material, pego a roupa de cama. Como sempre é muito cheio, dificilmente uso bacia porque a gente não tem onde pôr. A gente organiza uma ou duas almotolias bem cheias de água morna com sabão dentro, preparadas e vai. (E1)

Agora a gente tem pouco, a bacia a gente tem uma ou duas... ou três, não sei. Mas acho que a gente tem uma ou duas bacias só. E para toda essa emergência, tu vai usar como? E quando a sala está lotada, tipo a nossa verde, se tivesse as duas bacias, colocar onde? Aí teria que ter duas bacias em cima da mesinha. Não tem como fazer. Não tem. (E2)

E material para cento e poucos pacientes, quantas bacias tu ia ter que ter? (...) A almotolia facilita para dar o banho no nosso espaço físico, porque tem vezes que a gente tira a mesa do colega, divide a mesa em dois. A almotolia é um frasco menor, não pega tanto espaço, isso que facilita para a nossa higiene. (E3)

Os trabalhadores, para conseguirem realizar a tarefa renormalizam a técnica do banho e passaram a utilizar a almotolia que, além de ser mais adequada para o espaço disponível, permite, segundo os trabalhadores, manter a água limpa durante o banho, pois a água é colocada sobre a compressa. No banho com duas bacias as compressas são imersas na água com sabão e depois de torcidas vão lavar uma parte do corpo do paciente, retornando novamente para a mesma água antes de lavar a próxima. A renormalização, a partir desta perspectiva, qualificaria o cuidado: água sempre limpa.

Há uma preocupação dos trabalhadores em justificar em suas falas o porquê da não utilização da norma e consideram que não acontecem por incompetência ou falta de interesse em realizar daquele modo, que seria "o mais correto". Podemos ver, no caso da técnica de higiene oral, que o "como tem que ser" vem junto com a justificativa do porquê não ser realizada: pouca quantidade de material para o elevado número de pacientes.

Na higiene oral se tu for olhar na descrição, como tem que ser [a norma], vai te dizer que é uma cubinha estéril, uma assepsia estéril, tudo direitinho. Mas, nem sempre é possível. Mas aquilo ali [uso da espátula e copo descartável] é uma técnica, não é estéril, mas é limpa, então pode ser feita. (E1)

Tu vai num curso, higiene oral por exemplo, daí o enfermeiro diz que sempre tem que usar cuba rim, cuba redonda, pinça. fala de um monte de material que tu tem que usar sempre assim. Sim, sim, todo o dia a gente tem aqui porque a gente não consegue fazer essa técnica da higiene oral com uma cuba rim ou cuba redonda, para depois que fizer a higiene fazer mais uma higiene com água. Uma que não tem área física e a gente, material... cuba rim, cuba redonda, difícil ter uma disponível. (E3)

Os profissionais de enfermagem, nos locais de prática, convivem com o estranhamento entre o trabalho prescrito e o real, pois encontram de um lado um sujeito acamado que necessita de cuidados de higiene e conforto de qualidade e de outro condições desfavoráveis para a realização deste cuidado da forma como está determinado previamente para ser realizado. É inevitável que isso aconteça, pois nesse momento o profissional está diante do mundo real e o banho de leito realizado no curso de formação torna-se um guia, um "protocolo experimental" cujas condições e exigências, conforme Cunha (2012), foram definidas eliminando ou tentando eliminar as singularidades de espaço, de tempo e de pessoas – são as normas antecedentes. A experiência singular recoloca em jogo as próprias normas numa situação de "encontro" com um destino a ser vivido - as renormalizações. Portanto, nesse momento, será necessário que o profissional consiga incorporar outros saberes, treinar a sua "disciplina da percepção", apurar os sentidos para determinados aspectos do ambiente e não deter-se somente na técnica.

O banho de leito e toda a sua técnica terá que conviver com todas as variáveis possíveis: gostos diferentes pela temperatura da água, paciente com dor à mobilização, drenos e sondas que não devem ser retirados ou deslocados, odores naturais do corpo, diferentes relações culturais com a exposição do corpo e com a sua higiene, entre outros.

As ações, nas áreas críticas, conforme Lima (2009), dadas as características dos doentes, constituem-se em intervenções de extrema complexidade, seja pela gravidade, seja pela instabilidade, que os tornam mais vulneráveis e, portanto, dependem de um rigoroso acompanhamento por parte da equipe envolvida. De acordo com o autor, até mesmo as técnicas desenvolvidas sem maiores dificuldades junto a pacientes estáveis, como o banho, tornam-se complexas em se tratando de doente em estado crítico. Necessitam de planejamento adequado e equipe capacitada no *saber-fazer*, no intuito de proporcionar um cuidado livre de danos, melhora bio-funcional, satisfação e conforto ao paciente.

Ademais, depara-se frequentemente com comentários, tanto do pessoal de enfermagem de nível médio e até de enfermeiros, quanto de pacientes, que

determinados profissionais e, principalmente, os alunos de enfermagem não sabem dar um banho de qualidade no leito, ao seguirem fielmente o procedimento técnico tradicional, ou seja, aquele que respeita os princípios técnico-científicos propostos pelos livros. (MACIEL; BOCCHI, 2006, p. 234)

Entre os critérios de julgamento do profissional de enfermagem como apto ou inapto para execução do banho no leito, Maciel e Bocchi (2006) destacam que um dos elegidos pelo paciente é a criatividade da mesma em reproduzir as mesmas sensações do banho no chuveiro durante o banho no leito. As autoras revelam que os pacientes interagem durante a sua experiência com diversos cuidadores, desde profissionais recém-formados até aqueles com grande experiência e os classificam em dois grupos: um que já conseguiu modificar a técnica de forma a gerar sensações do banho de aspersão no banho no leito, avaliado como apto, e o outro grupo que se mantém fiel ao procedimento convencional, avaliado como inapto a executar o banho de leito.

O paciente gosta tanto desse banho de almotolia como de bacia. Sim, certamente. Para ele é muito agradável. O banho de almotolia, assim, dá a impressão até do chuveiro. Tu fura ali em cima, então tu joga assim no paciente, como aquela água caindo, aquela água morna. Eu nunca vi nenhum paciente reclamar, porque é importante para eles tomar o banho, indiferente como o banho seja proporcionado. Mas que seja. (E1)

A gente teria que ter a bacia, mas mesmo do jeito que a gente lava a gente vê que tem resultado. O cabelo do paciente já fica diferente quando ele estiver seco. A gente pega uma compressa um pouco mais molhada e tipo, torce em cima do paciente, comprime um pouco e aí acaba tendo mais água e aí tu pega e dá uma lavada ali e depois pega e passa mais uma quantidade x ou duas de água. Porque não tem como reclinar a cabeça que é a técnica mais correta e pegar um jarro e despejar água em cima com uma bacia embaixo, aqui não tem essa área física para fazer. (E3)

Os trabalhadores fazem uso de si para tentar reproduzir no leito as sensações do banho de chuveiro. Há uma valorização do bem-estar e do conforto que o banho proporciona para o paciente com "a água caindo, aquela água morna", um banho que seja agradável. A satisfação e a qualidade do banho no leito, conforme Nakatani, Souza e Gomes (2004), não dependem apenas da sua execução técnica, mas do envolvimento e da disponibilidade do profissional cuidador em atender o paciente com atenção e dignidade. O momento de fragilidade do cliente durante o banho no leito, segundo as autoras, pode ser minimizado, quando, na sua execução, existe o cuidado para além da técnica, cuidado esse que propiciará uma relação profunda, podendo haver comunicação, compreensão e confiança entre seres até então desconhecidos entre si.

Podemos perceber, pelos fragmentos das entrevistas, que o profissional de enfermagem, no local estudado, sabe que a comunicação e o envolvimento durante a

realização do banho no leito é um saber muito importante para que haja aceitação por parte do paciente do cuidado a ser realizado:

A organização, tu organiza todo o teu material. primeiro, claro, tu sempre vai dizer para o paciente aquilo que está acontecendo, o que agente vai ajudar naquele momento, lhe dar banho, para a pessoa também se sentir respeitada. (E1)

Alguns têm medo da água, apavorados... eles não estão acostumados, depois se a gente vai e começa a fazer até eles mesmos cobram o banho. Até eles mesmos já se sentem melhor com um banho, já relaxam. (E2)

Fazer uma higiene, arrumar o cabelo, fazer a barba, porque os pacientes nossos, o que é o cabelo dos pacientes? E depois ir para um tratamento, ia até melhorar. Mobilizar pessoal só para fazer uma boa higiene dos pacientes, para a auto estima também. Apesar de que nem sei se os coitados tem isso ainda. (E3)

Diferente de realizar uma tarefa, na execução deste banho de leito com "envolvimento" podemos perceber que o trabalhador de enfermagem está realizando uma atividade de trabalho. Cunha (2012) diz que o ponto de vista da atividade nos estudos do trabalho reintegra as dimensões psicológicas, sociais e culturais, tomando o ato de trabalho como "encarnado", significativo e motivado, dimensões ignoradas pelo racionalismo científico.

Tornar esse ato significativo produz no paciente uma segurança maior, pois na enfermagem não há momento de maior intimidade com o paciente do que o banho de leito. De acordo com Buógo e Cogo (2002), acredita-se que o banho de leito é um cuidado que propicia a aproximação do cuidador com o ser cuidado. É um ritual de iniciação durante a formação de profissionais da enfermagem no qual se aprende a tocar o ser cuidado, se defrontando com as sensações como as provocadas pelos odores do corpo e é, também, quando se inicia o processo de comunicação entre cuidador e ser cuidado. É no momento do banho de leito que o trabalhador de enfermagem, entra em contato com o corpo desnudo do outro, e isso exige que este enfrente os seus sentimentos e a própria prática do cuidado.

Apesar do banho de leito ser considerado, durante a formação, como um ritual de iniciação ao cuidado na enfermagem, pois todos os profissionais, sejam eles enfermeiras/os, auxiliares ou técnicas/os, vivenciam na sua formação este cuidado de higiene e conforto, este não é valorizado pelos mesmos na sua atuação profissional. Isso talvez decorra da hierarquia de saberes. Esse trabalho considerado simples – o do banho de leito - é delegado ao profissional que realiza o "trabalho braçal", pois o enfermeiro no momento que inicia a sua trajetória profissional passa a não ter mais este cuidado como atribuição. A partir deste momento, o enfermeiro assume a supervisão da realização do banho de leito pelos auxiliares e

técnicos em enfermagem. É considerado um cuidado menor, com menor valorização no contexto do trabalho em saúde. Mas é um trabalho com grande importância para o paciente.

no momento do banho, já é o momento que tu vai olhar todo o paciente, a pele íntegra, o acesso [venoso] dele, que com certeza já foi visto no início do plantão. Isso tu já olha, se está infundindo alguma coisa, como que está aquele acesso, mas aí naquele momento é a hora que tu vê o paciente como um todo, completo. E assim, já pode comunicar se ele tem uma úlcera, alguma coisa, que naquele momento tu vai ver. Acompanha ele naquele momento completo e bem próximo. (E1)

A gente passa o hidratante, já faz uma massagem. E, às vezes, quando está muito ressecada a pele, a gente tem os TCMs [triglicerídeos de cadeia média] que hidratam a pele, para eles é maravilhoso. Eles amam de paixão essa massagem. (E2)

Na hora do banho aproveita para olhar a pele íntegra, os movimentos do paciente, a comunicação dele, se responde ou não responde. E mudança de decúbito, o que tu tem que fazer para não deixar ele com escara. Avalia os movimentos respiratórios, se o paciente começou a disfuncionar. Tem muitos pacientes que não toleram certas lateralizações, então tu tem que voltar para aquela posição que ele tolera mais. Mas mesmo assim vai ter que posicionar em posição diferente porque senão vai lesionar aquela parte ali. (E3)

Durante o banho de leito aumentam as exigências com relação aos usos de si, pois o trabalhador tem que estabelecer uma relação de proximidade, se apresentar, dizer o que vai fazer e, de acordo com a técnica, "discutir o procedimento com o paciente e investigar a sua capacidade de ajudar no processo, bem como suas preferências de higiene pessoal", além disso, rever o prontuário para confirmar quaisquer limitações na atividade física, revisar a permeabilidade do acesso venoso, ver a medicação que está sendo infundida e avaliar as condições da pele do paciente.

Miranda e Sobral apud Kruse (2003) acrescentam que a autorização social para manipular o corpo do outro assegura à profissão de enfermagem um poder incontestável, argumentando que o fato de integrar a chamada área da saúde parece levar os profissionais a acreditarem que detêm poder sobre a doença e sobre a vida humana. Para a autora, ser profissional dessa área, parece significar ter a identidade necessária e suficiente para abrir todas as portas que levam ao corpo do doente hospitalizado.

Waldow (1998) diz que as/os enfermeiras/os acabam desenvolvendo predominantemente atividades relativas às práticas de cura, ou seja, procedimentos auxiliares de tratamento, para assim obter reconhecimento, prestígio e *status*. Com isso desvalorizam a prática de cuidar, que passa a ser evitada e delegada a outras categorias profissionais. Segundo a autora, este é um fato bastante observável nas escolas de enfermagem, onde as ações que promovem limpeza, higiene, conforto, auxílio na alimentação e locomoção dos

pacientes são questionadas. Essas atividades consideradas menos importantes, que em alguns casos são desvalorizadas pela própria enfermagem, constituem o cuidado.

Do mesmo modo, o trabalhador de saúde, quando realiza o banho de leito sem estar "encarnado" realiza uma tarefa que destitui o *status* de cuidado humano das necessidades de higiene e conforto. Nakatami, Souza e Gomes (2004) dizem que, muitas vezes, durante o cuidado o profissional está concentrado em executar a tarefa em tempo hábil e se esquece de considerar o sentimento do paciente.

Atualmente, no cotidiano da enfermagem, conforme destacam Buógo e Cogo (2002), observa-se uma preocupação com o cumprimento de normas e rotinas que levam a um cuidado fragmentado, centrado na execução de uma tarefa cujo objeto de trabalho é a parte do corpo adoecida. Neste contexto, olhar o outro, tocá-lo e ouvi-lo não são, muitas vezes, ações de cuidado priorizadas. No setor pesquisado, os trabalhadores destacam a escuta como sendo um cuidado importante para ajudar na recuperação do paciente e como forma de tranquilizá-lo. No entanto, em função do pouco tempo e do elevado número de tarefas não conseguem realizá-la como gostariam, como podemos ver nos relatos abaixo:

O tempo e a dinâmica do processo de trabalho atrapalha sim. Aqui no nosso setor atrapalha muito, a gente tem uma demanda muito grande. Então, tem muita coisa para fazer, com tanto cuidado para fazer que, às vezes, a gente não para escutar. E isso influencia muito. (...) As tarefas de cuidado eu acho que todos são importantes. Mas eu acho assim que talvez o momento da medicação que é uma coisa que o paciente precisa, porque ele está ali porque ele precisa daquilo ou até aquele momento de conversar um pouquinho com ele. Dar um pouquinho de atenção porque, às vezes, ele está carente daquilo. Tu falar um pouquinho com ele, dar uma palavra amiga. Muitas vezes a gente não tem tempo para isso. (...) Isso eu acho que é bem importante. Às vezes, a gente cuida muitos dos cuidados e esquece um pouquinho dessa parte. Ou nem é que esquece, o tempo que não permite que isso aconteça. (E1)

Eu adoro, eu gosto de conversar com cada um deles. E tu sabe a história de cada um deles, tem um ali que a gente já se conhece: - Eu estou muito melhor hoje. (...) Sabe e cada um tem uma história diferente, e que a gente conversa no tempo que a gente faz as tarefas. A gente fica conversando com eles. (E2)

Eu acho que isso é de cada um de tu ter essa vontade e esse desenvolvimento para atender os pacientes. Eu acho que isso tu procura, se tu não está muito a fim de trabalhar nessa área tu começa a descartar, sair fora. Mas como eu gosto de falar bastante e aí eu acho que me adaptei melhor. (E3)

Rose (2007) revela que, com frequência, os nossos testemunhos do trabalho físico centralizam-se nos valores que ele evidencia, e não no raciocínio que requer; uma omissão sutil, mas invasiva. Muitas vezes até mesmo o trabalhador não percebe o envolvimento cognitivo necessário para a realização das ações corriqueiras. Realizar sempre as mesmas rotinas e vários banhos de leito diários faz com que essa atividade de cuidado deixe de ser percebida como complexa. Rose (2007) diz que embora essas atividades se tornem rotineiras

com a experiência, em algum momento elas foram aprendidas por observação, por tentativa e erro; e, muitas vezes, por meio de auxílio físico ou verbal de outra pessoa. Essa aprendizagem envolve vários processos cognitivos e, entre eles, um dos mais importantes é a auto-observação do aprendiz e a consequente modificação de seus movimentos.

No trabalho de enfermagem, geralmente, as atividades que envolvem os cuidados de higiene e conforto são realizados em duplas, pois exigem grande força física. Esses encontros de profissionais também são encontros de saberes diversos. O trabalhador, ao experimentar outra possibilidade de realizar a atividade, "apaga" um modo de fazer e adota outro utilizado pelo colega ou que o colega aprendeu com outrem. Muitas vezes, não conseguimos identificar a origem desse modo de fazer dentro do grupo. Alguém experimentou um novo modo de fazer, optou por ele e a partir daí muitos passam também a fazer deste modo.

Podemos utilizar como exemplo a inserção da almotolia²⁸ na realização do cuidado de banho no leito e do "truque" - a renormalização da troca de fraldas. Ao ser perguntado aos trabalhadores sobre a origem desta inovação, alguns não sabem identificar quando e quem iniciou a utilização da almotolia (Figura 2)²⁹, outro diz saber mas não revela.

Olha, nunca ouvi [que usam em outro local], mas eu acho que é daqui porque faz um tempo que se criou isso para tentar absorver melhor porque tem fraldas de péssima qualidade (...). E os trabalhadores novos vão incorporando na sua prática também, porque vai vendo o outro, um mostra que facilita fazer assim e isso vai se passando, na verdade, de um para o outro. (E1)

Ah, eu não me lembro quem começou a usar a almotolia, tem tanta coisa. Eu não me lembro. (...) Eu não tenho nem ideia de quem inventou o "truque". Acho que uns colegas foram passando para os outros. E a gente a cada dia vai aprendendo mais com os outros. Pessoal novo vai entrando, eles também estão aprendendo com a gente. tem coisas que eles não sabem e a gente explica para eles e assim vai indo, vai passando. (E2)

Essa técnica de usar a almotolia foi aqui na emergência. Tem um autor [balança a cabeça positivamente e sorri]. É, faz pouco tempo que o pessoal começou a descobrir essa técnica. É que começou a vir as almotolias, porque essa questão da almotolia é uma questão de improvisação. Essa caiu como uma luva para a gente. Mesmo que não seja [o que está descrito], mas eu acho que ela ficou importante para agilizar o nosso serviço. (E3)

²⁸ Almotolia é um frasco de material plástico graduado para o armazenamento de álcool e outras soluções de uso diário em ambiente hospitalar, facilitando o seu manuseio através do seu bico aplicador. (Nota da autora)

²⁹ As imagens utilizadas nesta pesquisa para demonstrar como acontece a renormalização da troca de fralda, da higiene perineal e corporal foram feitas pela autora em laboratório e não comprometem a imagem e nem a identidade dos participantes da pesquisa. A Figura 3 foi feita pela autora durante uma observação do trabalho in ato com concordância da entrevistada e houve o cuidado de não revelar sua identidade, mantendo os preceitos éticos. (Nota da autora)

Figura 2 - Almotolia utilizada pelos trabalhadores



Fonte: Foto produzida pela autora

A técnica do banho no leito preconiza que sejam utilizadas duas bacias, uma para a colocação da água morna, na qual será umedecida e ensaboada a compressa e na outra bacia será colocada água morna também, mas que servirá somente para o enxágue do corpo do paciente. No caso do serviço estudado houve uma renormalização do banho de leito a partir da incorporação das almotolias, ou seja, as duas bacias limpas foram substituídas por duas almotolias, uma contendo uma solução de água morna e sabão líquido, e outra contendo somente água morna para realizar o enxágue (Figura 3).

Figura 3 - Trabalhadora com as almotolias preparadas para o uso



Fonte: Foto produzida pela autora

Essa renormalização, criada na emergência, além do banho de leito, também passou a ser usada para realizar a higiene perineal. Na percepção dos trabalhadores, o uso da almotolia resulta em praticidade, pois temos poucas bacias na emergência em relação ao número elevado de pacientes que necessitam de banho no leito. Além disso, estão sempre disponíveis

no setor em quantidade suficiente para usar nos banhos dos pacientes. Outro fator que foi destacado pelos/as trabalhadores/as como vantagem, é o fato de que este material é limpo internamente, descartável e a água utilizada mantém-se limpa durante todo o banho, não havendo necessidade de troca da água, a não ser quando a temperatura está inadequada.

a almotolia é limpa dentro, tu não tem contaminação nenhuma. A água que está ali está sempre limpa, tu pode lavar do rosto até o pé com aquela mesma água que ela está limpa, ela não entra em contato com nada. Ao contrário da bacia. Provavelmente foi por isso que se criou [uso da almotolia], e se viu que realmente era prático, para nós aqui muito prático. Na laranja [sala de atendimento de urgências e emergências] ou em qualquer outra sala é muito lotado, então, não tem onde largar nada, tem que largar tudo em cima do paciente para começar. Aí tu vai largar uma bacia em cima e como tu vai mexer nele? Muito difícil. (E1)

O uso das almotolias, de acordo com os/as trabalhadores/as, evita que ocorram acidentes como, por exemplo, a queda de bacias e o derramamento de água, pois são fáceis de acomodar sobre a mesa auxiliar (Figura 5) ou, até mesmo, sobre o leito dos pacientes. As duas bacias (Figura 4), durante a realização do banho de leito, devem ser colocadas cheias de água sobre uma mesa auxiliar. No entanto, o espaço fica reduzido para acomodar o restante do material utilizado como, por exemplo, as fraldas, os lençóis e outros materiais de higiene e curativo.

Às vezes, tu não tem uma mesinha de cabeceira para colocar o material. Aí tu coloca em cima do paciente. O paciente agitado, acaba virando [a água da bacia] no paciente. Aí tu tem mais uma tarefa ainda, tu tem que trocar toda aquela roupa de cama. E, às vezes, tu fica te atrasando porque aí tu já tem cinco ou seis pacientes ou sete e tu já vai pensar lá na frente, no antibiótico. Tu vai fazer aquilo meio correndo. Às vezes, tu não consegue fazer, o importante seria fazer, mas, às vezes, tu não consegue. (E3)

Figura 4 - Bacias colocadas sobre a mesa auxiliar para realiza o banho de leito



Fonte: Foto produzida pela autora

A movimentação de camas e macas nas salas do serviço de emergência, a superlotação e a falta de espaço aumenta ainda mais as dificuldades de realização do cuidado de banho de leito e o uso da almotolia, na opinião dos trabalhadores, facilita o trabalho.

O que é mais trabalhoso é com a bacia. Com a bacia tu tem que colocar em cima de uma mesinha, às vezes, tu tem que improvisar. Às vezes, tu não tem mesinha para colocar e apoiar, tem que catar uma mesinha para ti pôr [as bacias]. (E2)

É muito raro a gente fazer o banho com a bacia. Acaba usando mais a almotolia. Com a almotolia a gente consegue trabalhar melhor com o paciente. Mesmo que a gente faça isso de levar um jarro de água e uma bacia para a gente dividir ali com água e sabão, mas [o banho] a gente faz com almotolia. (E3)

Figura 5 - Material colocado sobre mesa auxiliar para o banho de leito



Fonte: Foto produzida pela autora

Além disso, consideram, como outra vantagem da sua utilização, o fato de que simulam o banho de aspersão³⁰, pois com o bico aplicador da almotolia é criado um jato de água semelhante a um chuveiro. Podemos perceber que essas escolhas entre a técnica com bacias e a "técnica" com almotolias não são impensadas, o trabalhador faz uma escolha, um julgamento orientado por critérios, uma arbitragem baseada em valores, reflete e utiliza sua inteligência no trabalho. Cunha (2012) revela que toda situação de trabalho supõe arbitragens,

³⁰ O Banho de aspersão é o banho de chuveiro, realizado quando o paciente tem condições de deambular e não tem indicação de repouso no leito. (Nota da autora)

ponderações, critérios, engajamento, portanto, implicam em "dramas do uso de si". Escolhas do tipo "qualidade" *versus* "rapidez", "economia de si" *versus* "facilitar a vida coletiva", e outros.

5.5 DA BACIA À ALMOTOLIA: BANHO DE LEITO, UM ENCONTRO DE E COM O CUIDADO

Fediam o camponês e o padre, o aprendiz e a mulher do mestre, fediam a nobreza toda, até o rei fediam como um animal de rapina, e a rainha, como uma cabra velha, tanto no verão quanto no inverno. Pois à ação desagregadora das bactérias, no século XVIII, não havia sido colocado ainda nenhum limite e, assim, não havia atividade humana, construtiva ou destrutiva, manifestação alguma de vida a vicejar ou a fenecer, que não fosse acompanhada de fedor. (SUSKIND, 2006)

O romance *O Perfume, história de um assassino* de Patrick Suskind nos fornece uma prévia sobre como era tratado o corpo no Século das Luzes. Hoje sabemos que a finalidade do banho de leito, segundo Atkinson e Murray (1989), é limpar a pele, reduzindo os riscos de infecção, possibilitando uma melhor circulação periférica e propiciando o relaxamento do paciente. Mas nem sempre foi assim e esta concepção de higiene corporal surgiu no ocidente no século XIX, tornando a prática de banho rotineira.

Por volta do começo do século XIX, a palavra 'higiene' passa a ter um lugar anteriormente inusitado, transformando-se em disciplina especializada no campo da medicina e das políticas públicas. Mais do que isto, a higiene se associa com frequência à polícia e às autoridades militares, pois seu trabalho é visto como uma espécie de policiamento sanitário, uma defesa contra as investidas dos terríveis inimigos, um combate, ou um ataque radical às causas da poluição. (RODRIGUES, 2008, p. 115)

Essas ideias de limpeza e purificação difundiram-se ao longo da história, principalmente nos hospitais. Segundo Rodrigues (2008), o processo de higienização e desodorização coloca em evidência o indivíduo, a pessoa, acionando um conjunto de crenças, de sentimentos e de práticas a que damos o nome de asseio ou higiene pessoal. Esta explicita o sonho extremo de tudo limpar. Tudo: das ruas às casas, dos quartos aos corpos, dos corpos aos poros. Nos hospitais, a limpeza dos "corpos e poros" é realizada pelos trabalhadores da enfermagem e fazem parte dos cuidados de higiene e conforto que compõem suas tarefas. Para a realização desta atividade de trabalho, os profissionais de enfermagem usam de si, como mostram os depoimentos dos/as trabalhadores/as;

eu acho que o banho de almotolia é um banho melhor que o de bacia, porque a almotolia dentro é limpinha. E aquela água não entra em contato com mais nada. Tu joga no paciente e vai lavando, aquela água está sempre limpinha, indiferente da parte que tu vai passar do corpo. Eu acho que os enfermeiros, eles também tem essa visão de que é difícil, às vezes, está muito cheio. Mas ele está vendo que tu está fazendo da melhor forma, mas tu está tentando fazer. Tu está tentando dar o teu

banho, fazer o cuidado do teu paciente.(...) Por mais que não seja o correto [não está na norma]. (E1)

Não tem muito material na emergência, aí tem que ser. E, na correria, às vezes, é um monte de paciente. Aí tu improvisa. (E2)

tu tem que avaliar se essa improvisação [banho com almotolia] está tendo resultado eficaz ou não. Tu vai improvisar uma coisa que não tem muito resultado aí tu vai estar te atrapalhando.. Vai atrapalhar o teu serviço, o teu desenvolvimento, se tem retorno tudo bem da gente fazer. (...) Essa da almotolia dá muito retorno para nós. Dá retorno no tempo, no espaço, a nossa área física é muito limitada. Agiliza muito o nosso trabalho. (E3)

Os *usos de si* dos trabalhadores aparecem também no momento de verificar se a temperatura da água coletada da cuba de uma pia está adequada para o banho de leito, na aplicação da força física para movimentar o corpo do outro com diferentes pesos e dores à mobilização. Além disso, durante a realização da atividade, o trabalhador *usa de si* e procura recuperar o lado humano da sua prática utilizando os *kits de banho*.

Esses *kits* são bolsas que os trabalhadores montam com materiais de higiene pessoal. Elas são adquiridas com recursos próprios e são utilizadas para realizarem os cuidados de higiene e conforto. Encontramos nos *Kits* xampus, sabonete líquido, perfumes e outros. A criação destas bolsas – os kits - surgiu, segundo os trabalhadores, da necessidade de oferecer materiais de higiene com melhores perfumes para os pacientes, pois a maioria deles não possui recursos ou porque seus familiares não conseguem trazer do domicílio.

Olha, praticamente todo mundo tem. Porque senão a gente usa aquele sabão, que é o mesmo usado para a gente lavar as mãos aqui, já põe um pouco dentro da água [na almotolia] e já vai com aquela água preparada com o sabão. Mas, muitos colegas já tem, eu mesmo tenho também. A gente compra um sabonete mais cheiroso, para dar um cheiro melhor no paciente. Sabonete líquido... muitos já tem o seu kit banho, ali no kit tem sabonete, tem talco (...). (E1)

Os kits de banho, como a gente não tem muito material aqui, que a gente tem o sabãozinho pra dá o banho, a gente faz um kit de casa. A gente traz sabonete líquido, a gente traz desodorante spray por causa da contaminação, e a gente tenta deixar ele da melhor maneira possível. Ajeitado. Dar um banho como eu gostaria de tomar, com certeza. Até hidratante as gurias trazem. A gente traz para a higiene e conforto deles. Se a gente tá numa sala assim, sempre tem umas parceria que a gente se ajuda e traz. A maioria das colegas adapta o kit do banho que a gente faz. (E2)

Eu acho que as gurias usam mais, os gurus não usam muito. Mas daí os gurus vão lá e roubam das meninas, mas acabam usando. Mas eu acho que é mais uma questão de masculinidade, fica chato um guri vir com um kit de banho. Mas tem hospitais que dão o kit banho para o paciente, mas aqui nós, imagina cento e poucos paciente/dia vamos dar kit? (E3)

Antes de iniciar o banho, o trabalhador tem a precaução de fracionar, ou seja, retirar do frasco uma parte do material que irá usar. Coloca na mesa de cabeceira do paciente para usar no banho, de modo que não haja compartilhamento dos materiais entre os pacientes. Dessa forma, respeita-se uma norma do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar quanto ao uso de materiais de higiene, mantendo o seu uso individualizado.

Durante o banho de leito, o bem estar do paciente, a arrumação dos cabelos, das roupas, do leito e os "acabamentos" são valorizados e apresentados à equipe. O conhecimento estético, conforme Brum et al (2000), permite ver a criação do cuidado, a ação de cuidar, como uma obra de arte, sendo que na atividade de trabalho de dar um banho, na arte criada, acontece a ação de cuidado. Assim, segundo as autoras, o cuidado acontece com movimentos harmônicos, leves e delicados, constituindo-se em ação revestida de beleza.

Acho que dá muito conforto para ele a pele limpa, eu acho que evita muito prurido, acho que até para circular melhor o sangue tu movimentar ele, para tudo isso. No momento que tu está lavando está massageando. Aquele banho morno tudo ajuda. E aí é trocada a roupa de cama limpa, acho que o paciente se sente bem. E tu vai mexer nele todo plantão e cada vez que tu vai lá está daquele estado. Então se ele está limpo, qualquer um que chegar ali, nossa que bom. O paciente está limpo se tu for mexer, examinar ele. É outra coisa do que tu ver um paciente todo sujo, em más-condições e daquele jeito ele fica. Pobrezinho. (E1)

O banho é importante porque todos os dias a gente toma banho. Todos os dias tu chega do plantão e toma banho, tu vai sair, tu toma banho. Então, o banho é muito importante para todo mundo porque ninguém gostaria de ficar com mau cheiro, tu chegar perto dele e ter um cheirinho gostoso para ele mesmo e para a gente também. A higiene e conforto é muito importante nesse sentido. É um presente ver o paciente limpo. Paciente bem e que tu pode chegar, tocar num paciente limpinho, bem cheirosinho. (E2)

Eles, eu acho que muitos deles se dão por satisfeitos, porque muitas vezes eles chegam num estado deplorável de higiene. Uma coisa de não acreditar no que a gente vê no paciente. Então, a gente fazendo mesmo essa higiene [com almotolia], não sei se dá para dizer que é precária, mas é uma higiene que não está de acordo [com a técnica]. (E3)

Percebemos, nesses pequenos atos do trabalhador, uma valorização do banho como cuidado, um prazer que pode ser compartilhado entre trabalhador e paciente, pois ao falar da importância do banho para o paciente, o profissional fala da importância do banho para si. Fala do relaxamento, do bem-estar que o banho traz para o paciente e para o trabalhador que irá cuidar de alguém cheiroso.

No caso da colocação e da troca da fralda (Figura 6), também um cuidado de higiene e conforto, há uma preocupação grande com o conforto do paciente e com o tempo que este irá ficar molhado até a próxima troca de fralda. Este intervalo entre as trocas é variável em função da demanda de trabalho existente, sendo que o número de tarefas a serem realizadas interfere diretamente na qualidade deste cuidado.

Figura 6 - Fralda colocada no paciente



Fonte: Foto produzida pela autora

A higiene perineal, que compreende a troca de fralda e limpeza do períneo, deve acontecer sempre que se julgue necessário ou após cada micção ou evacuação. Esta atividade não acontece somente durante o banho de leito e os trabalhadores renormalizaram a utilização das fraldas descartáveis e a forma de higienizar o períneo. No caso da higiene do períneo, os trabalhadores abandonaram o uso das duas bacias e utilizam uma almotolia com água morna e sabão e outra somente com água para realizarem a limpeza perineal (Figura 7).

E, quando é fralda, na fralda tu pega uma água morna [na almotolia] com um sabonete líquido. Até vai. Morna, até dá para fazer essa higiene. Aí faz um jatinho ali e daí vai porque tu vai fazer várias trocas. Aí tu não precisa de bacia. (...) Agora, com o sabão líquido a gente coloca ali na almotolia e tu já faz, material fácil de usar porque bacia, às vezes, tu quase não tem. (E2)

Figura 7 - Almotolias usadas para a higiene perineal e banho de leito



Fonte: Foto produzida pela autora

Após realizar a higiene com as almotolias, o períneo é seco e os trabalhadores avaliam a necessidade de trocar o lençol. Somente após a limpeza é que se coloca uma nova fralda. No entanto, perceberam que, em função da capacidade de absorção da fralda (Figura 8), esta não retém a urina, molhando a camisola, lençóis e cobertores do paciente, ou seja, a colocação de uma fralda não garante ao paciente o conforto adequado até a próxima troca, pois mesmo urinando uma vez em pequena quantidade, não mantém o leito do paciente seco.

Figura 8: Fralda usada para troca de fralda



Fonte: Foto produzida pela autora

Em função disso, os trabalhadores renormalizaram a tarefa de higienizar o períneo e trocar a fralda e criaram o "truque". Esta renormalização - o "truque"- na avaliação dos/as trabalhadores/as resolveu o problema dos vazamentos das fraldas e aumentou o conforto dos pacientes. Para isso, passaram a utilizar duas fraldas em cada troca, sendo que uma delas é recortada e modificada (Figura 9) conforme o sexo do paciente. Esta fralda com novo formato é chamada por alguns de "mequetrefe".

Figura 9: Fralda sendo recortada



Fonte: Foto produzida pela autora

Durante a simulação que realizei no laboratório, precisei voltar, várias vezes, ao material das entrevistas com a descrição dos/as trabalhadores/as para reproduzir o procedimento (Figura 10) renormalizado e produzir o "mequetrefe". Os trabalhadores, por sua vez, não necessitam de tesouras ou outros materiais para realizarem o recorte das fraldas, usam as próprias mãos e demonstram habilidade e facilidade na realização deste processo. Antes de iniciar as trocas, organizam o material na mesa auxiliar e confeccionam o "mequetrefe" pouco tempo antes do uso.

Figura 10: Fralda com uma das laterais recortadas



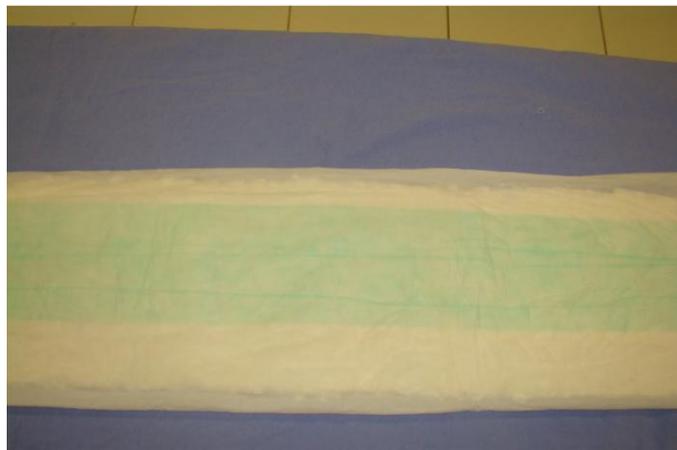
Fonte: Foto produzida pela autora

A fralda interna, após ter suas duas laterais recortas (Figura 11), assume o formato de um "absorvente gigante", conforme a descrição de uma trabalhadora. Esta, é adaptada à região genital do paciente em que ocorre liberação da urina. O "truque", segundo os/as trabalhadores/as, é benéfico para os pacientes.

Eu não posso trocar a fralda dele agora porque está muito corrido, mas eu tenho um segundo para ir lá e ver se o "truque" está molhado e tirar aquele. Então, deixa sem e ele fica com a fralda seca que é a debaixo. Ele está seco, mesmo que eu não tenha conseguido fazer aquela higiene ali no períneo, ele está seco. Então, na outra eu vou lá e troco tudo. Eu acho que é bom para o paciente também. E também pelo fato de não molhar toda cama, senão, cada vez que ele fizer xixi molha tudo, e tu não consegue ir logo trocar e fica todo molhado, gelado. Então são formas criadas pela forma como nós trabalhamos aqui, esse quantitativo sempre alto, superlotado, às vezes pouca gente para trabalhar, paciente graves, as escalas pesadas com um monte de [paciente] dependente. (E1)

O efeito do "truque" é bom. O efeito é muito bom . O benefício para o paciente é não ficar molhado, não ficar muito tempo assim e para ele é desconfortável ficar toda hora mexendo nele. Então, a cada três horas tu faz a higiene nele de novo, aí tu troca a fralda de novo e faz um novo "truque". (E2)

Figura 11: Fralda com as duas laterais recortadas



Fonte: Foto produzida pela autora

Portanto, antes de iniciar a higiene do períneo e a troca da fralda o/a trabalhador/a organiza as fraldas que irá utilizar (Figura 12), deixando uma delas recortada e pronta para o uso, o "mequetrefe".

Figura 12: As duas fraldas, uma inteira e outra recortada



Fonte: Foto produzida pela autora

Os/as trabalhadores/as revelam que costumam conversar com colegas da instituição em outros espaços, no transporte para casa por exemplo, sobre as formas de fazer as tarefas na emergência. A renormalização ganha outros espaços e "visibilidade" apesar do fato de não haver uma descrição formal desta "técnica" nova criada

Um passa para o outro, e é uma facilidade boa para a gente, até eu e a [colega] hoje fomos conversando na *van*, porque a gente vai de *van* juntas, quando eu venho na noite de vocês a gente vai conversando. (E2)

E quando tu pega um colega novo e ele só tinha dado banho de bacia, nem conhecia. Ele fica meio espantado na primeira vez, mas depois ele vê que a gente não tem saída. Ou faz assim ou ... Bacia a gente não tem condições de dar banho. Realmente, bacia para nós não dá certo. Essas improvisações vão passando de trabalhador para trabalhador. (E3)

Ao falarem do "truque", renormalização criada no do serviço de emergência, os trabalhadores revelam que há aceitação por parte dos seus gestores imediatos - os enfermeiros - desta nova "técnica".

[As chefias] sabem e aceitam bem. Eu acredito que é porque na verdade a chefia está vendo que a gente faz porque tem que ser assim, é uma forma de fazer. E, na verdade eu acho que não é incorreto, porque a gente faz. É uma maneira de fazer que a gente encontrou para proteger mais o paciente. Fica mais fácil para nós porque o serviço é corrido mesmo. Então, não é porque eu não quero fazer: - Há, eu não vou trocar o meu paciente a noite inteira, vou colocar umas três fraldas e não vou mais lá. Não. Não é por isso. É porque tem muitas outras coisas para se fazer. (E1)

Eu acredito que eles aceitam [as chefias] porque até agora ninguém me sugeriu ou me chamou atenção por eu estar fazendo dessa forma. Porque é uma de nossas técnicas para melhor atender o paciente, porque a gente não tem material e acaba improvisando. (E3)

Nesta renormalização os/as trabalhadores/as levam em consideração as particularidades e diferenças anatômicas dos homens (Figura 13) e mulheres.

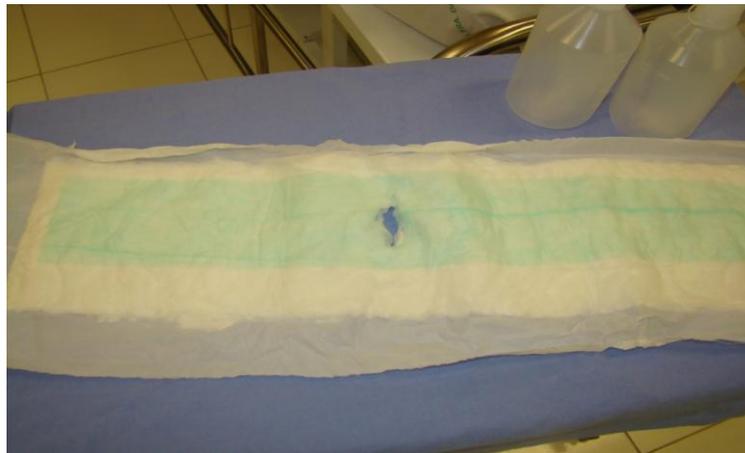
Figura 13: Colocação da fralda no paciente do sexo masculino



Fonte: Foto produzida pela autora

No caso dos homens, a fralda recortada no formato de uma "absorvente gigante" é acrescida de um orifício central. Este orifício (Figura 14) é feito com o uso das mãos e tem por objetivo produzir uma janela pela qual o pênis será passado (Figura 15).

Figura 14: A fralda recortada para uso em paciente do sexo masculino



Fonte: Foto produzida pela autora

Tem diferença no homem e na mulher no "truque". O homem a gente pega a tira e rasga ali no meio, tipo um *modess* comprido. É o meio da fralda, no meio a gente tira ali, faz uns furinhos e dobra e deixa assim fechadinho o pênis dele. E ali conserva [sem urina] mais. (E2)

Figura 15: Renormalização da colocação da fralda no paciente do sexo masculino



Fonte: Foto produzida pela autora

O pênis do paciente é passado por dentro do orifício do "mequetrefe". Durante a colocação, há uma preocupação em manter a parte de absorção da fralda em contato com o pênis do paciente. Depois disso, o "mequetrefe" envolve o pênis do homem como um envelope (Figura 16), mantendo o plástico longe da pele.

Figura 16: Colocação da fralda no paciente do sexo masculino 1



Fonte: Foto produzida pela autora

Depois de envolver o pênis do paciente, a fralda externa é fechada. Nas situações em que não há tempo disponível para realizar a troca completa da fralda, acompanhada de higiene perineal, o/a trabalhador/a troca somente o "mequetrefe", até que haja condições para uma troca adequada (Figura 17).

Figura 17: Colocação da fralda no paciente do sexo masculino 2



Fonte: Foto produzida pela autora

No caso das pacientes do sexo feminino (Figura 18), utiliza-se as duas fraldas, uma no formato normal e outra recortada, o "mequetrefe", fralda na forma de um absorvente que será colocado em forma de um rolo para envolver a vagina.

Figura 18: Colocação da fralda no paciente do sexo feminino 1



Fonte: Foto produzida pela autora

No "truque" é feita a colocação de um reforço, confeccionado com uma outra fralda, no meio das pernas da paciente (Figura 19 e 20), com o objetivo de aumentar a absorção da

urina. A renormalização demonstra uma preocupação do/a trabalhador/a com o bem-estar da paciente e com o tempo que esta ficará molhada.

Figura 19: Colocação da fralda no paciente do sexo feminino 2



Fonte: Foto produzida pela autora

Figura 20: Colocação da fralda no paciente do sexo feminino 3



Fonte: Foto produzida pela autora

Os/as trabalhadores/as apontam mais uma vantagem na colocação deste "truque", que é o fato de não haver a possibilidade das fezes entrarem em contato com a vagina, ficando mais fácil de higienizar e mantendo a paciente mais confortável.

Na mulher tu pode fazer o mesmo do absorvente ou fazer o rolinho e botar assim no meio da perna, ele fica enroladinho assim, tu dá umas furadinhas na fralda para absorver e faz um rolinho e deixa no meio. (...) E tu vai e só troca aquele

truquezinho, que nem no homem. Aí tu não precisa trocar toda a fralda. Se evacuar, as fezes não vem para a frente, evita de vir para a frente [região da vagina]. ((E2)

Essa fralda interna (Figura 21) aumenta a capacidade de absorção da urina e reduz a possibilidade de vazamentos na primeira micção, mantendo o paciente seco por mais tempo e permitindo que o/a trabalhador/a consiga realizar as outras tarefas que lhe são demandadas.

Figura 21: Colocação da fralda no paciente do sexo feminino 4



Fonte: Foto produzida pela autora

Dessa forma, aumenta também o conforto do paciente, mantendo a urina somente no "mequetrefe", impedindo que o leito fique molhado.

O paciente urina, faz bastante xixi. Então, isso já faz tempo, já se usou e todo mundo usa. A gente diz colocar um "truque". Tu põe a fralda normal, nas mulheres tu dobra uma outra fralda menor e tu põe como se fosse um absorvente dentro da fralda, ali na parte que realmente vai sair mais xixi, porque daí protege até mais um pouco. Porque essas fraldas [as que estão disponíveis] se fizer um pouco de xixi já passa tudo e vaza. E facilita porque daí na corrida eu venho ali para olhar ligeiro e abro a ponta da fralda e olho. Aquela de dentro está molhada e não tem como fazer a troca, passar uma água naquele momento, então tu puxa, tira aquela molhada e põe uma sequinha e fecha até tu poder vir e fazer uma higiene melhor e trocar toda a fralda dela para ficar limpinha. Nos homens é a mesma coisa, aí tu abre um burquinho naquela fralda de dentro e põe ali no pênis e meio que enrola, faz a mesma coisa, porque aí absorve melhor, não vai ficar todo molhado. (E1)

E na questão da troca de fralda agora tem o "truque". Tem também... a gente usa uma fralda e mais outra, uma tira tipo um "modess" assim. E deixa no meio [das pernas do paciente] para ele não ficar muito tempo mijado. (...) Aí a gente coloca a fralda, depois a gente tira as beiradas da fralda e aí a gente faz um "truque" para o paciente não ficar muito tempo molhado. (E2)

O pessoal chama de "mequetrefe", um absorvente improvisado, uma coisa assim. Ele facilita na hora de ...ter um tempo maior. Se tu colocar só uma fralda, tem uns pacientes que fazem xixi uma vez só e a fralda já está na hora de tu trocar. Mas, aí tu colocando o "mequetrefe" ali, a gente consegue ganhar um tempo maior. E essa fralda eu acho que é muito boa, ela absorve bem, ela tem um gel com uma quantidade boa. Então o paciente não fica muito tempo, fica úmido ali mas não fica

molhado porque se tu deixar só com uma, às vezes, tu vai lá e ele está todo molhado. (E3)

No período de inverno, pelo fato de não molhar os lençóis, o paciente perde menos calor durante a troca, pois fica bem menos tempo descoberto para a realização das trocas. Essa renormalização economiza também o corpo dos trabalhadores, pois ao fazer a troca da fralda (Figura 22) precisam trocar somente esta e não o leito inteiro.

Figura 22: Colocação da fralda no paciente do sexo feminino 5



Fonte: Foto produzida pela autora

Podemos perceber que o "truque" ou "mequetrefe" acaba incorporando nos cuidados de enfermagem os mesmos princípios utilizados nas fraldas pediátricas, que possuem nas regiões que tem maior contato com a urina maior concentração e proteção de gel para evitar vazamentos.

Então, eu acho que é bom para o paciente também. E também pelo fato de não molhar toda a cama, senão cada vez que ele fizer xixi molha tudo, e tu não consegue ir logo trocar e fica todo molhado, gelado. Então, são formas criadas pela forma como nós trabalhamos aqui, esse quantitativo sempre alto, superlotado. Às vezes, pouca gente para trabalhar, pacientes graves, as escalas pesadas com um monte de [pacientes] dependentes. (E1)

Às vezes, nem passa na fralda externa, às vezes, nem molha. Às vezes, tu vai e tira o "truque", nem precisa trocar a fralda externa. Facilita bastante. E, quando o paciente evacua fica bem mais fácil, porque daí aquela parte lá não está molhada. Está só com fezes mesmo. Daí a gente pega uma bacia com água ou uma almotolia para limpar o paciente. (E2)

eu acho que mais em função do paciente. Porque se a gente não está ali visualizando e trocando cada vez que ele faz xixi, a fralda [interna] absorve e o paciente fica seco por mais tempo. É mais benefício para ele, mas todo o nosso trabalho a gente está pensando mais no paciente do que em nós. Se a gente pensar em nós, quem vai ser beneficiado? Tem que pensar no paciente. (E3)

A variação dos materiais de uso diário e a oferta ou não destes interferem na utilização dos saberes da experiência. Houve recentemente um período em que, no local de trabalho observado, a quantidade de fraldas descartáveis foi insuficiente em função do número de pacientes internados. O que fazer, como proceder no caso de não se ter fraldas descartáveis, perguntam-se os trabalhadores? O serviço de emergência possui uma grande rotatividade de trabalhadores no turno diurno e, neste dia a maioria eram trabalhadores novos e nunca haviam realizado colocação de fralda de outro tipo que não a descartável. A trabalhadora mais antiga, que já havia experimentado essa situação antes, resolveu o problema de toda equipe ao demonstrar para os trabalhadores novos que era possível realizar a troca sem fralda descartável.

Essa profissional, que trabalhava na área da enfermagem há bastante tempo, período em que não havia fralda descartável e que conviveu muito tempo com outra renormalização, lançou mão de sua história e experiências prévias para manter o cuidado, a troca de fraldas, da melhor forma possível e demonstrou como fazer sem usar material descartável.

Os trabalhadores com experiência no setor, durante a realização das tarefas, vão mostrando os saberes da experiência, retidos e escolhidos como possíveis. Alguns, vão sendo transmitidos, outros, são retrabalhados a partir de intervenções singulares.

Todo o dia eu estou aprendendo. Todo dia é um novo aprendizado. Aqui a gente tem oportunidade para ver muita coisa acontecendo, diferente. Então, a cada vez que tu passa por uma situação tu aprende com aquilo ali. E aquilo vem agregando, tu vai te tornando uma pessoa, cada vez, com um conhecimento maior, pela oportunidades que a gente tem de aprender aqui também. É um grande aprendizado. (E1)

E quando tem um trabalhador novo que veio trabalhar na emergência, aí a gente vai orientá-lo e aí ele vai aprender a trabalhar, aprender o que a gente faz, e a gente vai tentar recebê-lo da melhor maneira possível. Tentar ajudá-lo e ele vai entrar nas nossas rotinas de trabalho. (E2)

muitos dos técnicos conseguem fazer isso, chegar e tipo trocar uma ideia com os enfermeiros, e os enfermeiros acabam aceitando. Mas aqui nesse hospital, porque nos hospitais privados há uma regra, uma dita e tu tem que seguir aquilo que eles vão impor, tu não tem muita voz, não tem. (E3)

Podemos perceber que além de haver uma aceitação no grupo dos novos modos de fazer, os saberes e as renormalizações são percebidas pelos trabalhadores como formas de tornar possível a realização das tarefas, mas com um forte desejo de trazer benefícios e bem-estar para o paciente. O banho e os cuidados de higiene e conforto são valorizados pela equipe, sendo que os trabalhadores falam com orgulho quando conseguem dar um bom banho de leito. Por outro lado, quando comparados com outros cuidados realizados pela enfermagem no serviço de emergência, ficam em segundo plano na execução. No serviço de emergência,

os trabalhadores procuram realizar cuidados que são mais urgentes e que envolvem a manutenção da vida em primeiro lugar, em detrimento da higiene e conforto. Isso demonstra que a atribuição de valor está diretamente relacionada com o tempo que o trabalhador tem disponível para a realização de suas atividades.

Existe ainda muito conhecimento científico incorporado no trabalho do auxiliar e do técnico de enfermagem na realização do banho no leito, evidenciando que, do nosso ponto de vista, este é um trabalho complexo e, portanto, não simples. Durante o banho de leito o trabalhador a partir do conhecimento das estruturas ósseas, identifica que áreas que estão sob maior pressão e com possibilidade de formação de úlcera de pressão³¹.

Além de acompanhar as condições da pele e a possibilidade daquele paciente produzir úlceras de pressão, ao realizar a troca de decúbito, o técnico e o auxiliar de enfermagem avalia se o paciente tem dificuldade em tolerar alguma posição. Outro cuidado envolvido e que exige conhecimento técnico são as sondas e drenos, pois além de manuseá-las deve saber sua posição adequada para poder identificar as situações em que ocorre deslocamento. O banho de leito, portanto, é uma técnica rica em cuidados e dramáticas de uso de si. O banho não é simples, não envolve somente a higiene, é trabalho complexo, envolve sensações táteis, visuais, conceituações e domínio de tecnologias.

O corpo, instrumento de trabalho do técnico e do auxiliar, é usado com toda a sua intensidade durante a realização do banho. Entre a equipe de enfermagem, conforme Souza et al (2010), observamos que os instrumentos de trabalho são reconhecidos como o conhecimento técnico, a habilidade e a destreza e os instrumentos para a realização de técnicas, bem como seu próprio corpo. O corpo do técnico e do auxiliar é o instrumento que toca a pele e percebe mudanças, conhece a anatomia do corpo e demonstra no seu "corpo" a satisfação do trabalho realizado".

falando do corpo e principalmente do *corpo-si* coloca-se o dedo sobre "alguma coisa" que nos ultrapassa a todos, na medida em que isso nos remete às profundezas do que somos - a essa "alguma coisa" que é, digamos novamente, biológica, mas atravessada por nossa história. Ou seja, nós trabalhamos nosso corpo, nós o trabalhamos permanentemente pela nossa experiência de vida - e portanto por nossas paixões, por nossos desejos, por nossas experiências. (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 197)

³¹ Segundo Iron (2005) úlcera de pressão é definida como qualquer lesão provocada por pressão mantida sobre a superfície da pele que causa dano ao tecido subjacente. A prevenção da úlcera de pressão é realizada pela distribuição das cargas tissulares por diminuição da pressão, da fricção e do atrito, otimização da umidade e temperatura, utilizando técnicas adequadas de posicionamento; e pelo uso de superfícies de apoio adequadas.

5.6 OS "USOS DE SI" E O DEBATE DE VALORES NO TRABALHO DA ENFERMAGEM: ESCOLHAS PARA QUALIFICAR A ARTE DE CUIDAR

Logo após o café, vinha o banho. O ritual era o mesmo da UTI só que mais sofisticado. Vieram dois caras bem alegres. Um, era o Chico. O outro nem precisou dizer o nome que já comecei a chamá-lo de Santista. (...) Um me segurava e o outro me lavava. Fiquei de lado um pouco e pude observar melhor o quarto. Feliz Ano Velho (PAIVA, 1982, p. 71)

Cuidar, de acordo com Pinheiro (2009), deriva do latim *cogitare* que significa imaginar, pensar, meditar, julgar, supor, tratar, aplicar atenção, refletir, prevenir e ter-se. Sendo assim, para a autora, cuidar é o cuidado em ato. E, para a enfermagem o cuidado humano aparece como sendo o objetivo do trabalho, mas ao fazermos uma análise crítica da história da enfermagem percebemos que nem sempre foi assim. A origem da profissão nos mostra que a enfermagem foi criada para auxiliar no processo de cura, fato que ainda hoje tem implicações no cuidado e no papel do enfermeiro na realização deste.

O que identifica a Enfermagem como profissão da saúde, conforme Leopardi, Gelbcke e Ramos (2001), é o ato de cuidado, sendo este a própria ação transformadora sobre o "objeto", que é o ser humano que precisa do cuidado em saúde e, por esta característica própria, o cuidado, além de ação, passa a ser objeto epistemológico da profissão.

A enfermagem é responsável pelo cuidado direto ao paciente/cliente, em toda a sua integralidade, como ser biológico e social. Historicamente, os profissionais de Enfermagem dominam o campo de conhecimentos que lhes dá competência para cuidar de pessoas, em todo o seu processo de viver, do nascimento à morte. (SOUZA, 2010, p. 453)

E, ao olharmos para o ato de cuidar através de uma perspectiva ergológica, percebemos o cuidado como uma atividade de trabalho. Esta atividade, segundo Cunha, Fischer e Franzoi (2011), é marcada pela ressingularização diante da variabilidade de situações que se apresentam, pela presença de um corpo-si que toma decisões e faz escolhas e pelo arbítrio para a confrontação e o debate de valores.

De acordo com Schwartz (2000), o trabalho de cuidar realizado pela enfermagem pode ser visto, a partir da ergologia como lugar de debate, um espaço de possíveis sempre a negociar e onde não existe execução, mas uso, e o indivíduo no seu todo é convocado na atividade. Assim, de acordo com o autor, trabalho envolve sempre uso de si. E, ao analisar o evento do banho de leito, trabalho prescrito pelo enfermeiro e que deve ser realizado pelo técnico e auxiliar de enfermagem, percebo que as escolhas são feitas durante o momento do encontro dos sujeitos singulares com o trabalho real. A atividade, conforme Cunha, leitora de Schwartz,

se engendra nessa porosidade do prescrito, em seus interstícios como micro-decisões. Ela é conduta industriosa, decisão - julgamento orientado por critérios; arbitragem baseada em valores. Tais arbitragens atestam que se trata de seres vivos humanos agindo em meios afetados por múltiplas [micro] variabilidades. Variabilidades que podem ser sócio-históricas e culturais, instituídas por coletividades relativamente pertinentes ou pelo próprio sujeito da atividade. (CUNHA, 2012, p. 2)

Inúmeras situações exigem do trabalhador uma tomada de decisão, como por exemplo, situações em que há instabilidade hemodinâmica³² no paciente e que fazem com que o trabalhador deva escolher entre realizar a tarefa prescrita e o "bem estar do sujeito cuidado". Nesse caso, há um debate de normas na decisão de não realizar o cuidado neste momento e fazer a escolha de que momento será mais oportuno.

Assim, conforme destaca Durrive (2011), cada vez que o trabalhador é convocado a agir, o ser humano é confrontado com o que exigem dele e com o que ele exige de si mesmo. Ele entra num debate de normas que não pode ficar muito tempo em suspenso, pois é necessário decidir, arbitrar em determinado momento. É necessário adotar uma só maneira de fazer qualquer coisa, ou seja, adotar um posicionamento singular de agir.

É nesse sentido que podemos falar que a atividade industriosa é uma "*dramática do uso de si*": de um lado, execução de um protocolo experimental cujas condições e exigências operatórias foram definidas eliminando ou tentando eliminar as singularidades de espaço, de tempo, de pessoas (normas antecedentes), por outro lado, experiência singular, recolocando em jogo as próprias normas numa situação de "encontro" com um destino a ser vivido (renormalizações). (CUNHA, 2012, p. 3)

Essa escolha antes de agir, segundo Canguilhem (2011), demonstra que a vida não é, portanto, para o ser vivo, uma dedução monótona, um movimento retilíneo; ela ignora a rigidez geométrica, ela é debate ou explicação com um meio em que há fugas, vazios, esquivamentos e resistências inesperadas.

E na atividade de trabalho de realizar um banho no leito, há, conforme Schwartz (2000), usos de si pelos outros, já que o trabalho é, em parte, heterodeterminado por meio de normas, prescrições e valores constituídos historicamente. Porém, há também uso de si por si, já que os trabalhadores renormalizam as prescrições e criam estratégias singulares para enfrentar os desafios do meio. A atividade de trabalho, nessa perspectiva, segundo Schwartz (2008), não é jamais pura execução e alienação, ela é sempre tentativa, mais ou menos

³² Instabilidade hemodinâmica pode ser definida como uma pressão arterial anormal ou instável, principalmente hipotensão persistentemente, acompanhada de uma perfusão global ou regional inadequada, insuficiente para o normal funcionamento dos órgãos. (CLAYTON, STOCK, 2006)

individual, mais ou menos coletiva de reinventar maneiras de fazer, maneiras de viver as contradições, as restrições, os recursos do presente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao buscar, através desta pesquisa, como acontece o processo de mobilização e produção dos saberes nas atividades de trabalho dos profissionais de enfermagem de nível médio e fundamental e que saberes são esses acabei me deparando com uma série de renormalizações nos cuidados de higiene e conforto dos pacientes. Além disso, o percurso de análise na busca pela relação entre os saberes da experiência e os saberes/normas técnicas foi dando a pesquisa um contorno singular, constituído a partir das escolhas de cada trabalhador/a.

Realizar esta pesquisa, antes de tudo, exigiu que eu refletisse sobre minha relação de pesquisadora, docente e enfermeira do setor estudado com os auxiliares e técnicos em enfermagem. A aproximação necessária da pesquisadora com estes trabalhadores aconteceu a partir de um lugar hierarquicamente superior, pois sou gestora direta de um dos turnos de trabalho da emergência. Observar o trabalho do/a outro/a - subordinado hierarquicamente - criou a necessidade de assumir uma posição de humildade diante da riqueza de situações e renormalizações observadas.

Esta condição de "enfermeira do setor" trouxe como elemento potencializador da pesquisa o conhecimento prévio dos processos de trabalho e das dificuldades enfrentadas pelos profissionais para desenvolverem um bom trabalho. Por outro lado, fez com que eu redobrasse os cuidados com a metodologia utilizada para buscar respostas à minha questão de pesquisa, na perspectiva de estranhar o conhecido. Além do posicionamento ético, imprescindível para a realização de qualquer pesquisa, foi necessário criar formas de introduzir perguntas aos entrevistados que fizessem emergir da invisibilidade toda uma produção e conhecimentos técnicos não reconhecidos formalmente e que podem ser tomados, por muitos, como um fazer que se reduz a um desacordo com a norma. Falar sobre os "truques", o "mequetrefe" e os outros tantos "ajustes" nas formas de fazer, que ele/a sabe que são proibidos, mas ele/a faz, não é tarefa fácil nem para o/a trabalhador/a, nem para o pesquisador. Em função disso, tive que buscar um método adequado para "desocultar" a atividade, ou seja, perguntar sobre o trabalho que via acontecer, o trabalho real, não reduzindo meu olhar ao prescrito e descrito nas normas.

A escolha, para fins de investigação, do evento do banho de leito, no meu entendimento, facilitou a realização deste estudo, pois as dificuldades na sua execução são de conhecimento de toda equipe de trabalho do setor estudado, sendo que os/as trabalhadores/as tiveram mais tranquilidade para falar sobre as renormalizações, consideradas por eles/as como

necessárias para a realização do trabalho. Outro fator que favoreceu o estudo foi o fato da técnica do banho de leito fazer parte da minha formação profissional como enfermeira e acompanhamento, diariamente, a sua realização, pois tenho como atribuição supervisionar a execução das tarefas.

Minha expectativa inicial, ao iniciar a pesquisa, era abordar somente o banho de leito, mas nos depoimentos apareceram outros eventos que demonstram, também, as escolhas e valores dos/das trabalhadores/as ao falarem sobre a sua atividade de trabalho. Os/as profissionais, a partir deste evento descreveram como ocorre a utilização dos saberes da experiência nos processos de enfermagem no setor de emergência, indo da organização do material para realizar o cuidado à escala de tarefas.

Observei, também, que, as renormalizações acontecem em todos os turnos de trabalho e com todos os trabalhadores estudados, não havendo um fazer único. Na renormalização da troca de fraldas, por exemplo, cada trabalhador/a usa a almotolia de uma forma singular, imprimindo na atividade a sua experiência, seus valores e escolhas.

O empoderamento dos/as trabalhadores/as diante das renormalizações, assumidas como formas de produzir o bem comum, trouxe inúmeras contribuições para a minha prática e conhecimento teórico como profissional, pois, através da atividade de trabalho, os auxiliares e técnicos em enfermagem estão, de fato, problematizando um conceito: o banho de leito. Muito mais do que uma técnica, o banho de leito tornou-se um momento de interação e de avaliação das condições gerais do paciente.

Este evento de cuidado tem potencial para gerar a circulação de saberes e valores mobilizados para realizar o trabalho em um espaço restrito e com elevada demanda de pacientes. Ao realizar o banho no leito o trabalhador discute com a prescrição, faz escolhas e toma decisões para renormatizar a técnica formalmente reconhecida do banho de leito e cria outra técnica que é compartilhada com os colegas e aperfeiçoada a cada dia. Para isso mobiliza o seu patrimônio individual trazendo conhecimentos de outras atividades cotidianas e de outras situações de trabalho e (re)cria.

Na variação que ocorre no serviço de emergência é que se identifica um espaço peculiar do trabalho para que haja criação a partir da tarefa prescrita. Possuímos, conforme Pires (2008), no conhecimento na área da saúde, um saber específico de cada profissão. Esse reconhecimento é importante para que os trabalhadores da enfermagem

identifiquem o lugar que ocupam no processo de trabalho em saúde, seus instrumentos; que seja reconhecido e valorizado o saber específico de cada profissão, para que todos participem de um objetivo comum, ou seja, de contribuir para uma assistência humanizada. (SOUZA et al, 2010, p. 453)

O trabalho do técnico em enfermagem, de cuidar e proporcionar higiene e conforto para os pacientes, é visto por muitos como um trabalho simples, de fácil realização e que não desafia o trabalhador. No entanto, é preciso que o/a trabalhador/a se organize e mobilize saberes para fazer o cuidado do banho de leito. Este cuidado considerado básico não pode ser realizado sem que o/a profissional reflita sobre ele no próprio ato de realizá-lo

Ao final desse estudo, foi possível perceber que a natureza do trabalho do auxiliar e do técnico em enfermagem na emergência qualifica este/a trabalhador/a ao produzir e exigir novas aprendizagens diárias. Aprender novas formas possíveis de realização das tarefas faz com que os saberes da experiência entrem em relação com os saberes/normas técnicas que regulam a enfermagem no exercício do cuidado humano.

Portanto, os saberes da experiência são utilizados pelos/as trabalhadores/as para tornarem as normas técnicas exequíveis, pois as condições de falta de espaço e de tempo, a superlotação e o ritmo de trabalho característico do serviço de emergência não permitem a sua realização sem a incorporação desses saberes. Os valores e os saberes da experiência tornam-se dispositivos para as renormalizações, pois o trabalhador que já passou por situações diversas, acompanhou o colega na realização dos cuidados e experimentou outras maneiras de fazer.

A tomada de decisão do/a trabalhador/a de renormalizar acontece em prol da realização das tarefas e de um cuidado com qualidade. Os/as trabalhadores/as "fazem porque precisam fazer" para que o paciente não fique sem o cuidado necessário. Este fazer renormalizado não acontece por "incompetência" do/a trabalhador/a ou porque ele desconhece as normas e rotinas do setor. Acontece porque o/a trabalhador/a "usa de si", mobilizando saberes para oferecer, da melhor forma possível, o cuidado ao paciente.

Pude perceber no estudo que os saberes produzidos na atividade de trabalho envolvem desde questões referentes às diferenças culturais e de gênero na realização dos cuidados de higiene e conforto até as formas de organização e planejamento para prestar o cuidado do banho de leito. Esses saberes produzidos são utilizados principalmente para otimizar o tempo, fazendo com que algumas tarefas mais valorizadas ou que exigem mais dedicação do trabalhador tenham condições adequadas de realização.

Outro aspecto a considerar é que o/a trabalhador/a ao utilizar os saberes da experiência no cuidado humano busca "driblar" os imprevistos e garantir o conforto, o cuidado e a vida do paciente. Pires (2008) diz que o trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção, comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade. E, no caso da enfermagem, a atividade de cuidar.

Portanto, conhecer e compreender o trabalho "in ato" dos auxiliares e técnicos em enfermagem pode contribuir para a formação destes, pois torna possível agregar significação às abordagens teóricas a partir das situações de trabalho. Dar visibilidade aos saberes da experiência pode enriquecer o processo formativo, pois não estaremos olhando somente para a técnica e sua execução, mas para o trabalho real. A minha condição como formadora na área favorecerá, certamente, a relação entre os resultados da investigação e as propostas de formação.

A perspectiva ergológica contribui de forma importante para repensar o cuidado humano. Schwartz (2000) enfoca o trabalho como um lugar de debate, um espaço de possíveis sempre a negociar, onde não existe execução, mas uso, e o indivíduo no seu todo é convocado na atividade.

A relação da enfermagem com o cuidado desafia-nos a repensar o modelo cartesiano de saúde, pautado na cura e que relega o cuidado humano e as práticas de prevenção e promoção à saúde como sendo secundárias. Ao repensarmos as práticas vigentes, não podemos deixar de analisar criticamente a forma como as profissões voltadas para o cuidado estão inseridas no mundo do trabalho e as relações que estabelece com os valores de mercado, a hierarquia e a imposição de normas.

Schwartz (2006) diz que é preciso normatizar, precisamos de normas antecedentes, pois elas se constituem em patrimônio universal. No entanto, o autor esclarece que devemos conseguir formas de organização ou de normatização que deixem sempre um espaço para retrabalhar as normas, em função das necessidades e das renormatizações sempre presentes. Renormatizações que tornam possível cuidar de seres singulares com qualidade, que recriem o trabalho da enfermagem e enriquecem o saber-fazer dos/as trabalhadores da saúde através da constituição de um estoque de novas formas de cuidar o outro.

REFERÊNCIAS

ALVES, D. B. **Trabalho, educação e conhecimento em enfermagem**: uma contribuição aos estudos sobre a força de trabalho feminina. Salvador: Dankat, 1997.

ATKINSON, Leslie D.; MURRAY, Mary Ellen. **Fundamentos de Enfermagem**: Introdução ao Processo de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

BARATO, Jarbas Novelino. **Educação profissional**: saberes do ócio ou saberes do trabalho? 2. ed. São Paulo: Senac, 2010.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARROS, Manoel de. **Memórias inventadas**: as infâncias de Manoel de Barros. São Paulo: Planeta, 2010.

BENJAMIN, Walter. **Magia e técnica, arte e política**. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Consulta Pública nº 21, de 27 de abril de 2006**. Disponível em: <<http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP%5B14558-1-0%5D.PDF>>. Acesso em: 07 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Relatório social 2009-2010**: de portas abertas para a comunidade. Porto Alegre: [s.n.], 2011.

_____. **Memórias do Hospital Cristo Redentor**: 50 anos. Porto Alegre: EST, 2006.

BRUM, Jane Lilian Ribeiro et al. O cuidado humano: ação de purificação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 21, n. esp., p. 33-44, 2000.

BUÓGO, Míriam; COGO, Ana Luísa Petersen. Desvelando significados do primeiro banho no leito para alunos de um curso de auxiliares de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 51-67, jul. 2002.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CAVERNI, Leila Maria Rissi. **Curso técnico de enfermagem**: uma trajetória histórica e legal: 1948 à 1973. 2005. 193 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CIAVATTA, Maria. Trabalho como princípio educativo. In: PEREIRA, Isabel Brasil. LIMA, Júlio César França (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

CLAYTON, Bruce D.; STOCK, Yvonne N. **Farmacologia na prática de enfermagem**. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

CUNHA, Daisy Moreira. As dimensões educativas do trabalho: desafios teóricos metodológicos em aberto. In: JORNADA SOBRE PRODUÇÃO E LEGITIMAÇÃO DE SABERES PARA E NO TRABALHO – DESAFIOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS PARA A PESQUISA E FORMAÇÃO, 4., 2010, São Leopoldo. **Anais...** São Leopoldo: PPGE Unisinos, 2010.

_____. **Notas conceituais sobre atividade e corpo-si na abordagem ergológica do trabalho.** 2012. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/30ra/trabalhos/GT09-3586--Int.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2012.

CUNHA, Daisy Moreira; FISCHER, Maria Clara Bueno; FRANZOI, Naira Lisboa. Atividade de Trabalho. In: CATTANI, Antonio David; HOLZMANN, Lorena (Org.). **Dicionário de trabalho e tecnologia.** 2. ed. rev. Porto Alegre: Zouk, 2011.

CUNHA, Daisy Moreira; SCHWARTZ, Yves. A formação humana entre o conceito e a experiência do trabalho: elementos para uma pedagogia da atividade. **Trabalho & Educação,** Belo Horizonte, v. 14, n. 1, jan./jun. 2005.

DURRIVE, Louis. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. **Trabalho, Educação e Saúde,** Rio de Janeiro, v. 9, p. 47-67, 2011. Suplemento 1.

DURRIVE, Louis; SCHWARTZ, Yves. Glossário da ergologia. **Laboreal,** Niterói, v. 4, n. 1, p. 23-28, 2008.

FRANZOI, Naira Lisboa. O conhecimento informal dos trabalhadores no chão de fábrica. **Educação Unisinos,** São Leopoldo, v. 13, n. 3, set./dez. 2009.

GARLET, Estela Regina et al. Finalidade do trabalho em urgências e emergências: concepções dos profissionais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, jan./ago. 2009.

GEOVANINI, Telma, et al. **História da enfermagem:** versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

HOLZMANN, Lorena. Processo de trabalho II. In: CATTANI, Antonio David; HOLZMANN, Lorena (Org.). **Dicionário de trabalho e tecnologia.** Porto Alegre: Zoom, 2011.

IRION, G. **Feridas:** novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005.

KRUSE, Maria Henriqueta Lote. **Os poderes dos corpos frios:** das coisas que se ensinam às enfermeiras. 2003. Tese (Doutorado)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

LEOPARDI, M. T.; GELBBCKE, F.; RAMOS, F. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto & Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 32-49, 2001.

LIMA, Júlio César França; NEVES, Lúcia Maria Wandeley; PRONKO, Marcela Alejandra. Trabalho simples. In: PEREIRA, Isabel Brasil. LIMA, Júlio César França (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

LINHART, Daniele. Entrevista a Lucília Machado. **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, n.7, jul./dez. 2000.

LIZ, Joyce de; LOSEKANN, Maristela Vargas; FONTANA, Rosane Teresinha. Considerações sobre o trabalho na abordagem proposta pela ergologia. In: FRANZOI, Naira Lisboa et al (Org.). **Trabalho, trabalhadores e educação: conjeturas e reflexões**. Porto Alegre: Evangraf, 2010.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, Willian César Alves. Reflexão sobre a prática profissional do enfermeiro. Parte IV. In: GEOVANINI, Telma, et al. **História da enfermagem: versões e interpretações**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

MACIEL, Cilene Sandrine Alves; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini. Compreendendo a lacuna entre a prática e a evolução técnico-científica do banho no leito. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 233-242, mar./abr. 2006.

MARTINS, Susana Isabel Aguiar. O banho no leito em contexto de internamento hospitalar: vivências de pessoas idosas. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências da Enfermagem)- Universidade do Porto, Lisboa, 2009.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. 29. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise. Teorias da administração e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor da saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, 2006.

MATTA, Gustavo Corrêa. MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção à saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil. LIMA, Júlio César França (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MELO, Duarte. **Corpo, pudor e privacidade: uma ligeira abordagem**. São Miguel: Nova Gráfica, 2005.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, Cezar Rodrigues et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil. LIMA, Júlio César França (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MOROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica Ferreira; PEREIRA, Isabel Brasil. Educação em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

NAKATANI, Adelai Yaeko Kyosen et al. O banho no leito em uma Unidade de Terapia Intensiva: uma visão de quem recebe. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 3, n. 1, p. 13-21, jan./abr. 2004.

OGUISSO, Taka (Org.). **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. São Paulo: Manole, 2005.

OLIVEIRA, Paulo Antonio Barros. Trabalho prescrito e Trabalho real. In: **Dicionário de trabalho e tecnologia**. CATTANI, Antonio David; HOLZMANN, Lorena (Org.). Porto Alegre: Zouk, 2011.

PAI, Daiane Dal; LAUTERT, Liana. O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, maio/jun. 2008. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 12 de setembro de 2012.

PAIVA, Marcelo Rubens. **Feliz ano velho**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

PEREIRA, Eduardo Henrique Passos; PASSOS, Regina Duarte Benevides de. Humanização. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PERUZZO, A.B. et al. Protocolo de cuidados a lesões de pele: Momento & Perspectivas em Saúde. **Revista Técnico-Científica do GHC**, Porto Alegre, v.18, n. 2, jul/dez. 2005.

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PIRES, Denise Elvira. Divisão social do trabalho. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

_____. Divisão técnica do trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: Editora AB, 1999.

RODRIGUES, José Carlos. **O corpo na história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

ROSE, Mike. **O saber no trabalho**: valorização da inteligência do trabalhador. São Paulo: Senac, 2007.

SAINT-EXUPÉRY, Antoine de. **O Pequeno príncipe**. Rio de Janeiro: Agir, 2009.

SCHWARTZ, Yves. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, n. 7, jul./dez. 2000.

SCHWARTZ, Yves. A experiência é formadora? **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, jan./abr. 2010.

_____. O trabalho numa perspectiva filosófica. In: NOKAZAKI, Izumi. (org.) **Educação e Trabalho**: trabalhar, aprender, saber. Campinas/SP:Mercado de Letras;Cuiabá, MT: Editora da UFMT, 2008, p. 23-46.

_____. Trabalho e saber. **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 21-34, jan./jun. 2003.

_____. Trabalho e usos de si. **Pro-Posições**, Universidade Estadual de Campinas, v. 1, n. 5, jul. 2000.

SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis (Org). **Trabalho e ergologia**: conversas sobre atividade humana. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2007.

_____. **Trabalho e ergologia**: conversas sobre a atividade humana. 2. ed. rev. ampl. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2010.

SOUZA, Sabrina Silva de et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 449-455, 2010.

SÜSKIND, Patrick. **O Perfume: história de um assassino**. Portugal: Editorial Presença, 2006.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **SABERES DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE NÍVEL MÉDIO E FUNDAMENTAL: ESTRATÉGIAS PARA REINVENTAR O TRABALHO E QUALIFICAR A ARTE DE CUIDAR**, que será realizada por Maristela Vargas Losekann, aluna do Mestrado em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e orientada pela Prof. Dra. Maria Clara Bueno Fischer. A pesquisa tem como objetivo geral **compreender a forma como os saberes da experiência aparecem na atividade cotidiana de trabalho e como são utilizados na arte de cuidar o outro pelos auxiliares e técnicos em enfermagem.**

Uma das justificativas da escolha desse tema é o reconhecimento de que os saberes da experiência estão em baixa nas práticas de enfermagem e que o número de protocolos e padronizações tem sido ampliado.

Esta pesquisa está estruturada em duas etapas:

(1ª) Uma entrevista semi-estruturada composta por 23 perguntas, com previsão de tempo de registro de 60 minutos.

(2ª) Após a entrevista, mediante autorização, você será acompanhado durante o turno de trabalho e o pesquisador irá coletar alguns dados sobre a sua prática em um diário de campo.

Caso você queira participar da entrevista e da observação do trabalho é necessário que você preencha os dados para contato e agendamento de dia, local e horário adequados. A entrevista será gravada em áudio. Não serão gravados os dados de identificação resguardando a confidencialidade dos depoimentos. As gravações serão guardadas por cinco anos e após esse período, inutilizadas. Não haverá nenhum tipo de gravação durante a observação da sua prática, somente serão registradas as observações do pesquisador em diário, mantendo o sigilo e não causando nenhum tipo de constrangimento aos pacientes.

PREENCHA ESSE CAMPOS PARA PARTICIPAR DA ENTREVISTA

Ramal e turno: _____ (Manhã) (Tarde) (Manhã e Tarde) (Noite 1) (Noite 2)

Telefone celular:

Outro telefone:

| |
|---------|
| E-mail: |
|---------|

Será assegurado aos participantes desta pesquisa:

1. receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimentos sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros aspectos relacionados à pesquisa;
2. manter os dados e os resultados individuais desta pesquisa sob sigilo ético, não sendo mencionados os nomes ou qualquer dado pessoal dos participantes em nenhuma apresentação oral ou trabalho escrito que venha a ser publicado e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos;
3. interromper a qualquer momento a participação se o/a participante assim o decidir, sem que isso implique em nenhum prejuízo para o participante.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será lido e assinado em duas vias, ficando uma com o/a participante e outra com a pesquisadora. Outros esclarecimentos podem ser obtidos diretamente com a pesquisadora Maristela Vargas Losekann, no endereço: Avenida Francisco Trein, 596, Setor de Emergência - Bairro Cristo Redentor, Porto Alegre, RS, telefone (51)3357.2683.

Caso haja dúvidas quanto às questões éticas, entrar em contato com o CEP/UFRGS pelo telefone (51) 3308.3738 ou com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone (51)3357.2407 ou no endereço: Avenida Francisco Trein, 596, 3º andar, Bloco H, sala 11.

Após ter sido informado/a dos objetivos e métodos desta pesquisa e ter esclarecido minhas dúvidas,

eu, _____ concordo em participar das duas fases deste estudo. Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como recebi a informação de que se houver qualquer dúvida poderei contatar com a pesquisadora Maristela Vargas Losekann, nos endereços acima descritos.

Porto Alegre, _____, de _____ de 2013.

Assinatura do(a) Participante

Maristela V. Losekann

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE B - Termo de Compromisso**TERMO DE COMPROMISSO**

Declaro que tenho conhecimento da Resolução n. 196/96 de 16 de outubro de 1996, que através das decisões do Conselho Nacional de Saúde normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos, e assumo o compromisso de cumprir suas determinações no desenvolvimento da pesquisa **SABERES DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE NÍVEL MÉDIO E FUNDAMENTAL: ESTRATÉGIAS PARA REINVENTAR O TRABALHO E QUALIFICAR A ARTE DE CUIDAR.**



Maristela Vargas Losekann

CPF 587.877.120-91

APÊNDICE C - Questões da entrevista

Prezado(a) respondente

Esta entrevista visa coletar dados para a pesquisa intitulada **SABERES DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE NÍVEL MÉDIO E FUNDAMENTAL: ESTRATÉGIAS PARA REINVENTAR O TRABALHO E QUALIFICAR A ARTE DE CUIDAR**. Por isso, solicitamos a sua contribuição no sentido de responder as perguntas abaixo, assegurando que **será garantido o anonimato** de suas respostas. O tempo estimado para completar a entrevista é de 60 minutos, sendo que será gravada na íntegra em áudio.

Obrigada

Maristela Vargas Losekann - (51) 9346 4104 ou losekann@terra.com.br

ENTREVISTA

1. Qual é a sua formação?
2. Por que você escolheu a profissão de auxiliar de enfermagem (ou de técnico em enfermagem)?
3. O que você considera necessário para ser um bom técnico em enfermagem (auxiliar de enfermagem)?
4. O que você considera como sendo valorização do trabalho?
5. Levando em consideração o que você considera como valorização do trabalho, você acha que a sua profissão é valorizada dentro da equipe de saúde?
6. O que você considera, entre todas as atividades que você realiza durante o seu cotidiano de trabalho na enfermagem, como sendo a atividade mais **importante**?
7. O que você considera como sendo uma atividade de execução simples?
8. Você acha que o auxiliar de enfermagem (técnico em enfermagem) é apenas tarefeiro? Porque?

9. Você considera a experiência na área importante na hora de executar o seu trabalho? Porque?
10. E a experiência de vida, é importante para realizar o seu trabalho na área da enfermagem? Porque?
11. Durante a realização de um procedimento, nem sempre dispomos de material adequado para a sua realização. Você já teve que improvisar em algum momento da sua prática? Fale sobre isso.
12. Que saberes/conhecimentos você mobiliza para realizar o trabalho de cuidar do outro?
13. As rotinas e as padronizações dos procedimentos ajudam você na hora de realizar as suas atividades?
14. Você considera que as padronizações do setor que você atua são adequadas, porque?
15. Você tem informações sobre a forma como são elaboradas as rotinas e as padronizações?
16. Você considera que os saberes dos trabalhadores são levados em consideração no momento de elaboração das rotinas e as padronizações?
17. Você acredita que sempre é possível executar o trabalho respeitando todas as rotinas e padronizações?
18. Você considera as atividades de capacitação e atualização importantes para a realização do trabalho como auxiliar/técnico em enfermagem?
19. Você percebe que os saberes do trabalho são considerados/valorizados quando a empresa promove alguma atividade de capacitação ou atualização?
20. De que modo você acredita que a instituição faz uso dos saberes do trabalho?
21. De que forma o trabalho cotidiano e os saberes constituídos a partir dele contribuem para a tua formação/qualificação profissional?
22. Descreva como você realiza um banho no leito.
23. Dentre os cuidados de enfermagem, que relevância você dá ao banho de leito.

APÊNDICE D - Termo de anuência do responsável pelo setor/ serviço onde será realizada a pesquisa no GHC



TERMO DE ANUÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR/SERVIÇO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA NO GHC

Ref.: Projeto de pesquisa intitulado: SABERES DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE NÍVEL MÉDIO E FUNDAMENTAL: ESTRATÉGIAS PARA REINVENTAR O TRABALHO E QUALIFICAR A ARTE DE CUIDAR

Eu, MÁRCIO NERES, responsável pelo setor/serviço EMERGÊNCIA DO HNSC, tenho ciência do protocolo/projeto de pesquisa supracitado, desenvolvido por MARISTELA VARGAS LOSEKANN, conheço seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que o pesquisador não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

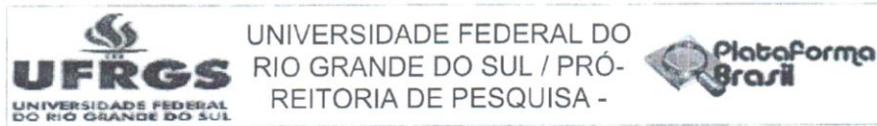
Porto Alegre, 14 de junho de 2012.

MÁRCIO NERES
Ass. Coord. de AMASC
COREN RJ 4013

Assinatura do Chefe do Serviço

Carimbo:

APÊNDICE E - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SABERES DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE NÍVEL MÉDIO E FUNDAMENTAL: ESTRATÉGIAS PARA REINVENTAR O TRABALHO E QUALIFICAR A ARTE DE CUIDAR.

Pesquisador: Maristela Vargas Losekann

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 06062612.0.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 192.082

Data da Relatoria: 10/01/2013

Apresentação do Projeto:

Idem ao anterior

Objetivo da Pesquisa:

Idem ao anterior

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Idem ao anterior

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Idem ao anterior

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As solicitações do CEP forma atendidasem relação ao TCLE.

Recomendações:

Considerando que os itens solicitados foram contemplados, recomenda-se aprovação do projeto.

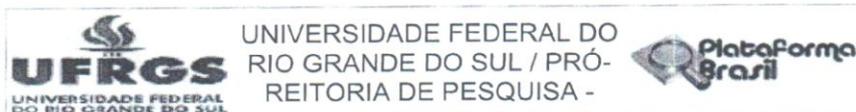
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -

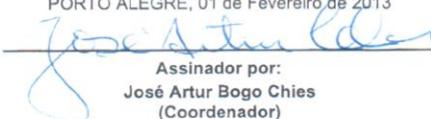
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Encaminha-se.

PORTO ALEGRE, 01 de Fevereiro de 2013


Assinador por:
José Artur Bogo Chies
(Coordenador)

CAAE: 06062612.0.0000.5347

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

APÊNDICE F - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Trevis, 598
CEP 91260-200 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.2000
CNPJ: 92.787.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa
Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Domingos Rubião, 20
CEP 91640-000 - Porto Alegre - RS
Fone: 3367.4100
CNPJ: 92.787.128/0001-76

HOSPITAL FEMINA S.A.
Rua Montebello, 17
CEP 91420-001 - Porto Alegre - RS
Fone: 3334.6000
CNPJ: 92.651.134/0001-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 98.244/90

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em 07 de março de 2013, reavaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 13-025

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

MARIA CLARA BUENO FISCHER
MARISTELA VARGAS LOSEKANN

Título: Saberes de profissionais de enfermagem de nível médio e fundamental: estratégias para o reinventar o trabalho e qualificar a arte de cuidar.

Documentação: Aprovada

Aspectos Metodológicos: Adequados

Aspectos Éticos: Adequados

Parecer final: Este projeto de pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (se aplicável), por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO neste CEP.

Considerações Finais:

- Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/GHC.
- Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.
- Entregue cópia deste documento ao Setor/Serviço onde será realizada a pesquisa.
- Solicitação de declarações, adendos ao projeto e inclusão/troca de pesquisadores serão analisadas perante a entrega do relatório parcial ou final do estudo.

Daniel Demétrio Faustino da Silva
Coordenador-geral do CEP-GHC

Porto Alegre, 07 de março de 2013.

APÊNDICE G - Tabelas das Entrevistas: Depoimentos e Análise

ENTREVISTA 1

| TEMÁTICA: BANHO DE LEITO | | |
|--------------------------|--|---|
| Categorias de análise | Depoimentos | Explicitação dos significados e comentários do diário de campo |
| Normas antecedentes | 1. Daí tu vai ter duas bacias para fazer a higiene do corpo , e depois, difícil porque tu não tem espaço. | 1. O uso de duas bacias é o que está descrito na norma técnica. Mas, ao mesmo tempo que reconhece que este é o material exigido na norma, o trabalhador revela que seu uso é difícil nesse local em função da falta de espaço. |
| Renormalizações | <p>1. Não tem onde pôr as bacias. E aquela água da almotolia está sempre limpinha. Então, ela não entra em contato com a compressa ali. A compressa tu despreza, troca tua compressa, e usa aquela água que tá sempre limpa.</p> <p>2. Preparo o material para o banho, pego a roupa de cama. Como sempre é muito cheio, difficilmente usa a bacia porque a gente nem tem onde pôr. A gente organiza uma ou duas almotolia bem cheias de água morna com sabão dentro, preparadas e vai. Aí tu chega lá, vai tirando a roupa do paciente e começa a dar o banho. Primeiro lava o rosto, na verdade o cabelo na sala laranja não tem uma rotina bem fixa de qual é o dia de lavar e, às vezes, não tem condições de lavar cabelo, pelo tempo que está sempre correndo. Então, quando é muito necessário se lava, senão o cabelo vai ficando. Daí começa lavando o rosto dele, às vezes, a higiene oral que deveria ser primeira, já se faz antes quando tu recebe o paciente, porque às vezes o banho demora um pouco, é mais tarde, então já se faz uma higiene oral logo</p> | <p>1. Não tem como respeitar a norma, ou seja, não tem onde pôr as bacias: "Trazer o equipamento necessário para o apoio ao lado da cama ou a bandeja sobre esta". Acontece uma renormalização, as duas bacias foram substituídas por duas almotolias. O uso da almotolia, além de ser adequado para o espaço disponível, permite, segundo o trabalhador, manter a água limpa durante o banho, pois a água é colocada sobre a compressa e não há imersão da compressa naquela água. No banho com as duas bacias, a compressa é imersa na água com sabão e depois vai lavar uma parte do corpo do paciente, retornando novamente para a mesma água antes de lavar outra parte. A renormalização, a partir dessa perspectiva, qualificaria o cuidado.</p> <p>2. Organiza o material para realizar o banho, mas substitui as bacias pelas almotolias. Fala sobre a sua dificuldade de acomodar as bacias no espaço disponível e relata como organiza as duas almotolias. A água colocada nas almotolias segue a mesma rotina das bacias, ou seja, uma almotolia com água morna e outra com</p> |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>nele. Então durante o banho nem é preciso, daí começa com almotolia e água no lugar da bacia, com as compressas vai lavando. lava o rosto, entre dois sempre, um vai lavando e outro secando. Lava o rosto e depois as mãos, os braços, a parte da frente é o tórax e aí vai descendo nas pernas, depois vira o paciente e lava toda a parte de trás, vai secando e já vai tentando cobrir porque ali na verdade os pacientes ficam muito expostos, às vezes, a gente até.. de tanto que tu acostuma com aquilo que, às vezes tu acaba esquecendo de proteger eles, de ir cobrindo um pouco com um lençol as partes limpas, aí tu lava a parte de trás e vai secando direitinho, volta, faz a higiene dos pés. A água está sempre limpa, não é preciso desprezar, se gente usa bacia tem que desprezar. E daí lava a parte do períneo lavando com bastante água e as compressas, vai trocando as compressas, secando. Nos homens, eu pelo menos procuro puxar a parte do pênis, da glândula para lavar, porque, às vezes, a gente pega assim que...numa situação bem difícil. Eu acho que nunca é lavado, eu sempre procuro lavar e secar bem. Aí tu já começa a trocar, aí tu vira e vai trocando os lençóis todos, colocando o lençol seco. Na outra virada arruma.</p> <p>3. A vantagem da almotolia é que não precisa trocar a água. Justamente, não precisa trocar. Se é um paciente lúcido, que não pode deambular, não pode fazer muito esforço,então mais precisa auxiliar ele do que tu dar o banho propriamente dito nele. No caso, na mulher dá para usar a comadre na hora de lavar o períneo para ajudar.</p> | <p>água morna e sabão. Faz uma renormalização no material, mas mantém a mesma ordem de execução do procedimento: começa pelo rosto, depois braços, tórax, pernas. Depois, passa para a região posterior do corpo, pés e por último a região do períneo. Fala sobre a recomendação da técnica de manter o paciente sempre coberto e expor somente a área que está sendo higienizada. Revela uma vantagem do uso da almotolia: a água fica sempre limpa,não precisar trocar nunca a água porque esta não entra em contato com o corpo do paciente e nem com as compressas usadas no banho.</p> <p>3. O trabalhador fala da vantagem da almotolia e da possibilidade de agregar outros materiais para facilitar a higiene perineal, como é o caso da comadre, que é colocada sob a região e glútea e serve como proteção para que possa ser derramada água abundante sobre a região.</p> |
| <p>Usos de si por si e pelos outros</p> | <p>1. O espaço? O espaço é mínimo, o espaço é o outro grande problema. Por isso do banho com almotolia, talvez se criou pelo espaço, porque não tinha, a gente não tem aqui, na sala verde principalmente, quando está muito lotada. Não tem como tu chegar com bacia e tudo que tu precisa pra dar um banho</p> | <p>1. A necessidade de adequação das tarefas ao espaço disponível, na opinião desta trabalhadora, pode ter sido responsável pela renormalização do banho. Fazer o melhor possível nas condições que são oferecidas, ou seja, realizar o banho de leito apesar do espaço reduzido e do elevado número de pacientes. A</p> |

| | |
|--|--|
| <p>de leito, não tem mesinha e não tem como chegar. Então, foi improvisado isso porque se viu que era mais fácil conseguir chegar no paciente. E assim é aqui, às vezes, dá uma intercorrência e tem que tirar dois, três da frente pra poder atender aquele que tá lá atrás, então o espaço é uma coisa bastante difícil. O espaço que nós temos não é para comportar todos esses pacientes que tem aqui. Então a gente faz aquilo, o melhor possível nas condições em que a gente trabalha.</p> <p>2. Eu acredito que a almotolia é bem aceita sim, porque eu, particularmente, muitas vezes, dou banho de almotolia. Até porque eu acho que o banho de almotolia é um banho melhor do que numa bacia. Porque a almotolia dentro ela é limpinha. E aquela água não entra em contato com mais nada. Tu joga no paciente e vai lavando, aquela água tá sempre limpinha. Indiferente da parte que tu vai passar do corpo. E eu acho que os enfermeiros eles também tem essa visão, que é difícil, às vezes tá muito cheio. Mas ele tá vendo que tu fazendo da melhor forma possível. Mas tu tá tentando fazer. Tu tá tentando dar o teu banho, fazer o cuidado do teu paciente. Eu acho que por esse motivo talvez eles aceitem isso. Por mais que não seja o correto, eles também sabem, nós também, mas eu acho que por isso o enfermeiro concorda.</p> <p>3. Já aconteceu de pegar alguém que disse: -Eu não tomei banho, e te pedir para ti dar o banho. Muitas vezes. Muitas vezes já aconteceu. Porque assim, ali na sala laranja, principalmente, todos os turnos são complicados. É o turno da manhã, o da tarde e o da noite. Então todo mundo passa por esse tipo de intercorrências. E, às vezes, acontece. O colega também não conseguiu por algum motivo. E aí o paciente é lúcido, orientado e ele vem e te diz: - Olha, eu não tomei meu banho. Muitas vezes acontece. E aí tu te organiza pra poder acrescentar mais aquele banho na tua escala. Sempre que possível a gente faz. Ainda mais se ele se ajuda um pouco a gente tenta pelo menos fazer uma higiene para que ele se sinta um pouquinho mais</p> | <p>preocupação em realizar a tarefa, mesmo sem condições adequadas, exige que o trabalhador use de si na situação laboral e produza uma renormalização necessária para que o trabalho prescrito possa ser realizado.</p> <p>2. A avaliação que o trabalhador faz do banho com almotolia é positiva: "melhor que de bacia, pois é sempre limpa". No entanto no final da sua fala diz que não é um procedimento correto, pois não é o que está na norma. A aceitação do uso da almotolia acontece, na percepção deste trabalhador, pois é do conhecimento de todos do setor que as condições de trabalho são muito difíceis em função do elevado número de pacientes e do espaço físico. Estão todos tentando fazer o melhor possível pelo paciente, mesmo não seguindo a norma.</p> <p>3. Entendimento que o excesso de atividades acontece em todos os turnos aumenta o grau de tolerância com os colegas e com o que não foi possível fazer. No entanto, acrescentar mais uma tarefa exige maior organização por parte do trabalhador para dar conta de mais uma demanda. O trabalhador faz uso de si para beneficiar o paciente que não tomou banho no turno que deveria e para aumentar o conforto e bem-estar deste.</p> <p>4. Durante o banho aumentam as exigências com relação aos usos de si, pois o trabalhador tem que estabelecer uma relação de proximidade, se apresentar, dizer o que vai fazer e, de acordo com a técnica, "discutir o procedimento com o paciente e investigar a sua capacidade de ajudar no processo, bem como suas preferências de higiene pessoal. Rever o prontuário do paciente para quaisquer limitações na atividade física". Além disso, deve analisar as condições da pele, revisar a permeabilidade do acesso venoso e ver a medicação que está sendo infundida.</p> <p>5. Usos de si para organizar todo material necessário. Organizar o material é uma etapa importante para dar um banho de qualidade porque reduz o tempo que o paciente fica exposto evitando o resfriamento do corpo e o constrangimento por ficar despido,</p> |
|--|--|

| | |
|---|---|
| <p>confortável. Até o próximo banho no horário dele, no outro dia.</p> <p>4. A organização, tu organiza todo o teu material. Primeiro, claro, tu sempre vai dizer pro paciente aquilo que tá acontecendo, o que a gente vai ajudar aquele momento, lhe dar um banho, pra pessoa também se sentir respeitada. E claro, e no momento do banho, já é o momento que tu vai olhar todo o paciente, a pele íntegra, o acesso dele, que com certeza já foi visto sempre no início do plantão, isso tu já olha se tá infundindo alguma coisa, como que tá aquele acesso, mas aí naquele momento é a hora que tu vê o paciente como um todo, completo. E assim já pode comunicar se ele tem uma úlcera, alguma coisa, que naquele momento tu vai ver. Acompanha ele naquele momento completo e bem próximo.</p> <p>5. Quando vai dar o banho de leito, tudo tu já prepara antes. Todo material que vai ser usado, já dispõe tudo na mesinha pra quando tu chegar lá no paciente tu já ter tudo na mão. Para poder dar um banho adequado.</p> <p>6. Os kits de higiene? Olha, praticamente todo mundo tem, porque senão a gente usa aquele sabão, que é o mesmo usado para a gente lavar as mãos aqui, põe um pouco dentro da água e já vai aquela água preparada com o sabão. Mas, muitos colegas tem, eu mesmo tenho também, a gente compra um sabonete mais cheiroso, para dar um cheiro melhor no paciente. Sabonete líquido... muitos já tem o seu kit banho, ali no kit banho tem um sabonete, tem um talco para ajudar um pouco.</p> <p>7. Na hora do banho tu vê o paciente como um todo, vê se já tem uma úlcera de pressão, ou alguma parte da pele que já esteja mais vermelha, pressionado, enfim. Se tem curativo é tudo feito, trocado na hora do banho. Já é feito o curativo, trocado os acessos, os esparadrapos, molha, começa a cair e tu já troca.</p> <p>8. Tem aqueles paciente que não estão acostumados a tomar</p> | <p>tornando mais prazeroso o banho. Reduz os deslocamentos do trabalhador até o posto para buscar material. Necessidade de conhecer as condições gerais do paciente para poder prever que tipo de material será necessário além do que está especificado na técnica do banho. O momento do banho é também o momento de avaliação das condições da pele, das trocas de curativos, trocas das fixações dos tubos, sondas e cateteres.</p> <p>6. Os usos de si em prol do conforto do paciente aparecem no ato do trabalhador em comprar produtos de higiene para usar no cuidado do paciente. Desejo de deixar o paciente cheiroso após o banho e em boas condições.</p> <p>7. O banho de leito aparece como sendo uma marca da integralidade, pois nesse momento o técnico realiza uma série de outros cuidados e observação do estado geral do paciente. A pele e anexos, os curativos e sua evolução, como estão as sondas e cateteres e suas fixações, enfim, uma série de outros procedimentos são realizados durante o banho.</p> <p>8. O banho visto como sendo parte do tratamento de saúde do paciente, valorizado pelo trabalhador. Usa uma técnica para convencer o paciente da importância de realizar o banho e mostra a sua interferência na recuperação. Respeito à autonomia dos paciente, poder de decisão dos pacientes lúcidos e que deambulam sobre que horário realizar o cuidado. No entanto, mesmo sabendo que estes tem poder de decisão sobre o horário que desejam tomar banho, orienta que a norma diz que o banho dele é em determinado horário. A força da norma aparece sobrepondo-se à singularidades dos pacientes.</p> <p>9. O trabalhador relata que já houve situação em que o plantão estava muito agitado e que o banho foi deixado de lado para fazer outros cuidados ou passou para outro horário. Mesmo sem tempo para realizar o cuidado, o trabalhador procura "ajeitar" o paciente para que ele fique mais confortável. A necessidade de escolher um cuidado como prioridade em função da emergência não torna</p> |
|---|---|

banho todo dia e se **o paciente é lúcido e não quer, não quer, às vezes fica difícil por mais que tu tente explicar: -Não, mas o banho é bom, vai ajudar na sua recuperação, que o banho também faz parte, até para evitar bactéria,** toda uma ... mas mesmo assim, às vezes, a gente não convence. Paciente lúcido e orientado tu não tem como dar um banho obrigado. Daí, paciência. É comunicada a enfermeira, evoluído na pasta: - O paciente não aceitou o banho. Agora, se o paciente, mesmo que esteja lúcido, se é mais dependente e não quer... mas, a gente **precisa trocar a fralda, vamos fazer uma higiene.** Aí eles dizem, mas está muito frio, principalmente as pessoas mais velhas, os velhinhos. Não, mas não precisa enfermeira, está muito frio aqui, porque senão vai me dar uma pneumonia. Não, e aí **a gente explica: -Não, a gente dá um banho bem rapidinho, só para o senhor ficar limpo e vai cobrindo para não pegar tanto frio.** Bem ligeiro, é rápido. E, a maioria concorda ou se não concorda, está bem. Mas se o paciente é lúcido, bem lúcido mesmo e que não é tão dependente assim é complicado. Ou mesmo aqueles que deambulam, tem muitos moradores de rua e tal, e o banho é na noite, mas **como ele caminha e é lúcido e orientado ele pode tomar banho a hora que ele quiser, mas mesmo assim eu digo: - O seu banho é de noite.** Não sei se o senhor quer deixar o banho para tomar amanhã ou quer tomara agora, quer que eu lhe traga a roupa? às vezes, uns dizem vou tomar hoje ou vou tomar amanhã.

9. Já tiveram plantões bem difíceis, mas daí **tu deixa de dar o banho naquele horário que gostaria de dar, que é mais no início do plantão.** Mas depois, de madrugada quando acalma um pouco... Eu não lembro de ter deixado nenhuma vez, na vermelha, que é uma sala de parada, ter deixado o paciente sem banho. **Pelo menos dar uma ajeitada e fazer uma higiene mais rápida, mas sempre se procura dar nem que seja três, quatro ou cinco horas da manhã.** E se não conseguisse dar o banho eu passaria no plantão, e comunicaria o enfermeiro da sala que não foi dado porque realmente **não teve condições para dar o**

o banho menos importante para o trabalhador. Procura comunicar o gestor sua impossibilidade para realizar o cuidado, justificado pela necessidade de priorizar outro cuidado mais urgente em detrimento deste. A realização do banho que ficou pendente para o outro turno vai depender do movimento da sala e das urgências. O ritmo do trabalho vai ser determinante para que o trabalhador possa incorporar mais essa tarefa.

10. Preocupação em orientar o paciente do motivo pelo qual o banho não foi realizado no turno que deveria ser e porque ocorre essa divisão dos banhos acontece entre os turnos. O cuidado do banho está na lista de tarefas, mas nem sempre é possível que seja realizado.

| | | |
|-----------------------|---|--|
| | <p>banho aquela noite, porque tiveram muitas outras coisas que foram prioridade. Não deu, não sobrou um tempo. O entendimento da equipe, do colega...Acho que tudo depende, dependendo da equipe, vai entender e outros vão dizer: -Ha, não fez, não quiseram dar o banho. Depende da equipe e acho que vão fazer dependendo de como está o horário deles também, porque eles também vão ter os banhos deles. Então, se tiver mais calmo talvez eles vão conseguir, se não der vai ficar para a noite aquele banho.</p> <p>10. Porque para o paciente é difícil de entender: -O teu banho é de tarde. Não tem o entendimento do paciente. Sim, mas a gente sempre procura explicar porque, às vezes, não tem como dar mais de um banho, se dá a gente até auxilia se o paciente se ajuda um pouco e está mais tranquilo, até da para ajudar. Mas se não dá a gente explica: -Olha, os banhos são divididos, que é sempre muito cheio, é muito paciente dependente. Então a gente divide para não ficar pesado, o um toma banho de manhã, o dois de tarde e o três de noite. A gente procura dividir assim para que a escala não fique sobrecarregada e para que todos possam dar o seu banho e deixar o seu paciente pronto. Só por isso, que o seu banho é de tarde e não de manhã. Se o paciente é dependente ele não vai poder ir, mas se ele é lúcido ele vai a hora que ele quer. Pode ir de manhã, ou enfim...</p> | |
| <p>Valores</p> | <p>1. E com a almotolia também seguimos a ordem. Sim. Primeiro o cabelo, rosto. Segue a mesma linha com as almotolias e com as bacias. E, as nossas bacias nem esterilizadas são. Muitas vezes nós temos vários pacientes de isolamento. Então essas bacias são só lavadas e daqui a pouco vai pra outro e volta, vai pro outro e volta, vai pro outro e volta. A gente não sabe até que ponto isso é realmente favorável para o paciente.</p> <p>O paciente gosta tanto desse banho de bacia como de almotolia. Sim, certamente. Para ele é muito agradável. O banho de</p> | <p>1. A renormalização do banho com a almotolia não modificou a ordem que este deve ser dado, ou seja, da parte mais limpa para a mais suja. Iniciamos lavando o cabelo, depois vai para o rosto, pescoço, braços, tórax, abdome, pernas e segue em direção aos pés. A compressa deve ser trocada sempre que necessário. A região do períneo é a última a ser higienizada, devendo sempre ser trocada a compressa antes da sua realização. Há uma preocupação com a limpeza do material que será utilizado no paciente, com a transmissibilidade de infecções e com o bem-estar do paciente. A vida do paciente como um bem maior.</p> |

almotolia, assim, dá a impressão até do chuveiro. Tu fura ali em cima, então tu joga assim no paciente, como aquela aguinha caindo, aquela aguinha morna. Eu nunca vi nenhum paciente reclamar. Eles não... **Porque o importante pra eles é tomar o banho, indiferente como o banho seja proporcionado.** Mas que seja.

Na verdade **essas recriações são por necessidade de atender o paciente de maneira melhor, certamente. Necessidade de cuidar de uma forma melhor e que facilite.**

E na sala vermelha que é aquele frio do ar condicionado, em relação ao tempo do banho de duas bacias e com duas almotolias? bem mais prático porque tu já leva aquela água morna preparada dentro delas, das almotolias. Então, tu hoje vai lavar o cabelo do paciente, tu lava o cabelo e com a outra almotolia tu já enxagua, já seca o cabelo, já põe um forro para ficar absorvendo mais a água e segue o banho. Um já vai lavando e o outro já vai enxaguando, lavando e secando, bem mais fácil.

Uma coisa, das vantagens, porque se usa? A água sempre limpa, lugar de acomodar. Na vermelha ainda dá para usar bacia porque o espaço é um pouco melhor, mas mesmo assim porque a almotolia já é uma coisa que pegou mesmo, então é usado bastante. Mas lá até daria para usar bacia, mas as nossas bacias aqui da emergência em primeiro lugar não são esterilizadas. As bacias são só lavadas, uma época era tudo esterilizado. Então, a almotolia é limpa dentro, tu não tem contaminação nenhuma. A água que está ali está sempre limpa. tu pode lavar do rosto até o pé com aquela mesma água que ela está sempre limpa, ela não entra em contato com nada. Ao contrário da bacia. Provavelmente foi por isso que se criou, e se viu que realmente era prático, para nós aqui muito prático. Na laranja ou em qualquer sala que é muito lotada, então, não tem onde largar nada, tem que largar tudo em cima do paciente para começar. Aí tu vai largar uma bacia em cima e como tu vai mexer nele? Muito

Faz uso de si ao tentar reproduzir no leito as sensações do banho de chuveiro. Valorização do bem-estar e do conforto que o banho proporciona para o paciente: "a água caindo, aquela água morna". Na sua avaliação, o que importa para o paciente é tomar banho, indiferente de como o banho for dado. Mas demonstra que preocupa-se em realizar um banho com qualidade e que seja agradável para o paciente.

Preocupa-se com as necessidades do paciente e deseja prestar um cuidado de qualidade. Não esquece também de si mesmo, pois ao renormalizar pensa em alternativas que facilitem a realização da tarefa.

difícil.

E vocês usam as almotolias das águas? A maioria é das águas, porque a das águas são limpas. Tu dá água para o paciente e não entra em contato, aquela almotolia é limpa, é usada a da água porque a da dieta mesmo quando acaba vai fora. Mas a da água geralmente é limpa, a gente já aguarda na verdade. Terminou a água e tu já fecha a sonda, tira, põe o equipo fora e guarda a almotolia para usar. E até é muito bom, vai trocar a fralda já leva uma água morna, já lava. É bem prático.

E o banho o que tem de vantagem para o paciente, a questão não só da limpeza da pele mas o que mais traz para o paciente? Acho que dá muito conforto para ele a pele limpa, eu acho que evita muito prurido, acho que até para circular melhor o sangue tu movimentar ele, para tudo isso. No momento que tu está lavando tu está massageando. Aquele banho morno, tudo ajuda. E aí é trocada a roupa de cama limpa, acho que o paciente se sente bem.

E como é bom até para a gente tocar na pele do paciente limpa, o suor? Sim e tu vai mexer nele todo o plantão e cada vez que tu vai lá está daquele estado. Então se ele está limpo, qualquer um que chegar ali, nossa que bom. O paciente está limpo se tu for mexer, examinar ele. É outra coisa, do que tu ver um paciente todo sujo, em más-condições e daquele jeito ele fica. Pobrezinho.

Isso da divisão da escala de banho entre todos os turnos tu acha que facilitou porque antes todos os banhos eram pela manhã, tu acha que qualifica o cuidado, dividir as tarefas entre os turnos de maneira igual? Muito. Foi a coisa mais justa que fizeram, porque eu trabalhei de manhã e todos os banhos eram de manhã. Olha, a maioria paciente dependente, a grande maioria. Eram dez horas da manhã e eu estava dando banho, e de manhã tem muitas medicações, os antibióticos quase todos tem de manhã. E as dietas por sonda, então realmente, a coisa mais justa, que quem teve essa ideia e viu que a coisa estava difícil nos banhos porque não ficou pesado para ninguém, nem para um turno e nem para o

| | | |
|----------------------------------|---|--|
| | <p>outro. Muito bem dividido os banhos. Na verdade partiu dos próprios trabalhadores. No início, eu já estava de noite quando começou os banhos de noite. O pessoal, sempre reluta um pouquinho: -Agora, eu vou ter que dar banho também. Mas depois tu realmente vê que é muito melhor, ninguém fica sobrecarregado, todo mundo pode dar banho, bem mais fácil. E cada escala não tem tantos banhos, porque daí ficou naquela ordem, um banho da manhã, dois, da tarde, três da noite. Então, se pegar uma escala de seis tu vai ter dois banhos se for dependente. O teu colega talvez dois, então, não ficou pesado para ninguém. Foi a melhor coisa que teve para os funcionários e acho que para os pacientes também. Assim só fica sem banho quem realmente não quer ou se o funcionário que está com ele não se importa muito com o banho, é mais ou menos assim porque por mais pesado que esteja as salas e que não dê para dar um banho mais decente, mais demorado, mas um pano úmido, dar uma lavada, eu pelo menos procuro sempre dar.</p> | |
| TEMÁTICA: TROCA DE FRALDA | | |
| Normas antecedentes | | |
| Renormalizações | <p>E a troca da fralda, assim fez a higiene do períneo na hora do banho e aí já faz a colocação da fralda na maioria dos pacientes que são dependentes, como que tu faz a troca da fralda, o truque, mas só que não é só uma fralda sobre a outra, como que é essa questão? Como não dá, porque às vezes tu não consegue ir muito seguido ver o teu paciente, trocar a cada pouquinho. O paciente urina, faz bastante xixi. Então, isso já faz tempo, já se usou e todo mundo usa. A gente diz colocar um "truque", tu põe a fralda normal, nas mulheres tu dobra uma outra fralda menor e tu põe como se fosse um absorvente dentro da fralda, ali na parte que realmente vai sair mais xixi, porque daí protege até mais um pouco. Porque essas fraldas se fizer um pouco de xixi já passa</p> | |

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| | <p>tudo e vaza. E facilita porque daí na corrida eu venho ali para olhar ligeiro e abro a ponta da fralda e olho, aquela de dentro está molhada e não tem como fazer toda troca, passar uma água naquele momento. Então tu puxa, tira aquela molhada e põe uma sequinha e fecha até tu poder vir e fazer uma higiene melhor e trocar toda a fralda dela para ficar limpinha. Nos homens é a mesma coisa, aí tu abre um buraquinho naquela fralda de dentro e põe ali no pênis e meio que enrola, faz a mesma coisa. Porque aí absorve melhor, não vai ficar tão molhado.</p> <p>já vi o pessoal fazer uns furinhos, para que servem? Os furos é porque senão fica só naquela fralda, aquela fralda fica encharcada e não sai para a outra. Então, os furos na verdade é para quando ela está demais, já passar na outra. Não fica aquilo ali ensopado no paciente. É isso, para isso. Porque não tem condições de a cada pouco estar indo ver a fralda, nos dias de muito tumulto realmente não dá. As vantagens é para evitar de vazar até para a cama, porque protege bem mais tanto nas mulheres como nos homens. Tu vai ali rapidinho e olha se o "truque" está molhado tu já tira aquele ali e a fralda de baixo se mantém mais seca.</p> <p>E os trabalhadores novos vão incorporando na sua prática também? Sim, também, Porque vai vendo o outro, um mostra que facilita fazer assim e isso vai se passando, na verdade, de um para o outro.</p> <p>Com a almotolia eu já vi que o pessoal se organiza, arruma uma almotolia e vai fazendo todas as higiènes perineais com aquela almotolia? Sim, porque a água está sempre limpa, isso que é prático. Já passa para o colega se ele quiser a água já está sempre limpa. Então, é muito bom, muito prático na verdade.</p> | |
| Usos de si por si e pelos outros | E esse material do curativo tu já leva, tu já organiza o material e se tiver já troca? Se eu já conheço o paciente ou se na passagem de plantão é dito:- Olha, o paciente já tem uma úlcera de pressão | |

| | | |
|---------|---|--|
| | <p>ou tem algum curativo. Eu já levo, mas às vezes não é passado nem nada, tu descobre quando tu vai mexer no paciente. Aí é preciso pedir para o colega, tu podia me alcançar. Para o colega trazer, então depende, se tu já sabe tu leva, se tu não sabe às vezes precisa do auxílio de mais alguém para alcançar.</p> <p>E isso é uma criação aqui da emergência? Daqui da emergência. Tu já viu o pessoal do andar usar? Olha nunca ouvi, mas eu acho que é daqui porque faz um tempo que se criou isso para tentar absorver melhor porque tem umas fraldas de péssima qualidade, que é uma vez e...Porque tu acha que isso acontece, porque as pessoas acabam criando novas formas de fazer e de trabalhar, as renormalizações? Pelas condições de trabalho, pela superlotação, pelo tempo, porque tu nunca dá um banho no tempo ideal que seria um banho, sem precisar estar correndo. Porque você está dando um banho e tu está vendo um milhão de coisas acontecendo ali, às vezes, é um que vai cair da cama, é outro que dá uma intercorrência. Às vezes, tu tem que parar o banho, dependendo do que acontece tem que parar o banho, por um lençol no paciente e ajudar. Então, tu não consegue dar o banho naquele tempo que deveria ser, devagar, tudo é rápido, tudo tem que ser rápido, nada pode ser... tudo que tu faz é rápido porque tu já tem mais outra coisa e mais outra.. e já está acontecendo outra. Então é por isso que se criam essas coisas, porque tu precisa ganhar tempo. Aqui a gente corre atrás do tempo.</p> | |
| Valores | <p>E tu acha que os enfermeiros, as chefias todas sabem desses usos e aceitam bem? Sabem. Eu acredito que é porque na verdade a chefia está vendo que a gente faz porque tem que ser assim, é uma forma de fazer. E na verdade, eu acho que não é incorreto porque a gente faz. É uma maneira de fazer que a gente encontrou, para proteger mais o paciente, fica mais fácil para nós porque o serviço é muito corrido mesmo. Então, não é porque eu não quero fazer: - Ah, eu não vou trocar o meu paciente a noite inteira, vou colocar umas três fraldas e não vou mais lá ver ele. Não. Não é por isso. É porque tem muitas outras coisas para se</p> | |

fazer. Quando está mais calmo é claro que eu posso ir muito mais vezes ver meu paciente, trocar a fralda dele, ou virar ele, olhar como ele está. Mas isso quando dá, quando não dá... Então, eu acho que essa parte a chefia vê que realmente os trabalhadores fazem porque é uma forma de manter o paciente mais protegido, facilitar para nós quando está muito corrido. Mas isso não quer dizer que seja... claro não seria o correto, mas é o que dá para se fazer.

Mas quando se faz, também se faz pensando no paciente? Certamente, porque o paciente fica mais seco, mais protegido. Eu não posso trocar a fralda dele agora, porque está muito corrido. Mas eu tenho um segundo para correr lá e ver se o "truque" está molhado e tirar aquele. Então, deixa sem e ele fica com a fralda seca, que é a debaixo. Ele está seco, mesmo que eu não tenha conseguido fazer aquela higiene ali no períneo, ele está seco. Então na outra eu vou lá e troco tudo, então eu acho que é bom para o paciente também. E também pelo fato de não molhar toda a cama, senão cada vez que ele fizer xixi molha tudo, e tu não consegue ir logo trocar e fica todo molhado, gelado. Então, são formas criadas pela forma como nós trabalhamos aqui, esse quantitativo sempre alto, superlotado, às vezes pouca gente para trabalhar, pacientes graves, as escalas pesadas com um monte de dependentes, então...

Como tu vê a questão do banho, é valorizado como uma coisa importante, um cuidado valorizado, na emergência o interessante é reanimar, e tudo mais? Eu acho porque faz parte do cuidado, tudo é importante no cuidado do paciente, inclusive o banho. Mas vou ser sincera, vejo colegas que acham que o banho não importa, que não interessa. E vejo colegas que, tu vê mas não fala, colegas que não são o banho. Tipo assim: - Banho, eu não vou dar banho. Às vezes, nem na troca da fralda não fazem uma higiene no paciente. Eu não vou me indispor com o meu colega, dependendo da pessoas se tu fala ele leva pra o lado que tu está cobrando. Se eu tenho mais intimidade eu tento falar assim: -

| | | |
|-------------------------------|---|---|
| | <p>Vamos dar, pelo menos um truque, vamos fazer pelo menos uma coisa rápida para não deixar batido. Mas isso eu acho que é de cada um. Eu acho que é um valor meu. Imagina eu, numa cama de hospital dependendo do outro, ficando dois, três dias ali sem nem passar um paninho molhado, fazer uma higiene e eu não poder fazer por mim e ninguém faz. Porque, às vezes, a gente vê na sala vermelha, na laranja e em todas as outras, tu recebendo o plantão e tu olha para o paciente. Nossa, a boca tu não ... tu olha e eu não sei como o colega tem coragem de passar, todo mundo olhando a boca do paciente naquele estado. Sabe, mas tem pessoas que se veem, fazem que não veem ou não sei.</p> | |
| TEMÁTICA: HIGIENE ORAL | | |
| Normas antecedentes | <p>Mas, assim...se tu for olhar na descrição, como tem que ser, vai te dizer que é uma cubinha estéril. Uma assepsia estéril, tudo direitinho ali. Mas, nem sempre é possível. Mas aquilo ali é uma técnica, não é estéril, mas é limpa, então, pode ser feita.</p> | <p>A descrição da técnica de higiene oral, o "como tem que ser", vem junto com a justificativa do motivo de não ser realizada: pouca quantidade de material para o elevado número de pacientes. Mas há uma preocupação com a limpeza do material usado.</p> |
| Renormalizações | <p>Durante os procedimentos, às vezes, tu tem que fazer um procedimento e tu precisa de determinado material. O material adequado, aquele que tá descrito ali na técnica, tem que ser esse material... Muitas vezes. Por exemplo, se eu for fazer uma higiene oral, a gente tem bastante dificuldade de material aqui. Tem pouco. Então a gente não pode desperdiçar assim muito material, e até uma cuba com a assepsia aquela para a gente usar não tem muitas vezes. Muitas vezes é improvisado. Então tu vai usar aquilo que for disponível naquele momento. Tu vai usar uma espátula, vai fazer a torunda com a gaze, vai prender na espátula, vai usar um copinho para pôr o antisséptico, vai fazer a higiene do paciente, muitas vezes.</p> <p>Eu uso esse material. A espátula é limpa. Eu acho até que</p> | <p>O material descrito na técnica não estando disponível exige que haja uma renormalização. No lugar de uma bandeja de higiene oral que contém uma cuba rim e uma pinça, será utilizado uma espátula ou abaixador de língua e um copo plástico descartável para colocar a solução antisséptica para higiene oral. Os passos na execução são os mesmos, somente o material é "improvisado". A renormalização acontece para tornar possível a realização da higiene oral nos pacientes. Caso a realização da higiene oral estivesse condicionada a existência do material descrito na técnica, ela deixaria, em alguns casos, de ser realizada visto que o quantitativo de material não foi planejado para atender a um número variável de pacientes.</p> <p>Há um questionamento por parte da trabalhadora da aceitação do procedimento, mas ao refletir sobre sua realização, conclui que</p> |

| | | |
|---|--|--|
| | pode, tanto pode que a gente usa. | pode porque "a gente usa". |
| Usos de si por si e pelos outros | | |
| Valores | Quando tu improvisa, tu tá pensando no paciente. Certamente. Não é pra ficar melhor para mim , não, é porque realmente a gente não tem. Mas o paciente precisa fazer . Então, é por ele que eu to fazendo assim. Eu sei que não é o correto, sei, mas é o que eu posso fazer. E ele vai ficar bem. Então, é por ele que a gente faz. | Há uma preocupação com o bem-estar do paciente no momento que o trabalhar improvisa o material para não deixar de realizar a higiene oral. No entanto, há também uma ideia de que não é correto fazer dessa forma, pois estou indo contra a norma. |
| TEMÁTICA: TROCA DE DECÚBITO | | |
| Normas antecedentes | | |
| Renormalizações | | |
| Usos de si por si e pelos outros | E na troca de decúbito, como tu faz para te organizar para fazer as trocas? Logo que a gente chega já vai olhar o seu paciente e já dá uma olhada se está de fralda, se já tem que trocar. Se já tem que trocar, troca logo na chegada, que na chegada às vezes ele já está molhado e tu já aproveita. Já vira ele, já troca o decúbito. Assim que der, as 22 tu vai medicar e já pega para a colega e já dá uma viradinha de novo. Se o paciente é leve tu até consegue sozinha, vira para cá e dá uma escoradinha. Mas se é pesado precisa de ajuda. Mas, não posso te dizer que de duas em duas horas ele é virado, não. Não é, porque nem sempre isso é possível. Quando dá são virados mais vezes, mas quando não dá, tem prioridades infelizmente. Às vezes acontece tanta coisa na sala que tu nem consegue chegar. E o colega também não consegue vir. E quando está muito lotado, quantos pacientes dependentes a gente tem sentados nas cadeiras. Esses pacientes para trocar já é um sacrifício, precisa erguer, quantos precisam | |

| | | |
|----------------|--|--|
| | para erguer, suspender o paciente para cima para os outros trocar a fralda. Olha, nem todos estão deitados. É muito difícil. É assim que as coisas vão se criando, vamos passar para o outro, funciona. Porque o paciente sentado... | |
| Valores | | |

| TEMÁTICA: PROCESSO DE TRABALHO | |
|--|---|
| Depoimentos | Explicitação dos significados e comentários do diário de campo |
| <p>O que interfere no cuidado? A sobrecarga de trabalho, a rotatividade dos pacientes que é muito grande aqui. Dos pacientes é uma rotatividade muito grande, porque no momento que um paciente teu tem uma internação e vai pro andar, tu já tá ganhando outro. Tu não vai ficar... não ter mais ninguém, não. Tu nem chegou levando aquele, quando tu tá chegando já tem outra pessoa te esperando. E já tá com dor, e já tem que ser medicado, tem que ser puncionado, tem que iniciar tudo aquilo. Daqui a pouco de repente essa mesma pessoa já vai para o andar, tu já recebe outro. Então, essa rotatividade e esse acúmulo acaba dificultando, às vezes.</p> <p>O tempo e a dinâmica do processo de trabalho atrapalha sim. Aqui no nosso setor atrapalha muito, a gente tem uma demanda muito grande. Então, tem muita coisa pra fazer, com tanto cuidado pra fazer que, às vezes, a gente não para pra escutar. E isso influencia muito.</p> <p>O meu trabalho não é um trabalho simples. Não! Nem um pouco. Não é nada simples. É um trabalho que exige um monte da gente. De todos os lados, porque é uma sala que tem paciente bem graves. E que está sempre chegando. Então, ao mesmo tempo que tu está fazendo um procedimento num, tu já está vendo outra coisa acontecendo e que tu tem que, às vezes, parar e correr porque aquele atendimento é prioritário, tu precisa</p> | <p>A sobrecarga de trabalho e a rotatividade dos pacientes aparecem como fatores determinantes para as renormalizações. Fatores que dificultam a realização do cuidado e exigem que os trabalhadores façam escolhas baseadas em valores: escolher entre realizar um banho de leito com duas bacias e levar trinta minutos ou dar um banho de leito com duas almotolias em dez minutos. <i>Dramáticas dos uso de si</i>, pois de um lado está a exigência de execução de protocolos e de outro, as singularidades do espaço, do tempo, dos sujeitos cuidados.</p> <p>O tempo para realizar as tarefas e a dinâmica do trabalho também dificultam a realização do cuidado dos pacientes. Demanda de trabalho muito grande, dificulta a escuta dos pacientes.</p> <p>Não considera um trabalho simples porque exige muito de cada trabalhador, pois ao mesmo tempo acontecem diversas situações que exigem intervenção rápida. O trabalhador tem que cuidar do seu paciente e manter vigilância de todos os outros que estão sob os seus cuidados: visão ampla da sala e das variações que podem acontecer. São pacientes graves que variam rapidamente seu estado de saúde. Além disso, não há limite de atendimentos, pois é demanda livre e estão sempre chegando novos pacientes para serem atendidos.</p> |

atender primeiro aquele. Tu não pode te envolver só no teu, e ficar olhando só ali, não. Tu tem que ter visão ampla da sala. Então é bem difícil. Tu não fica...**E o trabalho pode ser interrompido a qualquer momento.** Certamente, a qualquer momento pode acontecer uma intercorrência mais grave, que tu tem que parar aquilo que tu está fazendo e que pode esperar um pouquinho e atender primeiro o outro.

Às vezes, tem que deixar algum trabalho para trás porque tu tem outras intercorrências do teus pacientes ou mesmo de um ficar grave. Acontece, muitas vezes, a gente tem que priorizar. Por exemplo, **um banho é importante? É, mas entre um outro cuidado que o paciente tá precisando agora, como instalar uma medicação ou uma intercorrência muito grave. É a vida dele que tá naquele momento. É ele que eu tenho atender primeiro. O banho pode ficar, pode esperar ou ficar para o outro turno.** Talvez eu possa dar. Mas primeiro eu vou ter que atender aquele que tá precisando mais.

A maior característica do meu trabalho... Eu já acho **que o meu trabalho como técnica é um trabalho de suma importância, assim de uma importância muito grande. Eu acho que é isso, eu me sinto muito importante porque é do meu trabalho que resulta praticamente tudo do cuidado do paciente, daquilo que o médico quer, tudo é o meu trabalho. Se alguma coisa não tá bem no meu paciente é eu que vou comunicar o médico,** muitas vezes ele também não vê, né, porque são muitos. Então é eu que vou lá dizer: -Olha, ele não tá bem, o que tá acontecendo. **Então é uma responsabilidade muito grande, e por isso eu acho que é um trabalho importantíssimo. Eu me sinto muito importante por fazer isso.**

A tarefa de cuidado mais importante? Na verdade eu não sei... Eu acho que **todos são importantes. Mas eu acho assim que... talvez o momento da medicação, que é uma coisa que o paciente precisa.** Que ele tá ali porque ele precisa daquilo **ou até aquele momento de conversar um pouquinho com ele. Dar um pouquinho de atenção porque, às vezes, ele tá carente daquilo. Tu falar um pouquinho com ele, dar uma palavra amiga. Muitas vezes, a gente não tem tempo para isso.** Às vezes, tu vê que o paciente tá agitado, inquieto e, às vezes, tu para pra falar com ele e tu vê que é só aquilo que ele tá querendo, que tu chegue ali e que tu fale com ele um pouquinho.

A vida aparece como um bem maior, sendo priorizados todos os cuidados que dizem respeito a sua manutenção. Não deixa de valorizar o banho, mas em uma situação de escolha, prioriza cuidados que envolvem a manutenção da vida do paciente.

O trabalhador considera seu trabalho muito importante e de grande responsabilidade, pois é a partir da sua observação e informação que serão planejadas as intervenções necessárias para a manutenção da vida do paciente. O trabalho do técnico é essencial para que haja conhecimento por parte da equipe das modificações no quadro, pois é do seu trabalho que resulta "praticamente tudo do cuidado do paciente", ou seja, a avaliação e prescrição de um cuidado somente acontece depois que o enfermeiro é comunicado da situação do paciente. É o técnico que comunica se o paciente não aceita a alimentação ou não consegue deglutir, se não dorme ou está ficando agitado, se apresentou vômitos ou diarreia, se apresentou alteração em algum dos sinais vitais, e assim por diante. As informações dependem diretamente do técnico em enfermagem.

Considera todas as tarefas de cuidado que realiza importantes, mas destaca o momento da medicação porque é um cuidado que o paciente precisa neste momento pelo seu quadro ou patologia, determinante para a recuperação do paciente e da manutenção da vida. Destaca também a questão da escuta como sendo importante, mas que em função do pouco tempo que dispõe para outros cuidados acaba sendo deixado de lado. A escuta tranquiliza o paciente e ajuda na sua recuperação, pois este sente-se valorizado.

| | |
|--|---|
| <p>Isso eu acho que é bem importante. Às vezes, a gente cuida muito dos cuidados, mas esquece um pouquinho dessa parte. Ou nem é que esquece, às vezes, o tempo não permite que isso aconteça. Eu acho que isso é muito importante. As pessoas precisam conversar, precisam ser ouvidas, escutar um pouquinho, saber que tu tá valorizando o que ela tá sentindo naquele momento ali é muito importante!</p> | |
| TEMÁTICA: VALORIZAÇÃO DO TRABALHO | |
| Depoimentos | Explicitação dos significados e comentários do diário de campo |
| <p>No meu trabalho a valorização vem bastante do gestor, realmente. Acho que a gente é bem reconhecido pelo que a gente faz, e muitas vezes até do paciente. Dele te agradecer pelo cuidado que tu prestou naquele momento. Aquilo te faz bem, faz muito bem pra gente. A equipe de enfermagem é valorizada aqui. Eu acho que sim, eu acho que é. Com toda as dificuldades que a gente trabalha aqui, eu acho que até a gente é bem reconhecido.</p> <p>tem horário que tu prefere para dar o banho, como tu te organiza? Eu gosto de dar banho logo, eu prefiro dar antes das medicações das 22 horas, chegar ver os sinais e olhar o paciente. Dependendo das condições, antes da visita já chegar e dar o banho, porque ali o quanto antes tu fizer o banho melhor porque tu nunca sabe o que vai acontecer na sala. Às vezes vai dar tanto tumulto que o banho vai ser uma corrida contra o tempo, então aquilo que tu já fizer, ele já está pronto. E depois tu vai mexer com ele as 3 da manhã? Coitado, às vezes, dormindo naquele frio que tem o ar condicionado que é gelado, sim tu vai destapar todo ele para dar um banho? Então tu já da o banho e ele já está pronto e limpo, depois tu medica e ele vai dormir. eu prefiro dar o banho no início.</p> | <p>Sente-se bastante valorizado pelo que faz, principalmente por parte do gestor, apesar de todas as dificuldades que encontra para a realização do seu trabalho. O reconhecimento de modo geral, mas principalmente do paciente "faz muito bem".</p> |
| TEMÁTICA: FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO | |
| Depoimentos | Explicitação dos significados e comentários do diário de campo |

| | |
|--|---|
| <p>Trabalho como técnica em enfermagem há 11 anos. Trabalhei também em outro hospital por dois anos e meio mais ou menos e depois vim para cá. Aqui já estou há nove anos, está fazendo nove anos. Sempre na emergência.</p> | <p>Trabalha há 11 anos na enfermagem e 9 anos na emergência.</p> |
| <p>Nas capacitações eu até acho que há valorização do trabalhador, só que às vezes a gente se sente assim um pouco. Assim tu fica escutando e vendo: - Ai, isso é irreal. Que bom que eu pudesse fazer isso, se eu tivesse tudo que precisa. Mas daí tu lembra que nas tuas condições não tem, sabe. Então tu acha que é meio inútil aquilo que eu tô aprendendo aqui, que eu tô vendo. Porque eu não consigo aplicar no meu dia a dia. Então, a gente se sente um pouco, assim ..., meio..., eu nem sei usar a palavra... tu te sente... agora não me vem a palavra. Tipo assim, você é obrigado, tem que fazer o cuidado daquela forma, mas não tem condições. É isso. Então, essa parte é difícil tu ver, aquilo é o que seria, mas tu sabe que na realidade é impossível de ser feito.</p> <p>As atividades, cursos, palestras, capacitações da educação permanente são importantes. Eu acho que distante não é, a gente aproveita bastante, até porque os cursos tem bastante coisa focada assim, pra nós da emergência. Assim, nas condições que a gente trabalha, bem bom. Eu acho que a gente aproveita muito no trabalho, tudo pode ser aproveitado no teu trabalho.</p> | <p>Nas atividades de formação em serviço há valorização do trabalhador, mas acredita que o que é passado, muitas vezes, está distante da realidade do serviço. Difícil para o trabalhador, pois ele sabe que deveria ser daquela forma, mas no dia a dia não consegue realizar por falta de condições A impossibilidade de realizar o cuidado da forma preconizada como sendo a ideal acaba por trazer sofrimento para este trabalhador. Da mesma forma, faz com que busque alternativas e mobilize saberes para realizar o seu trabalho da melhor forma.</p> <p>Acredita que os cursos promovidos pela educação permanente da emergência são importantes e bem aproveitados pelos trabalhadores, pois trazem o enfoque direcionado para o serviço e levam em consideração as dificuldades do setor. Os diferentes aprendizados podem ser aproveitados no trabalho.</p> |
| <p>TEMÁTICA: ROTINAS E SISTEMATIZAÇÕES</p> | |
| <p>Depoimentos</p> | <p>Explicitação dos significados e comentários do diário de campo</p> |
| <p>Eu acho que essas questões, por exemplo, do banho de almotolia foi introduzido e está sendo usado, mas eu acho que não é considerado na hora de fazer as rotinas. Acho que não, porque eu acredito que isso não é o... não seria o certo. Tipo um improviso. Por algum motivo, por uma condição que naquele momento não tá tendo outra, de tu chegar mais próximo. Então é meio improvisado. Então acho que o improviso não se adequa bem ao POP, no caso. Eles seguem aquilo que seria correto de ser feito, mas que por vários motivos, às vezes a gente não consegue fazer o correto, às vezes, está muito lotado, tem muita intercorrência no momento. Então, todas</p> | <p>Considera as renormalizações como sendo "improvisações" que acontecem porque, no momento, não tem outra forma de chegar do lado do paciente devido a lotação excessiva, número de intercorrências elevado e falta de espaço para colocar as bacias para realizar o banho de leito. No entanto, afirma que essas improvisações não estão adequadas aos Procedimentos operacionais padrão, que seguem o que seria "o correto de ser feito", mas que não é possível de ser feito.</p> <p>A descrição do passo à passo na percepção do trabalhador ajuda na hora de realizar as tarefas, porque eles são pensados a partir do que é correto para ser</p> |

| | |
|--|--|
| <p>essas coisas influenciam aquilo que a gente improvisa. Eu acho que o banho de almotolia até foi um improviso criado e que se usa bastante aqui.</p> <p>Eu acredito que sim, porque eu acho que eles sempre são pensados, naquilo que é certo de ser feito. Então, eu acho que sim. Sempre aquilo que ajuda.</p> <p>Não, nunca participei da elaboração de uma rotina.</p> <p>Acredito que nem sempre é possível realizar o trabalho respeitando todas as rotinas e padronizações. Nem sempre.</p> | <p>feito.</p> <p>Não tem orientação de como são elaboradas essas rotinas e padronizações e não participou da elaboração de nenhum deles.</p> <p>Nem sempre é possível realizar as tarefas somente com o prescrito para ser feito, mas considera o prescrito necessário.</p> |
| TEMÁTICA: ESCOLHA DA PROFISSÃO | |
| Depoimentos | Explicitação dos significados e comentários do diário de campo |
| <p>Eu escolhi essa profissão porque eu sempre gostei muito do cuidado com o ser humano, da pessoa como um todo, né? Por isso escolhi essa área. Essa foi a primeira profissão escolhida.</p> <p>Acho que para ser um bom técnico tu tem que ter conhecimento, em primeiro lugar. E nunca esquecer do ser humano, que tu é humano e que o paciente também é um ser humano. Acho que juntando a técnica com o sentimento tu certamente vai ser um bom profissional.</p> | <p>A escolha da profissão de técnico em enfermagem aconteceu devido ao fato de gostar de realizar o cuidado humano.</p> <p>Para ser um bom técnico é necessário conhecimento e reconhecimento do ser humano como sujeito do cuidado. Também destaca a necessidade de agregar sentimento à realização da técnica. Realizar a tarefa com envolvimento.</p> |
| TEMÁTICA: SABERES DA EXPERIÊNCIA | |
| Depoimentos | Explicitação dos significados e comentários do diário de campo |
| <p>Certamente, a experiência na enfermagem é importante porque todo dia eu estou aprendendo. Todo dia é um novo aprendizado. Aqui a gente tem oportunidade de ver muita coisa acontecendo, diferente. Então, a cada vez que tu passa por uma situação tu aprende com aquilo ali.. E aquilo vem agregando. Tu vai te tornando uma pessoa cada vez com um conhecimento maior, pelas oportunidades que a gente tem de aprender aqui também. É um grande aprendizado.</p> <p>E as situações são diferentes. E tem a coisa do olhar que a gente vai</p> | <p>A experiência que foi acumulando nos 11 anos de trabalho na área de enfermagem é importante na hora de realizar o trabalho de todo dia. Fazer as tarefas geram aprendizados diversos porque são várias situações diferentes que vão agregando novos aprendizados. Cada situação de trabalho promove um novo aprendizado e trabalhar aparece como sendo uma "oportunidade de aprender".</p> <p>As diferentes situações que se apresentam no cotidiano de trabalho fazem com que o trabalhador desenvolva um grande conhecimento sobre as</p> |

| | |
|---|---|
| <p>desenvolvendo. Sim, justamente. A gente vê tanto que a gente já conhece, então. Até o que tá acontecendo com ele.</p> <p>A experiência de vida traz coisas para o meu trabalho de técnica, eu acho que traz. Traz porque muito do que a gente é como técnico é a pessoa, é aquilo que tu já é em casa, é teu aprendizado de vida, da família. Tudo isso já vem se somar junto, tudo pra ti ser um bom profissional. Se tu é uma boa mãe, se tu consegue manter, certamente aqui também tu vai ser muito organizado também. Tu vai conseguir organizar as etapas daquilo que tu tem que fazer. Organização do trabalho.</p> | <p>diferentes patologias. Sabe reconhecer o que está acontecendo com o paciente somente ao olhar para ele.</p> <p>A experiência de vida contribui para que o trabalhador realize o seu trabalho, porque o aprendizado de técnico em enfermagem é construído nas relações da vida.</p> |
|---|---|

ENTREVISTA 2

| TEMÁTICA: BANHO DE LEITO | | |
|-----------------------------------|---|---|
| Categorias de análise (ergologia) | Depoimento | Explicitação dos significados e comentários do diário de campo |
| <p>Normas antecedentes</p> | <p>1. O banho de leito? De preferência se o paciente caminha eu vou, gosto de colocar numa cadeira e dar banho embaixo do chuveiro. Quando não é possível, que o paciente é muito dependente, a gente pega bacias, para poder dar higiene e conforto para o paciente. A gente tem as cubas rim, cubas de higiene oral, coisas assim.</p> <p>2. Eu ainda prefiro a bacia. Não contra nada dos meus colegas, mas porque eu acho que cada um faz. Eu ainda sou mais da bacia, tu molha, tu sente aquela água, eu ainda uso bacia, eu. Particularmente eu uso, mas não tenho nada contra a almotolia.</p> <p>3. E com uma compressa, tu pega uma compressa, daí tu lava, tem outra pra secar, daí tu faz.</p> | <p>1. O trabalhador fala do material disponível, faz referência ao que está descrito na técnica para realizar o banho e a higiene oral.</p> <p>2. Quando questionado sobre o uso da almotolia ou da bacia para realizar o banho de leito, diz preferir usar a bacia, mas não tem nada contra o uso da almotolia.</p> <p>3. Conforme a técnica deve-se usar compressas para lavar, trocando sempre quando necessário e também para secar o paciente.</p> <p>4. Descreve a técnica do banho de leito utilizando a bacia. Organiza o material previamente, conforme descrito na técnica. Segue a ordem que deve ser realizada a higiene, primeiro a limpeza do couro cabeludo e posteriormente do corpo. Fala do uso de jarro para lavar o couro cabeludo. Destaco que no local pesquisado o</p> |

| | | |
|-------------------------------|---|--|
| | <p>4. A técnica de banho no leito? Organiza o material, tu vai primeiro na cabeça, tu pega uma água e vai com a bacia, pega um jarro e vai lavando primeiro a cabeça, aí depois tu começa as outras partes. Aí tu troca toda aquela água, aí pega a bacia de novo, higieniza de novo, passa um alquinho, e depois vai de novo. Aí começa pelo rosto, daí vai indo, as axilas e as coisas aí vai para os pés, e por último a gente deixa as outras partes íntimas pra lavar. Água a gente joga bem e a aí a gente pode esfregar bem. A gente deixa essa parte por último.</p> | <p>jarro é um material que não está disponível. Preocupação com a limpeza das bacias.</p> |
| <p>Renormalizações</p> | <p>5. Antes, todos os banhos eram dados de manhã. A gente fazia uma equipe. Tinha toda uma equipe que ia para os banhos, uns davam os banhos e outros ficavam na medicação. Os que ficavam nos banhos, a gente dava banho em todo mundo. A gente se organizava, porque, às vezes, não tinha fralda e, às vezes, tu tinha que enjambrar com um plástico. Fazer um xiripá e botar mais um lençol dobrado no meio daquele xiripá. Fazia tipo um fraldão e no meio do lençol colocava um plástico e mais um plástico embaixo. Para poder se manter, porque a gente não tinha muito material na época. Agora a gente tem liberado, antes não tinha.</p> <p>6. Agora a gente tem pouco, bacia a gente tem uma ou duas... ou três, não sei. Mas acho que agente tem uma ou duas bacia só. E pra toda essa emergência, tu vai usar como? E quando a sala está lotada, tipo a nossa verde, se tivesse as duas bacias, colocar onde? Aí teria que ter as duas bacias em cima da mesinha. Não tem como fazer. Não tem. A não ser que a gente ponha em uma cadeira e dê banho de chuveiro, aí sim. Aí tu pode. Porque antes a gente tinha, agora a gente nem tem mais... que a gente usava uns aventais e tu tinha uma maca própria para ti dar banho no paciente. E aí tinha uma torneirinha, que era na antiga verde. Era um banheiro que entrava as macas dentro e nós dávamos banho no paciente. Lavava até a maca junto. Olha era ótimo, de manhã nós pegávamos eu e a X, nós entrávamos dentro do banheiro. Olha, os paciente ficavam assim confortáveis,</p> | <p>5. Os banhos aconteciam todos no mesmo turno, dividindo uma equipe para fazer exclusivamente os banhos dos pacientes e outra para medicar. Fragmentação do cuidado. Havia uma estratégia ou "truque" para dar conta da falta de fraldas descartáveis, os "xiripás" que serviam também para facilitar o trabalho e manter o paciente seco por mais tempo.</p> <p>6. A falta do material para a realização do banho (bacias) é apontado como sendo um dos motivos para a renormalização com as almotolias. Mas logo em seguida, o trabalhador fala que mesmo tendo as bacias não teria onde colocá-las, pois não tem espaço e nem mesas para isso. E volta a falar do passado e da forma como era realizado o banho antes, na sua avaliação era um banho ótimo, pois tinha a possibilidade de dar um banho de chuveiro com o paciente em cima da maca, um banho bem esfregado, bem dado, em que tudo era lavado, até mesmo a maca.</p> <p>7. Diz não saber quem começou a usar a almotolia no lugar das bacias. Mas fala de outros usos da almotolia e que o uso não começou da forma que acontece hoje, foram ocorrendo modificações e renormalizações ao longo do tempo.</p> <p>8. O uso da almotolia, no contexto da emergência, é colocado como sendo uma necessidade para poder realizar o trabalho prescrito: realizar o banho de leito. Em função das condições, do quantitativo de material disponível, do ritmo de trabalho e do número de pacientes acontece a renormalização, que o trabalhador chama de</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>dormiam a manhã toda. Porque era uma pressão, aquele chuveiro bemquentinho. Era tipo uma ducha, tu pegava e esfregava bem eles. Um banho bem dado, bem esfregado, lavava cabelo, lavava tudo. Funcionava com eles.</p> <p>7. Ah, eu não me lembro quem começou a usar a almotolia, a tem tanta coisa. Eu não lembro. Era a almotolia que vinha com água para os pacientes, depois sobrava aquela água e a gente aproveitava, lavava bem para poder dar os banhos. A gente colocava o sabão com a água, aquele sabão cheiroso de erva doce e, a gente pode colocar até na água da bacia, pode colocar ali também. Fazer uma espuma bem boa.</p> <p>8. Usar bacia ou almotolia? Não tem muito material na emergência, aí tem que ser. E na correria, às vezes é um monte de paciente. Aí tu improvisa.</p> | <p>"improvisação".</p> |
| <p>Usos de si por si e pelos outros</p> | <p>1. Os kits de banho, como a gente não tem muito material... aqui que a gente tem o sabãozinho pra dar o banho, a gente faz um kit de casa. A gente traz sabonete líquido, a gente traz desodorante spray por causa da contaminação, e a gente tenta deixar ele da melhor maneira possível. Ajeitado. Dar um banho como eu gostaria de tomar, com certeza. Até hidratante as gurias trazem, a gente traz para a higiene e conforto deles. Se a gente tá numa sala assim, sempre tem umas parcerias, a gente se ajuda e traz. A maioria das colegas adaptam o kit do banho que a gente faz.</p> <p>2. A gente passa o hidratante e já faz uma massagem. E, às vezes, quando está muito... assim...muito ressecada a pele, a gente tem os TCMs que hidratam a pele, para eles é maravilhoso. Eles amam de paixão essa massagem. Se tá desidratada, às vezes ela tá ressecada, a gente passa um TCM nela, pra hidratar a pele. A gente usa o TCM, ou às vezes a gente tem um creme hidratante. Aí a gente usa, que as vezes a gente tem no kit banho, tem hidratante a gente hidrata a pele também.</p> | <p>1. A criação dos kits de banho é uma iniciativa dos trabalhadores e visam qualificar o cuidado realizado. Além disso, a opção de usar desodorantes sprays envolvem saberes a respeito do controle de infecção e da transmissibilidade de microrganismos entre pacientes pelo uso compartilhado de materiais de higiene. Usos de si para deixar o paciente da melhor forma possível, dar um banho da forma como gostaria de tomar. Trazem materiais de higiene e compartilham com os colegas: usos de si pelos outros.</p> <p>2. Uso dos saberes para reconhecer e tratar a pele do paciente. Mobiliza esses saberes para qualificar o cuidado da pele do paciente, realizando massagem enquanto passa o hidratante. Quando a pele está muito desidratada, opta por outra forma de hidratar: os ácidos graxos essenciais. A massagem além de hidratar tem um fim de relaxamento, os pacientes gostam.</p> <p>3. O trabalhador mobiliza saberes para poder lidar com a invasão da intimidade dos pacientes durante o banho de leito. Reconhece que há uma diferença entre os gêneros e desenvolveu uma técnica para abordar de forma diferente homens e mulheres. Homens mais</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>3. A intimidade? A gente procura brincar: - Não precisa ficar com vergonha! A gente conversa, tem toda uma técnica com eles, vai com carinho e coisa e tal, e eles já começam a se soltar, principalmente o homem é mais envergonhado, mas a mulher já é mais tranquila. A mulher já deixa tu dar o banho completo, já deixa tu... se tu quiser colocar debaixo do chuveiro. O homem sim é mais rebelde, assim... mas a gente tenta. Com carinho eles ficam bem teus amigos e vai a coisa, aí a coisa anda. Tudo é questão de conversar. Tem que conversar com eles, tu é uma desconhecida pra eles. Aí vai pegando amizade e vai conversando: - Quem sabe a gente vai tomar um banho hoje? Tu quer que eu te coloque debaixo do chuveiro? Prefere um banho de leito? E assim tudo... O momento do banho é o momento da conversa, da amizade, do teu contato com ele e aí vai indo...</p> <p>4. E, para não molhar a cama inteira, tu molha bem, e como o colchão é de plástico dá pra ti molhar ele. Então tu seca ele, bem sequinho com uns lençóis assim. Aí tu seca bem seco e tem mais o plástico da cama. Na higiene perineal, tu consegue molhar bem porque tem um plástico por baixo e aí aquele plástico não molha. Então tem como tu não molhar muito o lençol. E as partes aqui de cima, axila, essas coisas assim, dá pra ti molhar também. E aí tu já põe um lençol por baixo e já vai secando. A parte da axila e do períneo é mais importante de molhar, tu tem que fazer uma higiene bem porque é onde a gente transpira mais. Ali a gente põe bastante água. Almotolia se tu tiver duas também vai.</p> <p>5. O banho sempre vai precisar da dupla, sempre precisa da parceria. Mas a gente sempre tem dupla pra ajudar a trocar e essas coisas assim. Mas, às vezes não dá, às vezes, o plantão tá tão agitado que tu não consegue. Mas a gente tenta.</p> <p>6. O bom mesmo é botar na cadeira e levar no chuveiro. O paciente gosta, para a gente também é um outro banho. Mas, às vezes, o médico diz que esse paciente não precisa ter repouso,</p> | <p>rebeldes que as mulheres. Identifica o momento do banho como um espaço de encontro e de contato com o paciente. O banho propicia uma aproximação do trabalhador com o paciente, estar tão próximo e numa situação tão íntima acaba por romper algumas dificuldades de relacionamento com o paciente. As diferentes abordagens e a preocupação do trabalhador em atender os desejos do paciente, busca respeitar a individualidade e as singularidades.</p> <p>4. O trabalhador mobiliza saberes da experiência para higienizar de forma diferente algumas partes do corpo como, por exemplo, as axilas e o períneo, identificadas como locais de maior transpiração. Fala do uso da almotolia como sendo uma possibilidade. Molhar bem o paciente é valorizado pelo trabalhador.</p> <p>5. Identificação do banho de leito como sendo um cuidado que precisa de auxílio de outro colega. A sobrecarga de trabalho, em alguns casos, impede que isso aconteça. Dificuldade de realizar o banho de leito nos casos em que não tem um colega para ajudar. No entanto, em alguns casos, tenta realizar o banho mesmo sem ajuda, preocupação em não deixar o paciente sem o banho de leito.</p> <p>6. Valoriza o banho no chuveiro. No entanto, é necessário mobilizar os saberes para avaliar as condições do paciente. Mesmo que esteja prescrito pelo médico que o paciente não precisa de repouso no leito, o trabalhador faz a sua avaliação das condições do paciente no momento de realizar qualquer tarefa prescrita. Trabalhador está pensando no bem-estar do paciente ao optar pelo banho no chuveiro se, na sua avaliação, este tem condições de ir. Também está pensando no bem-estar do paciente ao optar por não levar alguém que na sua avaliação, apesar de estar liberado pelo médico, não tem condições de ir até o chuveiro.</p> <p>7. O trabalhador valoriza a quantidade de água utilizada no banho de leito, por isso prefere utilizar a bacia. No entanto, acaba usando a almotolia para poder realizar o banho de leito dos pacientes. A diferença entre os banhos de almotolia e bacia, na percepção deste trabalhador, vai muito além da quantidade de água usada. O banho</p> |
|--|--|---|

| | | |
|-----------------------|---|--|
| | <p>mas tu vai ter que avaliar. Eu vejo se não está com dispneia...se tá com falta de ar, se não tá hipertenso, se não tem alguma alteração ...nenhuma... eu até levo, mas, às vezes tá liberado e tá fraco demais, tá desidratado, aí não... tem que dar banho na cama porque ele não aguenta nem se mexer, aí não dá. Não tem como.</p> <p>7. A diferença entre um e outro banho, dar banho com a bacia e dar banho com a almotolia... A quantidade de água. Bem menos na almotolia, nem se compara, porque com a bacia a gente molha e ... O que é mais trabalhoso é com a bacia, com a bacia tu tem que colocar em cima de uma mesinha, às vezes tu tem que improvisar, às vezes tu não tem mesinha pra colocar e para apoiar, tem que catar uma mesinha para ti pôr. Na emergência, às vezes não tem, na observação a gente não tem espaço, a gente não tem muita mesinha, tem que improvisar as coisas, as pastas a gente não tem onde colocar e te organizar. Bandeja para a medicação também já não tinha ontem. A gente tinha que estar improvisando ontem, para nos organizarmos.</p> | <p>de leito realizado com duas bacias é mais trabalhoso que o banho com almotolia. Na emergência não tem espaço para realizar o banho com as duas bacias, pois não tem mesa para colocar as bacias e tem outras coisas que exigem do trabalhador "improvisação" para poder se organizar e realizar o trabalho prescrito. Não tem onde colocar os prontuários dos pacientes e as bandejas com os medicamentos. O espaço físico precário aparece como sendo um fator determinante para as renormalizações, os ditos "improvisos".</p> |
| <p>Valores</p> | <p>1. Aí a gente tenta improvisar porque, às vezes, não dá para levar até o chuveiro. Mas o banho para eles é uma maravilha, é ... como eu vou te dizer... Assim, eles relaxam depois que der o banho, eles dormem. Assim, eles tentam, mas, às vezes, não dá tempo do colega dar (o banho), aí eu tento dar, mesmo que não seja do meu turno porque para o paciente é importante isso. Ele vai se sentir melhor.</p> <p>2. O banho é importante porque todos os dias a gente toma banho; todos os dias tu chega do plantão e toma banho; tu vai sair, tu toma banho. Então, o banho é muito importante para todo mundo porque ninguém gostaria de ficar com mau cheiro, tu chegar perto dele... ter um cheirinho gostoso para ele mesmo e para a gente também. A higiene e conforto do paciente é muito importante nesse sentido.</p> | <p>1. Mesmo que não seja dele o banho, ele faz um esforço para dar o banho no paciente, porque ele acha importante para o paciente, na sua avaliação, os pacientes relaxam depois. Compreensão das dificuldades dos colegas dos outros turnos, pois devido a sobrecarga de trabalho muitos não conseguem dar o banho de leito do seu paciente. Avalia a situação e se for possível realiza o banho de leito que deveria ter sido dado no turno anterior.</p> <p>2. Antes de falar da importância do banho para o paciente, o trabalhador fala da importância do banho para si. Fala do bem-estar que o banho traz para o paciente, o relaxamento, e para o trabalhador, que irá cuidar de alguém cheiroso. Como que eu não vou dar banho no paciente se eu sei que este cuidado é diário e é importante para todo mundo?</p> <p>3. Preocupação do trabalhador com autoestima do paciente. Ao</p> |

| | |
|--|---|
| <p>3. Também tem uma preocupação com a aparência. Sim, cabelo, xampu a gente tem no kit nosso de banho. Aí eles vão para o chuveiro, a gente bota num copinho, e eles vão bem faceirinhos.</p> <p>4. É um presente a gente ver o paciente limpo. Paciente bem e que tu pode chegar, tocar num paciente limpinho, bem cheirosinho, também é. Até pra ele e para nós faz bem, pra mim e pra ele ao mesmo tempo. Às vezes, eles chegam e dizem: - Aí que bom que é tu hoje, eles já querem um carinho, já te conhecem. Os meus pacientes já me conhecem, já sabem que sou eu que estou no plantão, que eu vou chegar lá, que a gente conversa, a gente ri, a gente brinca.</p> <p>5. Se fosse colocar o banho de leito numa escala? O destaque pra mim...eu botaria em primeiro lugar sempre porque pra mim, higiene oral, tanto faz, banho, pra mim, é o essencial, o bem-estar dele. Depois, o resto tu faz. Medicação é uma coisa muito importante, com certeza é importante, antibióticos, tudo é importante. Mas o banho, ele tá limpo pra ele mesmo, então tranquiliza. Ele fica relaxado, com certeza ele se tranquiliza. A água te energiza tanto que, te dá uma energia boa, ela te dá um bem-estar.</p> <p>6. Eles gostam de água, tem que tá se lavando na água. E a gente também gosta de água.</p> <p>7. O paciente não era da minha escala (de banho) e eu dei. Ele tinha necessidade desse banho, e pra ele... me custa cinco minutos da minha atenção, não me custa trocar um lençol, não também e de ligar um chuveiro pra ele também não. Então, eu acho que a gente podendo a gente faz, se está ao teu alcance de fazer eu acho que Deus dá ainda mais força no teu plantão pra te ajudar, pra ajudar o próximo.</p> <p>8. E levar no banho de chuveiro nem sempre é fácil. Às vezes, tem umas cadeiras que a gente improvisa e daí a gente põe naquelas cadeirinhas, liga o chuveiro e eles ficam lá, eles</p> | <p>finalizar o banho de leito, o profissional deseja que o seu paciente esteja cheiroso e com um aspecto apresentável.</p> <p>4. O banho de leito pode visto como uma obra de arte acabada. O banho de leito é um prazer compartilhado entre trabalhador e paciente. É também, um momento de reconhecimento do trabalho daquele trabalhador por parte dos pacientes.</p> <p>5. Valorização do bem-estar do paciente e do potencial tranquilizador do banho. O banho relaxa e tranquiliza. A água gerando energia.</p> <p>6. O que eu valorizo, também trago para o cuidado que presto.</p> <p>7. O trabalhador encontra forças para fazer além do que está na escala porque percebe a necessidade do paciente de receber um banho. Manifesta suas convicções religiosas como geradoras dessa força.</p> <p>8. Realizar o banho no chuveiro, mesmo sendo uma tarefa difícil gera satisfação pois, os pacientes adoram ficar debaixo do chuveiro.</p> <p>9. As dificuldades encontradas para realizar a tarefa são amenizadas pela ajuda de um colega. Mas a sobrecarga de trabalho está expressa, exigindo que o familiar auxilie no cuidado.</p> <p>10. Preocupação com a limpeza do material e com a qualidade do cuidado prestado. Prefere usar bacias para realizar o banho, mas como as bacias não estão disponíveis na quantidade necessária e, na avaliação do trabalhador, não estão nas condições de uso que gostaria, acaba higienizando várias vezes antes de usá-las.</p> <p>11. A escolha do horário de realizar o banho acontece pelo seu desejo de deixar o paciente bem arrumado para dormir, prefere dar o banho às 23 horas. Se não consegue fazer nesse horário usa a madrugada, mas não deixa de fazer o cuidado.</p> <p>12. Reconhecimento da responsabilidade e da necessidade de dedicação ao trabalho. Acolhe o paciente que pede para tomar</p> |
|--|---|

| | | |
|--|---|--|
| | <p>adoram ficar debaixo do chuveiro.</p> <p>9. É trabalhoso tirar o paciente da cama, mas sempre tem um colega que ajuda, sempre tem uma alma santa que vai ali e vai e te ajuda. Ou o próprio familiar do paciente também, a gente ocupa (o familiar) também quando estão. Eu principalmente, aproveito na hora que o familiar chega, porque daí tem o familiar e te ajuda a levar até o banho, porque daí o teu colega tá tão atarefado que não consegue te ajudar. Daí tu consegue com o familiar, o familiar vai e te ajuda. Até numa troca também.</p> <p>10. Antes as nossas comadres e as bacias eram todas esterilizadas. Agora, eu passo um álcool, sempre. Eu lavo bem com sabão, uma água quente e passo um álcool. Porque tem que passar. Até as comadres eu passo um álcool. Eu prefiro usar a bacia. Antes todas as nossas bacias eram esterilizadas, todas, todas. Agora não sei que fim deu as bacias? Sumiram. Eu acho que levam. Elas eram bem brilhosinhas, era bem organizado.</p> <p>11. Eu dou o banho mais lá pelo meio do plantão, metade do plantão. Não adianta tu dar banho cedo, depois passa a noite toda e vai suar. Então, eu deixo para dar bem mais tarde. Perto da hora de dormir, lá pelas 11, aí eu gosto de deixar bem prontinho. Deixar bem organizado ou na madrugada. Às vezes, não dá tempo e a gente dá na madrugada mesmo. Se o paciente tá acordado a gente vai dar, sem problema nenhum.</p> <p>12. Cuidar de sete paciente hoje e amanhã tu vai cuidar de sete também, acho que não muda muita coisa, banho tu vai dar, fazer a tua parte aqui. Tu tá aqui tem que fazer. São tuas tarefas. Então tu é responsável pelo teu serviço, tu vem para trabalhar. Então tu vem para te dedicar, aqui tu esquece de tudo. Esquece de casa, aqui tu te dedica. Amanhã tu sai daqui e tu esquece. Se um deles pede para tomar banho eu não vou me negar.</p> <p>13. E o paciente acha diferente assim, tu veio e deu um banho de</p> | <p>banho e que não está na sua escala de banhos do dia, pois isto faz parte do seu trabalho.</p> <p>13. Reconhece que existe diferença, entre os pacientes, no valor agregado ao banho. A trabalhadora valoriza água abundante durante o banho, mas aceita as singularidades dos pacientes que não gostam ou que não costumam tomar banho.</p> |
|--|---|--|

| | | |
|----------------------------------|---|---|
| | <p>bacia aí vem e dá um banho de almotolia. Ele percebe a diferença, sim... eu creio que sim, porque tu vai e jorra água, e aquele é bem pouquinho, só para dar uma lavadinha. Tem paciente que não gosta de banho, por incrível que pareça tem pacientes que não gostam de banho. Não gostam nem de água. Eles não aceitam que tu dê um banho neles, esses aí até gostam da almotolia. Para eles é prático, pouquinho água para eles tá bom. Alguns tem medo da água, apavorados... eles não são acostumados, depois se a gente vai e começa a fazer até eles mesmos cobram o banho. Até eles mesmos já se sentem melhor com um banho, já relaxam.</p> | |
| TEMÁTICA: TROCA DE FRALDA | | |
| Normas antecedentes | | |
| Renormalizações | <p>1. E, quando é fralda, na fralda tu pega uma água morna com um sabonete líquido. Até vai. Morna, até dá para fazer essa higiene. Aí faz um jatinho ali e daí vai, porque tu vai fazer várias trocas. Aí tu não precisa bacia. Teve uma época que usava iodoform, evacuou tira o cheiro. Antigamente a gente usava muito iodoform, para fazer higiene e ficava limpinho. Agora, com o sabão líquido a gente coloca ali na almotolia e tu já faz, material fácil de usar porque bacia, às vezes, tu quase não tem.</p> <p>2. Na questão das trocas de pacientes, às vezes, tu tem um jeito e o meu colega tem outro. E a gente aceita. O colega aceita o meu jeito e eu aceito o jeito dele, tranquilamente. Porque sempre vai evoluindo.</p> <p>3. E na questão da troca de fralda agora tem o "truque". Tem também...a gente usa uma fralda e mais outra, um tira tipo um "modess" assim. E deixa no meio (das pernas) pra ele não ficar muito tempo mijado. Porque, às vezes, tem pacientes que</p> | <p>1. Prefere a bacia para dar banho, mas usa a almotolia para fazer as trocas de fraldas. Revela que é mais prático e fácil de usar. Organiza uma almotolia com água morna e sabão líquido e faz várias trocas com o mesmo material. A água se mantém limpa para todas as trocas, tornando-se mais prático para realizar o trabalho. Cita também, como exemplo, uma outra renormalização que já foi modificada, quando era utilizado o iodoform dentro da almotolia para reduzir o odor quando o paciente evacuava.</p> <p>2. As singularidades aparecem na forma como realizam as tarefas. os trabalhadores têm diferentes modos de fazer que são aceitos pelos colegas. O trabalhador tem a percepção de que os modos de fazer estão sempre evoluindo, surgindo novas formas de fazer melhores que as vigentes. As renormalizações também são atualizadas e modificadas.</p> <p>3. A renormalização da troca de fralda é chamada de "truque" e é uma alternativa criada para aumentar o intervalo entre as trocas de fralda, visto que os trabalhadores não tem tempo para trocar a cada</p> |

| | |
|---|--|
| <p>fazem bastante xixi. E, às vezes, tu não tem tempo de estar de uma em uma hora indo lá. Mas cada duas, três horas a gente dá uma passada e vê se não tá molhado.</p> <p>4. E quando tem um trabalhador novo que veio trabalhar na emergência aí a gente vai orientá-lo, e aí ele vai aprender a trabalhar, aprender o que a gente faz, e a gente vai tentar recebê-lo da melhor maneira possível. Tentar ajudá-lo e ele vai entrar nas nossas rotinas de trabalho.</p> <p>5. A gente com prática vai colocando bem direitinho, já sabe como colocar a fralda e daí vai dar bem certinho na posição que a gente quer. Aí a gente coloca a fralda, depois a gente tira as beiradas da fralda e aí a gente faz um truque, pro paciente não ficar muito tempo molhado. Então pra ele não ficar muito... porque faz xixi bastante, tem gente que urina horrores e aí a gente faz um truque, põe um fraldão embaixo e aí conserva mais.</p> <p>Tem diferença do homem e da mulher no "truque". O homem a gente pega a tira e rasga ali no meio, tipo um modess comprido. É o meio da fralda, no meio a gente tira ali, faz uns furinhos, e dobra e deixa assim fechadinho o pênis dele. E ali também conserva mais.</p> <p>E passa o pênis pelo buraco? Passa do buraquinho e faz um rolinho. Aqui no meio faz um buraco. Faz uma dobradinha aqui e uma dobradinha aqui pra não machucar. Ele fica assim, rpa baixo o pênis pra não machucar. Então deu, fecha a fralda e a urina fica mais ou menos absorvida aqui. Às vezes, nem passa na fralda externa, às vezes nem molha, às vezes tu vai e tira o truque, nem precisa trocar a fralda externa. Facilita bastante.</p> <p>E, quando o paciente evacua, fica bem mais fácil, porque daí aquela parte lá não tá molhada. Tá só com fezes mesmo. Daí a gente pega uma bacia com água ou uma almotolia pra limpar o paciente.</p> | <p>hora. No "truque" é feita a colocação de um reforço, confeccionado com uma outra fralda, no meio das pernas do paciente, com o objetivo de aumentar a absorção da urina. A renormalização demonstra, também, uma preocupação com o bem-estar do paciente e com o tempo que este ficará molhado.</p> <p>4. O novo trabalhador vai aprender as rotinas de trabalho e os modos de fazer do local: aprender o que a gente faz. Há uma divulgação das renormalizações realizadas, quem vem novo vai aprender a trabalhar naquelas condições, que segundo o trabalhador, exige as renormalizações em função do tempo.</p> <p>5. A renormalização da troca de fralda é descrita pela trabalhadora como "o truque". Na troca de fralda normal, coloca-se uma fralda e cola os adesivos que ficam nas bordas. Na renormalização utiliza-se além da fralda da norma, uma outra sem as bordas, que foram retiradas pelos trabalhadores. Quem tem prática recorta as bordas com as mãos e quem não tem utiliza uma tesoura para recortar. Retirando as bordas resta um absorvente em formato grande, que é colocado entre as pernas dos pacientes no momento da troca de fralda com o objetivo de aumentar a absorção da urina.</p> <p>6. O "truque" é diferente para o homem e para a mulher. No caso do homem</p> |
|---|--|

| | | |
|--|--|--|
| | <p>E na mulher tu pode fazer o mesmo do absorvente ou deixar só o absorvente embaixo ou fazer o rolinho e botar assim..no meio da perna, ele fica enroladinho assim, tu dá umas furadinhas na fralda pra absorver e faz um rolinho só e deixa assim no meio. Tem umas até que já gostam, que já tão acostumadas, tem uma paciente ali que ela já abre as perninhas pra eu botar o forro no meio das pernas dela. Bem tranquila, elas já estão até acostumadas a trocar. E tu vai, às vezes, e só troca aquele truquezinho, que nem o homem. Aí tu não precisa trocar toda a fralda. Se evacuar as fezes não vem pra frente, evita de vir pra frente. Esses dias tinha uma com diarreia e nada de xixi, só diarreia, mas daí a gente tem que troca tudo. Lavar, fazer a higiene, tudo. E daí não precisa, te facilita, porque o xixi não vai. Porque é uma contaminação.</p> <p>E teve uma época que usava o iodoform, que era um santo remédio quando os pacientes evacuavam colocava para sair o cheiro. Tudo isso aí acabou para nós, não tem mais. E para fazer a higiene perineal, dá uma borrifada e limpa com a compressa, limpa com a compressa. Facilita. Facilita bastante.</p> | |
| <p>Usos de si por si e pelos outros</p> | <p>E na falta de fralda descartável, já teve situação. Já aconteceu. Aconteceu há uns dez anos atrás da gente não ter. A gente fazia uns "xiripás" e colocava um plástico no meio do "xiripá". E botava mais um lençol no meio para o paciente não ficar muito tempo mijado e não passar para o lençol de baixo. Já teve situações assim, da gente não ter material.</p> <p>E quem inventou esse truque? eu não tenho nem ideia de quem inventou esse truque. Acho que uns colegas foram passando pros outros, né? E a gente a cada dia vai aprendendo mais com os outros. Pessoal novo que vai entrando, eles também vão aprendendo com a gente. Tem coisas que eles não sabem e a gente explica pra eles, e assim vai indo, vai passando.</p> <p>Um passa pro outro, e é uma facilidade boa isso pra gente, até eu e a X hoje fomos conversando na Van, porque a gente vai de van</p> | <p>Na falta de fraldas descartáveis os trabalhadores fazem uso de si para resolver o problema e manter os pacientes confortáveis. Uma renormalização antiga, usada para quando não havia fralda descartável e que servia para evitar que o paciente molhasse o leito inteiro, foi retomada em uma situação de falta de material. O conhecimento dos trabalhadores mais antigos foi trazido à tona e compartilhado com os novos, que somente sabiam realizar trocas com fraldas descartáveis.</p> |

| | | |
|----------------------------------|--|---|
| | <p>juntas quando eu venho na noite de vocês e eu vou de van com ela e a Y. E a gente vai conversando né.</p> <p>Tu sabe se no andar o pessoal usa? Usa. O mesmo truque. Com certeza usam. Eles tem mais uns truques que eles fazem. Das trocas eles fazem (o truque) da fralda, mais o móvel embaixo e além desse móvel tem mais outro móvel por baixo, do outro lençol para não passar. Eles colocam dois.</p> | |
| Valores | <p>O efeito do "truque" é bom. O efeito é muito bom! O benefício para o paciente é não ficar muito molhado, não ficar muito tempo assim e para ele é desconfortável ficar toda hora mexendo nele. Então, a cada três horas tu faz a higiene nele de novo, aí troca a fralda de novo, e faz um novo "truque".</p> <p>E aquele plástico entre o móvel não se usava antes? Não se usava antes não. Ele facilita bastante pra não molhar a cama. Só que ele sua muito, eu acho que ele sua muito. Tu vai trocar o paciente e tá todo molhado, né? E, às vezes, nem é xixi, é suor mesmo. Do calor humano, né, às vezes ele umedece. Mas ajuda bastante.</p> | <p>Usar o "truque" das fraldas beneficia o paciente porque ele não fica molhado muito tempo e não passa pelo desconforto de ficar sendo manipulado toda hora. Reduzir a movimentação de um paciente com dor à movimentação é um grande benefício.</p> |
| TEMÁTICA: HIGIENE ORAL | | |
| Normas antecedentes | | |
| Renormalizações | | |
| Usos de si por si e pelos outros | | |
| Valores | <p>A higiene oral faz parte do banho. E o paciente mesmo já pede para fazer uma higiene, ele mesmo já tem a escovinha dele. Ele mesmo já guarda, já pega um copinho e pede para se escovar. A não ser aquele dependente mesmo que tu tem que fazer. O paciente em si já é caprichoso com ele mesmo.</p> | <p>O cuidado com o material de uso pessoal e a higiene oral colocada no mesmo nível de importância do banho.</p> |

| TEMÁTICA: TROCA DE DECÚBITO | | |
|------------------------------------|---|---|
| Normas antercedentes | <p>E assim na troca, aquela movimentação, colocar o paciente em decúbito lateral que até eu vejo pelas alunas, que às vezes elas não tem muita prática. Colocar o paciente bem de lado, ajuda para trocar? Ajuda, facilita bem tu puxar o lençol, se tu quer deixar para o teu lado, virar para o outro lado, vira ele com o lençol porque tu não faz muita força. Pra subir também, a mesma coisa. Sobe com o lençol, e daí se tu vai subir só ele a tua coluna estoura ... então, tu puxa pelo lençol, fica mais prático. E até para preservar a pele? Sim, tu não machuca ele, até a tua mão. Tem uns tão... com a pele fininha que rasga.</p> | |
| Renormalizações | <p>E a posição do móvel, como que tu faz. Tu cuida... pega toda a cabeça ou vai só até aqui no pescoço, como que tu deixa a posição do móvel no leito? O móvel no leito, geralmente, nós botamos no meio da cama. Se o paciente tem aspiração ou está com sonda, a gente põe um dobradinho na cabeceira da cama. Deixa um todo, então são dois lençóis, mas caso contrário a gente só põe um no meio. No meio da cama. Dai já põe o lençol e um plástico no meio. Paciente dependente a gente faz assim. É o que chamam de "impermeável". Às vezes tem piramidal, aqui a gente não tá, mas a gente usa bastante.</p> | |
| Usos de si por si e pelos outros | <p>Quando tu dá o banho, já pergunta de que lado ele gosta de ficar, tu já aproveita pra ver. Que nem hoje, eu já proveitei um familiar que tava aí e como ela (a paciente) estava muito tempo virada pra um lado só, a gente agora, na hora da visita, que eu estava visitando eles, a gente já aproveitou e virou de lado. É uma senhora dependente que eu tenho. A gente tenta virar umas três vezes por turno. A gente consegue fazer, mas quando o familiar tá junto, aí a gente faz.</p> <p>O que tu observa da pele pra dizer aquela pele ali está desidratada ou aquela pele está fazendo uma úlcera de pressão, o</p> | <p>A troca de decúbito exige um colega para auxiliar. Na falta deste, o trabalhador utiliza a hora da visita para realizar e cumprir a sua tarefa de mudar o decúbito. Preocupação em cumprir a tarefa e o intervalo desta.</p> |

| | | |
|---------|---|--|
| | que tu olha e percebe que tem alterado, é mais no toque ou tu acha que só olhando tu já sabe? Só olhando tu já analisa, assim quando tem uma escara no cóccix tu olha e já vê um vermelhinho, ali já vai se formando uma escara, tu já vê de cara né, tu já vai já passa o TCM, e já começa a cicatrizar. Tu faz a higiene mais, tu vira de lado. Mudança de decúbito várias vezes, pra pode... pelo menos umas três vezes por noite tu faz, porque daí já começa a fechar a escara né? Não deixa muito tempo molhado, mijado assim, não pode deixar muito tempo, porque aí também não ajuda também, fica muito tempo muito úmido ali, aí também não ajuda. O que ajuda a cicatrizar é isso, a mudança de decúbito. | |
| Valores | | |

| TEMÁTICA: PROCESSO DE TRABALHO | |
|---|--|
| Depoimentos | Explicitação dos significados e comentários do diário de campo |
| <p>Durante a realização dos procedimentos, já teve situações que tive que improvisar. Aqui na emergência é difícil a gente não ter material, porque a gente tem bastante. É difícil tu ir procurar e não ter o material ali na hora. Mas tem coisas que a enfermeira também improvisa, às vezes não tem cateterismo e tem que fazer uma sondagem de alívio. A gente não tem material esterilizado, aí a gente auxilia. Já aconteceu isso, de fazer, de se improvisar, de acontecer tantos procedimentos e não ter naquela hora, a quantidade disponível já foi usada, daí sim, nesses casos a gente improvisa.</p> <p>Mas, assim, não se alguém pedir, mas se algum deles começar a ficar com dispneia e ter que nebulizar, tem que levar no Rx... se começa dar agito no teu plantão, e aí os teus pacientes que precisam do banho, aí como tu faz? Eu tento me organizar, vou lá e levo no RX, se da pra mim dar banho agora eu vou dar, se não der eu vou dar um tempo. Depois a hora que eu tiver desocupada eu vou lá e dou o banho. Mesmo que eu atrase os meus banhos, eu vou dar. Atrasa um</p> | <p>A realização de sondagem vesical exige uma bandeja de cateterismo vesical, material esterilizado que vem montado do Centro de Material Esterilizado, e na falta desta pode ser usada como alternativa um pacote de higiene oral. A improvisação acontece também com os enfermeiros. A improvisação como forma de atender à uma demanda urgente.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>pouquinho, mas eu vou dar. É as intercorrências, que dá. Às vezes, o teu plantão tá calmíssimo, de uma hora para outra já começa a agitar e aí tu tem que te organizar. Que nem hoje, eu tô, mas eu já me organizai com os meus pacientes, já fiz nebulização, já mediquei para a dor os que estavam com dor, já passei por todos eles, já visitei, tudo organizado. Fiz os HGTs para ver se não estavam alterados. Então tu já tem um controle deles, o que tá acontecendo no plantão.</p> <p>E da divisão dos banhos, que agora a gente tem banho manhã, tarde e noite na emergência. Antes era tudo de manhã, ficava aquela função de manhã, era banho em todo mundo. E agora a gente tem a divisão, o que tu acha que isso tem de bom? De bom que facilitou para os colegas, porque cada um vai fazer um pouquinho da sua parte. Cada um vai dar seu banho, vai ser responsável pelo paciente, e tem como cobrar. (organização é a base para poder trabalhar em ritmos variáveis)</p> | |
| <p>Quando tu chega para trabalhar e vai vendo os sinais, tu já vai vendo isso? Eu já vejo isso, já vejo o paciente que tem condições de caminhar. Eu já pergunto se caminha, não caminha, vejo se tá com sonda vesical, se tá com sonda nasogástrica. Se ele tem dieta, depois tu tem que desprezar a urina... tudo, se tem controle. Tudo isso, se tá com O2, assim, tu faz uma análise do paciente todo.</p> <p>E, aí tu sempre vai trocando as tuas duplas? Vou, vou trocando as duplas porque eu me dô... me adapto com todo mundo. A y esteve aqui apavorada no outro plantão: - Ah, eu não sei nada! Não sei o que... Tu te acalma. Faz horas que ela não trabalha direto com o paciente e ela veio aqui. Defasada, coitada. Ela veio e disse: - Tu punctiona para mim? Eu vou punctionar, tu te acalma que eu vou lá ajeitar o teu paciente. Ajudei nas trocas dos pacientes dela. Ela me ajudou nas minhas trocas. Tudo ok. Então é assim, tu faz as tuas amizades e tu ajuda o colega que tá precisando. Um dia tu precisa dele e outro dia ele também vai precisar de ti. Não adianta. Tudo na parceria e tem que ter parceria porque se tu não tem parceria pra trocar o paciente, tem que ter alguém. E os colegas nunca se negam.</p> <p>E, desses cuidados, você acha que os colegas dos outros hospitais trazem essas novidades? Até trazem, tem gente que vem do Moinhos, tem gente que vem do Clínicas, cada um tem uma maneira diferente de trabalhar. E, às vezes, trazem algumas novidade para a gente, para a gente usar também. Há, lá a gente faz</p> | <p>Usos de si por si e pelos outros</p> |

assim... não sei o que.

Isso é o que tu mais valoriza? O que eu mais valorizo. Primeiro, ver os sinais para ver se não estão com dor ou se tão com o acesso fora. Tu já olhando num todo tu já vê se tá com o acesso fora, tu já vê se o soro tá infiltrando ou não, no todo do paciente tu já analisa ele, tu chega e já vê. -Ah meu braço tá inchado. Outro dia tinha uma paciente com o braço todo inchado. Aí cheguei, já tirei o acesso, já termina aquilo ali e tu vai lá e já punciona duma vez. Aí tu já te livra e já deixa o paciente mais tranquilo, já fica bem, já medica para dor, deu. Aí tu está pronta. Aí tu vai ver os outros paciente que tu... cada um sempre tem um problema, cada um tu vai encontrar um acesso fora ou está com dor ou está mijado. Sempre tem umas intercorrências que às vezes um colega não teve tempo de fazer ou não teve tempo de passar. Isso sempre vai acontecer, não adianta. É uma sequência, não adianta e não tem como cobrar. Porque a enfermagem... tu continua 24 horas, um passa para o outro: - Não deu tempo de fazer, tu faz para mim? Sem problema, deu, não deu tempo de fazer, outro dia tu pode quebrar o meu galho também. E assim a gente vai se passando.

E a emergência é imprevisível? Assim como tá... que nem ontem, quando que a gente ia imaginar que ia entrar um monte de pacientes, 33 pacientes, quando que tu ia imaginar? Tu não prevê as coisas, e tu veio ali, tu vai trabalhar, vai te agarrar com unhas e dentes. Que nem eu a Y, ontem, a gente se grudou a dupla e vamos lá. Uma foi puncionando, a outra foi vendo os sinais e assim vamos. E, tinham as outras colegas que iam voltar do intervalo também e iam ficar com os pacientes todos para medicar, então foram entrando, nós fomos medicando, nós fomos botando o soro, nós fomos deixando prontos para as nossas colegas. A mesma coisa elas fizeram com a gente, elas fizeram com a gente. Quando nós voltamos, os paciente que eram para nós, já estava tudo pronto. Assim é uma sequência.

Já teve situações que tu sabia que tu tinha banho no leito e um e no três e tu não conseguiu dar esses banhos? Eu fico muito sentida, fico muito chateada porque eu acho que... eu jamais gosto de passar adiante o meu serviço, eu gosto de deixar tudo organizado. Às vezes, se eu esqueço de alguma coisa eu ainda ligo para as gurias: - Ai gurias, não consegui fazer tal coisa, esqueci de desprezar uma diurese, dá para você fazer esse favor para mim? Pronto, e aí a gente se entende entre colegas. Porque vai numa sequência, eu não passei... - Eu esqueci de anotar

tal diurese, era tanto, tu anota para mim? Tu faz favor? Tranquilo. Eu ligo de casa, às vezes, eu já to em casa e ligo para cá, as gurias dizem: - Vai dormir. Mas eu ligo porque eu esqueci e fico com a consciência pesada se eu não faço aquilo que eu tinha que ter feito para o paciente. eu fico com a consciência pesada se tu não consegue fazer. Mas geralmente é em função das intercorrências. Mas geralmente dá para fazer. Tu consegue, o colega vai lá e faz para ti ou troca um paciente. No outro dia eu estava atucanada e os meus pacientes eram todos dependentes, aí foi o meu colega e disse assim: - Deixa que a gente troca lá para ti. Daí eles foram lá nos meus outros pacientes e trocaram para mim. Vai fazer outra coisa e deixa que a gente troca para ti. Então tem parceria. Tens uns parceiros que vão até o final com a gente. As gurias também, foram guerreiras até o final.

Como eu organizo as tarefas? Eu, por exemplo, meus HGTs eu já fiz agora e já vi os sinais. Estavam estáveis, só tinha um HGT alterado. **Aí eu já mediquei aquele paciente para ter tempo depois nas medicações.** Aí eu vou dar as medicações.. daí eu vou dar as medicações, **depois que eu vou fazer a higiene e conforto dos pacientes. Fazer as minhas trocas. Se tem um mijado eu já procuro trocar antes, antes de tudo. Quando eu vejo que tem algum acesso fora, já punciono.** Já faço alguma coisa. **Já deixo eles prontinhos, porque daí quando eu vou medicar e está pronto.** Aí o **paciente fica se sentindo melhor.** Melhor, ele se sente tranquilo. Posso tomar um banho? - Pode tomar sim. Bem mais tranquilo.

E tu acha que todo mundo valoriza que cada um tem um enfoque diferente, a gente vê que tem aquele técnico ou auxiliar que acha que o mais importante é olhar os acessos, aí tem o outro que diz que o mais importante é chegar lá e me apresentar para o paciente, outro vai dizer que o mais importante é dar uma banho. Tu acha que tem uma questão individual, tipo, eu x pela minha experiência gosto de dar banho, tem essa diferença? Eu nem sei te dizer se tem. Cada um trabalha diferente, não tem como tu ver um todo de coisas. Cada um tem modo de ver, eu para mim... eu acho melhor ver o paciente e ver os sinais e se ta com dor. Primeiro fazer isso pra depois ver o restante.

E as relações com os pacientes? Eu adoro, eu gosto de conversar com cada um deles. E tu sabe a história de cada um deles, tem um ali... que a gente já se

A medida que vai identificando as tarefas, vai realizando-as, não deixando acumular. Preocupação em facilitar a realização das próximas tarefas. Valoriza o tempo dispensado para o preparo e administração da medicação, sem deixar de lado os cuidados de higiene e conforto.

Valores

| | |
|--|---|
| <p>conhece: -Eu estou muito melhor hoje. Aí ontem tinha outro paciente, um moreninho lá de Florianópolis, e ele estava bem comigo o plantão todo e ontem deu um edema agudo nele. Eu cheguei assim e disse: -Mas eu vi ele tão bem, passou comigo tão bem! Não era nem dependente e quando eu chego está com sonda vesical, com oxigênio, tudo. Mas hoje, graças a Deus ele está bem melhor, amanhã vem as filhas. Sabe e cada tem uma história diferente, e que a gente conversa no tempo que a gente faz as tarefas. A gente fica conversando com eles, outro que veio eu já tive que conter, eu e o Y, que está com oxigênio. Tudo isso...</p> | |
| TEMÁTICA: VALORIZAÇÃO DO TRABALHO | |
| Depoimentos | Explicitação dos significados e comentários do diário de campo |
| <p>O que tu considera dentro das atividades que tu faz no teu trabalho cotidiano como sendo uma atividade mais importante, olhando tudo que tu faz? Mais importante assim, é a atenção que tu dá ao paciente em primeiro lugar, que tu tem que dar né. A higiene e conforto dele, os acessos, vê principalmente se não tão fora, né e o que mais, medicação, sinais vitais, né que a gente tem que ver, primeiro a gente se apresenta, chega e vê como está o paciente, aí tu vê que tu não tem paciente com dor, aí tu vê tira tuas medicações, vê teus sinais, primeiramente os sinais né, principalmente se não estão estáveis, se estão alterados, tu tem que medicá-los e que mais? o importante eu acho que é isso. Primeiro vê o paciente, um todo ele.</p> <p>E das atividades que tu faz, tu acha que as atividades são atividade simples? Cuidar do paciente, tu acha que é uma coisa simples? Não é tão simples né, não é tão simples assim, assim, porque tudo tu tem que te dedicação com ele, auxiliar eles, conversar com eles, atenção.</p> <p>O que tu considera como sendo valorização do teu trabalho? Que tipo de atitude valoriza o teu trabalho? o que valoriza é a gratificação do teu dia a dia, que cada vez que tu vem tu vê a melhora do teu paciente, tu pega um paciente ruim e que cada dia que tu pega o mesmo paciente ele vai evoluindo e tu vê melhoras nele, né. isso é gratificante pra gente, tu vê o paciente bem, pra mim é essencial</p> | |

| | |
|--|---|
| <p>E tu acha que a tua profissão é valorizada na área da saúde? na minha parte eu acho que sim, na minha parte aqui dentro do hospital é valorizado sim</p> <p>E se você fosse utilizar um adjetivo para caracterizar o teu trabalho, que adjetivo você escolheria? eu acho que o trabalho do auxiliar é um trabalho bonito, eu acho que é bonito, tu te dedicar pelo paciente, eu acho que já é um presente que a gente ganha, né, tu vê as melhoras deles, é uma qualidade que eu vejo, tu vê o bem-estar dele</p> | |
| TEMÁTICA: FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO | |
| <p>Eu sou auxiliar de enfermagem há 21 anos. Fiz somente o curso de auxiliar e trabalho aqui no hospital Conceição há 21 anos.</p> <p>Na época eu era faxineira e uma vizinha me conseguiu um serviço na PUC como atendente de nutrição. Eu fiz o atendente de nutrição, e comecei a me apaixonar pelos pacientes. Daí ela me disse: - Bem que tu podia fazer o auxiliar. Daí eu fui fazer o auxiliar, trabalhava na PUC de manhã como atendente de nutrição e fazia o meu curso à tarde e me formei em auxiliar de enfermagem. Cheguei aqui meio apavorada na emergência, mas os colegas, muito especiais, me ajudaram bastante. Uma chefe maravilhosa que eu amo ela até hoje, que é a enfermeira X, que me ajudou na época muito. Eu não sabia puncionar, eu não sabia fazer nada, eu entrei aqui nua e crua como dizem e comecei a me interessar e cada vez mais eu fui me apaixonando pelos pacientes, me dedicando à área da saúde, e fui me empolgando e até hoje amo o que eu faço, eu adoro. A minha dedicação com eles é bem especial e estou indo mais por ajudar os outros, os pacientes carentes, é por isso que eu escolhi</p> | <p>Formação</p> <p>Escolha da profissão</p> |

As atividades de formação qualificam com certeza e a gente vai aprendendo, os cursos que a gente vai, até para os curativos, a gente já tá desatualizado, então vem coisas novas.

Acho que a gente consegue aplicar esses curso na prática, com certeza que sim.

com ralação às rotinas e padronizações, tu acha que elas são adequadas para o setor em que você atua? tem muitas coisas antigas, né. Tem coisas que tão mudando agora né, que tão evoluindo, daí a gente tá aprendendo, tão botando mais rotinas prá nós evolui mais né.

E tu acha que elas facilitam o trabalho ou algumas vezes elas não? Acho que facilitam o trabalho, com certeza tendo rotinas, com certeza vai.

e tu tem informação sobre a forma como essas rotinas e padronizações são elaboradas? como assim que tu te refere?

Tu participou já alguma vez da elaboração de alguma rotina do teu setor de discutir? Já tivemos, porque para cada sala tinha uma rotina né, a gente se adaptava na laranja, na vermelha né,

Tu considera as atividades de capacitação e atualização importantes né para a realização do teu trabalho. Tu percebe que as experiências, essas que tu vai adquirindo no trabalho, ele é valorizado pela empresa quando ela promove essas capacitações? eu tenho certeza que sim, acho que eles são pagos para gente fazer, na medida do possível a gente tenta fazer

e a valorização dos saberes dos trabalhadores acontece, uma ideia tua, tu acha que o hospital consegue aproveitar e dizer que interessante essa idéia? creio que sim,

e na emergência, o trabalho de todo dia, o cotidiano contribui para a tua formação ou você acha que é através dos cursos somente? eu acho que contribui para a minha formação, para o meu dia a dia, com certeza que sim né? tu tem um chefe e aí ele te avalia né, pra ve se tu fez o teu serviço direitinho né, pra ve se tu tá fazendo, se tu tá te interessando pelo teu trabalho

Tu sempre procura trazer os teus conhecimentos, os conhecimentos lá do curso, as coisas que tu lê, da educação permanente, dos cursos que a gente tem de atualização? Eu tento fazer no meu trabalho, o que eu aprendi eu tento praticar.

As atividades de formação em serviço

| | |
|---|---|
| <p>Apesar que fiz há 21 anos atrás, ainda tenho mais coisas para aprender, tem mais cursos de atualização agora. Eu estou estudando também, para mim aprender mais. Eu já tenho 21 anos de experiência e quero chegar até 25 anos. se Deus quiser.</p> <p>Que saberes/conhecimentos a gente tem que trazer para realizar o trabalho do cuidado? O cuidado cada vez a gente aprende mais, cada vez tem coisas novas né, e eu acho que a gente tem oportunidade que agora tão dando pra nós de fazer mais cursos, pra gente aprende mais, mais a tecnologia tá evoluindo bastante né, então a gente tá aprendendo, fazendo novos cursos pra gente evolui mais pra ajuda o próprio paciente</p> <p>E as fixações das sondas, como que é quando você chega e vai movimentar o paciente tem uma série de drenos, sondas e tubos, tem nasogástrica aberta em frasco, tem jejunostomia, como que é para ti trabalhar, dar banho em um paciente com esse monte de sondas e cateteres? É bem apavorante para a gente, mas tu vai aprendendo com os colegas, com a enfermeira junto. Às vezes, a enfermeira vai lá nos dar um apoio, tem umas que pegam junto com a gente também. E assim a gente vai indo, medo agora não tenho mais. Tudo que vem a gente consegue encarar, antes eu tinha medo até de uma parada. Chegava a sonhar com os pacientes. Agora não, tudo tranquilo. A gente vai aprendendo mais, a cada dia que passa, a perder um paciente. A gente luta, luta, luta...às vezes, tu conhece o paciente: -Podia ter vivido mais. Porque será que foi? A gente fica pensando.</p> | |
| TEMÁTICA: ROTINAS E SISTEMATIZAÇÕES | |
| Depoimentos | Explicitação dos significados e comentários do diário de campo |
| <p>Tu participou já alguma vez da elaboração de alguma rotina do teu setor de discutir? Já tivemos, porque para cada sala tinha uma rotina né, a gente se adaptava na laranja, na vermelha né,</p> <p>Porque na emergência nas salas né, cada uma tem um jeito de funcionar? Cada sala tem jeito de funcionar e essas salas eu já não passo mais né, nem laranja, nem vermelha, a gente não passa mais. é pela verde, cirurgia, medicação, essas</p> | |

| | |
|--|---|
| <p>coisas assim né e a gente vai mudando,</p> <p>Nessas salas também tem as rotinas? também tem as rotinas</p> <p>No que que as rotinas auxiliam o trabalho da gente? auxiliam até pra ti tê um controle, pra ti cobra do teu colega as coisas que não foram feitas né, o material, o quantitativo, as coisas, tu pode chega no teu colega e cobra se o material não tá, se não foi feito, por exemplo, lençol pra deixa, aí tu tem como cobrar né, é a rotina deixar o material na sala, então daí tu tem como cobrar. É muito bom rotina por isso.</p> <p>E tu considera que os profissionais tem muito conhecimento das rotinas, porque eles estão sempre ali nas salas né, tu acha que esses saberes dos trabalhadores são levados em consideração no momento de fazer a rotina? acho que sim, com certeza sim.</p> <p>como fica o papel do auxiliar nessa discussão das rotinas? as rotinas pra nós entre técnicos e auxiliares a gente não tem muita diferença né, porque a gente procura sempre se dá com os colegas, a gente é uma equipe, não tem distinção de que um é melhor de que o outro, não! Nada, pelo menos na minha noite não tem né, mesmo separando os auxiliares e técnicos a turma continua andando né.</p> <p>tu acredita que sempre é possível fazer o teu trabalho tal qual tá ali na rotina? Na maioria das vezes sim, se implanta a rotina os colegas vão se passa um pro outro né, a gente tenta né.</p> <p>E quando não acontece o que tu acha que aconteceu naquele momento que não deu para seguir? o que não deu pra segui um colega passa pro outro. Há não deu pra mim fazer tal coisa, daí dá pra ti fazer? Por exemplo, hoje não deu pra mim fazer algodão, a rotina é passa com algodão prontos, aí hoje não deu. Há, tudo bem, foi agitado né? Não deu pra mim passa os soros, a gente tenta compreende o colega, no outro dia ele vai te passa melhor o plantão nas rotinas da sala, a gente tenta faze isso. São as tarefas, as escalas de tarefas de sala.</p> | |
| TEMÁTICA: ESCOLHA DA PROFISSÃO | |
| Depoimentos | Explicitação dos significados e comentários do diário de campo |

| | |
|--|---|
| <p>1. O que você considera como sendo essencial para ser um bom auxiliar de enfermagem? Tu tem que te dedicar, dedicação, amor ao que tu faz, né, fazer o teu trabalho bem feito né, o que hoje a gente faz né, procura se dedica né, com o paciente, diretamente com o paciente, higiene e conforto pra eles né, e principalmente carinho porque eles são muito carentes, eles chegam aqui e querem a atenção todinha pra eles e te dedica né, esquece teu mundo lá fora e assumi o que tu faz aqui dentro, que não é muito fácil, mas a gente tenta.</p> | <p>1.</p> |
| TEMÁTICA: SABERES DA EXPERIÊNCIA | |
| Depoimentos | Explicitação dos significados e comentários do diário de campo |
| <p>1. A experiência na área, dos 21 anos de trabalho, essa experiência toda acumulada, ela é importante pra poder executar o trabalho. Na enfermagem, cada vez tu aprende mais. Os colegas, cada vez, vem com uma coisa nova, que evoluiu mais para a gente aprender. Sempre está surgindo coisas novas para a gente aprender.</p> <p>2. Com a minha experiência eu consigo ajudar o colega, e eu aprendo com eles também. Por exemplo, na troca de pacientes, que a gente vai trocar e faz "um truque" ou o colega sabe "outro truque" diferente. A gente também aprende com eles.</p> <p>3. E tu acha que aprende bastante com a experiência, por exemplo, ao fazer essa avaliação do paciente, dizer assim que esse está precisando conter, esse aqui está ruim? Sim, eu olhei esse que veio e já chamei o Y e disse que a gente precisava conter porque ele queria arrancar a máscara de oxigênio, já queria fazer tudo: - O senhor me desculpe, mas eu vou ter que lhe conter porque senão o senhor vai arrancar tudo e não vai melhorar. Estou fazendo para o seu bem, era para o bem-estar dele mesmo. Ele nem sabe o que está fazendo, desorientado, vai saber alguma coisa, nem sabe. Porque senão depois ele vai cair da cama e vai piorar.</p> | <p>1. O aprendizado é contínuo, mesmo trabalhando há muitos anos no mesmo local, há novidades e coisas novas para aprender. As novidades são trazidas pelos colegas.</p> <p>2. O aprendizado é mútuo. As renormalizações são compartilhadas e cabe ao trabalhador escolher "o truque" que ele considera mais adequado para a sua prática. Circulação de saberes e constituição de um patrimônio coletivo.</p> |
| <p>1. Eu acho que a experiência de vida interfere no cuidado com o paciente, porque é uma experiência. Às vezes, vem uma mãe com um filho com problema. Às vezes o teu também tem. Aí tu tenta ajudar. A mãe quer dar uma saída, e aí tu fica: -Eu tenho um filho da idade, tu quer ir jantar? Tu quer fazer</p> | <p>1. A experiência de vida ajuda, pois o trabalhador a utiliza na hora de prestar um cuidado.</p> |

alguma coisa? Tu pode ir. Eu procuro ajudá-la, de alguma forma tu procura tranquilizar aquela mãe que está desesperada ali com o filho. Também, a gente tenta dar uma assistência.

2. Eu acho que a organização que tenho aqui ajuda em outras coisas fora, tenho quase certeza que sim. **Tu sempre leva alguma coisa, tu sempre tira proveito de alguma coisa.** Um exemplo que tu dá para um filho, ali dos pacientes da idade dele, que chegam drogados e bêbados. Tu sempre dá um exemplo: -Hoje a mãe ficou tão triste, chegou um paciente assim e assim. E da idade do meu filho, tu fica assim ... triste em ver. E eu só agradeço à Deus por ter um filho perfeito e que ele sempre tenha companhias boas, porque o que a gente vê aqui dentro a gente se apavora. Mas eu sempre tento educá-lo.

ENTREVISTA 3

| TEMÁTICA: BANHO DE LEITO | | |
|-----------------------------------|--|---|
| Categorias de análise (ergologia) | Depoimento | Explicitação dos significados e comentários do diário de campo |
| Normas antecedentes | Os cuidados de higiene e conforto, a gente falou da higiene oral que também é complicado na questão do espaço, do tempo, aquela agitação, o dar o banho é quase o mesmo sentido da higiene oral porque, às vezes, a gente não disponibiliza duma bacia, duas bacias necessárias para fazer uma higiene adequada no paciente, uma com água e sabão e uma compressa e outra só com água só para fazer o enxágue. Fazer uma higiene no couro cabeludo do paciente é muito difícil, a gente não tem espaço nem para chegar na cabeceira do paciente, como é que eu vou recostar ele para o lado para mim fazer uma lavagem ali do couro cabeludo com uma água com sabão e depois só com água. Isso, aqui, é a parte mais difícil da gente fazer no paciente é isso. Por isso, às vezes, a gente identifica que o paciente necessita fazer uma higiene do couro cabeludo, mas a gente improvisa, aquela água | O uso das duas bacias e a posição da cabeça do paciente para realizar a higiene do couro cabeludo aparecem no relato, ou seja, a norma está bem clara para esse trabalhador. No entanto, deixa claro que não realiza o que está descrito na norma por impossibilidade de espaço, falta de um quantitativo adequado de material e pelo próprio processo de trabalho que imprime um ritmo e volume elevado de trabalho. Identifica a necessidade do material descrito na técnica, mas sabe que mesmo não usando o que está descrito consegue realizar o cuidado desejado: lavar o couro cabeludo do paciente. Revela perceber a diferença no paciente após o cuidado prestado. Volta a falar da técnica da higiene corporal, da necessidade de jarro e bacia para lavar o couro cabeludo, mas paralelamente vai falando da renormalização que realiza para realizar este cuidado. A água |

| | | |
|-------------------------------|--|--|
| | <p>que a gente faz ali e a compressa, depois passa mais uma água.</p> <p>A gente teria que ter a bacia, mas mesmo do jeito que a gente lava a gente vê que tem resultado, o cabelo do paciente já fica diferente quando ele estiver seco. A gente pega uma compressa um pouco mais molhada e tipo, torce em cima do paciente, comprime um pouco e aí acaba tendo mais água e aí tu pega e da uma lavada ali e depois pega e passa mais uma quantidade x ou duas de água. Porque não tem como reclinar a cabeça que é a técnica mais correta e pegar um jarro e despejar água em cima com uma bacia embaixo, aqui não tem essa área física para fazer.</p> | <p>que cairia do jarro foi substituída pela compressa torcida sobre a cabeça do paciente para fazer cair uma quantidade grande de água e possibilitar a higiene.</p> |
| <p>Renormalizações</p> | <p>Mesmo que ela não esteja descrita ali na técnica, na verdade tu está usando duas almotolias como se fossem duas bacias, uma com água e sabão e outra só com água. E os pacientes, o que eles acham do banho com almotolia? Eles... eu acho que muitos deles se dão por satisfeitos, porque muitas vezes eles chegam num estado deplorável de higiene. Uma coisa de não acreditar no que a gente vê no paciente. Então, a gente fazendo mesmo essa higiene, não sei se dá para dizer que é precária, mas é uma higiene que não está de acordo. O interessante é levar no chuveiro, mas o nosso chuveiro também é reduzido, não tem nem como entrar ali dentro, colocar o paciente numa cadeira de rodas. Eu trabalhei no Y uma época e, uma vez por semana pelo menos a gente, nos pacientes que ficavam quinze ou vinte dias, "avevezados" e coisa e tal, a gente colocava numa cadeira de rodas e levava para debaixo do chuveiro, mas é um trabalhão, é um risco. O paciente pode se lesionar, é complicado, a gente tem que avaliar muito bem se há possibilidade de fazer isso.</p> <p>e o uso da bacia, tu acha que tu consegue sempre fazer o banho com bacia? Não a gente, é muito raro a gente fazer com bacia o banho. Acaba usando mais a almotolia? A almotolia que a gente consegue trabalhar melhor com o paciente. Mesmo que agente faça isso de levar um jarro de água e uma bacia para gente dividir ali com água e sabão, mas a gente faz daí com almotolia. Uma tu pega</p> | |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>e coloca água com sabão e a outra tu deixa somente com água. Mas faz a higiene assim, que nem o couro cabeludo e larga uma água sem xampú nem nada para fazer a higiene porque é complicado.</p> <p>No que tu acha que a almotolia facilita para dar o banho? No nosso espaço físico, porque tem vezes que a gente tira a mesa do colega, divide a mesa em dois. A almotolia é um frasco menor, não pega tanto espaço, isso que facilita para a nossa higiene.</p> | |
| <p>Usos de si por si e pelos outros</p> | <p>Como é que tu faz para te organizar, tu chega e já dá os banhos? Não primeiro... eu tiro a medicação, verifico os sinais, depois eu vou para a higiene dos pacientes. E aí depois tu já tem que começar a preparar soro e medicação, se tiver algum paciente com hipertermia ou hipertensão tu tem que, no mínimo, verificar os sinais pelo menos mais uma vez. Ou se tu vê que ele está saturando baixo também, tem que dar uma olhada na saturação. Mas, isso eu me organizo para primeiro para tirar a medicação da pasta que senão os médicos vêm e pegam as pastas, a gente fica sem contato e aí depois, primeiro os sinais vitais para saber como é que o paciente está no momento. Quando eu olho os sinais vitais eu já faço a avaliação geral do paciente. Se ele tem curativo também, para tu já... quando vier fazer a higiene e banho já trazer o material. Às vezes, tu pega uma fronha e já coloca gaze, apósito, fita, tudo que é material necessário para aquele paciente. Porque não é só o banho, mas ele tem curativo, tem lesões, tu tem que colocar ataduras, tem que fixar a sonda, troca de esparadrapo. Já coloca numa fronha que comporta uma quantidade maior de materiais e aí tu consegue atingir o teu objetivo e consegue se agilizar, se organizar. Porque senão a cada pouquinho vai faltar uma coisa e tu vai ir e voltar, já o acesso é precário, é difícil porque tem muito paciente e tu ir toda hora para a frente e para traz acaba atrapalhando os outros e a si próprio também.</p> <p>Aí tu já observa as condições da pele, já faz os teus registros ali? Na hora dos sinais. Quando tu vem para dar o banho tu já traz todo o material, eu consigo colocar num carrinho, num espaço x, os</p> | |

lençóis separados, as fronhas, camisolas, os panos para fazer a higiene, as fraldas, e aí fixa no carrinho uma fronha com o material e aí tu vai pegando ali conforme necessário for. Quando eu chego já está gravado no cerebelo e aí é só desenvolver.

Tu acha que dentro dos cuidados dos que tu faz, higiene oral, todos. Que relevância que tu dá para o banho de leito dentro dos cuidados dos pacientes dentro da emergência, dentro do contexto da emergência que importância ele tem para o paciente? Acho que a importância é muito grande porque tu já pensou os pacientes na observação, agora a gente não consegue fazer uma higiene neles, não tem como ali a gente fazer. Porque antes na sala verde, mesmo que o pessoal reclame da sala verde, para nós ela era uma mão na roda. Tu conseguia ter pacientes acamados ou até nas macas, mas ali é só sentado, só em cadeiras. Não tem como tu fazer uma higiene no paciente na cadeira a não ser uma troca de fralda muito precária. Tu não consegue, como que tu vai ver a região sacra do paciente numa cadeira. Dois trabalhadores tem que fazer tipo uma cadeirinha, dois sobem o paciente e outro faz a higiene rapidinho porque os pacientes, às vezes, são obesos, muito pesados e aí a gente acaba também se sacrificando. Tu faz um esforço incondicional ali para segurar o paciente para tu fazer aquela higiene.

E tu costuma dar o banho sozinho ou tu tem o teu par? Não, sempre tenho. Na grande maioria as minhas colegas que pedem ajuda. Passo a manhã inteira auxiliando. E eu acho que grande parte do pessoal teve uma boa aceitação comigo, todo mundo solicita para ajudar. raramente tem alguém que não me solicita, tanto o pessoal da tarde... da tarde agora o pessoal não conhece muito, mas quando a gente tinha aquela grande fusão com o pessoal da tarde. E o pessoal da noite até hoje, principalmente da tua noite. A eu sinto saudade daquele tempo que a gente ficava tempo junto...

E quando tu vai trabalhar, tu vai pegando todos esses truques ou tu diz esse aqui é bom e eu vou usar e esse aqui não é bom. Tu faz essa seleção de escolher entre, de dizer esse é legal? Eu acho que

sim, tu tem que avaliar se com essa improvisação a gente está tendo um resultado eficaz ou não. Tu vai improvisar uma coisa que não tem muito resultado aí tu vai estar te atrapalhando. Vai atrapalhar o teu serviço, o teu desenvolvimento, se tem retorno tudo bem da gente fazer, mas a que não dá muito retorna a gente fica.. a gente está perdendo o nosso tempo com um coisa sem retorno. Essa da almotolia dá muito retorno para nós. Dá retorno no tempo, no espaço, a nossa área física é muito limitada. Agiliza muito o nosso trabalho. Quando tu está na porta na laranja, aquele monte de paciente, eu vou estar dando banho de bacia, duas bacias numa mesa. Eu acho que tem dez portas, doze, quinze portas, não tem espaço nem para a gente se mexer, que nem ontem de noite na observação, como tu vai fazer a higiene?

E na hora de dar o banho, o que mais tu aproveita para olhar no paciente das condições dele? A, essa questão que a gente falou: a pele integra, os movimentos do paciente, comunicação dele, se ele responde se não responde. E mudança de decúbito, o que tu tem que fazer para não deixar ele com escara. Avalia os movimentos respiratórios, se o paciente começou a disfuncionar. Tem muitos pacientes que não toleram certas lateralizações, então tu tem que voltar aquela posição que ele tolera mais. Mas mesmo assim vai ter que posicionar em posição diferente porque senão vai lesionar aquela parte ali, nível de escaras. Não deixar somente de um lado só porque ele não tolera aquele lado. Esses tempos nós tínhamos um na sala vermelha que a gente tinha que lateralizar ele, mas, não me lembro agora, mas o lado direito ou esquerdo ele não tolerava. Era só tu colocar e tu já via no monitor que ele estava dessaturando e começava a passar mal. E aí a gente tinha que voltar.

Na verdade tu segue a técnica de fazer céfalo-caudal, mas só troca os materiais? É. Material para cento e poucos paciente, quantas bacias tu ia ter que ter? E a bacia ei acho que deveria ser levada até para o bloco para esterilizar, porque aí tu consegue matar os germes que estão presentes. Senão é meio difícil, mesmo que a gente passe um álcool, não consegue...

| | | |
|-----------------------|---|--|
| | <p>E essa técnica de usar a almotolia, tu já sabia de outro lugar? Não, essa técnica foi aqui na emergência. E tu sabe quem criou a técnica, tem um autor? Tem. Tu sabe quem é, tu conhece o autor? (balança a cabeça positivamente) Mas é uma coisa nova? É, faz pouco tempo que o pessoal começou a descobrir essa técnica. É que começou a vir as almotolias, porque essa questão da almotolia é uma questão de improvisação. Essa caiu como uma luva para gente. Mesmo que não seja... mas eu acho que ela se torna adequada para o nosso espaço, para a nossa realidade. Mas que ela ficou importante para agilizar o nosso serviço.</p> | |
| <p>Valores</p> | <p>E como tu acha a questão da divisão dos banhos, antes era somente de manhã, aí depois foi feita divisão dos banhos em todos os turnos, tu acha que é possível tu dar um banho a mais? Sim, acontece, eu já fiz isso. Dei banho nos pacientes que não eram meus e ele estava numa situação meia complicada ali porque a higiene estava meio precário e também não custa tu ter 3 banhos e você, ver que o paciente está precisando de uma higiene e, então tu vai ali e tu pega e tu faz. Acho que é uma satisfação para ti de ter ajudado o cara naquele momento, para ele é importante aquele banho, aquela higiene ali. Porque tem dias que o paciente com alguma hipertermia, alguma coisa, tem uma sudorese muito intensa. E é um desconforto, já tá ruim pela patologia, tu ficar transpirando e ... eu acho que em cinco minutos, dez minutos a gente já dá um banho também facilita para ele.</p> <p>Na laranja também tu coloca o banho como uma prioridade? Acho que sim, o banho é importante para o paciente. Tu tem que priorizar, a higiene já é precária. O paciente chega da rua num estado muito deplorável. Tu vai deixar todo dia aquela sequência permanecer o mesmo, daí em pouco tempo tu nem vai conseguir se aproximar do paciente. Eu acho que o paciente entrou num hospital, teria que ter um departamento que as pessoas não vão gostar muito, mas tinha que fazer uma higiene no cara. Fazer uma higiene, arrumar o cabelo, fazer a barba porque os pacientes nossos, o que é o cabelo dos pacientes? E depois ir para um tratamento, ia até</p> | |

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| | <p>melhorar. Mobilizar pessoal só para fazer uma boa higiene dos pacientes, para a auto estima também. Apesar que nem sei se os coitados ainda tem isso ainda. E tem a questão circulatória, tu massageia e vai lavando, às vezes, quando tem Dersani a gente faz,mas às vezes também não tem. Aí fica complicado, faz a massagem somente com a compressa quando tu passa para fazer a higiene tu já vai massageando junto se não tem dersani. E os kits de banho é só das meninas ou é dos meninos também? eu acho que as gurias usam mais, os gurus não usam muito. Mas daí os gurus vão lá e roubam das meninas, mas acabam usando. Mas eu acho que é mais uma questão de masculinidade, fica chato um guri vir com kit banho. Mas tem hospitais que dão o kit banho para o paciente, mas aqui nós, imagina cento e poucos pacientes/dia vamos dar kit. Eu acho que em si dinheiro para isso os nossos órgãos tem, só que teria que distribuir de uma forma correta.</p> <p>E na higiene da bacia e da almotolia o que tu acha? Eu acho que a almotolia é até mais higiênico que a bacia. Porque a bacia depois de usar ela tu lava e deixa ali, mas tu vê que muitas vezes não está num lugar adequado para ela ficar higienizada. Às vezes tu pega na corrida. A almotolia não, é um recipiente menor, está fechada, e tu tira aquela água de dentro e lava. No outro dia tem outras ali, a gente pode pegar. facilita a almotolia nesse sentido. Mas, a bacia é importante, mas quando a gente tem uma área física adequada.</p> | |
| TEMÁTICA: TROCA DE FRALDA | | |
| Normas antecedentes | | |
| Renormalizações | <p>E nessa troca de fralda, que o pessoal faz, como que você chamam? O pessoal chama de "mequetrefe", um absorvente improvisado, uma coisa assim. Ele facilita na hora de... tem um tempo maior de... se tu colocar só uma fralda, tem uns pacientes que fazem xixi uma vez só e a fralda já está na hora de tu trocar. Mas, aí tu colocando o "mequetrefe" ali, a gente consegue ganhar um tempo maior. E essa</p> | |

| | | |
|---|---|--|
| | <p>fralda eu acho que é muito boa, e ela absorve bem, ela tem um gel com uma quantidade boa. Então o paciente não fica muito tempo... fica úmido ali, mas não fica molhado porque se tu deixar só com uma, às vezes, tu vai lá e está todo molhado. Tem até quantidade de urina ali próximo. Não consegue absorver.</p> <p>E na troca de fralda, na higiene perineal a almotolia também facilita? Facilita, ela é para nós importante a almotolia pelo nosso espaço para tu fazer uma higiene ali. A almotolia tu tem uma quantidade x de água que tu pode fazer uma higiene, na troca de fralda do paciente, e na revisão. Muitas vezes tu vai fazer uma troca de fralda e o paciente não está muito higienizado no períneo e então tu tem que deixar um pouco mais de água ali, que às vezes é complicada a situação.</p> | |
| Usos de si por si e pelos outros | <p>E quando tu pega um colega novo e ele só tinha dado banho de bacia, nem conhecia, como é essa iniciação? Interagir. Ele fica meio espantado na primeira vez, mas depois ele vê que a gente não tem saída. Os faz assim ou ... Bacia a gente não tem condições de dar banho. Realmente, bacia para nós não dá certo. Essas improvisações vão passando de trabalhador para trabalhador.</p> | |
| Valores | <p>Isso é bom só para o trabalhador ou traz benefício para o paciente? Não, eu acho que mais em função do paciente. Porque se a gente não está ali visualizando e trocando cada a vez que ele faz xixi, a fralda absorve e o paciente fica seco mais tempo seco. É mais benefício para ele, mas todo o nosso trabalho a gente está pensando mais no paciente do que em nós. Se a gente pensar em nós, quem vai ser beneficiado, tem que pensar no paciente.</p> | |
| TEMÁTICA: HIGIENE ORAL | | |
| Normas antecedentes | | |

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| Renormalizações | <p>Mas às vezes tu vai num curso, higiene oral, por exemplo, daí o enfermeiro diz que sempre tem que usar cuba rim, cuba redonda, tem que usar pinça. Fala de um monte de material, que tu tem que usar sempre assim. Tu já percebeu essa diferença entre o que é dito para fazer e as condições que vc tem na prática? Sim, sim, todo o dia a gente tem aqui, porque a gente não consegue fazer essa técnica da higiene oral com uma cuba rim ou cuba redonda, para depois que fizer a higiene fazer mais uma higiene com água. Uma que não tem área física, não tem espaço e a gente, material.. cuba rim, cuba redonda é muito difícil de ter uma disponível. Gaze, essas coisas a gente faz com uma espátula, faz o rolinho ali, faz com uma espátula a higiene. Os, às vezes, quando o paciente tem uma crosta, aí tu tem que passar um pouco de óleo Dersani para começar a soltar aquilo, porque se tu for tirar aquela crosta li vai acabar lesionado, vai fazer uma lesão no paciente, sangue e os nosso pacientes são muitos anticoagulados. Aí tu vai fazer um benefício para o cara e dá uma complicação para ele, porque aí para estancar o sangramento, por exemplo, no céu da boca onde tem essas placas, o paciente tem complicações, já não consegue mais fazer a sua higiene, aí dificulta bastante.</p> | |
| Usos de si por si e pelos outros | <p>Mas essa modificação, na verdade, ela é para facilitar o trabalho para que tu tenha tempo para fazer todas as outras coisas? Sim, para facilitar mais à frente. Tu sabe que isso é importante tu fazer, mas se tu for fazer aquilo daquela forma, tu vai te atrasar mais à frente, então tu faz, mas não com essa técnica assim de uma cuba rim e uma cuba redonda. Tu pega e já coloca a solução de higiene oral direto na gaze e com uma espátula tu faz a tua higiene. Porque , às vezes, tu pode fazer com uma pinça ou, às vezes tu faz uma higiene... tu enrola.. com uma luva o dedo, mas tem que cuidar porque, às vezes o paciente pode morder a gente. Não pode se descuidar muito.</p> | |
| Valores | <p>E, com relação a higiene oral, tu fazer com o copinho, os enfermeiros sabem que tu tá fazendo assim, tu acha que eles</p> | |

| | | |
|------------------------------------|---|--|
| | <p>aceitam? Eu acredito que eles aceitam, porque até agora ninguém me sugeriu ou me chamou a atenção por eu estar fazendo dessa forma. Porque é uma das nossas técnicas para melhor atender o paciente, porque a gente não tem o material e acaba improvisando, como a gente falou primeiro.</p> <p>Quando você veio para cá você já fazia higiene oral assim? Não, e aí no... a primeira vez que tu viu, ha? Tu faz a higiene oral assim? Vamos ter que continuar, porque se tu não tem outras maneiras, o paciente não pode ficar sem uma higiene por causa que... Então é uma questão de improvisação, vou improvisar para o conforto do paciente. Até os alunos perguntam para mim, professora, dá para fazer assim? Fazer o que.</p> | |
| TEMÁTICA: TROCA DE DECÚBITO | | |
| Normas antecedentes | | |
| Renormalizações | <p>E aí assim, também quando tu faz essa improvisação tem a preocupação com o bem-estar? Com certeza, tu improvisa mas tu tá sabendo que tu vai fazer o melhor para ele se sentir mais confortável, desde uma mudança de decúbito, às vezes, tu não consegue fazer de duas em duas horas, mas na maneira mais correta, em menos tempo a gente vai fazer essa mudança porque para ele é importante, para não ter escaras e para o próprio bem-estar dele, porque tu ficar muito tempo posicionado numa maneira só, a gente já não consegue ficar tão bem. Tu vê que com uma mudança de decúbito no paciente ele já consegue relaxar, dorme um pouquinho depois de uma mudança.</p> | |
| Usos de si por si e pelos outros | <p>Na mudança de decúbito, tu já olha para a pele e consegue identificar se o paciente tem alguma lesão? Sim, com lesão, com escaras... essa coisa toda. Tem umas lesões de primeiro grau, que a</p> | |

| | | |
|---------|---|--|
| | camada da pele já começa a romper. E depois de segundo, terceiro grau em diante, aí já começa a ter aquela ferida, as escaras, às vezes, tem umas bem profundas, principalmente na sacra e nos trocânteres. | |
| Valores | | |

| TEMÁTICA: PROCESSO DE TRABALHO | |
|--|---|
| Depoimentos | Explicitação dos significados e comentários do diário de campo |
| <p>O que tu acha que acontece que é difícil, é na organização? Não, é que é muita coisa, o cara não vai conseguir se organizar para desenvolver um bom trabalho. Tu tem que chegar, pegar a tua escala e já começar a fazer as tuas tarefas e ir tirando medicações, diluindo, administrando. Às vezes, a pessoa já chega com um pouco de medo, receio e até ela começar a conhecer o ambiente demora um pouco e isso faz com que atrapalhe um pouco o desenvolvimento dela. E se é por exemplo um andar, uma coisa mais tranquila assim, ou outro hospital particular que é mais tranquilo, o cara consegue pegar um pouco mais fácil. Ele tem também mais tempo. A gente não tem tempo de ficar dizendo tem que... fazer isso ou aquilo, tu não tem tempo disso. Tu tem que chegar e falar uma coisa, eu falo... agora as gurias entendem melhor mas antes, em parte eu falo mais brincando do que falo sério. Então elas perguntam: -É mesmo assim? Sim, vai lá e faz. Daí da certo. O x é um que está sempre atrás de mim. - Assim é bem melhor.</p> <p>Sempre é possível fazer o trabalho respeitando todas as rotinas? Não, pelo espaço e tempo. Pela quantidade de paciente que a gente tem que não consegue. A demanda da gente é muito grande, até queria pesquisar um dia para ver quantos pacientes a gente atende por mês, só para a gente ver e dividir por dia para ver quantos a gente atende. Porque ontem de noite quando eu estava trabalhando passaram 12 pacientes por mim, então é um grande número. Cada um que tu vai receber tu vai iniciar toda medicação... ainda encaminha para o andar, olha o tempo que tu leva para te deslocar, até ontem eu levei um paciente sem trocar o curativo e aí a enfermeira perguntou. Mas eu disse: - Eu não tive condições. Aí a minha colega lá estava mais tranquila e depois ela até desceu e disse: - Não, capaz, eu troquei o curativo, estava simples, estava legal.</p> | |
| <p>Mas eu acho que tem a ver com a educação porque as vezes as pessoas são tão humildes que não procuram? Mas também, às vezes, eles procuraram ajuda. Eles comentam com a gente: - Já fui no posto, pedi e o médico marcou o exame só para daqui a seis meses, aí eu não tenho dinheiro para mim pagar. Eu falei isso para o x uma vez, nem sei se posso falar... vou dizer isso</p> | |

para ti. Eu trabalhava em hospital particular e aí o cardiologista foi lá avaliar e disse que ele precisava de um stend e ele disse que não tinha, que só tinha uma vaca de leite para alimentar as crianças e ele disse: - Tu prefere alimentar as tuas crianças ou tu sobreviver? Então ele pediu para o cara vender a vaca de leite dele que dava o leite para o sustento das crianças e pagar o stend dele e sabendo que isso o SUS até cobre. E os privados pegam para administrar no paciente, pegam entre aspas, é uma coisa que tu está precisando naquele momento. Mas não seria uma coisa mais justa o cara não fazer isso. Aí o cara teve que vender o sustento da família para ele colocar um stend para continuar sobrevivendo.

A pior coisa é a rede, ficar meses esperando. Mas essa que é a diferença porque os privados quando descobrem alguma coisa já saem fazendo alguma coisa. Pelo menos ameniza uns bons anos. Aqui quando chega já evoluiu muito, está muito avançado.

E o truque da comadre, tu já chegou a ver? Sim, aquele lá eu também acho que é importante, tu coloca um saco plástico, aí tu só recolhe aqueles dejetos ali, e bota nos devidos lugares. Porque se tu for deixar, às vezes, o tempo em questão de água e de molho, que precisa porque às vezes sujou uma grande quantidade e tem que deixar de molho um tempo e a gente não tem nem mesmo muitas comadres. Três, quatro pacientes e tu tem umas cinco seis comadre para cada sala, se tu não tem aquela técnica ali acaba faltando material. Então tu faz aquilo ali, facilita a tua limpeza porque tu lava sem ter muita sujeira, sem resquícios porque às vezes não fica nada.

Quando tu vai fazer um procedimento, um curativo, as fixações de cateteres e dar um banho, às vezes, a gente não tem todo o material e tu vai ter que improvisar. Já teve situação que na tua prática tu teve que improvisar? Cortar um caminho em termos de material.. aqui até não muito mas em outros hospitais menores, sim já teve essa experiência de cortar caminho. Aqui também, às vezes não tem esse cateter de oxigênio, aquela extensão verde. Então, às vezes a gente até usa a de aspiração. Mas aqui é legal da gente fazer uma improvisação, o ruim é quando tu tem que improvisar com outros materiais. Aquelas sondas de jejunostomia que a conexão nossa da sonda não dá, então tem que improvisar, colocar uma torneirinha, e abri e pegar e colocar um benjoim, e para fixar tem que colocar uns esparadrapos para não ficar vazando, senão molha toda a cama e o paciente também não está recebendo alimentação. Aí tu faz isso e fica um "enjambre", mas que funciona, fica bem fixado. O nosso objetivo é pelo bem-estar do paciente, porque se a gente não fizer aquilo ali, às vezes, a alimentação vai toda fora e o paciente não vai receber as calorias adequadas. No final do dia vai ficar faltando, porque a quantidade a nutrição calcula, isso é tudo calculado.

Quando a gente muda a rotina a gente está buscando o bem-estar? Sim, eu acredito nisso. Muda essa rotina, mas é em prol do paciente. Porque se a gente não fizesse essa quebra dessa rotina o paciente não iria ser beneficiado. No caso da sonda, a nutrição encaminha a alimentação, mas se a gente não administrar o paciente vai ser prejudicado, ele não vai receber. E até os médicos passarem outra sonda. Esses dias teve uma experiência, eu fui ali no andar e daí o paciente, foi antes do Natal, ele não tinha mais condições de acesso venoso, os braços todos cheios de flebite. Aí não queria mais ser puncionado e o pessoal para passar um acesso central iam vir só depois do Natal e ele fazendo anfotericina, mais não sei o que... aí ele ficou três, quatro dias sem receber porque o pessoal não tinha ninguém para passar um acesso central nele? Uma coisa que demora 15 minutos, é rápido. O paciente atrasa o tratamento. Às vezes, tem que dar um tempo para ver se o antibiótico vai fazer efeito,

| | |
|---|---|
| se parar dois três dias e começar de novo, os germes ali podem ficar resistentes. Não por pouca vontade nossa, mais pelas condições do paciente e as pessoas tendo que passar um acesso mas... | |
| TEMÁTICA: VALORIZAÇÃO DO TRABALHO | |
| Depoimentos | Explicitação dos significados e comentários do diário de campo |
| <p>O que tu considera como sendo valorização do teu trabalho? O reconhecimento primeiro dos supervisores que estão com a gente e do próprio paciente, que muitos deles... outro dia eu estava aqui na frente e daí um cara veio aqui e me cumprimentou, me abraçou forte e me agradeceu por eu ter atendido ele, ter prestado o atendimento adequado. Eu acho que é um reconhecimento nosso do trabalho. Isso valoriza o trabalho? valoriza, com certeza.</p> <p>E tu acha que o teu trabalho é importante, frente ao trabalho de todos os profissionais da saúde o que tu acha do trabalho do técnico? A gente está praticamente as 24 horas com o paciente, o médico vem e prescreve e solicita exames, essa coita toda e fica ausente na grande maioria do tempo. Mas a gente, está ali em cima, fica passando o plantão um para o outro e aí a gente acaba conhecendo mais o paciente do que o próprio médico. Mas daí quando eles vem conversar com a gente, ter uma opinião... que nem um médico que estava ali na observação, aí tu relata para ele a tua experiência, o teu conhecimento sobre o paciente dessa noite. Acho que é importante para ele prescrever, alguma alteração na prescrição ou coisas do tipo.</p> <p>Então, alguma alteração, as coisas que tu observa já passa para o médico para ele ver se piorou ou se melhorou? Ele então tem um acompanhamento mais eficaz daquele paciente, quais as suas reações ou não.</p> <p>Levando em consideração a valorização, tu acha que a tua profissão é valorizada, pelo menos aqui na instituição? Aqui mais do que nas outras que eu passei. A gente tem essa valorização do nosso trabalho, tem muitos lugares que não dão muita importância para isso. Tu é mais um, por exemplo, o pessoal fala. Aqui não.</p> <p>Aqui a enfermagem tem bastante reconhecimento? Sim, esse reconhecimento do nosso trabalho, tu vê na emergência uma quantidade x de pessoas que em outros lugares tu não vê.</p> <p>A questão da valorização, quando a empresa promove esses cursos e capacitações ela está valorizando o trabalho? Acho que sim. Quando a gente fez o curso da reanimação, para mim foi bem valioso, a gente já sabe alguma coisa, mas tu acaba reforçando um conhecimento a mais, chegando e se aproximando do paciente. Isso faz com que a gente se especialize um pouco mais a cada dia. Eles disseram que vão encaminhar uma carteira para nós, estou esperando receber, quero sair com a minha. Prestar um socorro na rua, já pensou? Eu tive uma oportunidade para prestar um atendimento na rua junto com o x, mas os policiais não deixaram me aproximar...</p> | |

| | |
|--|--|
| | |
| TEMÁTICA: FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO | |
| <p>Porque você escolheu a profissão de auxiliar e depois porque você escolheu a de técnico? Porque a minha irmã trabalhava na área da saúde, aí ela foi para casa e levou um aparelho de pressão e aí eu verificava da mãe, mais as vizinhas que vinham até lá para verificar a pressão. Aí a gente foi gostando disso, aí depois eu saí da agricultura e tive que fazer um curso para me especializar. Trabalhando sem especialização fica ruim. Depois fui fazer o auxiliar, fiz o técnico e ia fazer o técnico em radiologia mas se tornou meio caro.</p> <p>Tu sempre conseguiu trabalhar, tu sempre esteve empregado? Comecei a fazer o curso, dentro de um mês, comecei a fazer na URI em Erechim, que é a Universidade do Alto Uruguai e Missões, aí depois já me chamaram para trabalhar no hospital de lá. Depois eu vim para Porto Alegre mais tarde.</p> <p>O que tu acha que precisa para ser um bom técnico em enfermagem, o que tu olha e diz esse é um bom técnico, o que tu reconhece no outro e reconhece em ti? Tem que ter muito profissionalismo, tem que estar dedicado praticamente o tempo todo em cima do paciente, visualizando, prestando atenção nas suas reações, e isso é com o tempo... a experiência a gente vai pegando, aí tu vê um paciente ali e tu já... e no técnico tu vê, com essas funções de cada um. Se tu te empenha em cima do paciente tu acaba também conhecendo um pouco mais e vendo que cada dia tu pega uma experiência nova, com reação daquele, noutro dia tu vai conseguir cortar um caminho, vai chegar mais cedo do que uma patologia desenvolvida, um cara começa com sudorese, outro vai fazendo um HGT, outro tu já vai verificando uma pressão. O sintomas de um paciente com DM...</p> <p>Dos teus saberes da experiência e dos conhecimentos que tu traz dos cursos e das atividades, tu acha que tu assistindo essas palestras tu consegue trazer coisas para a tua prática? Eu acho que muitas coisas acrescenta sim, mas algumas delas a gente já tem visto, então é só uma questão de reforçar para todo dia a gente continuar fazendo aquela prática correta. Para reforço e para lembrar a gente que aquilo ali existe e que funciona.</p> <p>Tu considera os cursos de capacitações importantes para a realização do teu trabalho ou tu acha que aprende aqui nas trocas com os colegas? É, mas eu acho que é importante sim, principalmente na vermelha, as medicações que ficam...com a interação medicamentosa, porque daí tem muita medicação, tu tem antibióticos com sedativos que eles interagem e a gente está infundindo e tu acaba fazendo aquela medicação, mas eu acho que o resultado não está sendo o a gente esperava, porque tu está fazendo uma coisa, mas tu tá sabendo que uma medicação está cortando o efeito daquela, não sei se.. aí por esse lado tem que passar um acesso periférico, porque, às vezes, no acesso central tem cinco ou seis bombas no paciente infundindo isso, aquilo, e aquele outro. E aí tu vai lá e faz um antibiótico e não é compatível. Esse conhecimento, de saber que o antibiótico vai interagir com o antibiótico vai gerar um outro cuidado? Vai, vou ter que pegar um outro acesso no paciente para só correr aquela medicação, para não acabar perdendo o efeito desse antibiótico, porque senão não tem resultado</p> | |

| | |
|---|---|
| nenhum, tu está infundindo uma coisa que não vai ter retorno e o paciente também não está recebendo uma dose correta. | |
| TEMÁTICA: ROTINAS E SISTEMATIZAÇÕES | |
| Depoimentos | Explicitação dos significados e comentários do diário de campo |
| <p>Tu acha que as rotinas, essas padronizações, os passos de como fazer a higiene oral ajudam na tua prática do dia a dia? Se a gente tivesse material disponível, fazer com... não o material em si a gaze, mas o material recipiente. Acho que seria importante, mas a gente não tem espaço físico. Às vezes, não tem nem uma mesinha de cabeceira para tu colocar o material. Aí tu coloca em cima do paciente, o paciente agitado, acaba virando no paciente, aí tu tem mais uma tarefa ainda... tu tem que trocar toda aquela roupa de cama. E, às vezes, tu fica te atrasando porque aí tu já tem cinco ou seis pacientes ou sete e tu já vai pensar lá na frente, no antibiótico. Tu vai fazer aquilo tudo meio correndo. Às vezes tu não consegue fazer, o importante seria fazer, mas às vezes tu não consegue.</p> <p>Tu acha que as rotinas e as padronizações aqui da emergência são adequadas? Se nós conseguíssemos segui-las, mas a gente não consegue. Muita rotina a gente não consegue fazer.</p> <p>Mas tem influência também do espaço? Mais não é por incompetência nossa, mais é por causa do espaço e o tempo que... tem que ter tempo para fazer a rotina, porque o certo seria tu ficar com dois ou três pacientes e a gente, às vezes, fica com oito, nove pacientes. Para dar um cuidado integral bom, tu não consegue, é muito difícil.</p> <p>Tu tem informação de como são feitas as rotinas, tu já participou alguma vez da discussão das rotinas para a emergência, deveria ser assim e assim, tu já participou alguma vez? Não, participar dessas rotinas que já tem não. Mas, os enfermeiros novos que entraram queriam formar um grupo para a gente avaliar melhor as escaras, procurar revisar os acessos, as datas, os equipos, dar uma olhada um pouco melhor sobre isso. Porque tu, às vezes, vê que os acessos é necessário que tu troque, porque eles ficam um tempo x ali e ele desenvolve uma flebite, e já não infunde tão bem, faz aqueles soromas no paciente, aquelas coisas todas... E tu faz esse cuidado todo dia de chegar e já olhar como o paciente está? Nos meus pacientes, eu tento, em 99% dos dias de trabalho dar uma olhada, se tiver o acesso ruim eu já vou lá e já troco. Eu tento deixar o melhor possível para o paciente.</p> | |
| TEMÁTICA: ESCOLHA DA PROFISSÃO | |
| Depoimentos | Explicitação dos significados e comentários |

| | |
|--|---|
| | do diário de campo |
| Tu é auxiliar ou técnico? Eu comecei como Auxiliar de enfermagem e depois em 2000 fiz o curso de Técnico em enfermagem e aí passei a ser técnico. Há quanto tempo você trabalha na enfermagem? Aproximadamente 16 anos. Há quanto tempo você trabalha nesta instituição? Aqui, faz dois anos e três meses. Sempre como técnico? Aqui sempre com técnico. | . |
| TEMÁTICA: SABERES DA EXPERIÊNCIA | |
| Depoimentos | Explicitação dos significados e comentários do diário de campo |
| <p>A tua experiência vai agregando conhecimento no dia a dia, vai facilitando o teu trabalho? No dia a dia. Daquele que quer prestar um bom atendimento, porque às vezes não é bem assim.</p> <p>E daquele que presta atenção? Tu olha e percebe que tem alteração e já começa a agir.</p> <p>O que tu acha de tudo que tu faz todo dia, os cuidados de enfermagem. Olhando tudo que tu faz, o que tu considera como sendo mais importante? Eu acho que é a reanimação do paciente que chega parado na vermelha, esse que dá mais... porque às vezes o cara parou, tá falacendo e tu consegue reanimar. Teve uma cena curiosa uns dias atrás que a paciente que a gente conseguiu reanimar e ela levantava a mão, com aquele tubo e depois de pouco tempo ela... pouco tempo depois ela já estava extubada, e estava com cateter nasal. Estava com desconforto assim, das compressões que a gente fez. E do restante, o importante também é a medicação. As outras coisas são rotinas.</p> | |
| <p>Tu acha que o teu trabalho é um trabalho simples de executar? Não acho que não, é muito complicado. Tem muita coisa no dia a dia, mas tu tem que ter muita experiência para desenvolver um bom trabalho, senão tu não consegue. Tu vê que os colegas, às vezes, têm dificuldade e normalmente eu dou um apoio para eles e oriento eles a fazer de tal forma que eu acho que é mais correto, que a gente aprendeu a fazer assim. E até muitos ficam agradecidos porque muitos não fazem isso e ficam de lado olhando...</p> <p>E tu acha que essa dificuldade deles tem a ver com o tempo de experiência deles? Aqui com nós vai ter, eu acho que para a emergência já deveria ter uma certa experiência, para chegar e já ter um pouco de conhecimento do paciente, porque se tu não tiver tu acaba sofrendo um pouco no início. Apesar de que as pessoas comentam de que é no dia a dia que a gente pega, mas se tu chagar sem experiência eu acho que tu vai sofrer. No resto é tranquilo.</p> <p>E quando chega um trabalhador novo tem os pares? Nesses dois anos eu acho que já passou uns seis ou sete por mim. Tem que começar a ganhar por isso também. Técnico que está recebendo e treinando outros. É...</p> | |

Se tu tivesse como escolher um adjetivo que poderia caracterizar o trabalho do técnico? Hoje pela minha experiência eu acho que é satisfatório desenvolver um trabalho na instituição, eu não tenho mais dificuldade de administrar, acho que para mim está mais fácil agora para desenvolver o trabalho. Eu peguei experiência.

Se tu tivesse como escolher um adjetivo que poderia caracterizar o trabalho do técnico? Hoje pela minha experiência eu acho que é satisfatório desenvolver um trabalho na instituição, eu não tenho mais dificuldade de administrar, acho que para mim está mais fácil agora para desenvolver o trabalho. Eu peguei experiência.

Mas tu acha que no dia que tu entrou aqui, tu já tinha experiência de outros lugares, essa experiência dos outros lugares te ajudou? Me ajudou muito, com certeza, ajudou muito. Tu já conhece medicação, tu já conhece... já tem uma visão do paciente, tu já conhece a patologia do paciente, mesmo que não seja o mesmo paciente que tu atendia fora daqui, que seriam outros, mas a patologia tanto é num particular como num público. Não vai mudar. Só que nos particulares eles tem condições de chegar antes que os nossos. Os nossos quando vem aqui, a patologia está muito avançada, eles já estão sofrendo muito. E o paciente do particular é diferente porque ele sentiu qualquer coisa ele já procura um auxílio, procura alguém da área médica para resolver o problema dele.

E a experiência de vida, do trabalho lá da agricultura, tu acha que ajuda nas tuas coisas e no teu trabalho na enfermagem? Eu acho que não, não é muito relacionado.

Na maneira de lidar com as pessoas, onde tu aprendeu a falar com as pessoas, tu acha que tu aprendeu isso lá no curso de técnico? Eu acho que isso é de cada um, de tu ter essa vontade e esse desenvolvimento de atender os pacientes. Eu acho que isso tu procura, se tu não está muito a fim de trabalhar nessa área, tu começa a descartar, sair fora. Mas como a gente gosta de falar bastante e aí eu acho que me adaptei melhor.

Tu acha que é uma característica tua? De relação com os clientes.

A experiência na área tu já colocou que é importante para o teu trabalho, da experiência de vida o que tu falou foi a história da verificação da pressão? Minha mana levou um aparelho para a gente verificar a pressão e a gente acabou... a minha irmã trabalha na enfermagem no IAPI. Ela foi a minha influência. Tu te sente importante, principalmente no interior, as pessoas não tem muito isso... eu voltei lá uma época e as pessoas queriam idolatrar o cara. Não, mas eu sou só um simples técnico em enfermagem, há mas tu auxilia em clínicas. Se tu falar alguma coisa que tu trabalhou em bloco ou alguma coisa assim, que auxiliou em cirurgias grandes ou coisas assim, as pessoas... acham que tu te esforçou muito. É claro que tu te esforçou para chegar até aqui, mas não foi de graça que eu cheguei, mas é um trabalho importante, com certeza. Isso é uma coisa que dá uma satisfação para a gente. Tu vai lá e desenvolve com mais vontade o teu trabalho, porque se tu não tiver satisfação eu acho que tu chega já meio cabisbaixo, começa a ficar numa negativa. Mas quando a gente vê que o trabalho está desenvolvendo, aí tu vem... tanto que eu passo quase 18 horas aqui dentro na maioria dos tempos. Se eu não gostasse eu acho que eu não faria isso. Tu vai ficar todo dia meio magoado, contra teus princípios...de estar aqui dentro desenvolvendo uma coisa que tu ... o que choca é os pacientes chegarem, que a gente falou antes da diferença dos particulares pros nossos do SUS, porque eles

chegam ali... parecem que já estão na reta final, a gente nem pode falar isso, mas aqui o quadro deles é muito grave.

Tu considera que os saberes, os saberes da experiência dos trabalhadores aqui da emergência, eles são levados em consideração no momento de fazer as rotinas, as opiniões, tu acha que elas chegam nos enfermeiros? Acho que sim, muitos dos técnicos conseguem fazer isso, chegar e tipo trocar uma ideia, trocar uma experiência com os enfermeiros, e os enfermeiros acabam aceitando. Mas aqui nesse hospital, porque no hospital privados há uma regra, uma dita e tu tem seguir aquilo que eles vão impor, tu não tem muita voz, não tem muito...

De que forma tu acha que o teu trabalho cotidiano de cuidar dos pacientes todos os dias, no que você acha que trabalhar todo dia qualifica o teu trabalho? Eu acho que sim, eu acho que qualifica, desenvolve uma aptidão no dia a dia no nosso trabalho. Tu chega sempre com uma vontade de conhecer algo mais do paciente e no dia a dia é que tu vai vendo ali que cada paciente é uma patologia muito diferente. Mesmo tu acompanhando... as pessoas acham até meio ... acompanhando um paciente numa eliminação, é.. paciente é muito complicado, tu fica conversando com ele e ele te relata que tem tal patologia, tem isso e aquele outro. Então tu vê que aquela patologia atinge tal órgão, que faz com que o cara. E esse conhecimento quem tem menos tempo não tem? Não pega às vezes, por falta de ... às vezes, a pessoa fica meio assim em acompanhar o cara. Porque que os médicos pedem para a gente acompanhar as eliminações do paciente? Para tu avaliar o que realmente está acontecendo com ele, porque também pelas eliminações eles conseguem ver um diagnóstico, alguma coisa assim.

E tu acha que é somente por meio das anotações, os sinais vitais ou tem outras coisas que, observação que somente de olhar eu já sei. Ou tu usa outros sentidos, só pelo olhar eu já consegui ver que o paciente já está mais grave? Eu acho que sim, principalmente quando a gente está aqui na frente, que está na classificação o paciente chega da rua e tu até avalia ele no consultório mas pouco tempo depois tu vê que ele começa a descompensar e isso só de olhar no paciente tu já vê que ele não está no mesmo quadro que estava antes. E ele está referindo alguma coisa, então tu pode começar agir vai sair na frente porque o paciente pode ter complicações mais tarde. Porque muitas vezes a gente chega aqui e vai ver o paciente e ele está num quadro estável e aí ele começa a descompensar, aí tu já vai direto para a vermelha, aí tu vê que realmente o teu olho fez a diferença ali.

ANEXO A - Legislação vigente das atribuições dos técnicos em enfermagem e dos auxiliares de enfermagem

Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.

Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providência.

O presidente da República. Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - É livre o exercício da Enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta Lei.

Art. 2º - A Enfermagem e suas atividades Auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

Parágrafo único - A Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.

Art. 3º - O planejamento e a programação das instituições e serviços de saúde incluem planejamento e programação de Enfermagem.

Art. 4º - A programação de Enfermagem inclui a prescrição da assistência de Enfermagem.

Art. 5º - (vetado)

§ 1º - (vetado)

§ 2º - (vetado)

Art. 6º - São enfermeiros: I - o titular do diploma de enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei; II - o titular do diploma ou certificado de obstetrix ou de enfermeira obstétrica, conferidos nos termos da lei; III - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix; IV - aqueles que, não abrangidos pelos incisos anteriores, obtiverem título de Enfermeiro conforme o disposto na alínea "d" do Art. 3º. do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

Art. 7º. São técnicos de Enfermagem:

I - o titular do diploma ou do certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado pelo órgão competente;

II - o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.

Art. 8º - São Auxiliares de Enfermagem:

I - o titular do certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da Lei e registrado no órgão competente;

II - o titular do diploma a que se refere a Lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956;

III - o titular do diploma ou certificado a que se refere o inciso III do Art. 2º. da Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961;

IV - o titular de certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto-lei nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e da Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

V - o pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem, nos termos do Decreto-lei nº 299, de 28 de fevereiro de 1967;

VI - o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

Art. 9º - São Parteiras:

I - a titular de certificado previsto no Art. 1º do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1964, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

II - a titular do diploma ou certificado de Parteira, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, até 2 (dois) anos após a publicação desta Lei, como certificado de Parteira.

Art.10 - (vetado)

Art.11 - O Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

a) direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;

b) organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem;

d) - (vetado)

e) - (vetado)

f) - (vetado)

g) - (vetado)

h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;

i) consulta de Enfermagem;

j) prescrição da assistência de Enfermagem;

l) cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

m) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

II - como integrante da equipe de saúde:

a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;

c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;

d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;

e) prevenção e controle sistemática de infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;

f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência

de Enfermagem;

g) assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;

h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

i) execução do parto sem distocia;

j) educação visando à melhoria de saúde da população;

Parágrafo único - às profissionais referidas no inciso II do Art. 6º desta Lei incumbe, ainda:

a) assistência à parturiente e ao parto normal;

b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;

c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Art. 12 - O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de Enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

- a) participar da programação da assistência de Enfermagem;
- b) executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no Parágrafo único do Art. 11 desta Lei;
- c) participar da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar;
- d) participar da equipe de saúde.

Art. 13 - O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de Enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

- a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- b) executar ações de tratamento simples;
- c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;
- d) participar da equipe de saúde.

Art. 14 - (vetado)

Art. 15 - As atividades referidas nos arts. 12 e 13 desta Lei, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro.

Art. 16 - (vetado)

Art. 17 - (vetado)

Art. 18 - (vetado)

Parágrafo único - (vetado)

Art. 19 - (vetado)

Art. 20 - Os órgãos de pessoal da administração pública direta e indireta, federal, estadual, municipal, do Distrito Federal e dos Territórios observarão, no provimento de cargos e funções e na contratação de pessoal de Enfermagem, de todos os graus, os preceitos desta Lei.

Parágrafo único - Os órgãos a que se refere este artigo promoverão as medidas necessárias à harmonização das situações já existentes com as disposições desta Lei, respeitados os direitos adquiridos quanto a vencimentos e salários.

Art. 21 - (vetado)

Art. 22 - (vetado)

Art. 23 - O pessoal que se encontra executando tarefas de Enfermagem, em virtude de carência de recursos humanos de nível médio nesta área, sem possuir formação específica regulada em lei, será autorizado, pelo Conselho Federal de Enfermagem, a exercer atividades elementares de Enfermagem, observado o disposto no Art. 15 desta Lei.

Parágrafo único - A autorização referida neste artigo, que obedecerá aos critérios baixados

pelo Conselho Federal de Enfermagem, somente poderá ser concedida durante o prazo de 10 (dez) anos, a contar da promulgação desta Lei.

Art. 24 - (vetado)

Parágrafo único - (vetado)

Art. 25 - O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 120 (cento e vinte) dias a contar da data de sua publicação.

Art. 26 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 27 - Revogam-se (vetado) as demais disposições em contrário.

Brasília, em 25 de junho de 1986, 165º da Independência e 98º da República

José Sarney Almir Pazzianotto Pinto

Lei nº 7.498, de 25.06.86 publicada no DOU de 26.06.86 Seção I - fls. 9.273 a 9.275

Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987

Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências

O Presidente da República, usando das atribuições que lhe confere o Art. 81, item III, da Constituição, e tendo em vista o disposto no Art. 25 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, Decreta:

Art. 1º - O exercício da atividade de Enfermagem, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e respeitados os graus de habilitação, é privativo de Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Parteiro e só será permitido ao profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região.

Art. 2º - As instituições e serviços de saúde incluirão a atividade de Enfermagem no seu planejamento e programação.

Art. 3º - A prescrição da assistência de Enfermagem é parte integrante do programa de Enfermagem.

Art. 4º - São Enfermeiros:

- I - o titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;
- II - o titular do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, conferidos

nos termos da lei;

III - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as respectivas leis, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix;

IV - aqueles que, não abrangidos pelos incisos anteriores, obtiveram título de Enfermeira conforme o disposto na letra "d" do Art. 3º. do Decreto-lei Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

Art. 5º. São técnicos de Enfermagem:

I - o titular do diploma ou do certificado de técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado no órgão competente;

II - o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de técnico de Enfermagem.

Art. 6º São Auxiliares de Enfermagem:

I - o titular do certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da Lei e registrado no órgão competente;

II - o titular do diploma a que se refere a Lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956;

III - o titular do diploma ou certificado a que se refere o item III do Art. 2º. da Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961;

IV - o titular de certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto-lei nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e da Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

V - o pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem, nos termos do Decreto-lei nº 299, de 28 de fevereiro de 1967;

VI - o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

Art. 7º - São Parteiros:

I - o titular de certificado previsto no Art. 1º do nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

II - o titular do diploma ou certificado de Parteiro, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as respectivas leis, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, até 26 de junho de 1988, como certificado de Parteiro.

Art. 8º - Ao enfermeiro incumbe:

I - privativamente:

- a) direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem;
- d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;
- e) consulta de Enfermagem;
- f) prescrição da assistência de Enfermagem;
- g) cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- h) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

II - como integrante da equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões;
- f) participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de Enfermagem;
- g) participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica;
- h) prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;
- i) participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;
- j) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

- l) execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distocia;
- m) participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral;
- n) participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada;
- o) participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;
- p) participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra-referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde;
- q) participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde;
- r) participação em bancas examinadoras, em matérias específicas de Enfermagem, nos concursos para provimento de cargo ou contratação de Enfermeiro ou pessoal Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

Art. 9º - Às profissionais titulares de diploma ou certificados de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, além das atividades de que trata o artigo precedente, incumbe:

- I - prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;
- II - identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- III - realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessária.

Art. 10 - O Técnico de Enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:

- I - assistir ao Enfermeiro:
 - a) no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem;
 - b) na prestação de cuidados diretos de Enfermagem a pacientes em estado grave;
 - c) na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica;
 - d) na prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar;
 - e) na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;
 - f) na execução dos programas referidos nas letras "i" e "o" do item II do Art. 8º.

II - executar atividades de assistência de Enfermagem, excetuadas as privativas do Enfermeiro e as referidas no Art. 9º deste Decreto:

III - integrar a equipe de saúde.

Art. 11 - O Auxiliar de Enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:

I - preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;

II - observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;

III - executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de Enfermagem, tais como:

a) administrar medicamentos por via oral e parenteral;

b) realizar controle hídrico;

c) fazer curativos;

d) aplicar oxigenoterapia, nebulização, enteroclistma, enema e calor ou frio;

e) executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;

f) efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;

g) realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnóstico;

h) colher material para exames laboratoriais;

i) prestar cuidados de Enfermagem pré e pós-operatórios;

j) circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar;

l) executar atividades de desinfecção e esterilização; IV - prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive:

a) alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se;

b) zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependência de unidades de saúde;

V - integrar a equipe de saúde;

VI - participar de atividades de educação em saúde, inclusive:

a) orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de Enfermagem e médicas;

b) auxiliar o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde;

VII - executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes;

VIII - participar dos procedimentos pós-morte.

Art. 12 - Ao Parteiro incumbe:

I - prestar cuidados à gestante e à parturiente;

II - assistir ao parto normal, inclusive em domicílio; e

III - cuidar da puérpera e do recém-nascido.

Parágrafo único - As atividades de que trata este artigo são exercidas sob supervisão de Enfermeiro Obstetra, quando realizadas em instituições de saúde, e, sempre que possível, sob controle e supervisão de unidade de saúde, quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias.

Art. 13 - As atividades relacionadas nos arts. 10 e 11 somente poderão ser exercidas sob supervisão, orientação e direção de Enfermeiro.

Art. 14 - Incumbe a todo o pessoal de Enfermagem:

I - cumprir e fazer cumprir o Código de Deontologia da Enfermagem;

II - quando for o caso, anotar no prontuário do paciente as atividades da assistência de Enfermagem, para fins estatísticos;

Art. 15 - Na administração pública direta e indireta, federal, estadual, municipal, do Distrito Federal e dos Territórios será exigida como condição essencial para provimento de cargos e funções e contratação de pessoal de Enfermagem, de todos os graus, a prova de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região.

Parágrafo único - Os órgãos e entidades compreendidos neste artigo promoverão, em articulação com o Conselho Federal de Enfermagem, as medidas necessárias à adaptação das situações já existentes com as disposições deste Decreto, respeitados os direitos adquiridos quanto a vencimentos e salários.

Art. 16 - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 17 - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 08 de junho de 1987; José Sarney Eros Antonio de Almeida Dec. nº 94.406, de 08.06.87 publicado no DOU de 09.06.87 seção I - fls. 8.853 a 8.855

ANEXO B - Descrição das técnicas de higiene e conforto

As técnicas de higiene e conforto³³

1. Banho no leito³⁴

Material necessário

Equipamentos da cama (colcha, cobertor, lençóis, lençol móvel, 01 impermeável, fronha), luvas de procedimento, 02 toalhas, 02 luvas de banho ou compressas, material para higiene oral, material para higiene íntima, fraldas, proteção de banho, 01 camisola ou pijama, 02 bacias de banho ou balde, suprimentos de higiene pessoal (sabonete antisséptico, desodorante, pente, loção e outros), comadre ou papagaio, biombo, saco de lavanderia ou carrinho.

Procedimento/ Técnica

1. Discutir o procedimento com o paciente e investigar a sua capacidade de ajudar no processo, bem como suas preferências de higiene pessoal. Rever o prontuário do paciente para quaisquer limitações na atividade física.
2. Trazer o equipamento necessário para o apoio ao lado da cama ou a bandeja sobre esta.
3. Fechar as cortinas em torno da cama e a porta do quarto, se possível.
4. Oferecer ao paciente a comadre ou o papagaio.
5. Realizar a higiene das mãos.
6. Elevar a cama do paciente para uma posição mais alta.

³³ O cuidado na área de enfermagem envolve ações para atender às necessidades humanas básicas e promover respostas fisiológicas saudáveis, entre elas estão as ações voltadas para a higiene e conforto. As instituições de saúde costumam sistematizar e criar seus próprios manuais das técnicas de higiene e conforto a partir da escolha de um referencial teórico. Encontramos inúmeras referências que descrevem as técnicas de banho no leito, higiene oral, higiene do couro cabeludo, higiene perineal e mudança de decúbito. No entanto, a maioria das referências encontradas que envolvem a área de Fundamentos de Enfermagem são traduções de produções americanas, fazendo com que a linguagem e a realidade de atendimento seja diferente da nossa. A escolha por essa referência acabou acontecendo em função do ano da sua publicação e pelo fato de conter todas as técnicas que desejava.

³⁴ A técnica do banho no leito, bem como todas as demais técnicas descritas neste anexo foram retiradas do livro: TAYLOR, Carol; LILLIS, Carol; LEMONE, Priscilla. Fundamentos de Enfermagem: A arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 5. Ed. Reimpressão 2008. Porto Alegre: Artmed, 2007.

7. Abaixar a grade lateral mais próxima e auxiliar o paciente a posicionar-se próximo ao lado da cama onde você irá trabalhar. Manter o paciente deitado de costas.
8. Soltar os cobertores de cima e removê-los, exceto o lençol de cima. Colocar a proteção de banho sob o paciente e, então, remover o lençol de cima, enquanto o paciente segura a proteção de banho no lugar. Se a roupa de cama vai ser reutilizada, dobrá-la sobre a cadeira. Colocar a roupa de cama suja na sacola da lavanderia.
9. Ajudar o paciente com a higiene oral, quando necessário, e conforme descrito na técnica.
10. Remover a roupa do paciente e manter a proteção de banho no lugar. Se o paciente tem uma conexão intravenosa e não está usando camisola com mangas ajustadas, removê-la do outro braço primeiro. Abaixar o frasco intravenoso e passar a camisola sobre o tubo e o frasco. Pendurar novamente o frasco e verificar o índice de gotejamento.
11. Levantar a grade lateral. Encher a bacia com uma quantidade suficiente de água quente em temperatura agradável (entre 43 e 46°C). Mudar, se necessário durante o banho. Abaixar a grade lateral próxima quando voltar para o lado da cama para começar o banho.
12. Dobrar o esfregão como uma luva, para que não existam extremidades soltas.
13. Colocar uma toalha atravessada sobre o peito do paciente, por cima da proteção de banho.
14. Sem sabonete nem esfregão, limpar os olhos do paciente, da parte interna próxima ao nariz, para a parte externa. Enxaguar ou virar a toalha antes de lavar o outro olho.
15. Lavar a face, o pescoço e os ouvidos do paciente, evitando ensaboá-los se o paciente assim o preferir.
16. Expor o braço mais afastado do paciente e colocar a toalha longitudinalmente sob ele. Com toques firmes, lavar o braço e a axila, enxaguar e secar.
17. Colocar uma toalha dobrada na cama, próxima à mão do paciente, e depositar uma bacia sobre ela. Molhar a mão do paciente na bacia. Lavar, enxaguar e secar.
18. Repetir as ações 16 e 17 para o braço mais próximo ao seu lado. (Uma opção para o enfermeiro mais baixo ou propenso a dor nas costas pode ser lavar um lado do paciente e deslocar-se para o outro lado da cama para completar o banho).
19. Abrir a toalha sobre o peito do paciente. Abaixar a coberta de banho para a área do umbigo. Lavar, enxaguar e secar o peito do paciente. Manter o peito do paciente coberto com a toalha entre as ações de lavar e enxaguar. Prestar atenção especial às dobras de pele sob as mamas da paciente.
20. Abaixar a coberta de banho para a área perineal do paciente. Colocar uma toalha sobre o peito do paciente.

21. Lavar, enxaguar e secar o abdome do paciente. Inspeccionar com cuidado e limpar a área umbilical e quaisquer dobras abdominais ou rugas.
22. Recolocar a proteção de banho na sua posição original e expor a perna do paciente oposta a você. Colocar a toalha sob a perna oposta. Utilizando toques firmes, lavar, enxaguar e secar a perna do paciente, do tornozelo ao joelho e do joelho à virilha.
23. Dobrar a toalha próximo à área do pé do paciente e colocar ali a bacia. Inserir o pé do paciente na bacia enquanto sustenta o tornozelo e o calcanhar em sua mão e a perna em seu braço. lavar, enxaguar e secar, dando particular atenção à área entre os dedos.
24. Repetir as ações 22 e 23 para o outro pé e a outra perna.
25. Garantir que o paciente esteja coberto com a proteção de banho. Trocar a água ou o esfregão neste ponto ou antes, se necessário. Ajudar o paciente a se posicionar de lado.
26. Ajudar o paciente com uma posição pronada ou de decúbito lateral. Posicionar a proteção de banho para expor somente as costas e as nádegas.
27. Lavar, enxaguar e secar a área das costas e das nádegas do paciente. Prestar atenção à limpeza entre as dobras glúteas e observar qualquer indicação de vermelhidão ou de ruptura de pele na área sacral.
28. Se não for contraindicado, massagear as costas do paciente, conforme descrito em técnica específica. A massagem nas costas pode ser oferecida após o cuidado perineal.
29. Encher novamente a bacia com água quente. Descartar o esfregão e a toalha.
30. Lavar a área perineal do paciente ou prepará-lo para que ele possa completar o autocuidado perineal.
31. Ajudar o paciente a colocar uma camisola limpa e assisti-lo em suas necessidades de higiene pessoal.
32. Proteger o travesseiro com uma toalha e arrumar o cabelo.
33. Trocar as roupas de cama, conforme descrito na técnica específica. Remover as luvas e realizar a higiene das mãos. Dispor as roupas de cama de acordo com a política da instituição.
34. Registrar quaisquer observações e comunicações significativas no prontuário do paciente.

2. Higiene oral

Ajuda ao paciente no cuidado oral

Material necessário

Escova de dente, pasta de dente, luvas descartáveis, toalha, anti-séptico bucal, copo com água, recipiente tipo cuba, equipamento para limpeza de prótese dentária, gaze, toalha de papel ou compressa, gel ou óleo.

Procedimento/ Técnica

1. Explicar o procedimento ao paciente.
2. realizar a higiene das mãos. Colocar luvas descartáveis se for ajudar o paciente com a higiene oral.
3. Reunir o equipamento ao lado da cama em uma mesa e ao alcance do paciente.
4. Proporcionar privacidade ao paciente.
5. Abaixar a grade lateral e ajudar o paciente a assumir uma posição sentada, se permitido, ou virá-lo para o lado. Colocar a toalha sobre o peito do paciente. Elevar a cama para uma posição de trabalho confortável.
6. Encorajar o paciente a escovar seus próprios dentes ou ajudar, se necessário:
 - a) Umedecer a escova de dentes e aplicar a pasta nas cerdas
 - b) Colocar a escova em um ângulo de 45° da linha da gengiva e escovar da linha da gengiva para a coroa de cada dente. Escovar as superfícies internas e externas. Escovar para a frente e para trás, sobre a superfície pontuda de cada dente.
 - c) Escovar com delicadeza a língua com a escova.
 - d) Fazer o paciente enxaguar vigorosamente com água e cuspir no recipiente. Repetir até limpar. A sucção pode ser utilizada como alternativa para a remoção de líquido e secreções da boca.
 - e) Ajudar o paciente a usar o fio dental, se necessário.
 - f) Oferecer um anti-séptico bucal se o paciente quiser.
7. Ajudar o paciente com a remoção e a limpeza das próteses dentárias, se necessário:
 - a) Aplicar uma pressão suave com uma gaze para pressionar a placa da prótese superior e removê-la. Colocar imediatamente em um recipiente com água. Erguer a prótese inferior usando um leve movimento de embalo, removê-la e colocá-la no copo.
 - b) Se o paciente preferir, adicionar o limpador de prótese ao recipiente com água e seguir as instruções do produto ou escovar todas as áreas completamente com pasta e escova de dentes. Colocar toalhas de papel ou compressa na pia enquanto estiver escovando.
 - c) Enxaguar completamente com água e devolver as próteses dentárias ao paciente.
 - d) Oferecer anti-séptico bucal para que o paciente possa enxaguar a boca antes de recolocar as próteses.

e) Aplicar gel ou óleo nos lábios se necessário.

8. Remover o equipamento e auxiliar o paciente a posicionar-se com conforto. Registrar qualquer sangramento ou inflamação fora do normal. Erguer a grade lateral e abaixar a cama.

9. Remover as luvas descartáveis pelo avesso e descartá-las de maneira apropriada. Realizar a higiene das mãos.