



**UNIVERSIDADE
DE LISBOA**

O AUTOCUIDADO HIGIENE: CONHECIMENTO CIENTÍFICO E RITUAL

Maria Helena de Oliveira Penaforte

DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM

2011



**UNIVERSIDADE
DE LISBOA**

Com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



O AUTOCUIDADO HIGIENE: CONHECIMENTO CIENTÍFICO E RITUAL

Tese orientada pela Professora Doutora Maria Manuela Martins
e Co-orientada pela Professora Doutora Cristiana Bastos

Maria Helena de Oliveira Penaforte

DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM

2011

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Manuela Martins, pela sua douta orientação, seu encorajamento e disponibilidade.

À Professora Cristiana Bastos, pela pertinência na sua co-orientação e ensinamentos proporcionados.

Aos enfermeiros participantes, pela abertura e colaboração.

Aos doentes que espantosamente aceitaram participar nos estudos.

À Conceição, à Céu, à Elisabete, à Anabela e ao José, pelo estímulo e colaboração no trabalho conseguido.

A todos os outros que, directa e indirectamente, estiveram disponíveis e possibilitaram a concretização do estudo realizado.

Aos meus pais, e à minha família, pela serena mas sólida presença no bastidor deste percurso.

A todos,

Muitíssimo Obrigada

RESUMO

O estudo partiu da preocupação com a discrepância entre o ideal e a prática dos cuidados de enfermagem à pessoa internada com dependência para o autocuidado higiene pessoal/banho, questionando, se as concepções e práticas dos enfermeiros no ritual desses cuidados, traduziam ganhos em satisfação nos doentes, atendendo às exigências actuais da qualidade dos cuidados.

Avançamos num estudo utilizando a triangulação de métodos. Iniciamos por um estudo de inspiração etnográfica, realizado num serviço de Medicina e outro de Cirurgia, seguido de um estudo “antes-após”, centrado num processo formativo, que emergiu a partir dos resultados do primeiro estudo, onde se controla, entre outras variáveis a “satisfação dos doentes”. As técnicas utilizadas decorreram sequencialmente, conforme a natureza dos estudos: observação participante; entrevista; e questionário. As amostras também sofreram variações, no primeiro estudo participaram 33 enfermeiros e 12 doentes e no segundo, 250 doentes. O processo formativo realizou-se num serviço, utilizando várias técnicas pedagógicas, cujos temas foram o banho, a água e o conforto.

Da abordagem etnográfica emerge a construção processual do banho, associado a construtos *performativos*: anunciar do banho; celebração do banho e usos e efeitos do banho, marcados por dimensões *performativas* articuladas naquele, com efeito sistémico, numa relação com outros cuidados, actividades e ritmo de turno. O uso da “gestão das oportunidades” e do diálogo com os elementos de cuidar no banho, simboliza conhecimento em movimento, ajustamento da sequência dos gestos no banho, traduzindo bem-estar no doente, e a contribuir para manter unidos os enfermeiros.

A expressão da satisfação dos doentes, depois da intervenção formativa, traduziu o forte impacto desta nos comportamentos e *performances* dos enfermeiros. A evolução revela ganhos em satisfação no doente: informação adaptada às necessidades individuais; mais esclarecimento; segurança no atendimento; respeito na sua opinião, intimidade e ambiente de banho; comunicação e envolvimento no processo terapêutico.

Palavras-chave: autocuidado higiene; banho; ritual; satisfação do doente; cuidados de enfermagem

ABSTRACT

The study was based on the concern with the discrepancy between the ideal and the nursing care practice to the inpatient with compromised hygiene self-care/bath, questioning whether the conceptions and nurse practices in the ritual of these care give satisfaction to the patients, bearing in mind the current quality care demands.

We move forward in a study using the triangulation of methods. We started a study inspired in ethnography, held both on a medical and surgical units, followed by a “before - after” study focused on a formative process which emerged from the results of the first study controlling, among other variables, the “patients’s satisfaction”.

The techniques used occurred sequentially, according to the nature of the studies: participant observation; interview and questionnaire. The samples also suffered variations. 33 nurses and 12 patients participated in the first study and 250 patients in the second. The formative process was held in a medical unit, using several pedagogical techniques, having bath, water and comfort as themes.

From the ethnographic approach, the bath process construction emerged, associated with performing moments: announcing the bath, bath performance, uses and effects of the bath highlighted by interconnected performing dimensions, with a systematic effect, related to other forms of treatment, activities and the rhythm of the shift. The use of the “management opportunities” and the dialogue with the person cared for represents knowledge in motion, adjustment of the sequence of gestures in bath, resulting in the patient’s welfare and contributing to keep nurses together.

The expression of the patients’ satisfaction, after the formative intervention, reflected its strong impact on the nurses’ behaviors and performances.

The continuity shows advantages in the patient’s satisfaction: adjusted information to individual needs; further clarification; security in the treatment; respect for his opinion; privacy and bath environment; communication and involvement in the therapeutic process.

Descriptors: hygiene self-care; bath; ritual; patient’s satisfaction; nursing care.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	iii
RESUMO	v
ABSTRACT.....	vii
LISTA DE TABELAS E FIGURAS	xi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xiii
INTRODUÇÃO	1

PARTE I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	7
2. QUADRO DE REFERÊNCIA.....	9
2.1. O corpo vivido, a higiene e os cuidados ao corpo.....	10
2.2. O corpo no domínio dos cuidados de enfermagem	14
2.3. Os cuidados de enfermagem: autocuidado higiene/banho	17
2.3.1. Do modelo teórico de Orem: o autocuidado.....	19
2.4. Dos rituais em enfermagem	21
2.4.1. O banho: um ritual de enfermagem	24
2.5. A satisfação do doente	26
2.6. Estado da arte: cuidados de enfermagem, na higiene pessoal e banho à pessoa dependente	30
3. PROBLEMÁTICA	37

PARTE II - OBJECTO E MÉTODO

1. OPÇÕES METODOLÓGICAS.....	41
1.1. Abordagem de inspiração etnográfica.....	42
1.1.1. Desenvolvimento do estudo.....	44
1.2. Abordagem “antes-após”	49
1.2.1. A intervenção nos cuidados de enfermagem no banho.....	50
1.2.2. Desenvolvimento do estudo.....	51

PARTE III - UMA ETNOGRAFIA DO BANHO EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

1. ITINERÁRIO ETNOGRÁFICO: DOS PREPARATIVOS À CONCRETIZAÇÃO E AOS USOS E EFEITOS DO BANHO	57
1.1. Contextos e <i>performances</i> na refixação da arte do banho.....	59
1.2. A (re)construção do banho: um processo ritual.....	60

1.2.1. O anunciar do banho	62
1.2.2. A celebração do banho	106
1.2.3. Usos e efeitos do banho	127

PARTE IV - ENFERMEIROS, DOENTES E SATISFAÇÃO NO BANHO

1. SATISFAÇÃO DO DOENTE COM CUIDADOS NO BANHO.....	137
1.1. Descrevendo as diferenças de satisfação	138

PARTE V- REVISITANDO OS ACHADOS

1. DA SATISFAÇÃO À RECONSTRUÇÃO DO RITUAL NO AUTOCUIDADO HIGIENE/BANHO.....	163
--	------------

PARTE VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. RECONSTRUÇÃO DOS ACHADOS	181
2. CONCLUSÃO	196

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	201
--	------------

ANEXOS	221
---------------------	------------

I. Diagrama do Estudo	225
------------------------------------	------------

Desenvolvimento da Observação na Pesquisa Etnográfica	226
---	-----

II. Pedido de Consentimento de Participação no Estudo de Inspiração Etnográfica, aos Enfermeiros.....	229
--	------------

Registo de Consentimento Informado	230
--	-----

Pedido de Consentimento de Participação no Estudo “antes e após”, aos Enfermeiros	231
---	-----

Registo de Consentimento Informado	232
--	-----

Pedido de Consentimento de Participação no Estudo “antes-após”, ao Doente	233
---	-----

Registo de Consentimento Informado	234
--	-----

III. Intervenção Formativa aos Enfermeiros: Plano de Sessão	235
--	------------

IV. Operacionalização de Variáveis.....	239
--	------------

V. Resultados das Variáveis de Caracterização da Amostra	245
---	------------

VI. Necessidade de Cuidados de Enfermagem para o Banho	251
---	------------

VII. Formulário de Avaliação da Satisfação aos Doentes no Banho	255
--	------------

VIII. Valores de Wilcoxon-Mann-Whitney para Comparação de Frequências	261
--	------------

IX. Análise Factorial e Estrutura Conceptual da Escala	265
---	------------

X. Satisfação com a Administração dos Cuidados de Enfermagem no Momento do Banho	271
---	------------

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabelas

Tabela 1. Caracterização dos enfermeiros participantes no estudo	47
Tabela 2. Caracterização dos doentes participantes no estudo	48
Tabela 3. Formas de paradoxos discursivos	134
Tabela 4. Frequência dos cuidados de enfermagem no banho durante o internamento	139
Tabela 5. Dimensões da frequência da administração dos cuidados de enfermagem: análise factorial.....	140
Tabela 6. <i>Alfa de Cronbach</i> das subescalas	141
Tabela 7. Satisfação com a administração dos cuidados de enfermagem no momento do banho	142
Tabela 8. Estrutura factorial da escala da satisfação com a administração dos cuidados de enfermagem no momento do banho	144
Tabela 9. Grau de satisfação dos doentes relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas sobre o banho: resultados da estimação do modelo	146
Tabela 10. Grau de satisfação dos doentes relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros no banho: resultados da estimação do modelo.....	149
Tabela 11. Grau de satisfação dos doentes relativamente ao tempo que os enfermeiros demoraram a dar resposta às suas solicitações/pedidos para e no banho: resultados da estimação do modelo	151
Tabela 12. Grau de satisfação dos doentes relativamente à preocupação dos enfermeiros em preservar a intimidade quando prestam cuidados durante o banho: resultados da estimação do modelo.....	154
Tabela 13. Grau de satisfação dos doentes relativamente à disponibilidade dos enfermeiros no banho (primeira fase): resultados da estimação do modelo	156
Tabela 14. Grau de satisfação dos doentes relativamente à disponibilidade dos enfermeiros no banho (segunda fase): resultados da estimação do modelo	157
Tabela 15. Grau de satisfação dos doentes relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitavam no momento do banho (primeira fase): resultados da estimação do modelo	160
Tabela 16. Grau de satisfação dos doentes, relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitavam no momento do banho (na segunda fase): resultados da estimação do modelo	161
Tabela 17. Características dos níveis de actuação no banho assistido	184
Tabela 18. Processo de reconstrução no banho: processo ritual	185
Tabela 19. Elementos que suportam o cuidar no banho	188

Figuras

Figura 1. Intervenção formativa no grupo de enfermeiros	51
Figura 2. Lugares do itinerário pelos serviços.....	58
Figura 3. Processo de reconstrução do banho.....	61
Figura 4. Domínios do processo de preparação do banho	62
Figura 5. Tipos de circuitos dos enfermeiros na preparação do banho.....	66

Figura 6. Disposição do material, antes do banho	67
Figura 7. Ocupação do corredor na azáfama do banho	69
Figura 8. Estrutura do quarto, unidade do doente e espaço do banho no quarto.....	70
Figura 9. Domínios no processo de preparação do banho: “ <i>expressão performativa no banho</i> ”	73
Figura 10. Domínio “natureza do banho”	74
Figura 11. Relação tipo de dependência, ajuda, classificação, local e participantes no banho	76
Figura 12. Banho assistido.....	79
Figura 13. Natureza dos objectos usados no banho	82
Figura 14. Percursos e circuitos mais comuns	85
Figura 15. Domínio “razões para o banho”	91
Figura 16. Categorização “intenção nos cuidados para o banho”	94
Figura 17. Domínio “função do banho”	99
Figura 18. Processo de celebração do banho	106
Figura 19. Caracterização do domínio “o que se faz no banho”	113
Figura 20. Cuidados na higiene do corpo	114
Figura 21. Domínio “composição do acto”	121
Figura 22. A comunicação do banho no processo de cuidados.....	131
Figura 23. Modelo de análise da dinâmica do ritual do banho na produção de ganhos em satisfação para o doente.....	195

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

AO - Assistente Operacional

APA - American Psychological Association

CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros

CIPE - Classificação Internacional Para Prática de Enfermagem

cit. - citado

DO - Discurso Proveniente da Observação

DOC - Discurso de Observação no Enfermeiro Chefe

DOD - Discurso da Observação no doente

DOE - Discurso de Observação no Enfermeiro

ED - Entrevista ao Doente

EE - Entrevista ao Enfermeiro

EEC - Entrevista ao Enfermeiro Chefe

EEF - Entrevista ao Enfermeiro do Serviço de Formação

Km - quilómetro

nº - número

p. - página

PT - Passagem de Turno

Pvs - Punções venosas

RAL - Repouso Absoluto no Leito

SUCEH - Satisfação do Utente com os Cuidados de Enfermagem no Hospital

WC - Quarto de banho

INTRODUÇÃO

Não, não, ... não é utópico que, actualmente, a preservação e progresso no processo de cuidar é uma questão crítica para a enfermagem, numa sociedade cada vez mais despersonalizada, constituindo-se num grande esforço e desafio para o profissional de enfermagem (Watson, 2002), assim como também não são utópicos os problemas que afectam o bem-estar da pessoa doente, internada em hospital nem as nossas preocupações.

Do confronto permanente com os desafios que a sociedade actual nos impõe, as organizações de saúde recorrem a novas formas de se organizarem, na procura de métodos de trabalho, de valorização de competências técnicas, de capacidades de inovação, de cooperação e intersectorialidade. Sem dúvida, toda esta complexidade tecnológica e instrumental impõe grandes desafios no domínio profissional.

Nos serviços de saúde assiste-se a investimentos domesticadores do corpo em nome da eficácia e da inovação tecnológica dos mesmos e a frequentes questionamentos sobre os resultados do trabalho desenvolvido. Esta propriedade invasora, desafia e orienta o enfermeiro para uma prática de cuidados onde “a ditadura do corpo sobre o espírito e a supressão da sensibilidade” se impõem em nome da ciência que precisamos consciencializar (Higgins, cit. por Collière, 2003, p.11).

Na evolução da enfermagem, os cuidados ao corpo têm sido um “problema e não são conceptualmente compreendidos. Tem existido um discurso sublimado e etéreo sobre a pessoa e a dignidade humana e sobre o corpo, fala-se dele como um local da aplicação de procedimentos técnicos, local sujo, sexuado e perecível” (M. A. Lopes, 2005, p.11).

Por outro lado, os cuidados ligados à satisfação das necessidades básicas sempre foram vistos como muito simples, não carecendo de investimento, todavia sempre envoltos de ambiguidade pelas construções simbólicas do profano e do sagrado.

Em termos conceptuais, os contributos das teorias e modelos de enfermagem, centrados na preocupação com a afirmação da profissão, enfatizaram uma alternativa à atenção diária do enfermeiro, construindo um *background* desajustado da prática real desses cuidados ao corpo (M. A. Lopes, 2005). O enfermeiro aprende sozinho pela sua experiência, e reforçando o sublinhado por M. J. Silva (2006), a qualidade dos cuidados de enfermagem depende do aprendido apenas nos percursos profissionais iniciais, da vontade em realizá-los, mas também de referências na sua experiência.

Enquanto enfermeira em hospital, estes constrangimentos acompanham-nos diariamente na prática e, com eles, o desafio de desenvolver competências e estratégias num misto de jogos de priorização, negociação, ajustamento, invenção e reflexão contínuos, contornando as adversidades, não sendo por acaso que uma doente no nosso estudo se referia: “...têm pouco tempo, é um corre corre (...) se não fossem as enghoquices destas enfermeiras (...) lá arranjou uma forma de me desfazer a barba...” (DOD-120308).

Admitimos que, nesse evoluir pessoal/profissional, carregamos a bagagem do passado, vivemos e aprendemos na cultura hospitalar rotinas e rituais, com a prestação de cuidados a organizar-se em torno das necessidades dos grupos, ou da gestão em enfermagem, em que os cuidados de higiene são uma dessas marcas no quotidiano da prática clínica.

Focalizando-nos no acto frequentemente repetido, como é o caso dos cuidados de higiene, o “parente pobre” dos cuidados de enfermagem ao corpo, despojados da atenção na formação contínua, dos saberes actualizados daqueles que transitam de papel social no grupo, e dos olhares hierárquicos directos, são remetidos para os enfermeiros que detêm papéis sociais comuns, os básicos no grupo social, lembrando a organização *communitas* de Turner (1974).

Com a nossa preocupação centrada no foco da intervenção do enfermeiro e no saber específico sobre os cuidados à pessoa hospitalizada, com dependência no autocuidado de higiene, leva-nos a reflectir sobre os modelos e práticas actuais nestes cuidados. A cultura dos serviços, a prática repetida, a estrutura do cuidado, os comportamentos e linguagem dos profissionais, a reflectir um fenómeno num ambiente de cuidado que nem sempre o ideal do cuidado holístico se iguala ao da retórica. O cuidado que se torna central num ritual de intimidade (Figueiredo, Carvalho & Tyrrell, 2006) decorre da interacção enfermeiro doente, precisamente com aquela pessoa que está perante nós e significa a presença do outro. Presença que nos é tão essencial, que nos constitui e nós a constituímos a ela, sem a qual até as nossas ideias não existiriam (M. J. Lopes, 2006) nem a relação de ajuda teria sentido.

Vive-se em relação com outro, em determinado lugar, e é através desta que cada um percebe a sua degradação, se (re)ajusta, e vive o luto, devolvendo uma expressão simbólica, um juízo estético (Andrieu, 2004).

É nessa relação com o outro que o corpo, enquanto lugar de mediação da presença do sujeito, é investido de estratégias representativas do contexto social, e simbólico que incorporam para além dos recursos que permitem a satisfação das necessidades básicas, como as de higiene, e a protecção do corpo (Maisonneuve & Bruchon-Schweitzer, 1999).

Da pesquisa realizada, percebemos que a concepção de corpo determina o sentido da abordagem dos cuidados de enfermagem ao corpo e, que a atenção dada a essas práticas, representa a centralidade do cuidado e o lugar do doente no próprio cuidado.

Os cuidados ao corpo são reconhecidos como preocupação actual, com importância, para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem, face à viagem que os enfermeiros precisam fazer nestes cuidados, dada a limitação na visão de conjunto “do corpo” e o enraizamento na tarefa. Percebemos que focalizar os cuidados de higiene no doente internado, ganha pertinência, sendo de questionar as concepções e os modos usados pelos enfermeiros.

A literatura da enfermagem tem revelado preocupação com a manutenção e assistência nestes cuidados, destacando-se o modelo do autocuidado de Orem (1993), centrado no próprio conceito, que surge baseado nas necessidades e capacidades do doente nesse âmbito, determinando os níveis de intervenção do enfermeiro, em termos de acção de enfermagem no autocuidado.

A situação de vida do doente internado é uma passagem em que o desvio de saúde dos autocuidados, especificamente o da higiene, quando comprometido, exige ser envolvida por cuidados, que representam todos os recursos de talento, conhecimento, engenho, arte e criatividade, a fim de assegurar a continuidade da vida (Collière, 1989).

Compreendemos que a complexidade dos autocuidados se reveste de saberes específicos para a enfermagem e, por isso, nos incita ao questionamento das nossas práticas.

A diversidade dos conhecimentos e contextos em que se concretiza o autocuidado higiene, leva-nos a encontrar o centro do nosso estudo. Não se poderia ficar pelas perícias técnicas, pelos recursos cognitivos, mas leva-nos a que nos aproximemos de outra dimensão de valores e, por isso, o recurso ao ritual. O ritual de higiene pessoal que, no percurso humano, precocemente se torna numa parte essencial do cuidado da pessoa para consigo própria que

realiza sozinha, e no seu ambiente de privacidade, representa, um dos primeiros passos da sua independência e autonomia (Elias, 2006; Martins, 2009; Mattoso, 2011; Vigarelho, 1985).

Para Wolf (1993), o banho é mais que uma série de actividades repetitivas standartizadas, e deve ser requerido pelas regras de enfermagem.

O cenário de cuidados no banho ao doente hospitalizado, emerge no quotidiano dos enfermeiros e é *focus* de concepções, significado, tradição, crenças e valores, a reproduzir o modelo de prestação de cuidados subjacente.

Explorar a percepção do doente sobre os cuidados percebidos e perspectivados é um contributo à percepção do seu lugar no cuidado, à reflexão sobre os elementos paradigmáticos da cultura de enfermagem no banho e no bem interno desta prática.

Conhecer a opinião do doente nos cuidados recebidos no banho é primordial na monitorização, orientação e resolução, tanto de problemas e necessidades assistenciais como não assistenciais, na satisfação com os cuidados de enfermagem, na evolução do profissional e qualidade dos serviços de enfermagem e na saúde. Características, que justificam a sua abordagem, no específico da prática dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente no autocuidado higiene ou no banho.

Até porque, hoje, obter o maior nível de satisfação dos utentes é um objectivo que norteia as instituições de saúde, pela sua relação com a qualidade de cuidados. Em Portugal, a importância dada à opinião do utente/consumidor é reconhecida por diplomas legais, nomeadamente a Lei de bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto), considerando a satisfação do utente como item fundamental na avaliação dos órgãos e serviços de saúde.

Analisando a literatura sobre a qualidade dos cuidados na perspectiva do utente, repara-se que tem sido um conceito operacionalizado, assunto muito investigado mas longe de reunir consensos (Alves, 2007), contudo, a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem tem sido considerada como um forte predictor da satisfação global com os próprios cuidados hospitalares (Mahon, 1996). Por sua vez, a satisfação do utente torna-se relevante na medida em que dá informação sobre a qualidade dos cuidados mas também dá informação sobre o sucesso dos prestadores (Donabedian, 1988). De realçar a dificuldade em encontrar produção científica, especificamente sobre a satisfação do doente durante os cuidados de higiene.

Assim, este trabalho decorre de um conjunto de preocupações pessoais/profissionais e da prática clínica que ao longo dos tempos se potenciaram, no sentido de clarificar sobre as concepções e práticas actuais dos enfermeiros, no “ritual” de cuidados no autocuidado higiene

em pessoas hospitalizadas, e se traduzem ganhos em satisfação para os doentes, com a finalidade de contribuir para a fundamentação e conceptualização das práticas destes cuidados, na construção do conhecimento em enfermagem e a visibilidade das práticas dos enfermeiros nestes cuidados.

Trata-se de um estudo que se inscreve na perspectiva qualitativa, uma abordagem de tipo exploratório com a opção pela triangulação de métodos, de implementação sequencial, por permitir uma articulação dos componentes que fornecem novos conhecimentos relativamente a um mesmo fenómeno, complementando os resultados (Reidy & Mercier, 2003).

Os sujeitos do estudo foram os enfermeiros que prestam cuidados de higiene diariamente em dois serviços e os doentes internados com dependência para os cuidados no autocuidado higiene.

O estudo, foi desenvolvido no âmbito do Doutoramento em Enfermagem entre 2006 e 2011, na Universidade de Lisboa, o qual pretendemos descrever no presente relatório, seguindo a sequência do processo com que foi realizado. Neste sentido, estruturamos o documento em seis partes. Na primeira, apresentamos a justificação do estudo, seguida das referências conceptuais, com destaque para a abordagem sobre: o corpo vivido, a higiene e os cuidados ao corpo; o corpo no domínio dos cuidados de enfermagem; nos cuidados de enfermagem, o autocuidado higiene/banho; dos rituais em enfermagem; o banho, um ritual de enfermagem; a satisfação do doente; e o estado da arte nos cuidados de enfermagem, na higiene pessoal e banho à pessoa dependente, por último, expõe-se a problemática do estudo.

Na segunda parte, explanamos sobre o objecto e método, revelando as opções metodológicas e as componentes inerentes aos percursos: pelo método qualitativo, abordagem de inspiração etnográfica; e pelo método quantitativo, abordagem quase experimental; e ainda a abordagem à intervenção formativa desenvolvida com os enfermeiros sobre os elementos que suportam a arte de cuidar no banho, provenientes do primeiro estudo.

Respeitando a sequência metodológica, desenhada para a realização do estudo empírico, apresentamos na terceira parte, uma etnografia do banho, resultante da incursão etnográfica, o itinerário etnográfico (dos preparativos à concretização e usos e efeitos do banho), evidenciando as determinantes significativas na prática de cuidados no banho e no emergir dos elementos que suportam a arte de cuidar no banho. Seguidamente, na quarta parte, divulgamos os resultados inerentes à satisfação do doente com cuidados no banho, a análise dos resultados, por aplicação do método quantitativo.

Num processo de revisitação dos resultados, provenientes da triangulação dos métodos, procuramos, na quinta parte, abordá-los e discuti-los, o quanto possível, tendo presente o referencial teórico. Finalizamos, tecendo numa sexta e última parte, as considerações finais que num palmilhar sobre os resultados, começamos por desenvolver uma síntese compreensiva, reconstruindo os achados, com a representação esquemática e integradora da dinâmica no ritual de cuidados no banho, dos ganhos em satisfação para o doente e, por fim, são descritos alguns contributos, sugestões e implicações provenientes do estudo.

Relativamente às regras de formatação, optamos por seguir as normas¹ da American Psychological Association (APA).

De salientar que face ao uso local do conceito dominante “banho” para se referirem aos cuidados de enfermagem no autocuidado higiene ao doente, aos cuidados de higiene, ou ao banho, e também nas referências conceptuais emergir o uso dos diferentes termos, referindo-se aos cuidados específicos de enfermagem nesse momento de contacto com a intimidade do corpo, que incluem a higiene corporal, passaremos a usá-lo neste sentido.

¹ Retirado da Web do site da University of Southern Mississippi Libraries, *APA Style Guide, 6th Edition*
http://www.lib.usm.edu/help/style_guides/apa.html.

PARTE I

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Esta parte do trabalho tem por objectivo, proceder à justificação do estudo e ao enquadramento da situação de cuidar de enfermagem no autocuidado higiene pessoal e banho à pessoa dependente, como forma de clarificar as nossas perspectivas, aludindo à compreensão da problemática, e perceber as determinantes metodológicas.

Apresentamos a justificação do estudo, realçando argumentos de natureza pessoal/profissional e da prática clínica, conducentes à sua reflexão e análise teórica, resultante da bibliografia de que constituímos o nosso enquadramento, com incursão nas referências relativamente aos conceitos centrais: *i)* o corpo vivido, a higiene e os cuidados ao corpo; *ii)* o corpo no domínio dos cuidados de enfermagem; *iii)* nos cuidados de enfermagem, o autocuidado higiene/banho; *iv)* dos rituais em enfermagem, o ritual do banho; *v)* a satisfação do doente; *vi)* e, o estado da arte nos cuidados de enfermagem, na higiene pessoal e banho, à pessoa internada.

1. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Pretendemos justificar o estudo, divulgando as preocupações pessoais/profissionais, na prática clínica, a nível do autocuidado higiene à pessoa hospitalizada, subjacentes ao empreendimento de pesquisa.

O ponto de partida foi uma reflexão sistemática das práticas de cuidados, na nossa actuação como enfermeira, e com responsabilidade na gestão dos cuidados, em unidades de internamento hospitalar. A preocupação centrada no foco da intervenção do enfermeiro e no saber específico, sobre os cuidados à pessoa hospitalizada, com dependência no autocuidado higiene, leva-nos a considerar:

- As práticas diárias observadas, fazendo-nos construir um conjunto de ideias em que estão presentes comportamentos de modelagem; perturbação para a mudança no detalhe e do

específico; o aligeirar dos cuidados face à pessoa dependente; o recurso à rapidez nesse cuidado; e a frequente delegação do banho, no auxiliar²;

- Nos modelos actuais de realização destes cuidados, as percepções e lugar que ocupa este cuidado na prática diária, nos cuidados de enfermagem no geral e, em particular, na percepção e bem-estar do doente;
- A cultura nos serviços, pela prática repetida e estrutura do cuidado, combinados com os comportamentos e linguagem dos profissionais, a reflectir um fenómeno num ambiente de cuidado que nem sempre o ideal do cuidado holístico centrado na pessoa se iguala ao da retórica.
- Nos discursos de retórica dos profissionais, não ser clara a centralidade do cuidado.

Apraz admitir que, no percurso da prática clínica, incluímos, da bagagem do passado, tradições, rituais, comportamentos e papéis aprendidos. À medida que progredimos nesse percurso sentimos irritações crescentes com a consciencialização da forma de atender nos cuidados de higiene. Admitimos que, nesse evoluir pessoal/profissional, vivemos e aprendemos na cultura hospitalar quer rotinas e rituais, quer a prestar cuidados para ir ao encontro das necessidades dos grupos, e da gestão de enfermagem, sendo os cuidados de higiene, uma dessas marcas, no quotidiano da prática clínica.

A par destas situações, impõe-se o fenómeno da “ditadura do corpo sobre o espírito e a supressão da sensibilidade” (Higgins, cit. por Collière, 2003, p.11), face à crescente intromissão da tecnologia e instrumentalização nos processos de cuidados, facilitadores da abordagem técnica do cuidado, mas de si, a engendrar desafios para o enfermeiro.

Lidar com estas irritações, no dia-a-dia, desperta dificuldades na gestão da abordagem aos cuidados, face à sua relativização e invisibilidade social, nos pares, no contexto de cuidados e prática clínica.

Na forma da pertinência do tema, realizámos um estudo de opinião, junto de 14 enfermeiros, sobre as suas preocupações na prestação de cuidados de enfermagem. No sentir dos enfermeiros, a inquietação com os cuidados de higiene, emergiu em cinco destes, focando a rapidez, a débil atenção dados no momento, como desconfortos, assumindo poder cuidar de forma diferente.

² Designação abreviada de “Auxiliar de Acção Médica”, que ao abrigo da Lei nº 12-A/2008 transita para a categoria de “Assistente Operacional” (AO). Nos discursos nativos a designação “auxiliar” é comum, a única usada, pelo que a passamos a utilizar, e naquele sentido.

O verso do sentir dos enfermeiros, surge pela opinião dos doentes envolvidos no mesmo trabalho (14 doentes), e os momentos mais valorizados foram os dos cuidados de higiene a par da visita médica. Dos sentimentos vividos pelos doentes na ajuda recebida nos cuidados de higiene, são revelados sentimentos opostos aos que esperavam, para satisfazer as suas necessidades nos cuidados de higiene, como: *i)* ter de tomar banho todos os dias, e com mais pessoas no quarto; *ii)* vestir o que os outros decidem; *iii)* ser cuidado à pressa; *iv)* distanciamento na opinião; *v)* ser desvalorizado devido a conversas paralelas.

A partir desta análise, reiteramos que a complexidade dos autocuidados se revestem de saberes específicos para a enfermagem, o que nos ajuda a sustentar a nossa preocupação e irritação pessoal, nos cuidados de higiene.

Subjacentes à contextualização das inquietações, estão presentes questões inerentes à forma da prática clínica dos enfermeiros, na resposta ao autocuidado higiene no doente dependente, às concepções subjacentes nestes cuidados, aos modelos em uso e às percepções do doente sobre os mesmos, pelo que, investigá-las, é a possibilidade de promover o seu desvelar, premiando os próprios cuidados com a discussão e o seu desenvolvimento, prosseguindo ao encontro da nossa identidade, através dos cuidados e nos cuidados.

Se a enfermagem, como profissão, quer proporcionar, e o doente quer receber um cuidado de qualidade, então, investigá-los é uma viagem que temos que fazer, para encontrar os sentidos atribuídos aos cuidados, nas formas da sua prática.

O estudo, surge pelas inquietações e dificuldades que em contexto de cuidados sentimos e conflituamos, constituindo-se numa tentativa de resposta. Razões, que procurámos entroncar no enquadramento de referências, e perceber a sua pertinência e relevância.

2. QUADRO DE REFERÊNCIA

Centrámo-nos no enquadramento de saberes e perspectivas actuais, do domínio da enfermagem, por forma a sustentar e clarificar os nossos interesses de investigação, e dar consistência à problemática. Assim, apresentamos as referências relativamente aos conceitos centrais que orientam este estudo: *i)* corpo vivido, a higiene e os cuidados ao corpo; *ii)* o corpo nos cuidados de enfermagem; *iii)* os cuidados de enfermagem (autocuidado higiene pessoal/banho); *iv)* dos rituais em enfermagem; *v)* o banho (um ritual de enfermagem); *vi)* a

satisfação do doente (um indicador nos cuidados); *vii*) estado da arte (cuidado higiene/banho, na pessoa dependente, internada).

2.1. O corpo vivido, a higiene e os cuidados ao corpo

A presença do corpo sempre foi “espantosamente obsessiva na história do mundo ocidental. Não somente no domínio ideológico, mas também no campo objectivo das forças, meios e relações de produção” (Neves, 2004, p.66).

Hoje, esse corpo propriedade de primeira ordem, é objecto de cuidados, atenções e investimentos quotidianos, alvo de mediatização, de atracção do olhar, e estilos de vida (S. V. Ferreira, 2006).

O corpo, enquanto primado do individualismo, da diferença, do hedonismo, da estetização e experimentação (Turner, 1992), não “designa uma infâmia ou uma máquina. Ele classifica a nossa identidade profunda, da qual já não há motivo para ter vergonha. Enquanto pessoa, o corpo adquire dignidade...” (Lipovetyky, cit. por M. A. Lopes, 1999, p.21).

Cada pessoa faz-se representar no seu corpo e, este, representa-o (A. Ribeiro, 2005), é a sua identidade pessoal, “o modo como nos vemos através dos outros (...) numa espécie de jogo de espelhos...” (Viegas & Gomes, 2007, p.11), por isso, o homem é inseparável do seu corpo (M. A. Lopes, 2000). Vive em relação com os outros, e resguarda-se do olhar do outro, escondendo a sua intimidade (M. J. Silva, 2006). E, é nesse encontro com o olhar do outro, que faz a sua inserção no mundo das imagens (Fonseca & Engelman, 2004).

Perder as capacidades torna-se num desastre individual, que é preciso esconder dos outros e de nós próprios (Andrieu, 2004), na adopção de modelos, aqueles, que a sociedade reclama e valoriza.

É na qualidade de corpo símbolo, ferramenta de integração social, de conhecimento e de comunicação (M. J. Silva, 2006) que, na relação com o outro, se pode reproduzir o nosso isolamento, se accionam mecanismos de defesa, excessivos, podendo atingir a obsessão, e mesmo, o abandono da comunicação (Andrieu, 2004). Para este autor, é preciso trabalhar o luto, em domicílio, do corpo domiciliado, marcado pela sua história subjectiva e intersubjectiva, conseguindo que o seu “espaço corporal, a casa”, seja vivido pelo olhar em si, dos objectos, hábitos e pessoas, e evoluir, enfrentando a degradação física, como um não limite do seu ser, no modo “está em casa sem o estar”. Acrescenta que a situação de doença,

pode mesmo tornar-se parte de nós mesmos, e indicar ao sujeito as coordenadas decisivas, o lugar e tempo do corpo biológico, em que o sujeito terá que viver até ao seu fim.

Tomando da tese de Le Breton (1992), a ideia de um “corpo supranumerário” (p.26), aquele que limita a sua esfera de acção sobre o real, entende-se o afastamento do lugar ao alcance do outro, e de que é no evoluir da relação entre as pessoas que ganha sentido a percepção de si e do outro, e se conquistam determinantes na interacção social, como símbolos e valores sociais (M. J. Silva, 2006; Pais, 1993). Neste desenvolvimento, o corpo exposto, enquanto suporte de relação, de atracção do olhar, devolve expressão simbólica, juízo estético e estímulo acção-reacção (A. Ribeiro, 2005; Watzlawick, Beavin & Jackson, 1993). Neste movimento, para Renaud, (2007), emerge uma preocupação ao encontro de uma estética do corpo, tornando cada um, responsável pelo poder expressivo, emanado pelo corpo.

Neste sentido, a atenção sobre o corpo está ligada a representações e valores face a um meio social (A. Ribeiro, 2005). Enquanto lugar de mediação da presença do sujeito (S. V. Ferreira, 2006), nesse mundo social, o corpo é investido de estratégias *aloplásticas*³, (como vestuário, cuidados de higiene, tratamento de cabelos, maquilhagem, barba) e *autoplásticas* (mobilizações do corpo, incisões, ablações, correcção corporal), representativas do contexto social e simbólico que incorporam. Para além dos recursos e meios que permitem a satisfação das necessidades básicas, como as de higiene e da protecção do corpo, a história regista dispositivos e técnicas, no sentido da manutenção, correcção, no aprimorar e melhoramento das formas e também das funções (Maisonneuve & Bruchon-Schweitzer, 1999; Vigarelho, 1985).

Diremos que, desde o século V, o corpo e as práticas ligadas ao corpo sofreram uma inversão de valores. Ainda no século passado, o corpo tanto é tido como fonte de pecado como vítima de forças obscuras e dominadoras (Collière, 1989).

Sabemos que a situação de doença, em qualquer etapa da vida, muitas vezes acarreta a dependência física. O que a pessoa fazia autonomamente e em privado (toilette, banho, higiene, vestir-se, despir-se etc.), altera-se, conduzindo a outras necessidades, onde a liberdade de escolha e a necessidade de autonomia, ficam condicionadas (Collière, 1989; M. A. Lopes, 1994).

Concordando com Chalifour (1989), no momento dos cuidados existem campos partilhados que permitem estimular a pessoa a expressar sentimentos de não harmonia que está a viver

³ Práticas *aloplásticas* são investimentos corporais que mobilizam o exterior do corpo, e *autoplásticas*, mobilizações do corpo que reconfiguram radicalmente ou menos a sua morfologia ou fisiologia (Maisonneuve & Bruchon-Schweitzer, 1999).

(vergonha de estar nu, ser tocado, de obesidade, fragilidade de uma parte do corpo). Por outro lado, as considerações sobre o pudor emergem sempre que se fala do corpo, são vividas e relacionadas com a moral burguesa ocidental, e o corpo é considerado impudico, tentador, ligado ao sexo, à confusão e à vergonha (Domingues, 1994). Sentimento presente no homem, quase universal, que no doente vem ao de cima, pela ausência de privacidade e intimidade, no despir-se, no estar nu, nas situações de eliminação, na perda de controlo na sua higiene/banho, que o incita a comportar-se de determinada maneira (Langue, cit. por M. A. Lopes, 1994).

Se nos detivermos sobre a evolução histórica da higiene do corpo, Corbin (1982) e Vigarello (1985) conseguem transmitir-nos a história da travessia de hábitos sócio-culturais, das relações interpessoais, das crenças, das percepções e dos valores atribuídos ao corpo. Não podemos pensar no banho ao longo dos tempos, com as atenções que hoje lhe são dispensadas. No século XV, a troca da roupa, o uso de um conjunto de objectos, simbolizavam a limpeza do corpo, excluindo a sua lavagem. O banho ao doente era olhado como perigoso, desaconselhado, e mesmo proibido, porque favorecia as doenças, essencialmente as infecciosas. Os critérios fixos da higiene corporal incluíam a limpeza do que se via, o eliminar da sujidade das partes visíveis, pois tal como refere Vigarello (1985), “é preciso reencontrar o corpo onde ele não está” (p.57). A analogia mudar de roupa e higiene, excluindo a lavagem do corpo, teve que fazer uma longa travessia (Vigarello, 1985).

Para este autor, nos meados do século XVIII, o banho muda de estatuto, “a mudança da roupa não é o único gesto que serve para cuidar da pele, existe outro tratamento, o da água” (p.80), são descobertos os efeitos da água (quente e fria) e, é precisamente quando é melhor aceite, sendo recordadas as suas acções e propriedades como evidência. A higiene ganha destaque no início do século XIX, deixando de ser o adjectivo que qualifica a saúde, mas o repertório dos dispositivos e dos saberes que favorecem a sua conservação, tornando-se uma disciplina, na medicina (Vigarello, 1985). Tratou-se de uma época em que as reformas nos hospitais foram largamente dominadas pelo princípio do arejamento e da evacuação dos detritos, pela individualização dos leitos e higiene da roupa (Corbin, 1982) e, por fim, a recomendação do banho semanal para os doentes e para as pessoas que lá trabalhavam.

O lavar com frequência passou a ser exigência do código social, não da ciência, e a higiene incidia sobre o invisível do corpo, o que foi decisivo para perceber a higiene actual. Emergem cuidados pessoais mais interiorizados, mais explícitos, e com “racionalidade científica” (Vigarello, 1985). A concepção de higiene corporal que invadiu o ocidente no século XIX, tornou a prática do banho comum. Bolander (1998), sublinha a influência das normas sociais

e dos ritos religiosos nas práticas de higiene, incluindo a disponibilização dos meios auxiliares de higiene nos cuidados ao corpo, como a água, o sabão, as banheiras, e os dispositivos eléctricos.

Da história dos costumes, no processo civilizacional, desde cedo percebemos que a pessoa é preparada tanto para a autonomia como para realização dos cuidados de higiene, num espaço privado e de acesso restrito, remetendo-os a um ambiente de privacidade (Elias, 2006; Mattoso, 2011; Vigarelho, 1985). A higiene pessoal sempre foi parte integrante da higiene privada, sendo também privada a relação com a água e os produtos de higiene (Mattoso, 2011). É de reforçar que a evolução progressiva do sentimento de pudor e controlo de pulsões, ao longo dos séculos, levou a esconder a nudez do corpo, a disfarçar odores e a recalcar as funções excretoras, quebrar as regras, pode gerar constrangimento, vergonha ou até repulsa, dependendo de quem olha ou é olhado, devendo, interiorizar-se o domínio das pulsões e emoções (Elias, 2006).

Actualmente, o investimento na prática dos cuidados ao corpo é consciente, pois o seu descuido pode comprometer a nossa saúde (M. J. Silva, 2006). O corpo carrega consigo preocupações, impostas pela sociedade, levando à escolha de um repertório de regras sem limite definido.

No corpo está impressa simbolicamente a estrutura social e, com ela, a actividade corporal, de andar, lavar-se, morrer (Santos, Viana, Silva, Terezza & Leite, 2010).

Em síntese, a atenção sobre o corpo está ligada a representações e valores face a um meio social. O corpo, vive simultaneamente num espaço e tempo, não só físico, mas também cultural e civilizacional. Cada corpo ocupa um lugar e ele próprio é um lugar, com a sua história, vivida, a ocupar o centro do mundo. A relação com o próprio ajuda na percepção da realidade, a sua deformação relaciona-se com a limitação do uso corporal, diminuindo o conhecimento sobre a realidade. Vive-se em relação, em determinado lugar, e é através dela, que cada um percebe a sua degradação, se (re)ajusta, e vive o luto.

Na história dos cuidados ligados ao corpo, denota-se uma inversão de valores, o pudor e as práticas de asseio e higiene do corpo a serem relacionais. A história da higiene transmite a travessia dos hábitos sócio-culturais, percepções e valores do corpo, de espaço, público e privado, o inerente uso da água, a gestão dos odores e do pudor. Os cuidados de higiene ao corpo, só no século XIX são incorporados nas razões para a saúde.

2.2. O corpo no domínio dos cuidados de enfermagem

Na história do processo civilizacional, os modos de aparecer do corpo retratam os códigos sociais da época e do próprio ajustamento de cuidados, à noção que se tem de corpo e estética do corpo.

Na sociedade ocidental, durante séculos, perdurou uma concepção dualista do corpo, instituindo de forma enraizada o “corpo” como um lugar a controlar, a disciplinar e a conter. Actualmente, o corpo é pensado e vivido não como um lugar intocável e desprezível, mas como um valioso acessório de presença do indivíduo, sobre o qual tem a possibilidade e capacidade de poder agir, é um lugar de bem-estar, paixão, esforço e risco (Le Breton, 1999, 2004, 2008). É entendido como “algo que se justapõe à noção de pessoa e dá conta das transformações do humano” (M. V. Almeida, 2004, p.30).

O corpo, objecto particular dos cuidados de enfermagem, “...é algo de muito íntimo e o espaço mais privado de cada um de nós, que muitas vezes é *assaltado* pela pessoa do enfermeiro” (Novais, 2003, p.18), no exercício da profissão de enfermagem, a qual se centra na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa, ou grupo de pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Esse corpo, designado por M. A. Lopes (2005) como dimensão estruturante da pessoa, precisa sair do casulo do silêncio, onde tem sido alocado, e constituir-se num construto teórico norteador da formação e da prática dos enfermeiros.

Parece estarmos perante uma realidade, em que cuidar do corpo do outro depende efectivamente da concepção que se tem de corpo e, simultaneamente, perante um problema, pela tendência de concebê-lo como o invólucro da pessoa, aquele que sustenta funções fisiológicas (M. A. Lopes, 1999; Novais, 2003). Assistir nesta perspectiva unidireccional, o corpo é chamado ao ritual do exame de Foucault (2005), que o leva a expressar-se, a ser traduzido em números, palavras, imagens, e a configurar-se num mapa de traços que lhe dão um sentido (Kruse, 2003). Isto sugere, disciplina, dominação dos corpos dos enfermeiros, que sustentam uma aprendizagem (Lunardi, 1995), a regularidade e a regra (Foucault, 2005).

O cuidado ao corpo, mascarado pelas “técnicas centradas na tarefa, arrumação e controlo do ambiente produzem o esquadriamento do tempo e espaço, onde o corpo é controlado e trabalhado detalhadamente nos seus gestos e atitudes, expressando um poder infinitesimal” (Kruse, 2003, p.146).

Para Collière (1999), estes cuidados de natureza técnica não exigem demasiada competência, multiplicam-se facilmente, transformam o corpo do enfermeiro num produtor de cuidados e

actos, e o do doente em objecto de cuidados, no que é objectivado e manipulado, como se de uma máquina se tratasse.

Nesta perspectiva, assiste-se à arrumação dos problemas do corpo do doente por categorias, pré-estabelecidas, e o problema é pretender representar uma totalidade, como se os doentes fossem todos iguais, transformando estes saberes dos corpos das pessoas, em corpos frios (Kruse, 2003). Orientações que se conjugam na incursão de modelos centrados na tarefa, incluindo no biomédico, no corpo assexuado, sem individualidade, de sentimentos escondidos, onde corpos tratam outros corpos, nos quais a enfermagem está muito enraizada (Novais, 2003). O corpo passa a uma força de produção (Foucault, 2006).

No mundo hospitalar, o modelo de organização de cuidados facilita à pessoa, anónima, do doente (M. J. Silva, 2006), o arranjo ou substituição da peça avariada, dependendo da gravidade, da localização ou problema, dessa máquina (M. A. Lopes, 1999). O sentimento de dependência e passividade são reforçados ao circunscrever o corpo a um espaço limitado, a uma esfera de cuidado diferente, numa imobilidade forçada (Gândara, 2010). O vivido e as emoções da pessoa são esquecidas (Cabete, 2005; M. A. Lopes, 1995, 1999, 2005; Mercadier, 2004). O ambiente hospitalar, local de procedimentos e actividades específicas, com ritmos, tempos e lugares próprios (Carapinheiro, 1993; Guimarães, 2002), incomuns para o doente, consideram-no assustador, desconhecido e desesperante (Morrison, 2001), mas numa espera pela cura, aceitam submeter-se aos saberes dos técnicos, ser visto como um corpo que se funde com a doença (Delomel, 2006).

No quotidiano dos cuidados, os enfermeiros, focalizados na tarefa, expõem e invadem o território e espaço pessoal, a intimidade do doente, mesmo promovendo atitudes e dispositivos de privacidade (I. Pupulim & Sawada, 2002). São procedimentos que sustentam a construção da nova identidade da pessoa, a de doente, à custa do desfazer da sua privacidade (Azevedo & Ramos, 2006), do despojar dos seus bens pelos ritos de separação (Mercadier, 2004), acreditando na relação directa entre saber cuidar do corpo e poder cuidar do corpo (M. Ferreira & Figueiredo, 1997), em cuidados que se fazem necessários, como o banho e a higiene corporal.

Os cuidados ao corpo, como os de higiene do doente, continuam a ser considerados como tarefas, desinseridos de uma visão de conjunto, e o corpo continua vulgar, equívoco, dissociado do todo, do ser que sente, pensa e é afectivo (Collière, 2003). Nas práticas, os cuidados de manutenção da vida parecem ignorados ou esquecidos e o discurso dos enfermeiros é revelador de desvalorização dos actos essenciais de vida (M. A. Lopes, 1994),

pois apesar da evolução da ciência, tem sido dada pouca importância ao bem-estar, à qualidade de vida e à autonomia do outro (Cabete, 2005). Por outro lado, os doentes têm expectativas de que os enfermeiros assumam um papel central nos seus cuidados de saúde (Staniszewska & Ahmed, 1999), relacionadas com os conhecimentos e competências mas também com os cuidados individualizados.

Subjacente à desvalorização da doença e dos cuidados ao corpo, são encontrados elementos culturais associados a cuidados sujos, inferiores, que não carecem de saberes, a razão da minimização e do afastamento do corpo das pessoas (Isaksen, 2000; M. A. Lopes, 2005; Sandelowski, 2002).

M. A. Lopes (2005), defende que se não nos diferenciarmos pelos saberes mobilizados nos cuidados que o corpo da pessoa exige, então, estamos a afastar-nos paulatinamente daquilo que sempre nos diferenciou nos cuidados de saúde, os cuidados ao corpo da pessoa. Além de que no processo de cuidados, o enfermeiro e a pessoa cuidada são parceiros (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major, 1994), e o cuidar o ideal moral da enfermagem assenta numa relação transpessoal, intersubjectiva, que preconiza ajudar a pessoa a atingir o mais elevado nível de harmonia entre o corpo a mente e o espírito (Watson, 1988), o que pressupõe a necessidade do enfermeiro reflectir no cuidar de si e do outro, no seu modo de prestar cuidados ao corpo da pessoa.

Reiteramos que o enfermeiro, que cuida, pelo uso consciente, eticamente sensibilizado, e terapêutico do seu corpo, pode fazer emergir o cuidado de enfermagem (M. A. Lopes, 1999; Renaud, 1996), dispõe do acesso privilegiado, onde é necessário estar em sintonia com quem é cuidado, ter sensibilidade para consigo próprio e para com os outros⁴ (Watson, 2002).

Para Benner e Wrubel (1989), será difícil conseguir algo que já é tido “ideal moral da enfermagem”, se nos confinarmos à aplicação das técnicas aprendidas.

Em síntese, a concepção de corpo determina o sentido da abordagem dos cuidados de enfermagem ao corpo. A atenção dada a essas práticas, representa a centralidade do cuidado, o lugar do doente no cuidado. A bibliografia considera que os cuidados ao corpo não têm sido percebidos nem conceptualmente desenvolvidos (Lawler, 1999; M. A. Lopes, 1999, 2005), sendo reconhecidos como preocupação actual, com importância, para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem, face à viagem que os enfermeiros precisam fazer nestes cuidados, dada a limitação na visão de conjunto “do corpo”, e enraizamento na tarefa. Percebemos que

⁴ Um dos dez factores de cuidar transpessoal de Jean Watson.

focalizar os cuidados de higiene no doente internado, ganha pertinência, pela importância de questionar as concepções e os modos usados pelos enfermeiros.

2.3. Os cuidados de enfermagem: autocuidado higiene/banho

Focalizar as concepções nos cuidados de higiene, implica caracterizar os elementos conceptuais incorporados nos cuidados de enfermagem e percebê-los no desenvolvimento da sua prática.

M. J. Lopes (2006), considerou a noção de prática de A. MacIntyre (1990), extensível à enfermagem enquanto: *i*) actividade humana, complexa, coerente e socialmente estabelecida; *ii*) envolver seres humanos; *iii*) e implicar forte sentido de cooperação entre profissionais e o receptor de cuidados, também co-responsável e co-prestador.

O trabalho de análise efectuado por Kérouac et al. (1994), versou os vários modelos teóricos de enfermagem, no qual distinguiu cinco escolas do pensamento, a saber: *i*) Escola das necessidades (Virgínia Henderson, Dorothea Orem, Faye Abdellah); *ii*) Escola da Interação (Hildegard Peplau, J. Paterson e L. Zderad, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Ernestine Wiedenbach, Imogene King); *iii*) Escola dos Resultados (Dorothy Johnson, Lydia Hall, Myra Levine, Callista Roy, Betty Neuman); *iv*) Escola do Ser Humano Unitário (Marta Rogers, Margaret Newman, Rosemarie Parse); *v*) Escola do Cuidar (Madeleine Leininger, Jean Watson, Roach). Retiramos, das diferentes escolas, determinantes dinâmicas: *i*) o cuidado de enfermagem, perspectivado como holístico; *ii*) o assentar numa relação enfermeiro-doente; *iii*) e o receptor dos cuidados ser sujeito activo e co-responsável. Além dos conhecimentos que fundamentam os modelos de enfermagem, nos cuidados, emergem, de forma transversal, em todas elas, conceitos (pessoa, ambiente, saúde e cuidados) e preocupações centrais (centradas no utente e suas necessidades, a diferirem na explicação das acções e não nas acções), (M. J. Silva, 2006).

De outro espectro de referências, destacamos: *i*) de Carper (1978), os padrões fundamentais do saber que os enfermeiros valorizam e usam na prática (saber empírico; saber ético; saber pessoal; saber estético); *ii*) de Swanson (1991, 1998), a componente relacional dos processos de cuidar; *iii*) de Watson (1988), do *human care* de implicação moral, num dos dez factores de cuidado, a relação de cuidar; *iv*) de Benner (2005), a “função de ajuda” nos domínios de enfermagem; *v*) de M. J. Lopes (2006), na relação enfermeiro-doente, o “processo de intervenção terapêutica de enfermagem”. Da triangulação destas referências, emergem

elementos tributários da prática de enfermagem, na tentativa de alcançar padrões de excelência, apropriados à forma da actividade, remetendo-nos para a noção de “bem interno” e de “excelência” que, quando alcançado, é benéfico para toda a comunidade (M. J. Lopes, 2006; A. McIntyre, 1990).

Os cuidados de enfermagem, baseados na relação de ajuda, impõem ao enfermeiro, desenvolver competências específicas e práticas, de forma a torná-la num processo para conseguir um fim que, além de fazer coisas, age pensadamente, conferindo-lhe sentido (Rebelo, 1998), e participar na prática, não numa habilidade particular, num sistema completo de significados, como nos cuidados de higiene (M. J. Lopes, 2006).

Aproximando-nos do referencial teórico de enfermagem e encaminhando-nos até à origem, com o surgir do sabão, Nightingale defendia que este associado à água quente, faziam uma combinação favorecedora da limpeza. Destaca-se a sua noção de higiene do corpo, do banho, no restabelecer da saúde, do conforto e do alívio, adjudicando-lhe propriedades além da limpeza, a de o tornar “puro”, porque a pele sem ser lavada “envenenava” o doente (Nightingale, 2005; Tomey & Alligood, 2004).

Ao longo dos tempos, a literatura da enfermagem tem revelado preocupação com a manutenção e assistência nestes cuidados, considerando que quem cuida, não pode limitar-se a prestar cuidados de reparação, a tratar a doença, mas deve associar-lhe os cuidados quotidianos e habituais de vida, com todas as suas necessidades, e o interesse pela doença não pode suplantar o interesse pela pessoa, que necessita dos seus cuidados (Collière, 1989). Para esta autora, esses “...cuidados quotidianos e habituais ou cuidados de sustento e manutenção da vida: care, representa todos esses cuidados permanentes e quotidianos que não têm outra função para além de sustentar a vida (...) que contribui para o desenvolvimento da vida, do nosso ser, (...) para manter a imagem do corpo...” (p.238), são cuidados como o lavar-se, os essenciais. O lavar-se, emerge dos hábitos de higiene pessoal desenvolvidos durante a infância, influenciados pela experiência cultural e pessoas significativas (Bolander, 1998), que promove a higiene corporal, e com eles o uso de cuidados de higiene⁵.

Sobre o atendimento básico de enfermagem, também Virgínia Henderson, em 1965, salientou no modelo teórico, a assistência em “manter o corpo limpo e bem arrumado, proteger a pele”, uma das catorze componentes essenciais. Além dos cuidados de higiene se constituírem transversais a várias dessas componentes, como no “eliminar os resíduos orgânicos”, para

⁵ Provém do grego *hygieinós*. Ligado à deusa *Hygieia*, advogada da saúde e bem-estar, significa “ser são”. O termo emerge ligado à aparência, do agradável à vista e nele admite a procura da beleza (Martins 2009; Vigarello, 1985).

Henderson, tornam-se um complemento do doente, suprimindo no que ele necessita, em conhecimento, desejo ou força para desempenhar as suas actividades (George, 2000; Henderson, 1994).

Orem (1993), preocupada com a condição existente na pessoa quando está sob os cuidados de enfermagem, desenvolve o modelo teórico do autocuidado.

2.3.1. Do modelo teórico de Orem: o autocuidado

Dos vários modelos de enfermagem, optámos para este estudo pelo modelo conceptual de Dorothea Orem, por centrar-se no conceito de enfermagem de “autocuidado”, isto é, quando são capazes, as pessoas cuidam de si mesmas. Quando a pessoa se torna incapaz de proporcionar o autocuidado, então a enfermeira providencia a assistência necessária (George, 2000).

Orem (1993), desenvolveu a teoria de enfermagem do défice (teoria geral), composta por três teorias inter-relacionadas: *i*) teoria do autocuidado; *ii*) teoria do défice do autocuidado; *iii*) e teoria dos sistemas de enfermagem (George, 2000). Para a autora, o autocuidado é um dos conceitos centrais, a prática de actividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecimento dentro de espaços de tempo, em benefício do próprio, com o intuito de preservar a vida, o funcionamento de autocuidado, o défice de autocuidado saudável, de dar continuidade ao desenvolvimento e ao bem-estar pessoal.

Explorando o modelo, salienta-se que “o requisito do autocuidado quando formulado e expresso constitui os propósitos do autocuidado formalizados. São portanto as razões pelas quais é praticado o autocuidado e eles expressam os resultados pretendidos” (Orem, 1993, p.136).

Neste modelo, os cuidados para satisfazer as exigências no desvio de autocuidado têm de ser transformadas em componentes de acção dos sistemas de autocuidado ou do cuidar dependente dos indivíduos. A complexidade dos sistemas de autocuidado ou de cuidar dependente, é aumentada pelo número de exigências do desvio de saúde, que têm de ser satisfeitas em espaços de tempo específicos (Tomey & Alligood, 2004). Para estes autores, a necessidade de autocuidado terapêutico, em qualquer altura, descreve factores no doente ou no ambiente que têm de manter-se fixos dentro de uma série de valores ou produzidos e mantidos dentro dessa série em nome da vida, da saúde ou do bem-estar do doente.

Ao aprofundar a leitura do autocuidado, verificámos que os cuidados de higiene atravessam vários autocuidados universais, desenvolvem-se durante a vida de formas diferentes e, por isso, estão ligados ao autocuidado de desenvolvimento e podem também constituir-se como forma de resposta ao autocuidado de desvio de saúde (Cavanagh, 1993).

A necessidade de actuar, pensar e abordar o autocuidado tem sido, portanto, uma preocupação transversal aos enfermeiros no mundo, daí ser categorizada como um tipo de acção realizada pelo próprio. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), autocuidado “...é uma actividade executada pelo próprio com as características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades básicas e íntimas e as actividades de vida” (Conselho Internacional de Enfermeiros [CIE], 2005, p.46). Assim, nesta classificação, a necessidade de autocuidado está associada a um tipo específico de necessidade para a pessoa, a nível do autocuidado higiene, do banho, do lavar-se e do arranjar-se (CIE, 2002).

Voltando à perspectiva teórica de Orem, a teoria do défice do autocuidado delinea quando a enfermagem é necessária. Ela pode estar presente se a habilidade de cuidador está aquém da exigida para o preenchimento da demanda conhecida de autocuidado, ou a habilidade de autocuidado ou dos cuidados dependentes excede ou se iguala à exigida para demanda actual.

Para Orem (1993), um método de ajuda integra uma série sequencial de acções que, se desempenhadas, irão ultrapassar ou compensar as limitações. As enfermeiras utilizam todos os métodos, seleccionando-os e combinando-os em relação às necessidades de acção em pessoas que estão sob cuidados de enfermagem, e às suas limitações de acção associadas à saúde, ou seja, “agir ou fazer por outrem, orientar e dirigir, fornecer apoio físico ou psicológico, proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar” (George, 2000, p.86).

Numa primeira visão do problema, pode parecer-nos que tudo se encaminha apenas para a execução de uma técnica, mas pelo referencial teórico de Orem, depressa compreendemos que o autocuidado de higiene chama a si outros saberes, particularidades das áreas antropológicas, da área social, da fisiologia, mas, acima de tudo, da enfermagem. Recordemos o que diz Orem sobre a intervenção da enfermeira nos autocuidados.

Na higiene pessoal, tal como em outro autocuidado, a pessoa, a partir de uma determinada idade cuida de si mesma, com base no que aprendeu de si, da natureza que atribui à sua saúde e das experiências culturais que foi integrando, constituindo-se assim com determinados

requisitos que podem levar à intervenção da enfermeira em três níveis (Cavanagh, 1993): 1) O totalmente compensatório, onde a enfermeira compensa as incapacidades, ajuda e protege, emite juízos, toma decisões para o doente e cultiva a autonomia, é nesta área que mais questionamos a prática diária de cuidados; 2) O parcialmente compensatório, onde a enfermeira executa algumas medidas para favorecer o autocuidado a ser desenvolvido pelo doente, compensa as limitações e ajuda de acordo com as necessidades expressas pela pessoa doente; 3) De apoio e educação, aqui a enfermeira ajuda a tomar decisões, proporciona aprendizagens à pessoa e actualiza a informação necessária ao autocuidado.

Todas as pessoas se munem de rituais que caracterizam a sua individualidade. O da higiene pessoal, constitui-se numa parte essencial do cuidado da pessoa consigo própria. Uma rotura por doença, ainda que temporária, em internamento desencadeia momentos de tensão, ansiedade, confrontação de hábitos, precisando o doente de tempo e ajuda para se adaptar à situação e ao hospital (Bolander, 1998; Orem, 1993). Para Bolander (1998), associado ao défice de autocuidado higiene pessoal e banho, há também outros défices associados como o vestir e despir.

Em síntese, a prática dos cuidados de higiene incorpora características da prática dos cuidados de enfermagem, na medida em que é desenvolvida de forma interpessoal, deve ser demonstrada, participada, e criativa, a exigir e carecer, sempre de respostas inovadoras. A literatura da enfermagem tem revelado preocupação com a manutenção e assistência nestes cuidados, destacando-se o modelo do autocuidado, centrado no próprio conceito, surge baseado nas necessidades e capacidades do doente nesse âmbito, e determina níveis de intervenção do enfermeiro.

A diversidade dos conhecimentos e dos contextos em que se concretiza o autocuidado higiene leva-nos a encontrar o centro do nosso estudo. Não poderia ficar apenas pelas perícias técnicas, pelos recursos cognitivos, mas sim, leva-nos a que nos aproximemos de outra dimensão de valores e, por isso, o recurso ao ritual.

2.4. Dos rituais em enfermagem

Antes de abordar o ritual no banho, lembramos, do percurso cronológica do fenómeno de ritual, alguns elementos relevantes da literatura de enfermagem, o significado e uso do termo, a influência do contexto, e rituais em enfermagem.

Do trabalho de revisão sistemática efectuado por Philpin (2002), “*Rituals and nursing: A critical commentary*”, apuramos que os “rituais que as enfermeiras usam na *performance* do seu cuidado, vale a pena serem pesquisados pela fonte rica de conhecimento sobre o significado e propósito das acções de enfermagem” (p.144).

Na literatura de enfermagem, uma das referências ao ritual ocorre com Menzies (1960), num estudo britânico, onde identificou oito mecanismos de defesa desenvolvidos na prática de enfermagem. O impacto do estudo foi intenso e outros autores passam a discutir o “ritual” e “rotina”, com os resultados de Menzies.

Da abordagem na literatura de enfermagem sobre “ritual”, emergem orientações que reflectem percepções diferentes, relativamente ao seu uso, significado e objectivo, as quais têm a ver com o conceito usado.

Neste sentido, podemos dizer que o uso do termo é compreendido num sentido mais “depreciativo”, para descrever a “mecanização” de práticas em enfermagem, em que os objectivos se podem diluir e esquecer, exemplificado pelas asserções de Menzies (1960), Schmahl (1964), Walker (1967), Fretwell (1982) e Walsh e Ford (1990)⁶, usando um conceito mais limitado e simples (Philpin, 2002).

Por outro lado, o ritual, também é visto de forma favorável e até apropriado em contextos específicos, entendido, como não sendo prejudicial ao cuidado do doente (Froggatt, 1997; Holland 1993; Wolf, 1988a). Autores como Chapman (1983)⁷, Wolf (1988a, 1988b)⁸ e Holland (1993) usam na enfermagem, uma outra abordagem, a antropológica sobre ritual, incluindo na definição do termo. A etnografia de Wolf (1988a, 1988b), atendendo ao momento, foi um marco importante na medida em que usa uma definição antropológica, ao descrever três rituais terapêuticos de enfermagem: o cuidado pós morte, a administração de medicação e os banhos a doentes (Wolf, 1988a).

Apuramos que os argumentos sobre ritual estão dependentes da natureza da sua definição (Philpin, 2002), plausível de análise crítica (Hart, 1998), ao resgatar-se a ideia de que, além da

⁶ Acção ritual implica levar a cabo uma tarefa, sem pensar nela, de forma lógica, para resolver o problema (Walsh & Ford, 1990).

⁷ Tenta distinguir “acções de enfermagem racionais e não racionais. Para explicar a “acção racional”, recorre aos ideais de acção de Weber (1994): *i*) acção tradicional, comportamento determinado pelo hábito; *ii*) acção “Zwekrational” que é intencional/racional, há relação técnica entre meios e fins; *iii*) acção “Vertrational”, os meios e acções não são sempre prováveis, há conjunto de crenças e ideias, sistemático; *iv*) acção afectiva, levada a cabo com domínio de estado emotivo (Chapman, 1983, pp.13-20).

⁸ “Ritual é uma acção simbólica padronizada que se refere aos objectivos e valores de um grupo social” (Decraner et al., 1976, cit. por Philpin, 2002, p.147).

mudança cronológica no significado e uso do ritual, o significado também muda ou altera em função do seu contexto (Philpin, 2002).

Na abordagem de ritual, denota-se a falta de consenso no significado do “termo”, no entanto, tende a haver comportamentos repetitivos, falta de efeitos técnicos directos e o uso de símbolos como características definidoras de ritual (Bell, 1992, cit. por Philpin, 2002).

Da literatura de enfermagem, e compreensão de “ritual”, vão sugerindo conotações e até limitações para a produção e divulgação do conhecimento de enfermagem (Kruse, 2003; Philpin, 2002; Tonuma & Winbolt, 2000; Zago & Rossi, 2003). Zago e Rossi (2003) acrescentam mesmo que os rituais embora não prejudiquem o doente, não contribuem para a melhor qualidade no cuidado. E para Parker (2004), o ritual torna vulgar o cuidado, na medida em que é uma forma de fazer, utilizada pelos enfermeiros, para enfrentarem a situação de fragilidade dos doentes, e a do seu trabalho na doença.

De considerar, segundo Helman (1994), que num cenário social, os rituais exprimem e renovam valores básicos dessa sociedade, principalmente no que diz respeito “às relações de homem para homem, de homem para natureza e de homem para o sobrenatural, relações fundamentais para o funcionamento de qualquer grupo humano” (p.225). Exprimem significados simbólicos importantes para as pessoas que “funcionam dentro de uma cultura ou subcultura” (Wolf, 1988a, p.59). Essa expressão é vista com importância, bem como a manutenção de valores, enfatizando a solidariedade social, além de que mantém a ordem social em áreas complexas, de intensa actividade, combinando a prática e o simbólico (Katz, 1981; Wolf, 1988a, 1988b). Defendidos por Biley e Wright (1997) e Reeder (1994), os rituais são considerados históricos e importantes para manter o papel profissional. Sublinham ainda que, embora não sejam baseados em princípios científicos, os rituais englobam conhecimentos do ser humano e os enfermeiros expressam esses conhecimentos pela arte de cuidar. Nas práticas actuais, os rituais estão presentes, e fazem parte do trabalho quotidiano dos enfermeiros, ao lado de cuidados fundamentados (Philpin, 2007).

Em síntese, na abordagem sobre “ritual”, emergem diferenças entre autores na literatura de enfermagem, sobre a concepção de “ritual”. Da falta de hegemonia na compreensão do conceito, surgem conotações e definições que a enfermagem usa nos seus argumentos (Philpin, 2002). O ritual é visto como desfavorável mas também, em alguns sectores, é tido como favorável em contextos específicos. Apuramos que são objectivos do ritual: a protecção contra a ansiedade; a manutenção da ordem social, através da integração da estrutura cultural

e social; combinam a prática e o simbólico, favorecendo a realização dos procedimentos; expressa e renova valores no grupo e enfatiza a solidariedade social.

Das concepções sobre “ritual” emergem aspectos que nos transportam até aos modelos conceptuais de enfermagem, às componentes dinâmicas que advogam (centralidade do cuidado na pessoa, na individualização do cuidado e no papel do enfermeiro na prestação de cuidados), e encontramos argumentos a sugerir o nosso olhar sobre as concepções nos modelos actuais, do cuidado de enfermagem desenvolvido no banho. Centramo-nos seguidamente nas concepções, significado, crenças e valores emergentes, em torno do ritual do banho em enfermagem.

2.4.1. O banho: um ritual de enfermagem

Identificadas as perspectivas dominantes sobre ritual na literatura de enfermagem, focalizamos, no quadro de referência, o fenómeno de ritual do banho em enfermagem.

Delomel (2006), refere-se aos cuidados ao corpo como sendo ordenados e ritualizados, baseados em crenças e construções teóricas, comuns a um grupo, em determinado sistema cultural, e numa esfera de saberes explicativos da vida e da morte.

Na análise da literatura de enfermagem, Wolf (1993) descreve o banho como ritual de enfermagem. Para esta autora, “o banho ou higiene do doente representa uma parte do carácter essencial da enfermagem e está enraizada em crenças, arte e ciência. É um caminho para muitas outras actividades e respostas de enfermagem e como tal é uma parte necessária no trabalho profissional das enfermeiras” (p.146).

Já no passado, as enfermeiras, pelas suas responsabilidades com as práticas de higiene e limpeza que concretizavam através do banho, levaram a moral e a ordem técnica ao hospital. Estas práticas tornaram-se num procedimento repetitivo, diário nos hospitais, pois acreditava-se na sua influência sobre a saúde (Reverby, 1987). A ideia é reforçada por Rosenberg (1987), ao referir-se ao ritual do banho como uma parte da enfermagem, por ter ajudado e continuar a ajudar “corpos disciplinados”, a transformar o hospital. Zago e Rossi (2003) acrescentam que os rituais terapêuticos, como os cuidados de higiene, regulam os aspectos sociais da vida quotidiana nos serviços.

Para Wolf (1993), a competência de dar banho aos doentes persiste como uma parte importante do ofício da enfermagem, marca do seu território, a assinalar a sua cultura, pelo

que deve ser exigido nas regras de enfermagem. A autora, argumenta ainda que as crenças nas práticas de higiene e o valor do banho, foram essenciais para o desenvolvimento da identidade profissional e da enfermagem (1988b). Além disso, o ritual do banho une os enfermeiros, enquanto grupo social que “sugere enfermagem”, é primordial e lida com necessidades humanas básicas (Rosenberg, 1987).

Nos trabalhos de Wolf (1988a, 1988b), o banho é visto como um ritual terapêutico de enfermagem, através do qual se melhora a condição do doente, e pode simbolizar ordem, solidariedade, pureza e coesão (Douglas, 1970, cit. por Wolf, 1993).

As enfermeiras curam enquanto lavam os doentes e, simbolicamente, purificam os doentes. Para elas, o significado do banho emerge diariamente como uma linguagem, e o discurso, as acções e as palavras utilizadas nos rituais dignificam a enfermagem (Turner, 1977, cit. por Wolf, 1993).

Ainda segundo Wolf (1993), a enfermeira que executa o banho com arte é perita, conhecedora, subtil e hábil, podendo torná-lo criativo. As falhas na limpeza do doente, ou na omissão do banho, violam a norma de enfermagem. A autora, vê o banho como a oportunidade de limpar e inspeccionar a pele e avaliar o estado do doente, e argumenta que as enfermeiras conseguem ouvir, falar e ensinar durante o banho.

Para Mercadier (2004), os cuidados de higiene, “aparentemente tão simples”, que exigem apenas bom senso, para alguns, são um sequencial de procedimentos, passos protocolados e institucionalizados. O cuidado, em si, inclui passos cuja sequência tem que ser cumprida, acompanhados do uso de uma listagem de material específico, além das orientações para a mobilização do doente (vesti-lo, despi-lo, destapá-lo), o tipo de banho, o tipo de ajuda, entre outras (Bolander 1998; Mercadier, 2004). Obedece a um método com propósito e passos pré-determinados, uma intencionalidade objectiva, exigindo aos profissionais preparação científica, tecnológica e ambiental (Santos et al., 2010). A sequência ritualizada dos cuidados, além de controlar as emoções, revela a aprendizagem específica, comum aos enfermeiros, embora com adaptações pessoais, a estrutura mantém-se, permitindo-lhes trabalhar em grupo (Mercadier, 2004). A disciplina implícita determina a sintonia entre os corpos da enfermeira e do doente, aumentando a eficiência e facilitando o controlo. Cada gesto tem uma função e momento certo, qualquer falha no ritual, ou inversão nas acções, chamará a atenção (Kruse, 2003).

O ritual do banho no leito é o componente específico de uma prática que flui num processo/produto de essência social (Santos et al., 2010). Afigura-se uma arte com significado especial para as enfermeiras, e a sua evolução envolve refinamento gradual de habilidades e requisitos (Wolf, 1993).

Em síntese, as referências ao ritual no banho reflectem as perspectivas polarizadas. É tido por alguns como uma execução repetitiva, obsessiva e precisa de actos, sem sentido, e vazia de significado simbólico, outros, falam da continuidade, ligação, significado e coerência do grupo, oferecidos pelo banho. Em defesa deste ritual, o banho é descrito como um ritual terapêutico de enfermagem, por melhorar a condição do doente. O cenário de cuidados no banho ao doente, *focus* de concepções, significado, tradição, crenças e valores, reproduzem o modelo de prestação de cuidados subjacente. Explorar a percepção do doente sobre os cuidados percebidos e perspectivados é um contributo à percepção do seu lugar no cuidado.

2.5. A satisfação do doente

Os cuidados de enfermagem no banho que emergem diariamente nos hospitais, numa prática incorporada das suas realidades organizacionais e culturais, orientam as nossas preocupações para a satisfação do doente.

Ao analisar-se a literatura sobre a qualidade dos cuidados prestados na perspectiva do utente, repara-se que tem sido um conceito operacionalizado como satisfação do utente, assunto muito investigado mas longe de reunir consensos (Alves, 2007). Segundo Mahon (1996), a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem tem sido considerada como um forte indicador da satisfação global com os próprios cuidados hospitalares. A satisfação do utente é fundamental como medida da qualidade dos cuidados, porque dá informação do sucesso dos prestadores em relação aos valores e expectativas dos seus utentes (Donabedian, 1988).

Na literatura, o conceito não é claro nem preciso. Segundo vários autores (Edwards & Staniszewska, 2000; Fagerström, Eriksson & Engberg, 1999; Mahon, 1996; Sitzia, 1999; Turrís, 2005; Walsh & Walsh, 1999), emerge um conceito sub-teorizado por não haver evidência de um construto teórico com sustentabilidade. Para T. McIntyre e Silva, (1999), surge como um leque variado de reacções do utente, inerente à sua experiência, o resultado que traduz a diferença relativamente aos cuidados, entre as suas expectativas e a percepção do recebido.

Alguns investigadores (Davis, 2005; Gotlieb, 2002; Johansson, Oléni & Fridlund, 2002; Shmidt, 2003), apontam-no como predictor pertinente da satisfação global no hospital e, implicitamente, da qualidade dos cuidados ou serviços. Segundo T. McIntyre e Silva, (1999), os resultados da investigação evidenciam uma relação clara entre a satisfação dos utentes com outras variáveis dos cuidados de saúde, nomeadamente a adesão à terapêutica.

De facto, do que sustenta a relevância do estudo da satisfação, sobressai o seu reconhecimento enquanto fonte de informação sobre necessidades, assistências e não assistenciais (A. L. Ribeiro, 2003). Porém, em termos da qualidade, pode ser pouco relevante argumentar com o baixo domínio do conhecimento técnico por parte dos utentes, e mesmo, com o factor emocional que envolve o processo de cuidados (A. L. Ribeiro, 2003).

Em situação de internamento, o doente aufere de um estatuto especial, onde a doença implica um comportamento próprio (Gaspar, 1997; Llor, Abad, Garcia & Neto, 1995), a alteração de papéis e os surtos de vulnerabilidade, numa encruzilhada de diferentes realidades, a carecer de respostas que vão além do biológico (Collière, 1989; Sorlie, Torjuul, Ross & Kihlgren, 2006). Esta focalização desperta para o subjacente ao significado da satisfação.

Do trabalho de Mahon (1996), ao citar Ware et al. (1978) e Pascoe (1983), apura-se que a satisfação tanto é explicada por comportamentos, como os prediz. Contudo, há variáveis influentes na recuperação, em que não é lida a satisfação do doente nos efeitos sobre o corpo biológico, mas basta controlar a ansiedade nas situações (Renzi et al., 2005). São variáveis que potenciam contributos tanto para a satisfação do doente como para a sua qualidade de vida (Gomes, 2008).

Autores como Clearly e McNeil (1988), Donabedian (1988), Lee e Yom (2006), Mahon (1996), Marques (2000), Newsome e Wright (1999), e A. L. Ribeiro (2003), realçam a existência de elementos de subjectividade a nortear as conceptualizações sobre satisfação do doente, percepções e expectativas. Mahon (1996), ao citar Frank (1987), acrescenta a forte influência dos factores ambientais, experiências anteriores, ou mesmo o contexto da situação. Assim, a satisfação do doente é entendida como um conceito multidimensional e, simultaneamente, um processo complexo (Mahon, 1996; Newsome & Wright, 1999), a cruzar as suas expectativas e percepções relativas aos serviços em análise (Newsome & Wright, 1999).

Em termos da percepção da satisfação dos doentes, é admitido ser influenciada pela diversidade de profissionais de saúde, mas também, no criar de expectativas tanto sobre o

papel do profissional de enfermagem nos cuidados como sobre os próprios cuidados (Staniszewska & Ahmed, 1999).

São concentradas expectativas em relação aos cuidados de enfermagem, de cuja sobreposição com o percebido e recebido, emerge a satisfação do doente, uma resultante da avaliação subjectiva da reacção emocional e cognitiva (Eriksen, 1995).

Outros autores associam a satisfação ao aspecto do bem-estar do utente, traduzindo a satisfação como um resultado, *outcome* da satisfação assistencial, ou como *input*, na implementação e efectivação dos cuidados. Está-se perante um processo e, embora seja considerada também como um julgamento do utente sobre os cuidados recebidos, em termos interpessoais (Donabedian, 1988). Clearly e McNeil (1988) definem a satisfação como a reacção do utente aos cuidados recebidos, e A. L. Ribeiro (2003) adianta que ela é uma meta em si mesmo, não comunicando apenas a competência ou qualidade dos cuidados prestados mas também se o próprio processo de tratamento atingiu o seu objectivo⁹.

Neste sentido, perspectivar a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, é entrar numa avaliação subjectiva que, segundo Wilkin et al. (1992, cit. por Mahon, 1996), significa a satisfação, um aglomerado complexo das necessidades percebidas, das expectativas, mas ainda, da experiência de cuidados. Ou seja, os cuidados de enfermagem seguem duas perspectivas de orientação, para o doente e para os resultados (Green & Davis, 2005; Johansson et al., 2002). A maioria dos estudos centra-se na relação entre a satisfação dos utentes e os cuidados de enfermagem (Ervin, 2006; Gomes, 2008; Mahon, 1996). No trabalho de Ervin (2006), salienta-se que entre a satisfação do doente com os cuidados de enfermagem e a satisfação global com o hospital, emergiu uma elevada correlação positiva, resultados de certo modo corroborados por Marques (2000), ao referir-se às manifestações dos utentes favoráveis e desfavoráveis sobre os cuidados de enfermagem, e com Carmo (2007), ao concluir que a estrutura hospitalar influencia a satisfação dos doentes.

Reparando brevemente nos modelos conceptuais, Oliver (1993), segundo Newsome e Wright (1999) e Gomes (2008), toma os antecedentes cognitivos: *i*) expectativas; *ii*) o desempenho, confirmação ou não das expectativas; *iii*) atribuição; *iv*) equidade. Perspectiva orientada para a satisfação do utente consumidor (marketing), o que leva Newsome e Wright (1999) a

⁹ Segundo Mezomo (2001), missão, serviços e satisfação do utente, são três conceitos que se interligam. Para satisfazer os doentes, têm que os serviços serem adequados às necessidades e o atendimento ir ao encontro da missão da instituição.

argumentar sobre a diferença de cliente e doente, concepção que ajuda a perceber a condição de submissão, deste, no contexto dos serviços de saúde.

Nas revisões de literatura, Johansson et al. (2002) e Mahon (1996) rubricam a ideia da complexidade e subjectividade ligadas à caracterização da satisfação do utente, de forma inerente, potenciam contributos para o bem-estar do doente e levam a melhores resultados. Mahon (1996), salienta a complexidade de variáveis (relacionadas com o doente, o profissional, os cuidados de enfermagem e a organização). E Johansson et al. (2002), oferecem um esquema de factores influentes na satisfação com os cuidados de enfermagem, em dois tempos: antes (domínio sócio-demográfico; situações anteriores); e durante o processo de cuidados (comunicação; informação; relações interpessoais; competências profissionais; envolvimento; ambiente; aspectos da organização).

Em Portugal, A. L. Ribeiro, (2003) avança com um instrumento de avaliação, ao estudar a “satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem”, e explica que a enfermagem deve estar separada de outros aspectos de cuidados da saúde, devendo ser realçadas componentes como a comunicação, o conforto e o atendimento das necessidades pessoais e de privacidade. Subjacente a estes factores estão sentimentos dos doentes, daí a satisfação emergir de um amplo quadro de subjectividade, da intercepção das realidades cognitiva, afectiva, emocional e ainda de valores e crenças da pessoa (Gomes, 2008).

De salientar que autores como Clearly e McNeil (1988) e Mezono (2001), para facilitar a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, propõem considerar três aspectos: a estrutura, o processo e os resultados, os quais, não são, nem podem ser elementos autónomos nem dissociados (A. L. Ribeiro, 2003). A obtenção de resultados desejados, de satisfação, pode ser facilitada tanto pela estrutura, como pela existência de processos adequados, fornecendo informações específicas, e importantes para a qualidade dos cuidados, como, na dos cuidados de higiene.

Em síntese, a satisfação do doente, indicador na área da saúde, brota de um terreno marcado pela vulnerabilidade da condição de saúde, do cruzamento cognitivo e emocional, realidade por si só complexa e multidimensional. Na perspectiva da qualidade em saúde, a avaliação da satisfação do doente é relevante para a obtenção de ganhos em saúde para o doente, orientações nos cuidados, na gestão e organização dos serviços e das instituições. Conhecer a opinião do doente é primordial na monitorização, orientação e resolução tanto de problemas e necessidades assistenciais como não assistenciais, da satisfação com os cuidados de enfermagem, e qualidade dos serviços de saúde. Características estas que justificam a sua

abordagem, no específico da prática dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente no autocuidado higiene ou no banho.

Seguidamente realça-se do quadro de referências, dimensões que suportam os cuidados na higiene/banho, emergentes das concepções que norteiam o estado da arte.

2.6. Estado da arte: cuidados de enfermagem, na higiene pessoal e banho à pessoa dependente

Neste subcapítulo, pretendemos caracterizar a situação dos cuidados de higiene pessoal /banho, emergente da abordagem e descoberta sobre o fenómeno, por considerarmos conferir sustentabilidade à análise da problemática em estudo.

Na literatura sobre o banho ao doente, em contexto hospitalar, reflecte-se o conhecimento que, segundo Wolf (1993), pode ser considerado de pré-científico, num artigo publicado em 1900, o qual sugeria a necessidade de investigar sobre a forma segura de virar o doente cardíaco, durante o banho. Embora o contexto para tratamento do doente varie, é de salientar que o conhecimento sobre banhos terapêuticos a nível termal, é anterior aquela data. Na antiguidade, especialmente entre os romanos, as termas eram locais de cura e de prazer como atestaram Narciso (1935, 1944) e Burnet (1963) cit. por Quintela (1999). No século VII, as termas, reabilitadas pela aristocracia, são procuradas na expectativa de obter a cura e um milagre (Vigarelho, 1985; Wallon 1981), sendo que por volta de 1815, a cura passa a estar associada a outras dimensões, como à mudança de ares e ao divertimento. Dos registos de ambos os contextos, são resgatados “tipos de banho”, associados a propriedades e objectivos diversificados, e a “função terapêutica”.

Da literatura clássica da medicina, sobre o uso da água, retiram-se formas de tratamento, alternância entre a água quente e fria, classificados como banhos de assento, completo ou neutro, com partes do corpo imersas, tempos e temperatura da água reguláveis. Estes estão associados à acção terapêutica, por melhorarem a circulação, as infecções, as dores, até mesmo a cura da loucura, sendo atribuído ao banho a conotação de purificar, segundo Swartout (1945, cit. por Brum et al., 2000).

Também para Atkinson e Murray (1989), a finalidade do banho no leito é limpar a pele, reduzir riscos de infecção, facilitar a circulação periférica e proporcionar o relaxamento do doente. Já nas descrições de Brunner e Suddarth (1980), os banhos são veículo para aplicar

medicamentos, à superfície corporal, remover crostas, medicamentos anteriores, e aliviar a inflamação e prurido. Para Pacis (1986), os banhos servem para reduzir a temperatura corporal em doentes febris, pelo uso tépido da água. Nestas concepções, sobressaem dimensões do banho voltadas para a higiene e limpeza, para o tratamento, e apontam para o paradigma curativo.

Com Nightingale (2005), o banho é reclamado pelo “alívio e o conforto, sentidos pelo doente após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada, é uma das mais comuns observações feitas pelo doente acamado (...) as forças vitais foram auxiliadas pela remoção de alguma coisa que as oprimia” (p.132). Além do “cuidado físico, de higiene”, o banho sugere também a dimensão da “purificação” (Brum et al., 2000).

Aludindo sobre as concepções de Gandhi (1983), segundo Brum et al. (2000), estas remetem o cuidado ao ritual, com dimensão religiosa, “...o corpo, se não for lavado fica sujo, assim a alma sem oração se torna impura” (p.120). Já no Antigo Testamento, as pessoas tornadas imundas necessitavam de purificação, de lavar-se nos rios, e no Novo Testamento, as impurezas eram lavadas pelo baptismo nas águas do rio Jordão, por João Batista (Bíblia Sagrada, 1999). O cuidado com o corpo e a vida passam pela purificação. A propósito, num registo etnográfico sobre *os hammām-s*, mais conhecidos por banhos mouros, M. C. Silva (2003) descreve-os como lugares de purificação, higiene, sociabilização e sociabilidade, em algumas das sociedades árabes e islâmicas, pontuando pela partilha dos seus aspectos ritualísticos.

Do trabalho de Brum et al. (2000), destaca-se a relação entre o cuidar e o purificar, “dar banho” é um momento sagrado, é purificar. O resgate é não “dar banho” só para limpeza física, mas como relação, contacto físico, partilha, prazer, satisfação, boa sensação, limpeza e reaproximação. Emerge a “dimensão purificadora do cuidado”, em que a pessoa está ligada a crenças, deseja viver o alívio, a tranquilidade, a limpeza, a saúde, a paz de espírito, a revitalização regeneração e purificação. Momento, onde todos levam história, daí ser único, e de si, um movimento continuado. Também no estudo de T. C. Lima (2008), sobre o banho molhado, encontramos a dimensão de renovação/purificação, a visar atender as necessidades da alma do doente crítico. Apura-se ainda deste estudo, que o banho estimula o toque terapêutico, conferindo segurança ao doente (Lima, 2008).

De Coutinho e Ferreira (2002) resgata-se a “intenção de cuidar”, dimensão necessária no banho: não é uma técnica simples, usada exclusivamente para que a pessoa fique limpa; cada acto, deve ser transformado num cuidado, com significado para quem cuida e é cuidado; é um

acto de atenção e ajuda à pessoa doente; os enfermeiros acedem à vida íntima do doente, o que só faria em privado.

A par desta dimensão, emerge a “desvalorização e relativização do banho”. Brum et al. (2000) sublinham que o banho é uma atribuição da enfermagem, que no dia-a-dia é tratada como procedimento rotineiro, ainda que implique um momento de invasão, do corpo do outro, também corroborado por Dias et al. (s/d) e W. Vieira (1989). É revelada aversão à tarefa de dar banho, embora reconhecida como importante para o conforto, alívio da fadiga, prevenção de úlceras de pressão e como oportunidade de promover a interacção entre o cuidador e o ser cuidado. É tida como uma técnica consumidora de tempo, daí muitas vezes delegar-se (W. Vieira, 1989). No entanto, um alerta sobre esta estratégia vem de Glukman (cit. por Wolf, 1993), ao afirmar que delegar o banho noutra grupo profissional pode tornar-se perigoso para as enfermeiras, e de Sandelowski (2002), ao acrescentar que delegar o banho é perder o melhor canal de comunicação, propício a múltiplos domínios de resposta dos cuidados, uma linguagem.

Sobre o lugar desses cuidados, essencialmente o da técnica, Hesbeen (2001) refere que o cuidar não é uma soma de acções. Os cuidados de higiene serão acessórios se preconizados para tornar o doente limpo, ou essenciais se efectuados de forma a construir sentido para a pessoa, incluindo o seu bem-estar. A técnica não é a arte em si, a arte completa-se e acontece com algo mais (Brum et al., 2000), até porque a disponibilização para o outro, no encontro, pode gerar sentimentos positivos importantes para a recuperação do doente (Augusto, Rodrigues, Simões, Amaro & Almeida, 2004).

A “decisão sobre o banho” é habitualmente do enfermeiro, determinada por condições e grau de dependência, indicando a forma: banho no leito; de imersão em banheira; e chuveiro (Bolander 1998; Smeltzer & Bare, 2005). Mas sobre a tomada de decisão, Robichaud-Ekstrand (1991) aconselha os enfermeiros a avaliar factores objectivos e subjectivos dos doentes, depois de comparado o duche sentado com o banho em doentes cardíacos. D. V. Lima e Lacerda (2010) advertem que a enfermagem trata o banho com superficialidade, e de que este não é livre de causar danos no adulto em estado crítico. Acentuam o dever de atender aos critérios de indicação de banho, nos aspectos oxihemodinâmicos, na organização e adaptação do corpo no equilíbrio interno-externo. Nesta continuidade, Lloyd e Downey (2008) realçam que, antes do banho, o enfermeiro deve conhecer as preferências do doente, sem adoptar as suas como se fossem as dele.

Associada à “decisão sobre o banho” emergem as “formas de ajuda”. Relativamente aos tipos de banho, os manuais orientam para formas de ajuda tendo em conta a necessidade actual. Bolander (1998), incentiva à avaliação de preferências individuais, capacidade para tomar banho, indicações médicas, estadio de desenvolvimento, determinação do nível de desenvolvimento¹⁰, alertando para o risco de défice no autocuidado por presença de dispositivos externos. É incisivo nos tipos de banho na cama (total na cama; parcial na cama e banho com auto-ajuda). Orem (1993), orienta para os sistemas de enfermagem a fim de preencher os requisitos do autocuidado. A prática destes cuidados de enfermagem é complexa e obriga à mobilização de saberes, por sua vez reconstruídos com a prática de cuidados (M. A. Lopes, 2005).

Do estudo de Maciel e Bocci (2006), resgatamos contributos em cinco dimensões: 1) “poder da enfermagem no banho” (a pessoa é obrigada a sujeitar-se ao banho no leito); 2) “privacidade” (menos confortável que o banho de chuveiro, face à exposição do corpo aos profissionais, de ambos os sexos); 3) “amenizadores do desconforto” (escolha do horário do banho; de um profissional do mesmo sexo; 4) o número de banhos no planeamento de cuidados de enfermagem); 5) e “percepção sobre o enfermeiro” (o doente aprende a avaliar o desempenho do enfermeiro, considerando-o apto ou inapto).

Ainda, sobre a percepção dos doentes, são realçados “sentimentos no banho”, em que, como revela o estudo de Ogasawara (1989), os doentes submetiam-se ao banho como uma imposição, sentindo vergonha em expor o corpo nu, aos olhares dos outros, sentiam vergonha quando o banho era dado por um profissional de sexo oposto, não se sentiam limpos após esta higiene, a água utilizada ficava fria, e não era permitida a sua participação nem dos familiares.

Reparamos que as dimensões, “privacidade”; “segurança”; “ambiente físico” e “autonomia”, emergem nos manuais e nos estudos, imbricadas no atendimento no banho. Bolander (1998), usa criativamente o termo “territorialidade” ao referir-se tanto ao espaço físico como à noção do próprio corpo. É o “ambiente físico” a surgir como determinante para o envolvimento do doente no banho, enquanto áreas acolhedoras, quentes e iluminadas (Asid & Reneguer, 2003; Bolander, 1998).

Sobre as “funções do banho”, Clarke (1986), Macedo e Kestenberg (1998), Brum et al. (2000), Asid e Renegar (2003) e T. C. Lima (2008), realçam a função higiénica e a função de bem-estar, a coadjuvarem. Mas, na intenção dos enfermeiros ao prestar esses cuidados sobressai a preocupação com a promoção do conforto e o bem-estar, um valor major (M. J.

¹⁰ Nível de desenvolvimento: 0 – independente; 1 – necessidade ajuda mínima; 3 – ajuda moderada; 4 – dependência total.

Silva, 2006) e que cumpre de forma efectiva a finalidade estética (T. C. Lima, 2008). Com Clarke (1986) e W. Vieira (1989), o banho surge ligado à “aparência do doente no hospital”. A higiene pessoal é valorizada pelo aspecto social. A quebra nos padrões de aparência, no hospital, pode causar ao doente embaraço ou depressão (Clarke, 1986).

De Buógo e Cogo (2002), além da dimensão da “privacidade” (constrangimento perante um ser cuidado do sexo oposto, a implicar o desnudar do corpo e exposição dos genitais), extrai-se uma outra vertente ligada ao banho, como “encontro” entre o cuidador e o ser cuidado, partilha de experiência, interacção, de proximidade entre cuidador e ser cuidado, oportunidade de despertar o ser cuidado no seu mundo e devolvê-lo, preocupação em tocar sem causar dor, de enfrentar uma situação de dependência do ser cuidado, difícil para o estudante. Dimensões que se complementam, em que Manen (1998), W. Vieira (1989), Hesbeen (2000), M. A. Lopes (2005), Lenardt, Hammerschmidt, Pivaro e Borghi (2007), T. C. Lima (2008) e Martins (2009) rubricam o banho como um momento de partilha, educação, intimidade, interacção, encontro profundo, e de cuidado essencial.

Também de Manen (1998) emerge outra dimensão, a de “conhecer o doente”, associada ao banho como oportunidade única de cuidado. O autor alude que, à medida que as partes do corpo são destapadas, são descobertos sentimentos.

Sobre a “participação dos doentes no banho”, muito associada à “privacidade” e aos “amenizadores do desconforto”, J. Vieira e Cruz (2001) e Martins (2009) afirmam que o acto dos doentes lavarem os seus genitais, indica que se sentem menos dependentes, bem como a explicação do que se vai fazer, é fulcral para diminuir o desconforto. A perfilar esta dimensão emerge o recurso ao humor para atenuar o embaraço (Martins, 2009). A tocar esta dimensão emerge o “uso dos objectos pessoais”, trazidos de casa, aos quais é dada importância pelos idosos (Martins, 2009).

Ainda, sobre “desconfortos nos cuidados íntimos”, Lenardt et al. (2007) abordam a rotinização de actos e sequências de procedimentos no cumprimento dos planos de trabalho pelos enfermeiros, e os efeitos agressivos que estes podem causar nos doentes, nomeadamente pela exposição corporal, corroborado por Manen (1998), Buógo e Cogo (2002), M. A. Lopes (2005) e Martins (2009) e pelo cumprimento da tarefa no menor espaço de tempo (M. J. Silva, 2006; T. C. Lima, 2008).

Denota-se a dimensão de “resiliência”, frente à permanente invasão da privacidade pelos profissionais durante o banho, que os idosos manifestam, como descontentamento, mas que não mudariam nada (Martins, 2009).

Relativamente ao “ensino do banho”, vários autores (Holland, 1999; Kruse, 2003; Macedo & Kestenberg, 1998; Menzies, 1960; Mercadier, 2004; Santos et al., 2010) descrevem o banho no leito como um ritual de iniciação, nos estudantes de enfermagem, onde são hierarquicamente colocadas as categorias: estímulo à limpeza, tratar o banho como estímulo de prazer, relaxamento, e estímulo ao conforto e às sensações. Mas, segundo Wolf (1997), apresentam dificuldades em pensar o que dizer, ou por onde começar.

Dias et al. (s/d) observam que o procedimento de dar banho é relegado a um segundo plano como actividade doméstica, à semelhança de Sandelowski (2002), e enquanto cuidado de segunda natureza, simples, minimizado (Isaksen, 2000; Twigg, 2004). Trata-se de um procedimento que não carece de conhecimentos técnicos-científicos profundos, mas de virtudes por quem os realiza, como o respeito e afectividade (T. C. Lima, 2008). Além de que, os enfermeiros têm dificuldade para fundamentar o facto de serem eles a prestar os cuidados de higiene (M. J. Silva, 2006). Mas para 100% dos participantes do estudo realizado por Dias et al. (s/d), é importante realizar o banho, porque contribui para a orientação da equipa, à semelhança de W. Vieira (1989) e T. C. Lima (2008).

Sobre a “preparação da enfermeira para a interacção” no banho no leito, em Santos et al. (2010) são reveladas dificuldades nos enfermeiros, em relação ao toque do corpo nu, durante o procedimento técnico, quando opinavam e defendiam o próprio corpo como intermediador de emoções, subjectividade, estética, sexualidade e sensualidade, dimensão abordada por Mercadier (2004).

A dimensão de “poder no banho” é realçada no estudo de Santos et al. (2010), em que as relações com os doentes nus, na higiene, estão carregadas de exercício de poder, para as quais nem sempre estão preparados, nem julgam estar a exercê-lo, sobre os doentes. Gândara (2010) acrescenta, que os modos de exercício desse poder estão interligados entre si, e ancorados no sentido dado pelo enfermeiro aos cuidados de higiene, ao modo como é interpretado e experienciado. O contraponto vale como estratégia para economizar tempo, os doentes chegam ao fim do turno limpos e, como salienta Reverby (1987) e Wolf (1988b), o ambiente em ordem. A técnica assume valorização, acabando por expressar a complexidade no cuidado, daí serem sugeridos cursos preparatórios, a estudantes e professores, para o cuidado do corpo despido. E, daí a dimensão relativa ao “refinar de saberes” (Santos et al., 2010).

Na vertente da “satisfação com os cuidados de enfermagem”, Marques (2000) revela que os cuidados de manutenção estão associados a sentimentos intensos, salientando-se uma dimensão de “valores” (partilha, carinho, capacidade diagnóstica) e a de “desvalores” (indisponibilidade do enfermeiro). Dos significados atribuídos destaca-se, das características que definem a natureza de manutenção (comunicação, higiene, conforto, eliminação e mobilização), a valorização dos “atributos de natureza humana e bem-estar”. No estudo de P. L. Ferreira (1999), também os “cuidados diários” obtiveram avaliações positivas, as técnicas foram bem avaliadas, ao contrário da “prontidão” na resposta dos enfermeiros e da “informação” que foram penalizadas, melhorando as situações sobre a generosidade e gentileza, ou seja, emerge o aspecto da “competência técnica”.

Ressalta a dimensão da “comunicação” do trabalho de Neto, Ribeiro, Magalhães e Torres (2003), onde a satisfação foi mais elevada (ao explicar o que se vai fazer; dar oportunidade de dizer o que sente, procura resolver o problema).

Em síntese, da análise da bibliografia são enunciadas dimensões no cuidado higiene pessoal/banho ao doente dependente, que perfilam a caracterizar o estado da prática do cuidado. Advém um entrecruzar de dimensões, orientadas para agrupamentos: de possibilidades (intenção e função de bem-estar, conforto e higiene; de interacção, forma de ajuda, actualização profissional, percepção do doente); e fragilidades (dificuldade do enfermeiro em justificar o seu papel, uso de poder implícito, desvalorização do banho, supremacia da técnica, desconfortos nos cuidados íntimos/privacidade, sobre um denominador comum, que orienta para o valor do cumprimento da tarefa, imprimindo a ordem e economizando tempo, a demarcarem a zona cinzenta nestes cuidados.

Da percepção do doente sobre a satisfação nos cuidados de manutenção de vida, emergem uma avaliação voltada para a perspectiva da comunicação/informação, a técnica, relação interpessoal, e ainda cognitiva e emocional, ligados a sentimentos intensos. De certo modo cruzam-se com os anteriores.

Da análise dos estudos resultam dimensões que podem ser favorecedoras da mudança, na promoção dos cuidados de suporte à prática do banho, enquanto bem interno, e na satisfação do doente, potenciando melhor bem-estar. Argumento que pode dar sustentabilidade à problemática, estratégia de investigação e aos resultados desta investigação. De referir a dificuldade em referências da satisfação do doente sobre os cuidados de enfermagem durante o banho.

3. PROBLEMÁTICA

A partir desta análise, somos agora capazes de reiterar que a complexidade do autocuidado se reveste de saberes específicos para a enfermagem como ciência e arte de cuidar, o que nos ajuda a delimitar a nossa preocupação e irritação pessoal nos cuidados de higiene pessoal/banho no doente internado e dependente.

Dos argumentos de natureza pessoal/profissional e da prática clínica, conducente à sua reflexão e análise teórica, incursão nas referências relativamente aos conceitos centrais, e estado actual da arte, levam-nos a identificar discrepância entre o ideal e as práticas dos cuidados, e na expressão do cuidar no autocuidado higiene, a colocação de desafios, a exigir novas formas de resposta, ao enfermeiro.

Lembrando o movimento em torno da orientação da saúde traduzida já pela Carta de Ottawa em 1986, pela exigência da focalização nas necessidades totais do indivíduo, da participação activa dos utentes nos cuidados de saúde (Antonovsky, 1995; Navarro, 1995; World Health Organization, 1998) e as determinantes dinâmicas das escolas do pensamento em enfermagem (Kérouac et al., 1994), torna-se fundamental perceber a perspectiva do doente sobre os cuidados de saúde recebidos.

A complexidade da resposta do enfermeiro passa por cultivar a atenção e sensibilidade, aos “bens”¹¹ que o doente lhe confia, satisfaça as suas expectativas, para ser fidedigna, e desenvolver competências na sua actividade (Collière, 1989; Hesbeen, 2001; Hupcey, Penrod & Morse, 2000; Oliveira, 2010; Sellman, 2006; Watson, 2002).

Para Donabedian (1988), T. McIntyre e Silva (1999), Paúl, Martin e Roseira (1999), A. L. Ribeiro (2003), Davis (2005), C. Silva et al. (2005), Lee e Yom (2006), Gomes (2008), a opinião dos utentes sobre os cuidados de enfermagem é indispensável à promoção da sua qualidade, a gestão da mudança passará pela promoção do papel do enfermeiro nos contextos de cuidados/situações de cuidados, pelo aproveitamento das novas formas de trabalho e pela inerente compreensão e (re)interpretação (Basto, 1998; Nóvoa, 1992; Le Boterf, 1995; Navarro, 1995; M. A. Lopes, 2006).

A promoção da presença activa do enfermeiro no momento de atenção ao autocuidado higiene da pessoa hospitalizada, numa óptica de desafio em prol da qualidade e reflexão dos cuidados, torna-se um imperativo, para contribuir para o aumento do corpo de conhecimentos científicos

¹¹ Oliveira (2010) refere-se a algo que é valorizado pelo doente como um “bem”, e que por si só pode não conseguir cuidar, carecendo de ajuda, como: o conforto, a saúde ou mesmo a vida. Para Sellman (2007, p.37) o doente confia na enfermeira ao acreditar na sua boa vontade para o outro, e de que ela cuidará dos seus bens, porque ele não consegue cuidar de si.

e específicos da enfermagem, fundamentando os significados desta prática, torná-la mais eficiente, produzir bem interno e um bem para o doente, o que leva a desenvolver novas estratégias e a investigá-la. A importância radica no cuidado de enfermagem que suporta a arte de cuidar no autocuidado higiene e banho, os determinantes serão as propriedades na resposta do enfermeiro, e o resultado traduzirá o bem-estar do doente no cuidado, o ganho na sua satisfação.

Face ao estado da arte, no que respeita às intervenções do enfermeiro no autocuidado higiene, a nossa questão de partida é: *Será que as concepções e práticas dos enfermeiros, no “ritual” de cuidados no autocuidado higiene em pessoas internadas, traduzem-se em ganhos representativos na satisfação dos doentes?*

Como questões secundárias definimos: 1) Quais as concepções dos cuidados de enfermagem que contribuem para a expressão do ritual, no autocuidado higiene? 2) Será que os doentes estão satisfeitos com os cuidados durante o ritual no autocuidado higiene?

Neste sentido pretendemos, com o estudo, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, na prática clínica e ensino clínico, de forma a desenvolver o autocuidado higiene na sua complexidade do significado cultural, social, técnico terapêutico, e de valores tendo em conta a arte e a ciência de enfermagem.

De forma a clarificar o processo de pesquisa, torna-se necessário descrever os objectivos: 1) Compreender o contínuo da independência-dependência face aos cuidados prestados pelos enfermeiros no autocuidado higiene; 2) Identificar os procedimentos utilizados pelos enfermeiros nas acções de enfermagem conducentes ao autocuidado higiene às pessoas no continuum independência-dependência; 3) Analisar a natureza das concepções expressas pelos enfermeiros e pela pessoa cuidada durante o auto-cuidado higiene; 4) Identificar os “elementos que suportam a arte de cuidar” as pessoas no autocuidado higiene; 5) Avaliar os ganhos em satisfação do doente, face à intervenção no autocuidado higiene, na pessoa internada; 6) Desenvolver um suporte conducente a uma teoria explicativa sobre o autocuidado higiene à pessoa internada.

Os objectivos foram centrados em conceitos que perseguirão o nosso estudo, nomeadamente:

O *autocuidado*, enquanto prática de actividades que os indivíduos iniciam e realizam para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Constitui um dos objectivos da assistência de enfermagem, por focalizar as suas acções nas exigências de autocuidado, de forma a tornar a pessoa capaz de progredir para a autonomia (Orem, 1993).

A necessidade de actuar e abordar o autocuidado é uma preocupação transversal aos enfermeiros no mundo, daí o CIE (2005) definir o autocuidado como uma “actividade executada pelo próprio com as características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades básicas e íntimas e as actividades de vida” (p.46). Assim, nesta classificação, a necessidade de autocuidado está associada a um tipo específico de necessidade para a pessoa, a nível do autocuidado higiene, do banho, do lavar-se e do arranjar-se (CIE, 2002).

Na higiene pessoal, tal como em outro autocuidado, a pessoa constitui-se com determinados requisitos que podem levar à intervenção da enfermeira a diferentes níveis (Cavanagh, 1993). Daí o *autocuidado higiene* ser categorizado como um tipo de autocuidado (CIE, 2002). A defini-lo são tidas as características específicas: “encarregar-se de manter um padrão contínuo de higiene, conservando o corpo limpo e bem arranjado, sem odor corporal, lavando regularmente as mãos, limpando as orelhas, nariz e zona perineal e mantendo a hidratação da pele, de acordo com os princípios de preservação e manutenção da higiene. (...) [integra] os tipos de: autocuidado banho; autocuidado lavar-se e autocuidado arranjar-se” (CIE, 2002, p.55).

Partimos a pensar na pessoa enquanto identidade única, depois centrámo-nos no *doente*, ou seja, indivíduo a passar por experiência de hospitalização, evidenciando dependência para o autocuidado higiene.

A experiência profissional fez-nos reflectir em rotinas e actos, tornando-se imperativo recorrer a dimensões de valores, de significado, daí nos centrarmos no *ritual*, “como um conjunto de actos formalizados, expressivos, portadores de uma dimensão simbólica. É caracterizado por uma configuração específica no tempo e no espaço, pelo recurso a uma série de objectos, por sistemas de comportamentos e de linguagens específicas, por sinais emblemáticos cujo significado codificado representa um dos valores comuns de um grupo” (Segalen, 1998, p.20).

Por último, procurámos os *ganhos em satisfação*, como o resultado (segundo o doente), dos efeitos que as acções e os procedimentos de enfermagem tiveram sobre o seu estado de saúde, e que possam ser atribuídos aos cuidados de enfermagem no autocuidado higiene.

Ao falar da *qualidade*, é de referir que esta pode ser definida em termos de *satisfação*, isto é, de que forma as necessidades e expectativas relativas à prestação de um cuidado de saúde específico ou utilização de um serviço foram satisfeitas ou atingidas (P. L. Ferreira, Afonso,

Raposo & Godinho, 2003). A *satisfação*, é o resultado da avaliação feita pelo doente em função da realização das suas necessidades percebidas, expectativas e resultados obtidos, é um estado interno que pressupõe elementos afectivos e cognitivos na avaliação dos recursos e respostas do meio, às necessidades do doente (Paúl et al., 1999).

PARTE II

OBJECTO E MÉTODO

Nesta parte, divulgamos as opções metodológicas, subjacentes à investigação desenvolvida. De acordo com o desenho do estudo (*Anexo I*), assim sequencialmente serão apresentadas as estratégias de investigação, ou seja, a abordagem de inspiração etnográfica, a intervenção nos cuidados de enfermagem e a abordagem quase-experimental.

1. OPÇÕES METODOLÓGICAS

Perante a questão de investigação, desenhamos um plano para a investigação que se inscreve na perspectiva mista (Creswell, 2010). Justifica-se uma abordagem de tipo exploratório com opção pela triangulação, como estratégia de investigação, por tomarmos como meta na pesquisa, explorar sobre “o cuidado de enfermagem à pessoa com autocuidado higiene comprometido”, propondo-nos fornecer a compreensão e obter a finalização de resultados. Esta triangulação é de métodos, qualitativo e quantitativo, a nível do desenho, com implementação sequencial. Estratégia que permite a articulação dos componentes (pela abordagem de inspiração etnográfica e a abordagem quase-experimental) para fornecer novos conhecimentos relativamente ao fenómeno, expandir e assegurar a finalização dos resultados (Morse, 1991). Tal integridade fornece a amplitude e profundidade à investigação, possibilitando uma descrição mais rigorosa do fenómeno (Creswell, 2010; Denzin & Lincoln, 2005; Streubert & Carpenter, 2002). Neste sentido, a triangulação é a estratégia que nos permite a utilização dos dois métodos combinados, em duas fases de colheita de dados, no interior de um mesmo estudo: de dados qualitativos, na abordagem de inspiração etnográfica; e de dados quantitativos, pela abordagem quase-experimental (Creswell, 2010; Reidy & Mercier, 2003). Pretendemos, assim, aceder a várias dimensões do fenómeno: *i*) ao cuidar do enfermeiro no autocuidado higiene em contexto da pessoa internada; *ii*) aos elementos que suportam a arte de cuidar no autocuidado higiene, através dos achados etnográficos; *iii*) e aos

resultados da intervenção do enfermeiro, em termos de ganhos em satisfação no doente, perante os desvios de saúde no autocuidado higiene, por intermédio dos dados quantitativos.

O desenvolvimento das abordagens referidas teve lugar em unidades hospitalares diferentes, face à disponibilidade destas e da investigadora, contudo, para cada uma delas foram considerados os requisitos éticos e legais, incluindo a autorização formal às instituições nas quais obtivemos a colaboração dos enfermeiros e doentes, sendo assegurados os aspectos essenciais como o consentimento informado (*Anexo II*), o anonimato e a confidencialidade dos dados (Dempsey & Dempsey, 1999; Fortin, 2009; Polit & Hungler, 1994).

1.1. Abordagem de inspiração etnográfica

Na primeira fase, para compreender os elementos que suportam a arte de cuidar no autocuidado higiene, os significados, a linguagem, as dimensões culturais nesses cuidados, recorreu-se ao método qualitativo, de inspiração etnográfica, baseando-nos nas características básicas de Beau e Weber (1998), Bogdan e Biklen (1994), e de Taylor e Bogdan (1996). A unidade social centra-se no contexto da actividade dos enfermeiros, realidade social onde a acção de enfermagem no autocuidado higiene comprometido se inscreve, e desenvolve nos serviços de internamento, e surge como objecto de estudo.

Nesta pesquisa, quer a problemática quer as questões orientadoras, anunciam uma abordagem que privilegia o contacto directo do investigador com a situação de cuidados, o contexto em que acontecem e interagem os participantes (enfermeiros e doentes).

A situação social (lugar, pessoas, actividades) é caracterizada pela sua confinamento a um lugar, onde as pessoas executam as suas actividades, têm papéis específicos e se diferenciam tanto no que fazem, como na forma de vestir, mas ainda nos comportamentos e simbolismos identitários (M. A. Costa, 2006).

Segundo Leininger (1985), vai-nos permitir estar num processo de observar, pormenorizar, descrever, documentar e analisar, compreender os enfermeiros no contexto da pessoa cuidada, nas suas acções ao cuidar no autocuidado, de forma a obter padrões específicos da cultura: o que fazem enquanto enfermeiros, rotineiramente, enquanto sujeitos naquela situação social; como se relacionam; o que dizem e usam socialmente, nos cuidados que produzem. Quais os seus costumes e crenças, como atribuem significado às suas experiências nos cuidados de higiene, como fundamentam as suas acções nesses cuidados (Chizzotti, 2008; Germain, 1993;

Spradley, 1980) no sentido de, desocultar o implícito na cultura dessa prática dos cuidados de enfermagem, tendo em conta que cultura é “o conhecimento acumulado que as pessoas utilizam para interpretar a experiência e gerar o comportamento” (Spradley, 1980, p.6).

Considerou-se necessário, também, ter em conta a perspectiva dos utilizadores dos cuidados quanto às suas expectativas, percepções, dificuldades, sentimentos e satisfação nos cuidados proporcionados pelo enfermeiro no autocuidado higiene, enquanto elementos do contexto e da dimensão de interacção. Isto porque os actores nos serviços de saúde constroem e reconstroem a sua realidade social mediante interacções com os outros membros dessa comunidade da qual os doentes fazem parte (De La Cuesta Benjumea, 1997, 1998).

Das metodologias qualitativas, centrámo-nos na observação directa informal de inspiração etnográfica, por permitir a aproximação entre o investigador e o objecto em estudo, com a finalidade de abordar um sistema particular, em duas unidades (Medicina e Cirurgia), os cuidados no autocuidado higiene ao doente com dependência para esse autocuidado. Serviços diferentes, quanto à área de especialização na organização da vida hospitalar, assistindo em patologias diversificadas, com equipas distintas e chefias diferentes (Carapinheiro, 1993; M. A. Costa, 2006).

De acordo com a problemática do estudo e as finalidades enunciadas, a opção metodológica pelo estudo etnográfico liga-se à característica de ser aberto e fluído em termos de processo, permitindo ajustar os métodos para a colheita de dados, pelo que tomamos como pressupostos: 1) Analisar as experiências e actividades diárias, permitindo aos participantes da investigação viver em ambiente natural, constituindo-se numa fonte rica de informação para explorar aspectos da prática da enfermagem no banho (Chizzotti, 2008; Leininger, 1985, 1995; Streubert & Carpenter, 2002); 2) Possibilita conhecer a realidade sugerindo orientações à volta de valores, interacções e representações, consolidando as tomadas de decisão (Goetz & Lecompte, 1988; M. A. Costa, 2006); 3) A prática diária dos cuidados de enfermagem, constitui-se objecto de reflexão, onde os cuidados no autocuidado higiene assumem a sua relevância no quotidiano, e cuja forma se procura perceber, de modo a potencializar as estratégias já utilizadas pelo grupo; 4) As crenças e os comportamentos de sentido comum são essenciais à conduta socialmente organizada, além de que a própria estrutura social não existe independentemente das pessoas que a constroem (Chizzotti, 2008; M. A. Costa, 2006); 5) Compreender, no contexto da pessoa internada, os cuidados de higiene prestados, é buscar a lógica e significado dessa prática partilhada e vivida pelos sujeitos.

Situámo-nos, metodologicamente, nesta perspectiva, para estudar o cuidar no autocuidado higiene, privilegiando o posicionamento indutivo e o vivido das pessoas, para reconstruir a forma, as propriedades particulares da ordem social local, na situação ou contexto de cuidados de higiene à pessoa hospitalizada, nomeadamente em termos de participantes, regras e interesses, que dão sentido e coerência ao que é vivido (Chizzotti, 2008; Crozier & Friedberg, 1977).

Para complementar o exposto, parece-nos também adequado a utilização desta estratégia de investigação pela possibilidade de fontes utilizadas, que permitem a triangulação de informação, funcionando como forma de confirmação e controlo do processo sobre os dados (Chizzotti, 2008; Goetz & LeCompte, 1988; Hammersley & Atkinson, 1994, 1995; M. A. Costa, 2006).

1.1.1. Desenvolvimento do estudo

As “histórias da pesquisa”, inegavelmente importantes, constituem matéria-prima para uma reflexão, tanto epistemológica como metodológica e mesmo sociológica, sobre os processos de pesquisa enquanto processos sociais (A. F. Costa, 1986; Iturra, 1986a, 1986b).

O desenvolvimento do estudo etnográfico não foi linear, os avanços e recuos deram forma ao percurso, à lógica de continuidade e ao carácter recursivo que o compõe. Na opinião de Schutz (1970) e Bourdieu, Chamboredon e Passeron (1973), a metodologia não pode ser tomada separadamente dos restantes procedimentos científicos e do processo global da pesquisa, daí sublinharmos que, perante o quadro de preocupações, as técnicas de colheita de informação foram a observação participante e a entrevista semi-estruturada, com a finalidade de completar a informação e de promover uma compreensão mais holística do fenómeno “o cuidado de enfermagem no autocuidado higiene, em contexto da pessoa internada” (A. F. Costa, 1986; Caria, 2003; Estanque, 2003; Iturra, 1986a; Leininger, 1985, 1991; M. A. Costa, 2006; Mulhall, 2002; Spradley, 1980). A observação informal e a entrevista são situações sociais em que a presença do investigador se impõe (A. F. Costa, 1986; Leininger, 1985, 1995; Spradley, 1980). A observação participante, porque implica o envolvimento directo do investigador de campo com o grupo social e estuda dentro dos parâmetros das normas do grupo (Amendoeira, 1999; Angrosino, 2009; Iturra, 1986a), pode a sua presença introduzir novas relações sociais, pelo que não o ignorarmos, foi uma condição de objectividade (A. F. Costa, 1986).

Embora reconhecida como comum a todos os investigadores, a questão do acesso à informação, às pessoas, aos contextos e aos cenários que a podem fornecer (Amendoeira, 1999; Mulhall, 2002; Estanque, 2003; M. Ribeiro, 2003; R. Vieira, 2003), foi uma dimensão de contornos e desafios decisivos, sentidos e diversificados. Assim, do nosso percurso distinguimos duas fases de todo relevantes.

A *fase de aproximação ao campo*, apesar das nossas hipóteses, é resultado de circunstâncias que não se controlam (Iturra, 1986a), foi marcada pelos primeiros contactos; a nossa apresentação ao grupo (12/12/2007); dar a conhecer o estudo; pela participação gradual, tornando-nos menos intrusos e mais elemento do serviço; e na selecção dos informantes chave.

A expressão da aceitação social revelou-se na nossa requisição pelos enfermeiros, para ser seu par nos cuidados de higiene; no convite para voltar ao campo nos turnos de fim-de-semana; interrogações sobre o próximo dia “de volta”; na actualização sobre situações ocorridas no serviço, nos dias da nossa ausência; no convite para ir ao jantar de Natal do serviço; convite para assistir a acções de formação em serviço.

À *fase de incursão na informação*, chegou-se com o fluir natural no processo de observar na situação social, ajustando estratégias na transição para a informação ganhar consistência. Fase determinante, pela imersão que a partir de uma focalização inicial, fomos incidindo, em ambos os serviços: nos lugares sociais (a sala de enfermagem; o corredor; o quarto; o WC do quarto; o lugar do Banho Assistido); nas pessoas (os enfermeiros; o doente; a assistente operacional); nas actividades (antes do banho; durante o banho; o banho; a passagem de turno); nos objectos (as coisas envolvidas e utilizadas); nos acontecimentos (a sequência de actividades e cuidados levados a cabo pelos participantes para, no e a partir do banho); nos actos (acções pequenas, simples e elementares realizadas pelos participantes); nos tempos (as sequências temporais que ocorrem; fases); as finalidades (o que as pessoas tentam concretizar, antes, durante e depois do banho); nos sentimentos (a expressão das emoções sentidas), (Spradley, 1980). A presença em campo foi regulada de forma a conciliar os registos, as reflexões e a sistematização da informação. Progredimos naturalmente no percurso, de uma observação descritiva para selectiva, até à saturação da informação (Angrosino, 2009; Bogdan & Taylor, 1975; Hammersley & Atkinson, 1994, 1995; M. A. Costa, 2006; Spradley, 1980).

Na situação social, inicialmente fazíamos questões amplas (por exemplo, como estão organizados os cuidados durante a manhã? Quais são os modos nos quais o espaço está organizado? Quais os modos de utilização do espaço pelas pessoas? Quais os modos que o

espaço está organizado no acontecimento? E nas actividades? E nas acções? Que mudanças no espaço ocorrem ao longo do tempo de cuidados de higiene? Quais os modos em que o espaço se relaciona com as metas/objectivos? Quais os lugares ligados aos sentimentos?

Tomámos em linha de conta as dimensões propostas por Spradley (1980) e ainda a dimensão de clima social, que os críticos adicionaram à sua proposta (Streubert & Carpenter, 2002), porque são os enfermeiros os principais prestadores de cuidados de higiene? Serão os enfermeiros a tomar todas as decisões nos cuidados de higiene?

A nossa presença privilegiou-se nos turnos da manhã e dias da semana. Precisamente, por ser nesse turno que se mostravam interacções sociais relevantes para a investigação, período em que decorriam “os banhos” nos serviços. Habitualmente, estivemos presentes durante todo o turno, e o período de observação oscilou, em média, entre três a cinco horas por dia. A nossa focalização incidiu no tempo em que decorriam “os banhos”, nos enfermeiros, suas interacções, acções e contextos, na construção dos cuidados no autocuidado higiene, bem como na passagem de turno que antecedia e terminava o turno.

A pesquisa no terreno foi, em boa medida, uma forma de obter respostas sem fazer perguntas, emergindo no fluxo da conversa informal (Spradley, 1980).

A observação participante, orientada pelo modelo de Spradley (1980), foi a forma de obter conhecimento aprofundado dos comportamentos e percepções dos sujeitos (*Anexo I*). Técnica que possibilitou a validação com os sujeitos, da congruência entre a pista, do que diziam, e o seu contraste com o que faziam, a prova da verdade (Iturra, 1986a).

O período de observação (Dezembro de 2007 a Dezembro de 2008) terminou, quando deixaram de emergir dados novos, o que nos orientava para a saturação da informação.

Participaram no estudo 33 enfermeiros de ambos os serviços, tendo por base os critérios: *i*) prestar cuidados de higiene sempre que faziam o turno da manhã; *ii*) possuir pelo menos dois anos de tempo de experiência no actual serviço; *iii*) ser voluntário no estudo. Para as entrevistas foram privilegiados os informantes com mais tempo de serviço, pelo domínio da cultura local (Spradley, 1980), e a sua disponibilidade.

Na Tabela 1 são apresentadas algumas das características dos 33 participantes (enfermeiros) no estudo, os quais se encontram identificados seguindo a ordem alfabética para os participantes do serviço de medicina e duplicando a letra pela mesma ordem para os participantes do serviço de cirurgia.

Tabela 1. Caracterização dos enfermeiros participantes no estudo

Participantes enfermeiros do serviço de medicina						Participantes enfermeiros do serviço de cirurgia					
Participante	Sexo	Idade	Estado civil	Tempo profissão	Tempo no serviço	Participante	Sexo	Idade	Estado civil	Tempo Profissão	Tempo no serviço
A	F	30	Solteira	10A	3A	AA	M	36	Casado	13A	10A
B	F	27	Casada	5A	3A	BB	F	32	Solteira	9A	3A
C	F	26	Solteira	5A	4A	CC	F	39	Casada	15A	5A
D	M	26	Casado	5A	3A	DD	F	28	Solteira	4A	4A
E	F	28	Solteira	7A	4A	EE	F	28	Casada	6A	4A
F	F	26	Solteira	4A	3A	FF	F	28	Casada	4A	4A
G	F	25	Casada	3A	3A	GG	F	29	Solteira	6A	3A
H	F	26	Solteira	4A	3A	HH	M	39	Casado	15A	5A
I	F	27	Solteira	5A	3A	II	F	27	Solteira	4A	3A
J	M	26	Casado	3A	3A	JJ	F	25	Solteira	3A	3A
L	F	26	Solteira	4A	3A	LL	F	30	Solteira	9A	4A
M	F	28	Casada	6A	5A	MM	F	26	Solteira	4A	2A
N	F	24	Solteira	2A	2A	NN	M	32	Casado	11A	5A
O	F	24	Casada	2A	2A	OO	F	28	Solteira	4A	3A
P	M	26	Solteiro	4A	3A	PP	F	26	Solteira	3A	3A
Q	F	28	Casada	6A	4A	QQ	F	24	Casada	2A	2A
R	F	25	Solteira	3A	2A						

Durante o processo de pesquisa, a entrevista foi uma outra técnica utilizada, baseada na arte de formular perguntas e escutar as respostas, pode mesmo ser vista como um processo de interacção social entre duas pessoas (M. J. Lopes, 2006).

As entrevistas efectuadas (25 dirigidas aos enfermeiros e 12 aos doentes)¹², centraram-se na compreensão de aspectos dos cuidados no autocuidado higiene, que a observação participante não permitia o acesso (Spradley, 1980). Os aspectos mais privilegiados nas entrevistas foram relacionados com a dimensão afectiva e cognitiva. Precisamente, para perceber o experimentado pelos sujeitos sobre as percepções, atitudes e sentimentos, bem como a conceptualização e mobilização de saberes nos contextos de interacção no banho.

Os doentes entrevistados foram seleccionados tendo em conta os critérios de inclusão: estarem internados num dos serviços em estudo; estarem conscientes e necessitarem de ajuda no autocuidado higiene; pertencerem a géneros diferentes; e serem voluntários em participar. Estas, tiveram como finalidade aprofundar informação sobre os seus sentimentos e percepções nos momentos de interacção nesses cuidados. Na tabela 2, apresentamos algumas das características sócio demográficas dos doentes participantes.

¹² Das entrevistas realizadas, são introduzidos excertos no corpo do trabalho, identificados pelas designações constantes nas listas de siglas, acrescidas da data (dia, mês e ano).

Tabela 2. Caracterização dos doentes participantes no estudo

Participante	Sexo	Idade	Estado civil	Profissão	Primeiro Internamento		
					Sim	Não	Quantos
Aa	M	63	Casado	Mecânico	x		
Bb	F	67	Casada	Doméstica		x	2
Cc	F	72	Casada	Reformada		x	1
Dd	F	54	Casada	Professora		x	3
Ee	F	82	Viúva	Reformada	x		
Ff	M	75	Casado	Reformado		x	1
Gg	M	65	Casado	Advogado	x		
Hh	F	48	Solteira	Cozinheira	x		
Ii	F	53	Casada	Doméstica		x	2
Jj	F	73	Casada	Reformada	x		
Ll	F	69	Viúva	Reformada		x	1
Mm	M	47	Casada	Comerciante		x	1

Todas as entrevistas foram gravadas e tiveram a duração aproximada entre 25 a 35 minutos. No início foram explicitados os objectivos, fornecida a garantia da confidencialidade, sendo ainda solicitada autorização para a sua realização e gravação. Como sugere Angrosino (2009), foi seguida uma sequência como forma de organizar o raciocínio.

A *análise dos dados* foi orientada de acordo com a proposta de Spradley (1980), que considera que “análise dos dados etnográficos é uma procura de padrões” (p.85), padrões que fazem a cultura nestes cuidados. Como é recomendado pelo autor, a primeira etapa foi produzir uma análise de domínio. A focalização progressiva induziu a alterações no trabalho desenvolvido e no nosso posicionamento. Ultrapassada a fase do querer tudo saber, transitou-se para a selecção das descrições, focando a situação em particular, e as interpretações nesse contexto (Spradley, 1980).

Adicionámos ao interesse do fenómeno, anotações, comentários, questionamentos, reflexões, que em contexto fomos construindo. Para a organização dos dados considerámos as orientações de Goetz e LeCompte (1988), Huberman e Miles (1991), Bogdan e Biklen (1994), e de Strauss e Corbin (2008). A progressão na observação permitiu uma relação estreita com as unidades de análise, e a própria estruturação das suas dimensões, em sintonia com a designação dos domínios e taxonomias que emergem da observação e registos, permitindo-nos organizar os domínios. Os domínios considerados neste estudo são: *i)* padrões culturais dominantes nos enfermeiros; *ii)* tipos de lugares, de objectos; *iii)* tipos de papéis; *iv)* razões para o cuidado; *v)* características de conceitos; *vi)* características das acções; *vii)* resultado da sequência das acções; *viii)* formas de cuidados; *ix)* modos de interacção; *x)* formas de usar.

Também a triangulação da informação se estende aos dados, pela diversidade de fontes, restituindo à informação maior profundidade e daí maior fiabilidade.

Nos excertos provenientes do trabalho de campo introduzidos no corpo deste trabalho, são usadas as designações constantes nas listas de siglas, acrescidas da data (dia, mês e ano), nas entrevistas, a seguir à sigla vem a sua numeração, seguida da data.

1.2. Abordagem “antes-após”

Da imersão cultural, descobriram-se significados culturais no “cuidar do enfermeiro no autocuidado higiene em contexto da pessoa internada”, e “elementos que suportam a arte de cuidar no autocuidado higiene”, perante os desvios de saúde nesse autocuidado. Elementos que permitem a articulação com o método quantitativo, para finalização dos resultados, possibilitando o conhecimento sobre os ganhos em satisfação, na percepção do doente.

Neste segundo momento da investigação, aplicou-se o método quantitativo, recorrendo a um estudo quase-experimental.

Saber da satisfação dos doentes com os cuidados de enfermagem no autocuidado higiene, exigiu um desenho de estudo que permitisse saber dos efeitos de uma intervenção nos enfermeiros, comparando os comportamentos da variável satisfação dos doentes com os cuidados de enfermagem prestados no autocuidado higiene, e os factores intervenientes. O desenho do estudo é caracterizado pelo processo de mediação “antes-após”, com um grupo único de enfermeiros (Fortin, 2009), com vista a medir as mudanças surgidas nos comportamentos dos enfermeiros, naqueles cuidados. É uma experimentação que possibilita um ponto de comparação, a ausência de um grupo testemunho pode representar um inconveniente de monta, o estabelecimento de relações de causa e efeito é limitado (Fortin, 2009).

Foram tomadas medidas “antes e após”, execução do programa de intervenção/formativo aos enfermeiros, aplicando-se um formulário sobre a satisfação com os cuidados de enfermagem no hospital, testado por A. L. Ribeiro (2003), em doentes dependentes no autocuidado higiene. A aplicação do formulário, antes do programa de formação e depois, possibilita dados quantitativos, em duas fases, inerentes à percepção dos doentes sobre os cuidados de enfermagem durante o banho. A construção do programa versou a congruência nos cuidados, que suportam a arte de cuidar no banho.

Segue-se o desenvolvimento do processo de intervenção e posteriormente a abordagem metodológica nesta estratégia.

1.2.1. A intervenção nos cuidados de enfermagem no banho

Face às questões que orientam o estudo, os objectivos realçam a intenção de saber da possibilidade de ganhos em satisfação para o doente, com os cuidados de enfermagem no banho, através da influência de uma intervenção nos comportamentos profissionais dos enfermeiros, nesses cuidados.

De acordo com o sugerido por Basto (1998), para mudar os comportamentos profissionais, em unidade de internamento, foram usados processos de informação e processos de educação, na intervenção desenvolvida. As estratégias de intervenção utilizadas tiveram por base o modelo apresentado como proposta explicativa da mudança de comportamentos profissionais das enfermeiras, de Basto (1998). Este modelo prevê a utilização simultaneamente de processos de informação e de educação.

Esperava-se clarificar e adequar perspectivas dos enfermeiros nas situações de banho ao doente dependente, mas também, procurar estratégias para o ajustamento de respostas nos cuidados de enfermagem no processo de cuidar no banho. Isto, porque nos processos de mudança de comportamentos, muitos dos factores mediadores (intrapessoais, interpessoais, posicionais e ideológicos), podem não ser influenciados por processos de informação, mas por processos de educação, ou influenciados por ambos, como nas respostas comportamentais associadas à interacção terapêutica enfermeiro/doente e à abordagem da resolução de problemas na prestação de cuidados de enfermagem, nos resultados de Basto (1998).

A intervenção contemplou um programa de formação em serviço sobre “os elementos que suportam a arte de cuidar no autocuidado higiene”. versando aspectos e atenções a trabalhar e, a esperar, nos comportamentos e *performance* dos enfermeiros, durante os cuidados no banho do doente dependente hospitalizado.

Os conteúdos foram orientados para a reflexão sobre os cuidados no autocuidado higiene, o banho no doente hospitalizado e os elementos básicos que os suportam. O programa integrou duas sessões de formação (12 e 19 de Julho), no contexto físico de uma piscina (*Anexos III*). Esperava-se um contexto estratégico, a construção de momentos criativos, de impacto e

reflexão, para o inter cruzar das estratégias de informação e educação. O momento é caracterizado estrategicamente pelo uso de analogias e contrastes (Figura 1).



Figura 1. Intervenção formativa no grupo de enfermeiros

O grupo de formadores integrou a presença de duas professoras de enfermagem, uma enfermeira gestora e a investigadora. A interacção combinou a orientação para a clarificação de valores profissionais, discutidos sobre o contexto da prática, as características dos cuidados de enfermagem no banho e a optimização teórico-prática.

Da interacção do grupo de formadores esperava-se a sua influência, como modelos no contexto de trabalho, na vivência e desenvolvimento de reflexão na acção, e orientação na releitura da situação de cuidados e dos comportamentos a ajustar (Basto, 1998).

Em fase posterior às sessões, toma lugar a orientação sistemática na acção individual e em grupo, rentabilizando as reuniões da passagem de turno e o contexto dos cuidados.

Na consecução das estratégias, a nível da informação, a modelagem foi marcada pela forma presencial, nas de persuasão, apostou-se no recurso à linguagem persuasiva e ao uso de reforços, e nas de educação, apostou-se na construção da aprendizagem pelo processo participativo.

O impacto da intervenção será apresentado na parte IV ao descrevermos a satisfação dos doentes com os cuidados no banho.

1.2.2. Desenvolvimento do estudo

Explorando as potencialidades da estratégia de investigação, procurámos a articulação dos componentes: cuidados de enfermagem prestados no autocuidado higiene na pessoa hospitalizada; e percepção dos doentes face aos mesmos. Ou seja, tendo em conta a questão principal do estudo, somos levados a estudar a relação entre a resposta em cuidados de

enfermagem prestados no banho pelos enfermeiros e o nível de satisfação dos doentes. Tomámos como questão norteadora neste estudo: Será que os doentes estão satisfeitos com os cuidados prestados durante o banho?

A perspectiva positivista vai assim permitir perceber, através da opinião do doente, o seu nível de satisfação, com os cuidados de enfermagem que norteiam o “autocuidado higiene” no doente hospitalizado, e identificar os contributos da intervenção no processo de cuidar dos enfermeiros no ritual de cuidados prestados durante esse momento.

Com o desenvolvimento deste trabalho pretende-se atingir os seguintes objectivos: 1) Avaliar os ganhos em satisfação para o doente, face à intervenção no autocuidado higiene, na pessoa internada; 2) Avaliar o nível de satisfação dos doentes, com os cuidados de enfermagem prestados no autocuidado higiene, em cada um dos momentos; 3) Comparar a satisfação dos doentes com os cuidados no autocuidado higiene, entre os dois momentos de avaliação da satisfação; 4) Descrever as diferenças das práticas de cuidados dos enfermeiros no autocuidado higiene, antes e após intervenção, na óptica da pessoa internada; 5) Relacionar as diferenças das práticas de cuidados dos enfermeiros nos dois momentos; 6) Identificar as competências dos enfermeiros mais valorizadas pelos doentes nos cuidados durante o autocuidado higiene.

Variáveis em estudo

Seleccionámos como variável central, “ganhos em satisfação para o doente face aos cuidados prestados pelos enfermeiros durante o autocuidado higiene ou banho”. Para o seu esclarecimento, foram considerados grupos de variáveis, discretas numa escala categorial, ordinal de fundo qualitativo (Fortin, 2009), precisamente: *i*) cuidados de enfermagem prestados durante o banho (informação para lidar no banho; ensinamentos sobre o banho; envolvimento de familiares; informação sobre disponibilidade de recursos; sobre a forma de usar os recursos; explicar de forma compreensível; exemplificar e repetir informação; dar informação escrita; explicar os cuidados no banho; apresentação de outros doentes e do serviço; enfermeiro mais ligado ao doente; facilidade em obter ajuda; manter a privacidade; ambiente calmo; atender com simpatia; paciência no banho; ter em conta a opinião do doente; profissionais actualizados); *ii*) e nível de satisfação dos doentes sobre os cuidados de enfermagem no banho (forma dos enfermeiros explicar as coisas sobre o banho e preocupação em saberem se o doente percebeu; forma como o doente foi atendido no banho; tempo de demora na resposta do enfermeiro às solicitações; preocupação em preservar a intimidade;

disponibilidade do enfermeiro no banho; actualização e conhecimento dos enfermeiros sobre os cuidados), (*Anexo IV*).

Para esclarecimento complementar à variável central, ainda considerámos as variáveis secundárias: as variáveis socio-demográficas (género; idade; estado civil; habilitação académica; profissão; área de residência; distância ao hospital; agregado familiar; internamentos anteriores), e as variáveis clínicas (data de internamento; motivo de internamento; motivo de dependência para o banho).

Hipóteses

Ao considerarmos que as hipóteses descrevem uma relação preditiva entre variáveis, apontando para resultados esperados (Fortin, 2009), surge a necessidade de, no presente estudo, delinear as seguintes hipóteses orientadoras:

- H₁ - A frequência da administração dos cuidados no banho é maior na segunda fase;
- H₂ - A satisfação dos doentes com a administração dos cuidados de enfermagem no banho é maior depois da intervenção formativa;
- H₃ - A frequência da administração dos cuidados no banho influencia o nível de satisfação dos utentes;
- H₄ - A satisfação nos cuidados a nível da “forma como o doente foi atendido”, do “conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados”, da “disponibilidade dos enfermeiros” e da “preocupação em preservar a intimidade”, é influenciada pelas mesmas causas, na primeira e na segunda fase;
- H₅ - Na segunda fase, a satisfação relativamente “à forma como foi atendido pelos enfermeiros no banho” depende da prestação dos cuidados “manter ambiente calmo” e “manter a privacidade do doente” no banho;
- H₆ - Na satisfação com o cuidado “tempo que os enfermeiros demoraram a dar resposta às solicitações/pedidos dos doentes no banho”, são os aspectos “facilidade em obter ajuda” e “ter em conta a opinião do doente no banho” os que mais a influenciam na segunda parte
- H₇ - A satisfação nos cuidados “disponibilidade dos enfermeiros” e “preocupação em preservar a intimidade”, são os que mais aumentam com a frequência da administração dos cuidados “manter a privacidade”, “atender com simpatia” e “demonstrar ter paciência”, na segunda parte.

População e amostra

A população que pretendemos estudar é constituída por doentes internados num serviço em hospital, com dependência para o autocuidado higiene pessoal e banho.

Para o grupo de doentes realizou-se uma amostra não probabilística, intencional, no sentido de homogeneizar as características dos doentes, dependentes para o autocuidado. Foram seleccionados os doentes que cumprissem os seguintes critérios de inclusão: *i*) estarem internados no serviço de especialidades médico-cirúrgicas do hospital; *ii*) estarem orientados no tempo e no espaço; *iii*) serem capazes de comunicar verbalmente; *iv*) serem portadores de alguma forma de dependência para o autocuidado higiene, banho, ou cuidados de higiene pessoal, segundo Orem (1993); *v*) ou tornarem-se dependentes (parciais ou totais) no período do internamento (por cirurgia, por prescrição, ou outra razão); *vi*) estarem internados pelo menos três dias; *vii*) o internamento actual ser exclusivo nesse serviço; *viii*) participar voluntariamente no estudo.

Participaram no estudo 250 doentes, respectivamente: *i*) 125 doentes na “primeira fase”, (fase A) antes da intervenção formativa aos enfermeiros (Março a Junho), 51.86% do total dos doentes internados que apresentavam dependência para o autocuidado higiene (241 doentes, sendo estes, 70.45% do total dos doentes internados no serviço 342); *ii*) e 125 doentes também na “segunda fase” (fase B), depois da intervenção formativa aos enfermeiros (Agosto a Novembro), ou seja 50.81%, dos internados que apresentava dependência para o autocuidado higiene (246, sendo estes, 65.42% do total dos doentes internados no serviço 376, naquele período).

Constituiu nossa preocupação no plano de amostragem que pelo menos o número de sujeitos participantes conseguidos na primeira fase, se mantivesse na segunda.

Caracterização da amostra

Em ambas as fases do estudo, houve predominância do género masculino, 55% na primeira (fase A) e 56.8% na segunda (fase B). A idade é ligeiramente assimétrica negativa, o que significa ter poucos jovens doentes ou de idade avançada, registando-se uma concentração entre 50 a 70 e 80 anos, sendo a maior diferença, a existência de alguns doentes mais jovens na primeira fase. Em relação ao estado civil existem diferenças substanciais entre as amostras, contudo, a prevalecer a situação de casado, 57% na fase A e 56.7% na fase B. O nível das habilitações literárias, embora baixo nas duas amostras, é inferior na segunda. Predominam os

doentes com a 4ª classe, 45% e 48% respectivamente, para a primeira e segunda fase, e de salientar a situação de analfabetismo, com 9% na primeira e 7.4% na segunda amostra.

A nível profissional, sobressai a situação de reformados (com 30% na fase A e 25.2% na fase B), de domésticas (15% na fase A e 16.5% na fase B), os trabalhadores por conta própria (14% na fase A e 11.8% na fase B), na maioria, residindo em áreas rurais, respectivamente 64% e 56.8% para a fase A e fase B. A distribuição da distância do hospital a casa é fortemente assimétrica positiva, o que significa que predominam as distâncias até 15 km.

No agregado familiar distinguem-se as situações em que os doentes vivem com os filhos, o marido, a esposa ou sós. Para a maioria dos doentes, este era o seu primeiro internamento (68.6% na fase A e 80.4% na fase B), seguindo-se aqueles que já tinham tido uma experiência a esse nível, havendo na segunda amostra um doente com história de 4 internamentos, enquanto na primeira o máximo era de 3.

Na distribuição sobre o motivo do internamento, predomina largamente o motivo de doença, seguido do relacionado com a cirurgia, a ultrapassar os 30% em ambas as amostras. Quase todos os doentes tinham visitas, exceptuando-se 1.6% na primeira e 3.2% na segunda. Os visitantes mais frequentes são os filhos, seguidos dos vizinhos e amigos, o marido ou esposa e os pais, enquanto os outros visitantes são pouco frequentes (*Anexo V*).

Todos os doentes sublinharam ter necessidade de cuidados de enfermagem para o banho, mostrando a distribuição dessas necessidades a existência de uma grande diversidade, sem se destacar nenhuma em particular (*Anexo VI*).

Recolha de dados

Como fonte de informação, foram utilizados os doentes das duas fases, aos quais se aplicou o questionário SUCEH (Satisfação dos Utentes nos Cuidados de Enfermagem no Hospital), instrumento elaborado e validado em Portugal por A. L. Ribeiro, (2003), (*Anexo VII*).

Aquando da aplicação do questionário aos doentes, foi obtido o consentimento dos próprios doentes (*Anexo II*), sendo assegurado pela investigadora, o esclarecimento sobre os objectivos do estudo e o tempo estimado para o seu preenchimento (45 minutos), além do reforço sobre os aspectos éticos e legais já designados (Dempsey & Dempsey, 1999; Fortin, 2009; Polit & Hungler 1994). A recolha de dados decorreu em dois momentos distintos, “antes” e “após” o experimento, sendo toda a recolha efectuada pela investigadora, atendendo aos próprios critérios de inclusão.

O programa de intervenção, a que já aludimos, foi dirigido aos enfermeiros do serviço que voluntariamente participaram (*Anexo II*). Destes, foi intencional a constituição de um grupo único (12 enfermeiros), o mesmo do “antes” e “depois” da intervenção, sendo critérios: *i*) apresentar carácter voluntário; *ii*) prestar cuidados de higiene diariamente; *iii*) ou sempre que faziam turno da manhã; *iv*) ter pelo menos um ano de experiência naquele serviço.

O questionário utilizado não foi sujeito a pré-teste, dado ser constituído por uma escala já validada em Portugal (A. L. Ribeiro, 2003) e posteriormente utilizado como instrumento de recolha de informação por autores como Alves (2007) e Gomes (2008) em estudos de investigação, os quais confirmaram a sua validação. A constituição, estrutura e linguagem original do questionário foram respeitadas, solicitando aos doentes que respondessem situando-se nos cuidados no banho, lembrando o termo “banho” nas questões.

Do instrumento utilizado fazem parte dois blocos de informação. O primeiro, orientado para a caracterização da amostra (variáveis sócio-demográficas e variáveis clínicas), contempla questões centradas no género, idade, estado civil, profissão, habilitações literárias, motivo de internamento, visitas dos doentes, motivo da ajuda no banho. O segundo, orientado para avaliar a satisfação do doente, face aos cuidados de enfermagem no banho, contemplando uma escala de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no hospital (SUCEH), (A. L. Ribeiro, 2003), adaptada ao contexto de cuidados no banho. De referir que esta escala foi concebida no sentido de aprofundar conhecimento sobre a avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no hospital, como indicador relevante da melhoria da qualidade da assistência em enfermagem. Sublinha-se que, da sua análise factorial, foram identificadas dimensões (gestão de informação, ensino, assistir, apoiar e orientar) com valor de fidelidade aceitável, *score* total de *Alpha* 0,83. Por sua vez, no estudo de Gomes (2008) o valor de *Alpha* foi de 0.85 e no nosso estudo foi de 0.76 na primeira fase de aplicação e de 0.83 na segunda fase.

PARTE III

UMA ETNOGRAFIA DO BANHO EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

Descrito o empreendimento metodológico, passamos a apresentar nesta parte, o primeiro momento do estudo empírico, descrevendo as características percebidas na incursão etnográfica: o itinerário etnográfico, dos preparativos à concretização e aos usos e efeitos do banho, os contextos e *performances* na (re)fixação da arte do banho.

1. ITINERÁRIO ETNOGRÁFICO: DOS PREPARATIVOS À CONCRETIZAÇÃO E AOS USOS E EFEITOS DO BANHO

Tal como Hastrup (1995) equaciona, “o itinerário indica-nos a direcção e os lugares de referência, e trabalha sobre a experiência do movimento no espaço” (p.8). Esse itinerário, o caminho a percorrer, iniciou-se com a nossa chegada aos serviços no internamento de medicina e cirurgia (Figura 2), enquanto lugares que primam pelo contacto com doentes dependentes no autocuidado higiene.

A estadia no terreno indicou o itinerário através da observação dos lugares, das pessoas, e das respectivas relações nos mesmos. Porque, é a partir da relação com os lugares, nos lugares e ainda com os objectos, que tomam forma os próprios contextos e processos de interacção (Kim, 1997; Raposo, 2002, 2003).

Ao iniciarmos o itinerário pelos serviços (Figura 2), revela-se o caminho a seguir nesses espaços, pela sequência de actividades, em tudo semelhantes nos dois serviços, medicina interna e cirurgia geral, diferindo, nas tipificadas pelos pormenores relacionados com o conteúdo e processo, das respectivas especialidades, enquanto serviços organizados, como dois grandes recortes científicos da medicina (Carapinheiro, 1993).

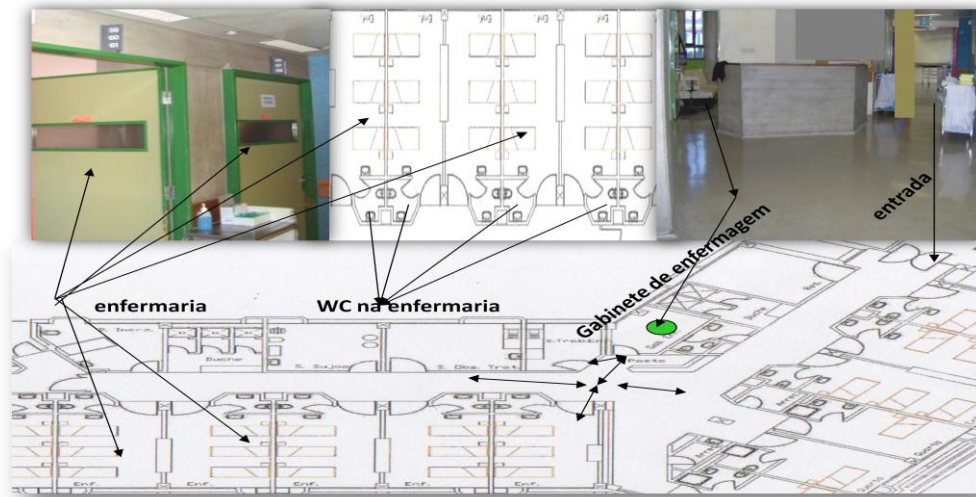


Figura 2. Lugares do itinerário pelos serviços

Assim, emergem no estudo dois aspectos elementares, sujeitos a cruzamentos: os contextos e as *performances* no banho. Desta forma, o itinerário etnográfico resulta do percurso pelos espaços e lugares, acompanhada de pessoas com papéis sociais distintos e diferenciados (enfermeiros e doentes). Acompanhamos os enfermeiros nas actividades padronizadas por turno, especificamente, a dos “banhos”, questionando as configurações das relações estabelecidas no seu espaço e tempo, as acções no autocuidado higiene, a sua organização e sentido.

Acresce, aqui, reportar alguns dos trabalhos em enfermagem, sobre a componente interacção

Da recolha de M. J. Lopes (2006) sobre este conceito, o autor sublinha que para Meleis (1991, 1997) é simultaneamente potencial terapêutico e contexto onde todos os cuidados acontecem. Em Kim (1997), são realçados os domínios do cliente, enfermeiro e o da prática, abrangendo o primeiro, a interacção enfermeiro-cliente. Nessa interacção, são destacados grupos de variáveis importantes a considerar: “Actores individuais, (cliente e enfermeiro); Contexto social de interacção; Natureza da interacção-processo e propriedades; Metas de saúde do cliente” (M. J. Lopes, 2006, p.93).

Rebelo (1998), ao adaptar o modelo de análise das práticas profissionais de Le Boterf, alude que a prática de cuidados resulta da intersecção dos contextos: o social, marcado pela história; o do sujeito, ligado ao lugar da biografia de cada um; o da profissão, de onde brotam os modelos profissionais (com os saberes, normas e valores que orientam a profissão); o da acção, que concretiza e materializa os modelos organizacionais, os lugares, do trabalho a realizar.

Da triangulação destes autores, e dos modelos teóricos, independentemente da escola de pensamento, é no contexto da interacção enfermeiro-doente que a actividade de enfermagem se produz e ganha sentido. Cabe ao enfermeiro desenvolver e desempenhar funções, pelo que necessita de competências práticas e adequadas, recorrendo a conhecimentos específicos da sua actividade profissional, bem como de áreas periféricas (M. A. Costa, 2006). Deste modo, ao olharmos as práticas em torno da ajuda no autocuidado higiene da pessoa internada, sobressaem expressões nas *performances* dos enfermeiros, que chamam a nossa atenção para aspectos significantes nestas.

Num breve percurso pela abordagem da antropologia da *performance*¹³, Cohen (1982) considerou que as *expressões performativas* ou as cerimónias não são o modo pelo qual um grupo toma consciência da sua cultura e experiência própria, mas sim, pela prática quotidiana. Expressão que, apesar de reduzida, é produtora de sentidos para as relações sociais (Raposo, 2002). Para o autor, o grupo expressa a sua identidade, e torna-se visível através das suas *performances* culturais, enquanto formas de “exibição” de elementos culturais.

Por conseguinte, os contextos do banho, embora multisituados (Raposo, 2002, 2003), brotam como *performativos*, daí fazer sentido olhar os aspectos significantes nas *performances* e perceber quais as concepções dos cuidados de enfermagem que contribuem para a expressão do “ritual”, no autocuidado higiene, bem como na relação entre o saber de enfermagem e o contexto da pessoa cuidada?

1.1. Contextos e *performances* na refixação da arte do banho

Antes de prosseguir, torna-se inevitável explicar o uso do termo *performativo*, de forma a não o tornar ambíguo à sua compreensão no estudo, bem como o estatuto da noção de ritual no evento do “banho”.

Segundo Peirano (2006), como os rituais não estão separados de outros comportamentos, mas sublinham, repetem e enfatizam o comum, desde que realcem alguma coerência na vida social do grupo, é possível usar o instrumento, aplicado nos rituais ao evento do “banho”. Procura-se o quotidiano, o trivial, o vivido na diversidade pelo grupo, no “banho” à pessoa internada no

¹³ Com Langdon (1999), ficamos a saber que o conceito de *performance* se desenvolveu nos últimos 20 anos na antropologia, a propósito de um mundo pós moderno, caracterizado pela heterogeneidade, relações de poder, subjectividade e transformação continua. Mas, foram duas as grandes referências a abrir caminho para a antropologia da *performance*, Singer (1972) e Turner (1987).

Tomamos a *performance* como um modo de comunicação, a demarcar um acto de expressão, contextualizável (sentido, forma e função), podendo ser social e culturalmente definidos (Raposo, 2002).

hospital com dependência. Estes rituais, do domínio da acção social, suscitam as perguntas clássicas, aplicá-las, significa que as ideias além de pensadas, são acções que suscitam a prova da crença, da verdade e da própria visão do mundo (Iturra, 1986a; Peirano, 2006). Os actos dos grupos, os rituais, transmitem formas de ver a realidade do cuidado, dominantes ou de conflito, nos enfermeiros (Peirano, 2006), e são essas visões no “banho” que se pretendem atingir.

Sobre a noção de *performance* e *performatives*, Tambiah (1973, cit. por Peirano, 2006) usou esta noção para comunicar a eficácia da acção ritual. Cabe realçar que funcionando a linguagem como parte da cultura, significa que a sua descrição também precisa do contexto, para não cair noutra lógica, importa ter em conta que o que é dito, é feito, e também acção social (Iturra, 1986a, 1986b; Peirano, 2006).

Para Turner (1982), é através do processo de *performance* que o contido ou suprimido se revela. Como esclarece Turner (1982), a experiência completa-se através de uma forma de “expressão”, e a *performance* vai completar uma experiência, com o essencial à *performance*. As experiências *performativas* são o mais completo modo pelo qual as culturas se exprimem e ganham consciência de si próprias. Explica também como sendo a sua abertura, pelo seu não acabamento essencial (Dawsey, 2006), daí a atenção aos ruídos, à cautela e às margens das margens, e porque rituais e *performances* privilegiam o fazer e o agir, refortalecem o contexto (Peirano, 2006), prometem ver as formas da realidade do “banho” em acção, daí o “processo de reconstrução do banho”.

1.2. A (re)construção do banho: um processo ritual

Associado ao processo de reconstrução do banho, emerge outro processo, o *performativo*. Vamos partilhar o itinerário dos construtos *performativos* do banho, seguindo a configuração aprendida, a relação de sentido na cultura local. No trabalho, emergem dimensões de análise que orientam para uma construção processual, marcada por acervos *performativos*, caracterizados pela articulação entre si e ainda pela articulação subtil, do banho, nas outras actividades e cuidados de enfermagem.

Os construtos, “anunciar do banho”, “celebração do banho” e “usos e efeitos do banho”, emergem como grandes temas com dimensão *performativa* e, quando analisados, sugerem significado na sua configuração complementar e de mediação, com efeito sistémico. É

reproduzido, cabendo aos “usos e efeitos do banho” estabelecer a ligação, efeito retro-circular ou retro-alimentação.

O processo *performativo* está associado ao processo de cuidados vivido pelos enfermeiros no banho. Este, por sua vez, de natureza e interacção complexas, pelo encontro das subjectividades, que exige ao enfermeiro a procura de equilíbrio na sua forma de intervir, a partir das capacidades e recursos envolvidos, em contexto e situação de cuidados no banho (Collière 1989; Hesbeen, 2000; M. A. Costa, 2006; Lopes, M. J. 2006; M. J. Silva, 2006). Desta forma, integramos na descrição dos dados a apresentação de algumas unidades de análise que contribuem para fundamentar, orientar e interpretar os sentidos e significados. O estudo centra-se na interacção enfermeiro-doente em contexto de cuidados no autocuidado higiene comprometido, e procurámos perceber elementos e concepções de suporte à situação do cuidar, colocando o banho no centro da interacção de cuidados.

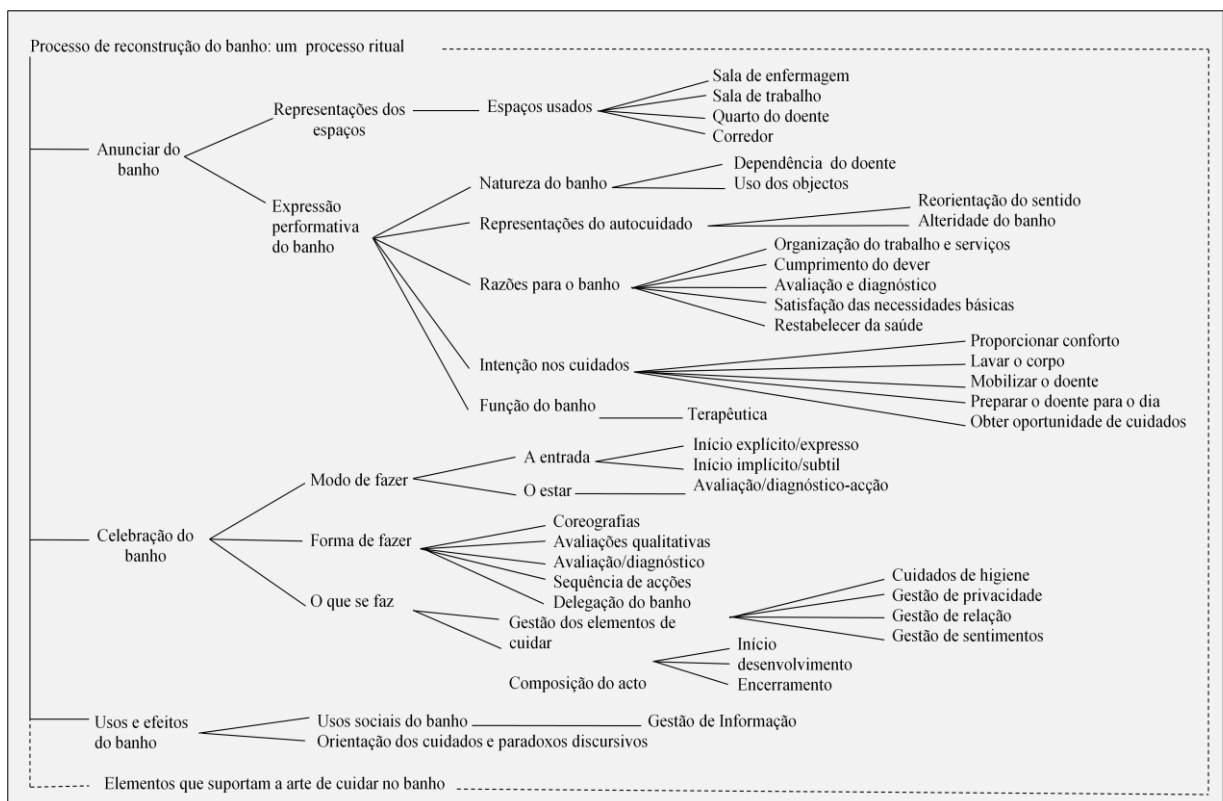


Figura 3. Processo de reconstrução do banho

Acedemos à realidade da interacção enfermeiro-doente no banho, através da observação participante, dos discursos e entrevistas dos enfermeiros e doentes, vivendo e reconstruindo-a. Na figura 3 sistematizamos esse processo de reconstrução.

1.2.1. O anunciar do banho

O “anunciar do banho” emerge implicitamente de um conjunto de domínios (Spradley, 1980) provenientes de dois grupos de análise: “representação dos espaços de preparação”; e “expressão performativa no banho”, dos quais passamos a descrever as características percebidas nos contextos de interacção, os prévios ao banho, precisamente, pelos modos como os enfermeiros antes do banho, na “preparação do banho”: percebem o banho; o que mobilizam; onde circulam; como se relacionam; se articulam; e se reajustam nos cuidados à pessoa com dependência para o autocuidado higiene. O construto “O anunciar do banho”, pelo seu significado e função, lembra a “região das traseiras” de Goffman (1993), metáfora da interacção humana¹⁴.

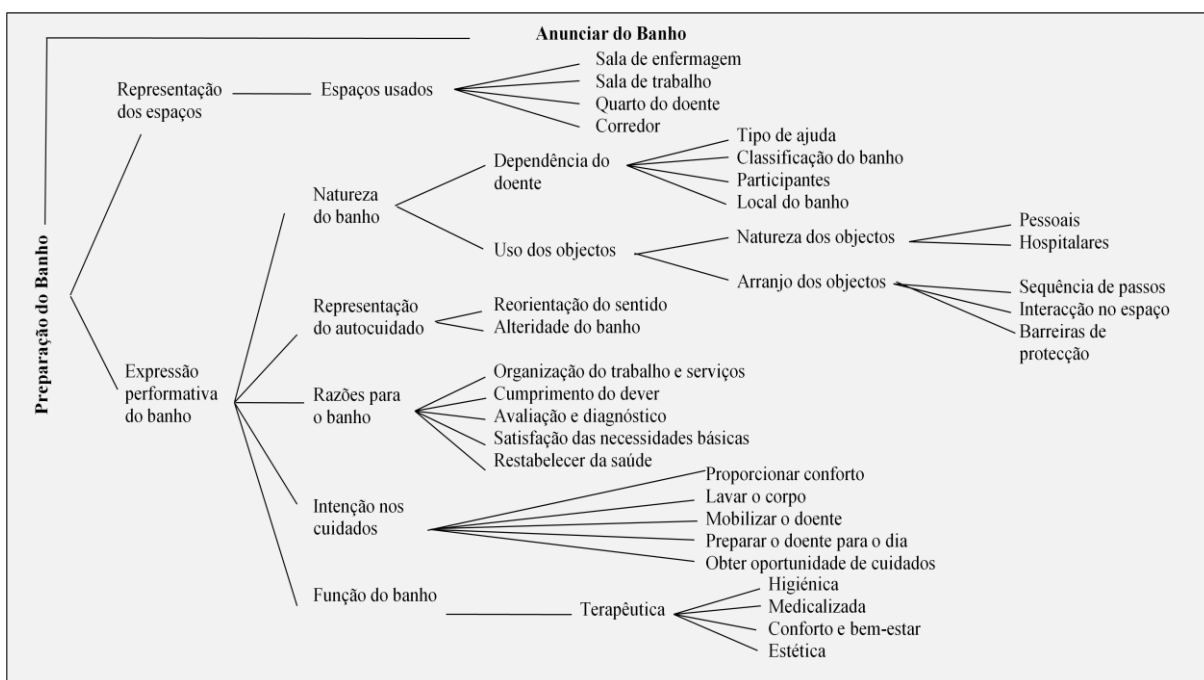


Figura 4. Domínios do processo de preparação do banho

Analogia que funciona para o que pretendemos explicar, isto é, revelar os bastidores do banho, não somente o espaço físico, mas o que revelam os contributos das leituras que afinam e anunciam a mensagem, propondo uma equação, a percepção prévia do banho (Figura 4).

¹⁴ Goffman, usa-a para designar o local associado a um desempenho próprio, de um “eu”. Constituí o espaço onde há treino e refinamento sem presença de assistência, que pode ser adaptado, onde o actor se descontrai e prepara, pode ainda alterar, interromper ou mudar.

Representação dos contextos de preparação

Nos “bastidores do banho” assumem pertinência os contextos físicos, dada a forte carga simbólica, enquanto espaços associados a funções, *performances* e circuitos próprios, na preparação, mas também, pela exposição profissional dos enfermeiros ao grupo social, nesse momento. O domínio “Espaços usados” no banho, chama a si a representação da dinâmica da interacção que orienta para o banho (Spradley, 1980).

Espaços usados no banho

O gabinete de enfermagem, a sala de trabalho, o corredor e o quarto do dente, são espaços padronizados quanto à estrutura física no hospital e surgem orientados para a operacionalidade. Revelam-se aspectos marcantes no quotidiano dos enfermeiros e emergem como tipos de locais, usados por este grupo, na organização e preparação do banho, espaços particulares para a acção (Guimarães, 2002). Enquanto áreas de bastidor, reservadas aos profissionais, anunciam funções distintas, mas complementares na actividade dos enfermeiros, dinâmica na preparação do banho e sua regularidade.

A *sala de enfermagem*, protegida pelo balcão de atendimento, à semelhança da enfermaria de Nightingale (Thompson & Goldin, 1975), é emblematicamente a central do resguardo. A entrada é vedada, com o fecho da porta, em momentos como o da passagem de turno. Assumida como lugar de pertença e identitária da enfermagem, fortemente reivindicada, naqueles momentos, como “território do grupo” (Goffman, 1996), como uma enfermeira verbaliza “...é a nossa sala (...) às vezes tenho que chutar os médicos (...) estão aqui os processos e (...) é aqui que estamos a fazer registos, eles vêm perguntar ou dizer coisas...” (DOE-250508).

A organização deste espaço concorda com o mobiliário, que orientam para a função: a organização do trabalho das enfermeiras, a passagem de turno e a guarda de informação sobre o doente. Contrasta, aqui, a diversidade de profissionais que nela interagem, fora da passagem de turno, e a diversidade e especificidade da informação que armazena (local de guarda dos processos dos doentes internados) e se cruza (local de interacção multiprofissional), (Penaforte & Martins, 2011)¹⁵. Daí que a nível das interacções no tecido social, não produz isolamento entre categorias de profissionais, nem a exclusividade de actuação que Carapinheiro (1993) salientou, dá lugar a um espaço de relações sociais, mais ou menos

¹⁵ Neste nosso percurso pelo estudo de inspiração etnográfica, emergiu informação, a partir da qual organizamos e construímos o artigo “a visibilidade do autocuidado higiene na passagem de turno dos enfermeiros”, contando com a orientação e opinião crítica da nossa orientadora, co-autora.

formalizadas, para estabelecer actividade útil e centrada nos doentes, “...Ao abrir a porta depois da passagem de turno, três médicos procuravam os processos clínicos...” (DO-040508). Configura-se num local de produção de saberes de acção, para os enfermeiros, informais e até stressantes (Guimarães, 2002), fortemente marcados pela forma prescritiva directa e indirecta do saber médico. Espaço, simultaneamente aglutinador e motor da informação e de controlo do serviço, em jeito de analogia, o servidor local.

A *passagem de turno*, prática no quotidiano dos enfermeiros, marca as trocas de turno (manhã, tarde e noite), espaço e “tempo de palavra” (C. Soares, 2004; Mercadier, 2004), ganha forma com a transmissão de informação oral sobre cada doente, assegurando a continuidade dos cuidados, “...senão perdia-se tempo na consulta dos registos...” (DOE-300308).

As formas de comunicar que os enfermeiros usam na passagem de turno, ajudam a identificar a situação dos cuidados de higiene da pessoa internada, do autocuidado, na informação a reter e a (re)produzir na passagem de turno (Penaforte & Martins, 2011). Destaques diferentes opõem as práticas que encontramos. Na leitura dos registos escritos, a primazia das referências vai para os cuidados de higiene, em conformidade com a sequência escrita, depois do intróito oral sobre a identificação do doente, “...Sr. E., cama 61. Prestados cuidados de higiene e conforto, posicionado e massajado...” (DO-280308); “...L.O, cama 35, prestados cuidados de higiene no leito, otimizada fralda, posicionada, fica com grades...” (DO-040408).

No relato oral, a referência àqueles cuidados, embora precedida da identificação do doente, da situação patológica e de aspectos gerais (de bem-estar, ou estado de consciência), surge frequentemente de forma implícita, subjacente ou anexado a outras situações de cuidados relatados: “...o Sr. D., cama 58, AVC hemorrágico, glasgow 9, foi dependente no autocuidado...” (DO-120408); “...o Sr. L., cama 53, pneumonia bilateral, no leito, desorientado, com grades de protecção lateral elevadas...” (DO-130508); “...M.T., cama 45, ascite volumosa, agressiva, mal humorada, é dependente e foi posicionado, ...” (DO-05 0508).

Informação que exige a mobilização de uma complexidade de saberes, oriundos do trabalho concreto, em muitos casos informais, escondidos, ou mesmo vícios, utilizados para rentabilizar o trabalho (Guimarães, 2002), associam competências e habilidades no processo de codificação-descodificação da mensagem, pelo que, “...ao dizerem que está imobilizado, confuso ou é um RAL (...) sabe-se que é dependente total na higiene...” (DOE-300308). Os enfermeiros equacionam o tipo de ajuda à situação de cuidados no banho e reconhecem que: “...fala-se pouca coisa sobre estes cuidados quer oral quer por escrito, (...) chegamos à ajuda pela

passagem de turno (...) aí bebemos as dicas, as pistas para fazer o banho, quase sem falarmos dele...” (EE1-060608).

A passagem de turno com raízes históricas, é considerada unanimemente, “...um contributo nos cuidados do banho e reforça os registos (...) que nunca consultamos para dar o banho...” (DOE-280308), permitindo-lhes além de rentabilizar o tempo em benefício dos próprios cuidados, reforçar o grupo pelo domínio da mensagem, assinalando a sua organização e pertença ao mesmo, como uma enfermeira refere: “... não consigo ir para os banhos sem a passagem de turno (...) é um momento nosso e interessa o que lá dizemos, (...) ficamos todos mais organizados...” (DOE-040408).

Actividade que fomenta o ambiente social, um ritual de agregação, a anunciar as primeiras leituras e “dicas” conducentes à organização dos cuidados de higiene, primeira prática de cuidados no turno da manhã.

A *sala de trabalho*, voltada para o apoio técnico, nomeadamente a preparação, acondicionamento e conservação de medicação, espécimes para análises e material clínico, específico aos procedimentos de enfermagem. Contígua à sala de enfermagem, é protegida, pela necessidade de controlo. “...Equipada com bancada de trabalho, frigorífico, armário de medicação, e carros com a medicação preparada para as 24 horas, só saem do local, nos horários standartizadas para a sua administração...” (DO-300308).

Em termos comparativos e sugestivos, “...podemos aproxima-la da nossa cozinha, em termos de função...” (DOE-300308).

Revela-se uma área de trabalho identitária da enfermagem e constitui-se um local de passagem para o banho, pelo seu carácter operatório e de laboratório na organização dos procedimentos e técnicas que antecedem o banho, “...vou lá, depois da passagem, preparo as colheitas antes do banho, arrumo tudo (...) estão lá os pentes e outras coisas (...) e vou para os banhos” (DOE-280308).

O *corredor*, é uma área emblemática nos serviços do hospital. Espaço que permite o acesso a toda a estrutura do serviço, delimita as alas: de acesso ao doente, aos quartos; da ala de acesso reservado aos profissionais do serviço. Espaço bastante utilizado para interacção com os doentes e seus familiares (Mercadier, 2004; M. J. Lopes, 2006).

Ao falarmos de circuitos, situamo-nos no início do turno da manhã, em que os enfermeiros se agregam no gabinete de enfermagem, para a passagem de turno, a partir da qual, tomam forma as configurações dos circuitos (Figura 5).

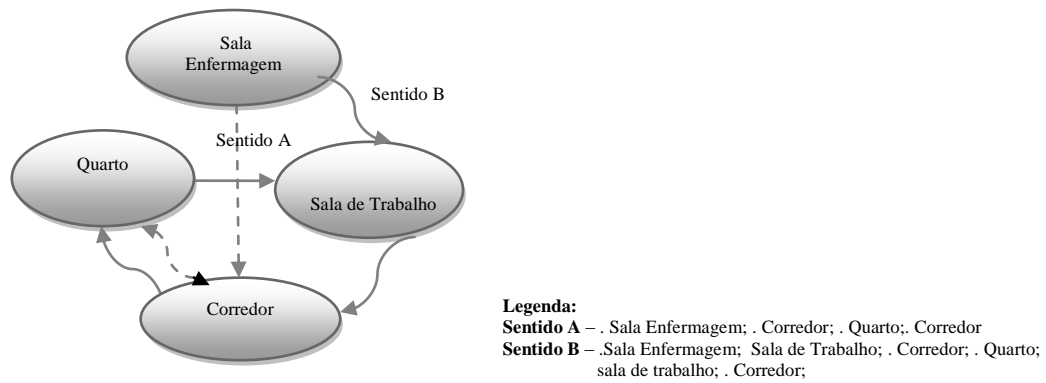


Figura 5. Tipos de circuitos dos enfermeiros na preparação do banho

No “sentido B”, a passagem pela sala de trabalho, corredor e quarto, é fundamentada pela necessidade de executar técnicas (nomeadamente colheita de espécimes para análise), intervenções delegadas (como administração de medicação), antes do banho. No “sentido A”, a entrada no quarto orienta-se para *saudar* o doente, ou o enfermeiro se *apresentar* aos doentes. Aqui, o enfermeiro pretende: olhar o doente; perceber a sua condição; orientar para o banho; reunir os seus pertences inerentes ao banho; cumprimentá-lo; identificar necessidades de cuidados; adequar recursos, que justificam porque: “...quero que ele conheça o enfermeiro que está hoje com ele...” (DOE-240408); “...é para organizar o esquema mental (...), vou certificar-me de algumas coisas...” (DOE-160408); “...cumprimento o doente, ouço a voz dele, relaciono com o que ouvi na PT, e organizo as coisas dele para o banho...” (DOE-1604083).

Os sentidos, produzem configurações, a perfilar significado à preparação do banho.

Saudar o doente e apresentar-se ao doente, rituais verbais (Gennep, 1978), estão associados à necessidade de conhecer algo mais da situação do doente, validar o conhecimento prévio, e redescobrir oportunidades para intervir. Os enfermeiros justificam as suas acções para conhecer o doente, como forma de obter mais informação, mas também motivar e envolver, ou seja, “...É conseguir estar por dentro de aspectos tanto clínicos como relacionados com a pessoa, hábitos, preferências, maneiras de ser, o discurso e até o humor dele...” (DO-040408).

Basto (1998), referiu que as enfermeiras apresentavam um conhecimento superficial dos doentes e M. J. Silva (2006) reforça que a informação entre enfermeiros é apenas a relacionada com o estado físico do doente. No nosso estudo, os elementos como a saudação e a apresentação do enfermeiro ao doente, emergem como preocupação e interacção, configurando-se num aditivo à informação-acção e maior adesão do doente. Funcionam como

elementos amenizadores prévios do banho, tentando os enfermeiros ir além do conhecimento físico, embora os manuais de cuidados de enfermagem recomendem essa atenção (Atkinson & Murray, 1998; Bolander, 1998; Carvalho & Bachion, 2005).

No acto de saudar, emerge um conflito social, a formalização está presente, na competência para usá-lo e rentabilizá-lo com criatividade e reflexão, surtem debilidades, tanto operativos na rentabilização dos tempos, como pela confrontação com a situação de perceber o corpo nas suas expressões e complexidade (M. A. Lopes, 2005).

Retomando os percursos, o corredor é de paragem obrigatória e comum nos dois sentidos, antes de entrar no banho, “...se virmos bem no corredor fazemos muita coisa antes do banho...” (DOE-130508). Nasce aí, um momento de forte interacção “enfermeiro-enfermeiro” e “enfermeiro-auxiliar”, marcada pela cumplicidade operacional e social. De salientar, que este último grupo profissional se organiza segundo um plano de trabalho predefinido pela hierarquia de enfermagem do serviço, pelo que a auxiliar, “...vai adiantando nos banhos...” (DOE-090308); “...no seu sector, prepara os materiais e orienta, (...) os banhos fáceis, os independentes...” (DOE-090308), “... para não haver desperdício de tempo do enfermeiro, quando começar os banhos, depois da passagem de turno...” (DOE-120308).

A preparação do corredor, a cargo do auxiliar, no final do turno da noite, com os dispositivos materiais para a higiene, nomeadamente os carros de higienes, os da roupa limpa, e os da roupa suja, estacionados estrategicamente no corredor, aguardam pela chegada dos enfermeiros para os banhos.

Apetrechados com os materiais habitualmente mais usados nos banhos, sobressaem amontoados de fraldas e resguardos (Figura 6). O corredor fica assim ocupado por todo este equipamento durante “...o período dos banhos (...) o das higienes dos doentes...” (DO-150308).



Figura 6. Disposição do material, antes do banho

Após a passagem de turno, os pares aproximam-se, a auxiliar actualiza o enfermeiro sobre os banhos que efectuou, alguns dos “parciais” e dos de “supervisão”, accionando o enfermeiro estratégias de resposta para os próximos, os “difíceis”. Ou seja, em termos nativos, “...a alguns dos «As», porque há os «As fáceis» e aos «Bs», porque os «Cs» são independentes...” (DOE-130308); “...L, temos 2, que podem ir ao assistido, mas primeiro vamos ao da 22...” (DOE-100308); “...já, já, olhe que p’ra ali já estão todos...” (DO-100308); “...oh, oh, então estamos juntas né (...) vamos lá ao Sr. Lopes, depois você continua com os assistidos. Traga-me já uma cadeira de rodas...” (DOE-230308). Nesta fase da preparação do banho, o enfermeiro goza de alguma liberdade na gestão do seu “plano de doentes”, num misto de criatividade e estratégia, faz a autogestão do seu trabalho, “...costumo ir visitá-los, faço as PVs e oriento os fáceis (...) depois cada um é um caso (...) tenho o resto do tempo para os dependentes (...) tenho que ver se tem exames ou assim...” (DOE-100308).

Com a chegada dos enfermeiros ao corredor, este é convertido num local de azáfama e envolvimento geral. É aqui que o enfermeiro dirige olhares sobre os carros, repensa as necessidades do doente, “...desde que começo a preparar o material entro no esquema de pensar, pensar (...), depois olho para o carro, até coloco mais isto ou aquilo...” (DOE-1604083).

O corredor afigura-se como uma espécie de “antecâmara” ou “espaço à boca de cena”, onde é planeado e preparado o banho de forma explícita, antes de entrar no quarto. As apropriações do espaço, as movimentações, o tipo de procedimentos, a aplicação de indumentária, a junção dos pares de profissionais, suas cumplicidades, a combinação das estratégias e o ambiente colectivo, dão ao momento uma configuração e sentido específicos que o marcam durante um tempo, “o tempo dos banhos”. Como local de fronteira e transição, revela a última etapa na passagem para o banho.

A configuração e coreografia, da preparação nos espaços, anunciam uma mensagem, a natureza do banho, por sua vez, associada à natureza *performativa* e ao trabalho dos *performers*, nos cuidados ao doente com dependência no autocuidado higiene e a reprodução de uma actividade, de uma prática, a “dos banhos”. O corredor, transforma-se num espaço social, dominado pelos profissionais, onde o enfermeiro se prepara para um primeiro banho, brinca, desabafa e se recompõe para o seguinte, depois outro, outro encontro com outra pessoa, outro corpo, outro banho: “...este doente rebenta com um cristão (...) dá dó (...) se Deus...” (DOE-040408); “...espero que a chefe amanhã não me ponha este doente...” (DOE-080408); “...vou meter-me com estes aqui do lado...” (DOE-120408).



Figura 7. Ocupação do corredor na azáfama do banho

Como assinala Mercadier (2004), é um local que permite dizer o que não deve ser ouvido por outros, de limite, um espaço com manifestações do trabalho emocional.

O corredor, considerado pelos doentes como local livre (Goffman, 1996), pela diminuição do controlo e invasão dos profissionais, contrasta, com o controlo, apropriação e monopólio exercido por estes, durante o “tempo dos banhos”. Tempo que simbolicamente expira (Figura 7) quando o corredor é libertado de todos os materiais e equipamentos desalinados, vazios, desarrumados e sujos, e as portas dos quartos ficam abertas, passando a local de passagem e de encontros.

O “tempo dos banhos” sugere uma relação “tempo-espaço” atribuída e padronizada nos serviços, de comunhão, conferindo aos banhos a prioridade no início da manhã, como forma de proteger o ambiente de cuidados, preparar o doente para o dia, haver sucesso no tratamento e promover a manifestação dos outros saberes.

O quarto, lugar do doente

Conceito local, o quarto, integra as características e significado de uma enfermaria tradicional de três camas, padronizada no hospital. De aspecto usado, dispõe de equipamentos estrategicamente colocados e com intenção funcional, que no conjunto sugerem “locais austeros e funcionais” (Guimarães, 2002).

Na estrutura física “...é realçado: um lavatório ao lado da primeira cama; WC interior sem janela, sem chuveiro ou banheira, contíguo à porta do quarto...” (DO-300308).

O quarto, espaço tripartido em “unidades do doente”, separadas por barreiras, simbolizadas pelos cortinados, números das camas e dos armários de roupa, partilham forçosamente áreas comuns (Figura 8) no seu interior. Descrição que lembra a estrutura das enfermarias concebidas no pavilhão de Stevens em 1922, que incluía quartos de uma cama e enfermarias

de três camas, incorporando WC interior incompleto (com lavatório e sanita), (Thompson & Goldin, 1975).

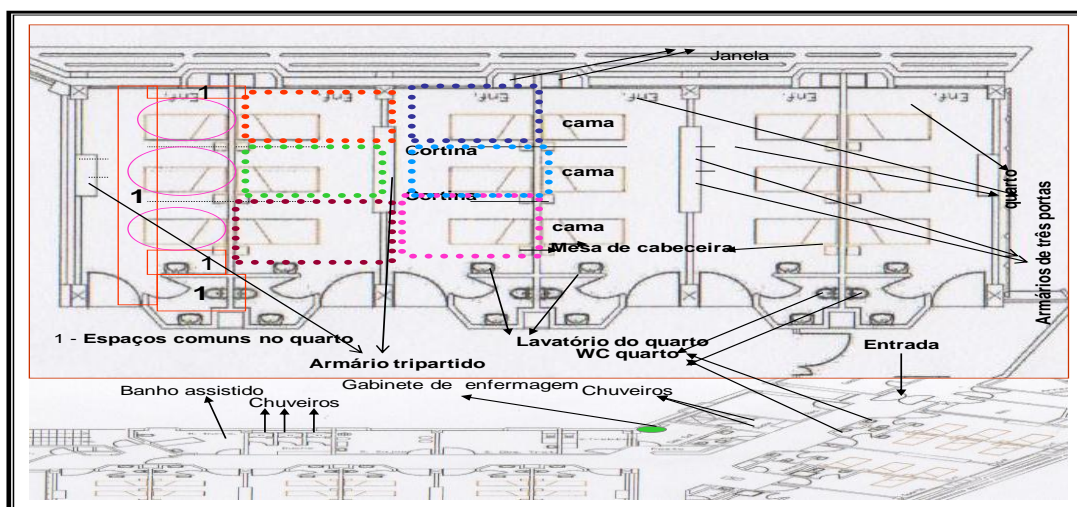


Figura 8. Estrutura do quarto, unidade do doente e espaço do banho no quarto

“...A cada doente é conferido uma cama, uma mesa-de-cabeceira, uma cadeira, uma mesa de leito, um módulo do armário (identificado com o número da cama), o uso do WC interior e do lavatório do quarto e ainda dos chuveiros das alas do corredor...” (DO-020408).

Aspectos que, pela limitação de movimentos, peças atribuídas (pertences hospitalares) e acondicionamento limitado de pertences pessoais, sugerem alguma austeridade e rituais de separação (Guimarães 2002; Mercadier, 2004). Os doentes são, desta forma, “despidos”, despojados dos seus bens (Mercadier, 2004) e orientados para as regras do hospital. Experimentam vivências de distanciamento do que lhe é familiar (rituais de separação), passam a partilhar com outros doentes, o quarto, as regras, as experiências e sentimentos, ganhando o estatuto de doente (Duarte, 2002; Llor et al., 1995; Sorlie et al., 2006). É nesse espaço “público” que doentes e profissionais passam a partilhar as situações de cuidados no banho, diariamente, onde a privacidade do espaço e do corpo se desintegram e perdem.

A unidade do doente representa o seu espaço de identidade, como refere um dos doentes: “...isto é a nossa casa, é o que representa (...) doentes, largamos tudo e vivemos aqui com tão pouco (...) o resto é supérfluo...” (ED4-090708).

Na obrigatoriedade da partilha das áreas comuns no interior do quarto, é imposta a partilha do ambiente objectivada pelos odores, a nudez, o banho no quarto, que os confronta com a súbita capacidade de accionar estratégias de autodefesa. Isto sugere o actual estado da privacidade dos quartos. Esta evidência está na base de muitas preocupações, históricas, desde a

concepção arquitectónica (Thompson & Goldin, 1975) à gestão dos odores, enquanto sentido que mais condicionou o controlo do corpo através das práticas de higiene (Cabanis, cit. por Corbin, 1982).

É nestes espaços de interacção que os enfermeiros iniciam e realizam acções nos cuidados de higiene, e outras, sendo nessa interacção realizadas intervenções que sugerem formalização nas acções e a reprodução de competências, como dar banho ao doente, logo, também são lugares que favorecem os “saberes de acção pensados”, pelo desenvolvimento de “processos de educação informal mais reflectidos” (Barbier, 1996; Guimarães, 2002)¹⁶.

Em síntese, o domínio “espaços usados no banho”, emerge para o banho como os “bastidores do banho”, a indicar a “preparação do banho”. Espaços de domínio dos profissionais, tornam-se emblemáticos na preparação do banho. Cada um dos tipos de espaço surge na cadeia da preparação, associado a uma função, permitindo à “boca de cena”, no corredor, em frente ao quarto do doente, a paragem obrigatória, a marcar um tempo, o “tempo dos banhos” e de comunhão dos profissionais. Associado aos usos dos espaços, emergem traços distintivos no redesenho dos percursos, a configurar circuitos próprios, tendo em conta as percepções prévias, a equação do banho e as apropriações da informação sobre o mesmo. Determinantes que emergem através da descodificação da mensagem da passagem de turno, complementada, com a saudação e a apresentação do enfermeiro ao doente. O uso da informação, apropriação dos espaços, as movimentações, o tipo de procedimentos, a indumentária, os pares de profissionais, as cumplicidades, a combinação das estratégias e o ambiente colectivo, dão à preparação uma configuração e coreografia próprias, uma *expressão performativa*, que anuncia a natureza do banho, e se lê a linguagem a usar no banho.

Expressão performativa no banho

A partir do contacto com os enfermeiros nos cuidados, percebemos que a configuração e função dos “espaços usados no banho”, os “bastidores do banho”, tornam-se emblemáticos na sua preparação e regularidade, ao enunciarem a equação do banho, e no refinamento dessa preparação. Anunciam diferentes situações de banho. Percebemos mudanças na actuação dos enfermeiros na preparação das diferentes situações de banho e durante o próprio banho. É visível, além da repetição da actividade, a transformação da linguagem, dos gestos, dos objectos preparados e usados, na forma de abordar os doentes, na cumplicidade entre os pares

¹⁶ Nos processos de educação informal, nos cuidados de higiene e banho, por fornecerem informação para reatualizar do plano de cuidados, incluímos as entrevistas informais desenvolvidas na interacção verbal, orientações e ensinamentos estimulando para a autonomia.

e na forma de comunicar com o doente, como documentam os relatos: “...viu que o doente não respondia a estímulos verbais, decidi dar o banho na cama...” (DO-190508); “...cada doente é uma situação diferente, (...) mas nunca iguais (...) mudo de atitude porque mudo de doente, e a necessidade de resposta (...) se chora ou ri, se dormiu ou não, se anda ou não, a patologia, a reacção ao internamento (...) há inúmeros factores a jogar...” (EE13-150708). São esses comportamentos, os modos de relacionamento, que nos permitem caracterizar na especificidade a prática destes cuidados, além de um padrão de actividade com regularidade própria, a qual é reproduzida e simultaneamente recriada pelos enfermeiros. Segundo Giddens (1989), M. A. Costa (2006) e M. J. Lopes (2006), trata-se de actividades de tipo recursivo, por serem recriadas permanentemente por eles próprios, usando os seus próprios meios.

Da análise efectuada, emerge a dimensão de análise “*expressão performativa* no banho”, na perspectiva da abordagem da *performance*, onde os enfermeiros tentam comunicar e interagir com um grupo especial, o do doente, num espaço de intersecção de múltiplos contextos (Rebelo, 1998), onde, eles próprios, são avaliados e expostos constantemente, precisando de mobilizar o seu talento e competência (Collière 1989; Wolf, 1993).

Abordar a natureza dos cuidados de enfermagem implica incorporar o desafio da compreensão dos cuidados, da intervenção do enfermeiro. A este propósito, M. J. Lopes (2006) caracteriza a intervenção do enfermeiro como sendo de natureza processual, consignando uma atitude terapêutica, complexa, dinâmica e contextual. Acrescenta o autor que a intervenção integradora, um todo, complexo, vai desde os elementos técnico-instrumentais, aos relacionais, como a gestão da informação e dos sentimentos inerentes à vivência do processo de doença e tratamento.

Já anteriormente, Thomas (cit. por Fernandes, 1996) abordou a natureza dos cuidados, conferindo-lhe algumas possibilidades de significado, nomeadamente como o estado de actividade, e do sentimento na relação, ou seja, o conseguir fazer para o outro e o sentir, ao cuidar do outro.

Se olharmos numa primeira acepção, a noção de *performance*, como dizia Bezelga (s/d), surge-nos associada à actividade do fazer artístico, ligado a certas mediações (espaço temporais e relacionais). A presença do “corpo em acção” nas práticas de cuidados no banho, revela-se essencial para a reflexão sobre as práticas *performativas*¹⁷.

¹⁷ A mesma autora sugere o clássico de G. Lipovetsky (1994), o *Crepúsculo do Dever*, como referência e ressalta da obra a questão contemporânea do corpo, postulada em conformidade com o colapso de uma noção ancestral do dever, ligado a sistemas complexos e obrigações, muito interiorizados que orientava para a salvação divina. Em substituição emergiu novo leque de actividades no horizonte da subjectividade, precisamente a invisibilidade ética, o turbilhão da informação e comunicação, em suma, uma nova listagem de rituais actuais, a sobrevalorização narcísica do corpo (Bezelga, s/d).

“A *expressão performativa* nas práticas do banho” emerge do que conseguimos perceber da intervenção do enfermeiro na intersecção de vários contextos (Rebelo, 1998) e na interacção enfermeiro-doente, levando em conta o que é dito e é feito (Iturra, 1986a). Olhamos para o banho e o que é prévio ao banho, e tentamos a compreensão do funcionamento das estruturas, como é pensado o banho e as formas como os enfermeiros se fixam e moldam na(s) situações de cuidados do banho e o que significam. Um conjunto de domínios (Figura 9) permitem entender a *performance* no banho e as determinantes no processo da sua readaptação e mudança.

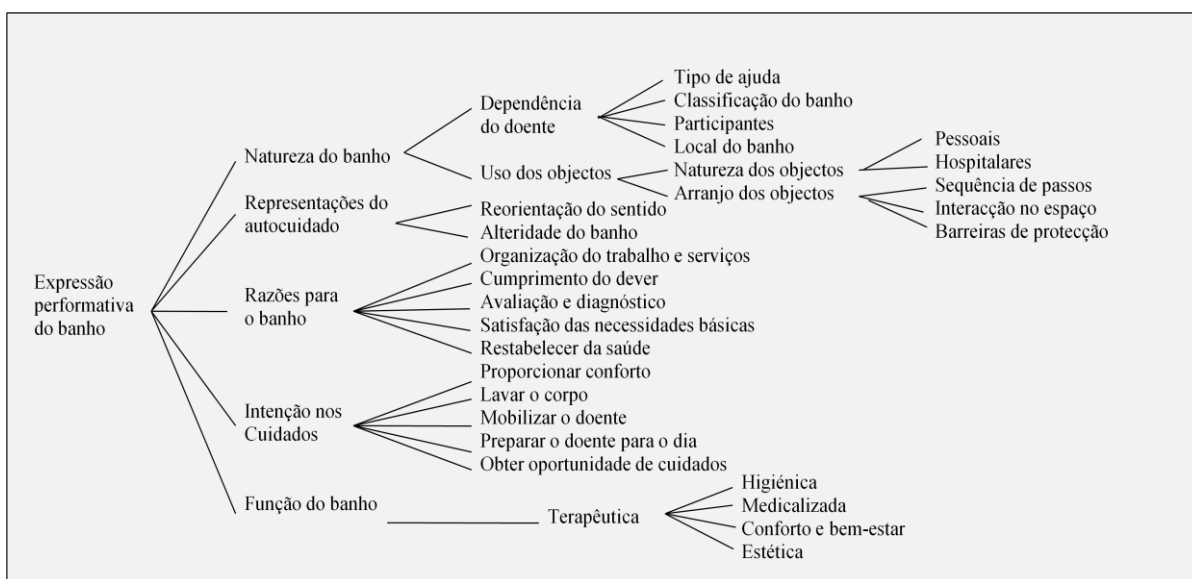


Figura 9. Domínios no processo de preparação do banho: “*expressão performativa* no banho”

A natureza do banho

A “*natureza do banho*”, domínio que define as características morfológicas do banho, as quais estão para o banho, como os traços físicos do corpo para a pessoa, em analogia.

Atender as necessidades de cuidados do doente, segundo Honoré (2004), implica e obriga o enfermeiro a ter em consideração o que é necessário para que aquele exista, segundo a sua natureza, vontade e projectos. Avaliar as necessidades constitui-se numa competência indispensável para prestar cuidados à pessoa com autocuidado comprometido, e que Orem (1993) discute nos três passos das denominadas operações do processo tecnológico da prática de enfermagem.

Neste estudo, a identificação destas necessidades é orientada por sentidos diferentes mas complementares: a proveniente da interacção enfermeiro-doente e a das estratégias de informação accionadas.

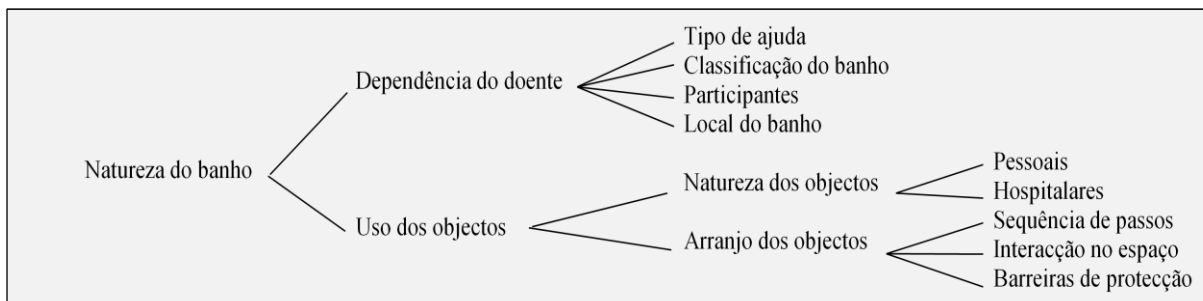


Figura 10. Domínio “natureza do banho”

Na figura 10 é representado o domínio “natureza do banho” e as subcategorias incluídas, determinantes no seu significado.

Dependência do doente

O processo de cuidados de enfermagem resulta de um encontro entre duas pessoas, onde cada uma entra e possui elementos do processo de cuidados (Collière, 1989), o que o torna complexo, e exige habilidades para encontrar uma forma de agir em determinado contexto e situação de cuidados. Para M. J. Lopes (2006), este processo implica sempre um “processo de avaliação diagnóstica” e um “processo de intervenção terapêutica”, sobrepondo-se na prática de cuidados, possibilitando ao enfermeiro “um sistemático aprofundamento do conhecimento e uma sistemática reavaliação da situação”.

No estudo, o conhecimento da situação de “dependência do doente” para o autocuidado higiene, emana da mensagem da passagem de turno, complementada com o proveniente do primeiro contacto com o doente, constituindo a informação prévia, de suporte, à construção mental dos cuidados no banho.

O enfermeiro desenha formas, modos de fazer e o que usar, para cada um dos seus doentes, com dependência para o autocuidado higiene, projectando a sua conceptualização sobre os cuidados e mobiliza saberes. Do trabalho de campo extraímos: “...olha-se aos diagnósticos, se pode ou não levantar-se...” (EE10-160608); “...vejo a dependência do doente através de muitas coisas, se é por RAL, (...) ou está numa pós cirurgia...” (EE3-080608); “...o que ouço na passagem de turno (...) ou se é uma fase terminal...” (EE12-140708).

Para os enfermeiros participantes, o conceito de dependência para o autocuidado higiene emerge associado à diminuição de capacidade para satisfazer os cuidados e hábitos de higiene pessoais, diários. Esta concepção vai de encontro à presença de exigências pelo desvio de saúde, a requisitos para satisfazer o autocuidado, a dar-lhe continuidade, e desenvolver novas adaptações de bem-estar pessoal, conforme Orem (1993).

À “dependência” para o banho está associada uma necessidade da ajuda diagnosticada, o que significa seleccionar um método de ajuda e integrar uma série sequencial de acções (Orem, 1993). A adequação dessas acções emerge da tomada de decisão baseada no cruzamento de saberes, nomeadamente, os da experiência, juntando o que vem da informação prévia, e tenta o seu relacionamento com os saberes teóricos.

A informação percebida, a equação do banho, encaixa num dos perfis da “classificação social dos banhos”, em uso no serviço, a qual preconiza o fazer, o que fazer e como fazer, permitindo distinguir o tipo de banho a realizar pelo enfermeiro, pelo assistente operacional (AO), ou por ambos, que mais à frente clarificamos.

A identificação do grau de “dependência” pode ainda emergir para os enfermeiros pela presença de situações indirectas, que o condicionam e determinam, dada a sua condição, complexidade ou risco, daí que: “...na passagem de turno, basta dizerem dependente no autocuidado, se tem grades na cama, está confuso, dispneico, posicionamentos frequentes, lemos logo o grau de dependência no banho (...) é um totalmente dependente, é um “A”...” (EE9-140608).

A concepção de dependência para o banho, integra um sentido que não apenas o relacionado com a parte física por mobilidade alterada, como no estudo de M. J. Silva (2006). “...Estar dependente para o banho, tanto é darmos nós o banho, como estar presente e manter-lhe o estímulo contínuo para se conseguir fazê-lo, porque está desanimado, (...) ou até tem força física e pode fazer, mas precisa de controlo, orientação, ensino sistemático...” (EE12-140708).

Ao caracterizar a “dependência” do doente para o banho, surgem as características, determinantes significativas: tipo de ajuda; classificação de banho; local do banho; participantes envolvidos; actividades realizadas e dispositivos auxiliares do banho usados. Cada uma delas vem caracterizar a dependência, completar o seu sentido e reforçá-lo. Ao posicionamento num grau de dependência para o banho, corresponde-lhe uma designação na classificação do banho, o mesmo acontece para os participantes a envolver e o local de realização, bem como o tipo de ajuda a mobilizar. Oferece-se, assim, uma matriz com sequência, encadeamento e correspondências, com significado, na leitura de conjunto, por outro lado, cada uma destas premissas, por si só, permitem ler o tipo de dependência,

funcionam como indicadores para a mesma. Na Figura 11, apresentamos a relação de correspondências e significados na dependência para o banho.

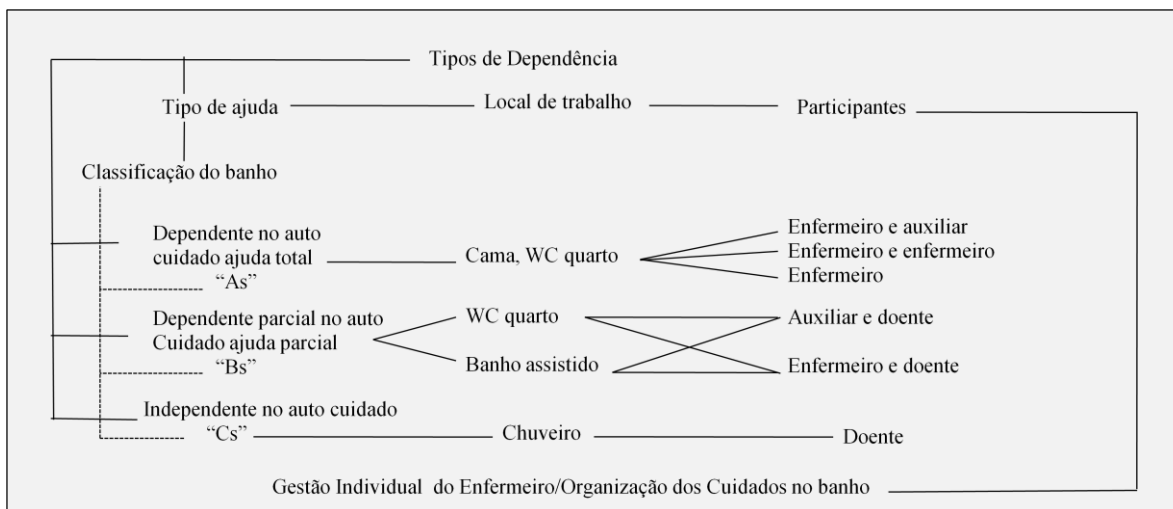


Figura 11. Relação tipo de dependência, ajuda, classificação, local e participantes no banho

A nomenclatura usada na classificação do “plano dos banhos” é uma prática dos serviços, com correspondência de significado quanto ao tipo de dependência versus *tipo de ajuda*, que vêm fazendo parte do quotidiano dos enfermeiros. Assim, “...é um «A», um doente que vai precisar de ajuda total, (...) no início do turno damos o mapa às auxiliares, para os adiantarem e vemos logo como estamos de banhos, se o serviço está pesado...” (DOE-140408).

Subjacente ao plano, a caracterização do estado do serviço em termos de carga de trabalho está associada ao número de banhos com necessidade de ajuda total. Este indicador assinala o “trabalho mais pesado do dia”, o da “higiene dos doentes” como afirmou Schachtel (1991).

Por outro lado, a dependência total para o banho é justificada por: “...implicar mais tempo consumido, mais recursos envolvidos, mais enfermeiros, e estão associados a outras dependências para outros cuidados de enfermagem...” (DO-060608), ao corpo, executados durante esse tempo. Simultaneamente, “...a dependência acaba por significar mais trabalho para nós, mas por outro lado significa mais contacto, (...) num doente independente, chega-se vê-se as tensões, punctiona-se, e vai embora. Um doente a quem vamos dar um banho, conversamos mais, toca-se mais...” (EE12-140708).

Lembramos que a situação de dependência para o autocuidado higiene é considerada e definida pela presença de, “...dificuldades para o doente se autocuidar, ou de colaborar com o enfermeiro nas actividades inerentes ao autocuidado...” (EE9-140608). O conceito de autocuidado surge orientado no sentido do definido na CIPE (CIE, 2005) e de Orem (1993),

divergindo do sentido identificado por M. J. Silva (2006) no estudo sobre cuidados de higiene. O enfermeiro define dependência para o autocuidado higiene como: “...ter comprometimento para se bastar a si próprio nos cuidados inerentes à sua higiene ou banho...” (EE4-100608), ser doente dependente, “...é não conseguir participar e realizar o seu autocuidado, precisa do enfermeiro para fazer por ele...” (EE6-120608). Sobressai alguma incoerência quanto ao sentido dado à colaboração do doente, quando considera que: “...ele torna-se dependente quando não colabora com o enfermeiro no autocuidado...” (EE1-060608). Neste aspecto, parece ir de encontro ao registado por M. J. Silva (2006), quando questiona quem é que colabora no processo de saúde de quem.

Relembramos, que o que precisa ser feito para manter o funcionamento, converte-se em exigências do autocuidado, onde entra a acção de enfermagem, como propriedade complexa, que permite ajudar, conhecer e ajudar os outros a preencher as suas necessidades terapêuticas de autocuidado, exercitando a sua própria acção de autocuidado (Orem, 1993).

Destacamos que o tipo de dependência para o banho reformula a organização individual do enfermeiro, reorienta saberes e readequa acções, constituindo-se como elemento que redefine a natureza do banho e o caracteriza morfológicamente.

Sobre o “local do banho”, onde se realiza o banho, foi um tipo de questão que nos orientou o olhar para as possibilidades. A expressão revela existir associação entre o tipo de dependência, tipo de ajuda, local do banho e participantes no banho. Neste sentido e em termos de espaço físico, o banho pode decorrer: na cama; no WC do quarto; no banho assistido; ou no chuveiro.

A determinação do lugar para realização do banho, está associada com o percebido e conceptualizado pelo enfermeiro, em termos de contexto, informação prévia, condição do doente, história de evolução patológica e situação nos cuidados, validados muitas vezes na saudação ou no primeiro contacto com o doente, como referimos. Não é verbalizado frequentemente o lugar, mas induzido, bem como os participantes.

A experiência do enfermeiro nos banhos, proporciona-lhe o treino para a leitura dos elementos indutores do lugar do banho, como por exemplo, “...as situações de: prescrição de repouso absoluto no leito (RAL); posicionamento no leito; estado de consciência e orientação alterados; doente debilitado; desequilíbrio; alteração da mobilização, situação em fim de vida; politraumatizados, doente com contenção física, entre outras...” (EE3-080608).

Como descreve Benner (2005) acerca das enfermeiras peritas, as experiências passadas guiam as percepções e os actos, e apreendem facilmente a situação.

O “banho na cama” está orientado para os doentes com dependência total, onde os enfermeiros desenvolvem acções orientadas para o que precisa ser feito, para manter o funcionamento, as exigências de autocuidado. Concentram acções que vão desde as de tipo atender, determinar, informar, gerir e de executar, substituir e vigiar (CIE, 2005), “... o banho na cama exige muito, tem muitas acções, elas surgem à medida que vamos dando o banho, umas suscitam outras, é complicado, transitamos progressivamente, são os nossos olhos a ver, o ouvido a ouvir, as mãos, e o resto de nós, em sintonia ...” (EE4-100608); “...nem todos os banhos na cama são complicados e difíceis, depende da dependência do doente e da sua situação global...” (EE3-080608).

Estabelecendo um paralelismo com a teoria dos sistemas de enfermagem de Orem, os doentes com limitações tornam-se socialmente dependentes de outros para continuar a sua existência e bem-estar, são incapazes de se intruzar nas acções de autocuidado, daí serem enquadrados no sistema totalmente compensatório de Orem (1993).

Para o banho ser realizado no *WC do quarto*, ou seja no lavatório, sem ir ao chuveiro ou banheira, é para o doente considerado com dependência parcial e exige a presença de um enfermeiro ou um auxiliar, “...dependendo da limitação residual, comprometimento ou do estado de transição da situação clínica, assim o enfermeiro determina se o pode indicar à auxiliar ou o assume...” (DO-310308), e incluir-se no sistema parcialmente compensatório de Orem (1993).

Muitas destas situações revelam-se ingratas de definir, pelo quadro subjectivo e instável da situação e características do doente, dado que a presença do enfermeiro é quase obrigatória, não só pela limitação, mas pelo tipo de vigilâncias a que obriga. Falamos das situações de banho, “...após primeiro levante, depois de um período mais ou menos longo de permanência no leito, ou do levante após cirurgia, pela presença de dispositivo médicos e ou clínicos, como soros, drenos e sondas, monitores, ostomias recentes, deambulação comprometida e outros...” (EE1-060608).

Caracteriza-se a dependência de parcial, porque o doente é chamado a “...colaborar, e realiza parte das acções, pode mesmo não conseguir todas (...) aí tem ajuda ...” (EE13-150708), para as complementar ou realizar outras. Há uma limitação que pode ser momentânea, transitória ou em progressão para a autonomia, “...sempre que se pode e a situação dele permite envolve-se (...) muitas vezes gostava de ter mais tempo para investir aí (...) falamos entre nós da evolução e ficamos por aí...” (DOE-160608); e como um doente diz: “...desde que vim já melhorei, dantes não

conseguia virar-me, era sempre lá o banho, agora já consigo lavar a cara (...) dou uns passitos, com ajuda vou lá baixo à banheira...” (DOD-310508).

Henderson (1994), considerava esta contribuição da enfermagem como singular por ajudar a pessoa a tornar-se independente.

No *WC do quarto*, permite por inerência ser um banho parcial porque é feito por partes: “...O corpo é lavado por partes, não há imersão do corpo ou uso do chuveiro, (...), são banhos mais ou menos demorados e estamos sempre presentes até terminar o banho e no seu regresso ao quarto (...) também pode ser feito no lavatório da enfermaria” (DOE-020408).

Pela sua localização no interior do quarto, permite deslocações curtas e acesso fácil à unidade do doente “...perante a ocorrência de episódios urgentes no momento do banho...” (DOE-090508). Eis algumas potencialidades do WC incorporado no quarto, associando-se às definidas por Bacon (cit. por Thompson & Goldin, 1975).

O “banho assistido”, surge localmente como uma forma de banho, a ter lugar num espaço que dá pelo mesmo nome (Figura 12). Designação atribuída por decorrer com ajuda e na presença obrigatória de alguém, “...ir ao banho assistido é ser acompanhado de enfermeiro ou auxiliar, dependendo da situação do doente e das necessidades dominantes a ajudar...” (DOE-120408).

O espaço, “...é uma sala onde se concentram grande parte dos dispositivos, meios auxiliares do banho...” (DO-280408), uma espécie de sala técnica do banho, “...faz recordar a sala técnica dos percursos académicos, na formação inicial...” (DO-280408); “...o actual laboratório do banho...” (EEP-010608).



Figura 12. Banho assistido

O “banho assistido”, sugere situações de banho com limitações francas na acção de autocuidado e está implícito ser obrigatoriamente acompanhado. Neste banho, há tendência para o doente esboçar gestos de envolvimento e progressão na autonomia para o autocuidado, de forma involuntária, como no seguinte relato: “...a enfermeira coloca o chuveiro em cima da cabeça da doente deixando cair a água, depois sobre o corpo, a doente fecha os olhos, inclina a cabeça para traz, respira fundo, e eleva a mão direita à face desenhando um gesto semicircular que

não completa, deixando cair o braço...” (DO-230508). Momento utilizado pelo enfermeiro para estimular as capacidades residuais do doente. Revela-se um banho demorado e trabalhoso, quer nas acções empreendidas quer nas estratégias adoptadas e na validação da própria resposta do doente, daí serem os últimos a realizar no “tempo dos banhos”.

Dos argumentos, “...Deixo sempre para o fim os assistidos, porque nos levam muito tempo...” (EE1-060608); “...não são muitos os que precisam lá de nós (...) a auxiliar já sabe os que ela pode dar, são às dependências ligeiras, sem soros, sem tubos, só vigilância ligeira...” (DOE-030508); “...nós vamos, nos que estão a evoluir, têm limitações e precisam de nós pela vigilância e orientação...” (DOE-020408).

Emergem concepções contraditórias. Por um lado, o banho assistido é tido como difícil e trabalhoso, por outro, é delegado, não lhe reconhecendo complexidade, como argumentam Sandelowski (2002) e T. C. Lima (2008). Nas verbalizações, reveste-se de exigências de vigilância e de acções concretas de enfermagem de autocuidado, quer na prevenção quer na promoção de cuidados, e insere-se tanto num sistema totalmente, como parcialmente compensatório (Orem, 1993). O que contrasta com a frequência do uso da sala, os banhos delegados e a classificação, redireccionada a um nível ligeiro na ajuda parcial no banho.

A dar-lhe sentido, surgem grupos de enfermeiros com características de actuação diferentes, que na observação das formas de actuação e usos desse banho, ganha sentido a mobilização de competências e saberes a traduzirem tais características, precisamente: i) 1º nível, as do enfermeiro hábil e criativo, situado num nível mais elevado, aproximando-se da enfermeira perita de Benner (2005), é um enfermeiro que trabalha e explora este banho com o doente, usa-o muito frequentemente, e traduz admiração e preferência pelo doente e outros enfermeiros, “...só podia ser a enfermeira V (...) para levar este doente e nestas condições ao assistido, se fosse com outra, oh dá trabalho (...) ela lá se arranja como faz não sei (...) por isso há enfermeiros e enfermeiros...” (DOE-080408); ii) 2º nível, o intermédio, reúne características de grupos compatíveis com a enfermeira competente e proficiente de Benner (2005), são enfermeiros que fazem este banho periodicamente, vêem a situação no todo e organizam critérios quando o delegam e utilizam, “...D.E. este doente pode ir ao assistido hoje, vai consigo, já o preparei é só mesmo o banho (...) já o da 32 vamos as duas...” (DOE-240408); iii) 3º nível, o nível mais baixo, mesclado por algumas das competências de iniciado, de iniciado avançado e competente da autora, sendo também o nível da resolução da situação caracterizada pelo fazer prático, marcado pela repetição dos procedimentos, a habilidade técnica, dá a mesma importância a todos os aspectos, a delegação do banho é muito acentuada, raramente usam o

banho assistido, “...prefiro dar aqui na cama (...) ir lá às vezes demora-se tempo (...) e os que a auxiliar pode levar acho bem que os leve...” (DOE-030508).

Das situações, o banho na cama, tido como totalmente dependente, o banho no WC do quarto e o banho assistido a significarem ajuda parcial no banho, constituem-se artefactos que nos aproximam do sistema totalmente compensatório e parcialmente compensatório de Orem (1993), respectivamente. Mas, localmente é reconhecido que: “... classificar os banhos é complicado. Os do WC e do assistido, são demorados e exigem muita atenção nossa, mais que o de cama, não chega o fazer, temos que descobrir, (...) eles são dependentes, têm algum potencial na verdade, mas estamos lá, e com muita energia, aplicamos o que sabemos e não sabemos (...) nem sei como lhe chamar...” (DOE-030508); “...dar um banho na cama é mais fácil do que no assistido (...) com mais acções (...) pelo nosso desgaste às vezes, fica-se dorido...é preciso muita paciência...” (EE3-080608).

Concluindo, parece emergir um outro paradoxo, é que as concepções de banho no WC do quarto e do banho assistido, embora concebidos de forma diferente, tocam-se em termos de exigência para o enfermeiro. O papel principal no desempenho, tanto pode ser do enfermeiro como do doente (Orem, 1993). Em todas as formas de banho, as exigências de ajuda podem evoluir dentro da situação desse banho, de um nível de sistema pode progredir para outro nível, o papel é, tornar o doente agente do autocuidado, conseguindo chegar a um terceiro sistema, o final, o qual confina a tomada de decisão, o controlo de comportamento, à aquisição de conhecimento e habilidades (Orem, 1993).

O “banho no chuveiro”, efectuado em cabines, com acesso pelo corredor, “...não é acompanhado, são doentes independentes, raramente usufrui de acompanhamento e se for, é da auxiliar...” (DOE-300408), enquadrando-se no sistema de apoio e educação de Orem (1993).

“Os participantes” envolvidos no banho, estão organizados de forma a constituírem pares ou grupos, onde: “...Os pares nos banhos, são formados por um auxiliar e um enfermeiro, mas também podem ser constituído por dois enfermeiros...” (EE1-060608).

A razão porque surgem dois enfermeiros, “...acontece em situações delicadas e com necessidade de cuidados de enfermagem de maior complexidade. A este par, pode juntar-se o auxiliar ou outros enfermeiros, em doentes graves, como nos politraumatizados e outras situações...” (DO-300308).

Esta estrutura por pares, está associada ao local do banho e sugere o tipo de banho. Assim, “...no leito pode ser dado o banho pelos pares, enfermeiro-enfermeiro, ou enfermeiro-auxiliar. No WC do quarto pode ser só o auxiliar ou enfermeiro, bem como no banho assistido. No chuveiro vai só o doente, eventualmente o auxiliar...” (EE2-080608).

Aprendemos a identificar, pelos participantes envolvidos durante o período “dos banhos”, os tipos de banho que estavam a acontecer, por sua vez, a dependência global, dos doentes e implicitamente a natureza dos banhos, associados e determinados pela natureza dos cuidados, podendo fluir tanto dos cuidados quotidianos e habituais como dos cuidados de reparação (Colliére, 1989).

Usos dos objectos

Da análise dos comentários e observação das situações de cuidados, o termo incluído “usos dos objectos”, surge nas práticas de cuidados de higiene ao corpo a revelar-se determinante significativo na comunicação da natureza do banho. Os “objectos usados”, são distinguidos segundo a sua origem: objectos “pessoais” e objectos “hospitalares” os “nossos do serviço”, designação local, cuja categorização descrevemos na Figura 13.

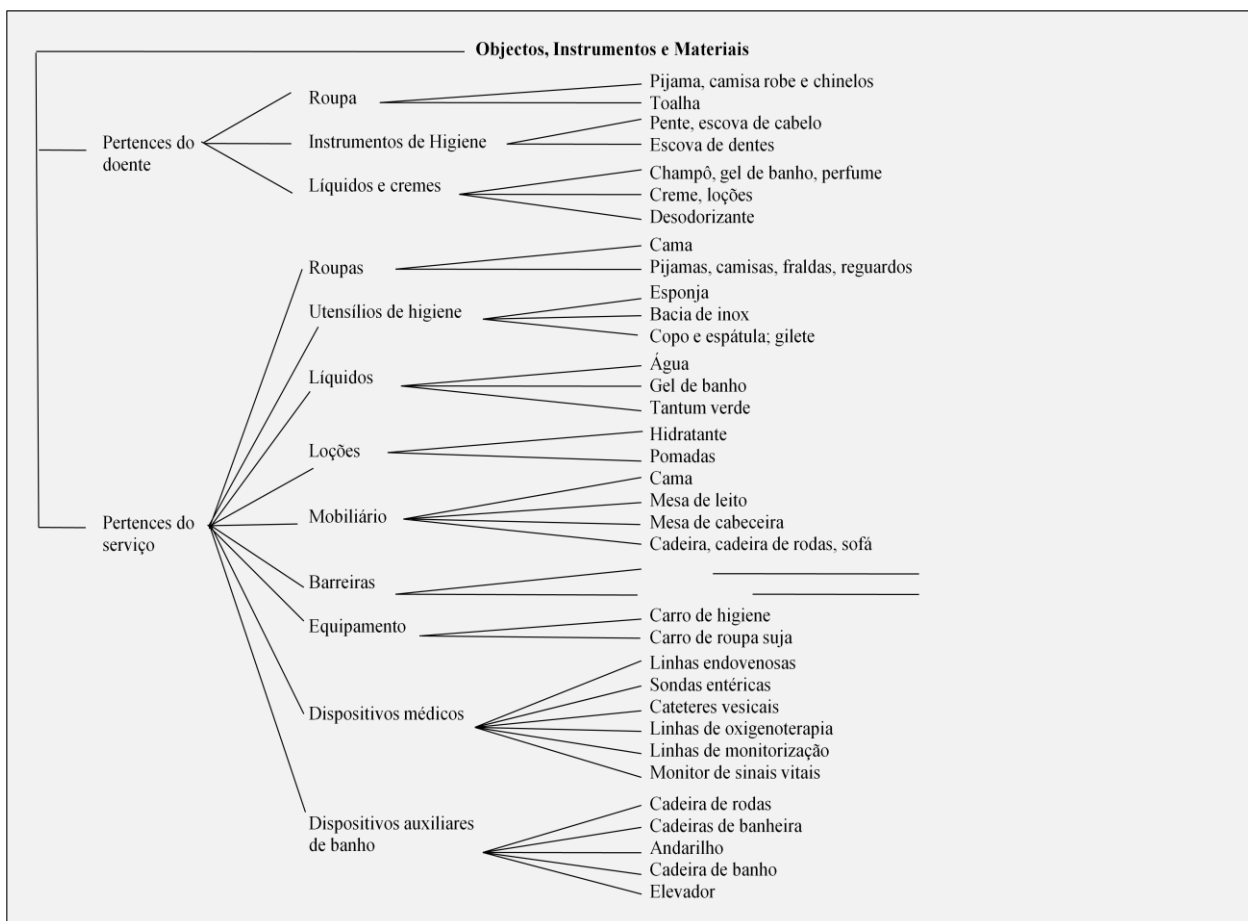


Figura 13. Natureza dos objectos usados no banho

Dois tipos de representações, a do mundo privado e a do mundo do serviço, do hospital e comum. Enquanto elementos simbólicos, os primeiros tentam manter presente a identidade da pessoa, e os segundos funcionam em substituição dos primeiros, quando aqueles não existem, mas constituem os meios de apoio à prática de cuidados, como uma enfermeira explícita: “...os do hospital são os próprios da limpeza do corpo, até que são rudes...” (DOE-060508), e podem reduzir à expressão mais simples de um corpo, vulnerável e acessível (Carapinheiro, 1993), são dispositivos nos ritos de remoção das impurezas (Gennep, 1978). Simbolizam a diminuição do controlo individual no banho e a sobreposição do domínio das práticas, do banho profissional, pelo risco da perigosidade do mundo da doença (Mercadier, 2004), daí, assegurar-se a higienização, a lavagem do corpo, com o uso e preferência dos objectos hospitalares, limitando os pessoais: “...no quarto, os bens do doente, guardados no armário ao fundo da cama, basicamente roupas de dormir, toalhas e objectos de higiene diária...” (DO-300308).

Ao uso dos objectos hospitalares, podem ou não ser associados os *dispositivos auxiliares do banho*. O recurso simultâneo a *objectos específicos do banho* e a *auxiliares do banho*, simbolizam cuidados mais complexos, é “...um banho mais trabalhoso ...” (DOE-310308).

Define-se *dispositivos auxiliares do banho*, os dispositivos de ajuda técnica¹⁸, usados para compensar a diminuição da autonomia do doente (ISO 9999, 2007), ajudam a caracterizar a natureza do banho, a sua complexidade, tanto pelo que é usado, como pela função e modos de usar essa diversidade e especificidade de equipamentos. Assim, reflectem ritmos particulares pelo seu uso, e implicam modos de agir.

Os “objectos do banho” (Figura 13), sempre que usados, associados no todo ou em parte, influenciam e permitem ler a natureza e *performance* no banho. Assim, “...pelos objectos e equipamentos chegamos ao banho, o uso do elevador num banho na cama, significa estar perante um doente politraumatizado ou muito complicado (...) o uso de cadeiras de rodas, andarilhos, cadeiras de banheira, é nos banhos assistidos (...) e temos formas de actuar diferentes ao usá-los (...) requerem conhecimento, habilidade e tempo...” (DOE-010508).

Nos preparativos do banho em corredor e na área comum do quarto, a organização orquestral dos instrumentos, sugere uma situação de banho e implica uma dinâmica no “arranjo dos objectos”, “... o enfermeiro e auxiliar começam por colocar a indumentária, avental de plástico branco e as luvas, (com frequência mais do que um par)...” (DOE-040408); “...a saudação do

¹⁸ Equipamentos e materiais que complementam as funções comprometidas do doente, nomeadamente na mobilização, na participação, para prevenir e compensar, posicionar, transporte e segurança, como cadeiras de rodas, cadeiras de banheira, barras de apoio na parede, tábuas de banheira, bancos exteriores, braçadeiras e outros (ISO 9999, 2007).

doente, acontece enquanto se aperta o avental e colocam as luvas (...) primeiro as de plástico, seguido das de vinil (...) a enfermeira fás alergias e cada doente é sempre um risco...” (DO-040408).

Os objectos a integrar, surgem como ritos de protecção, na transição do estado sujo ao estado limpo do corpo, demarcando o profissional do doente, o contaminado (Gennep, 1978), aplicando as normas, como considerou Mercadier (2004) o hospital é um espaço onde o irracional e o sagrado dominam, daí a contaminação simbólica a justificar os procedimentos.

De entre o equipamento usado, o estado dos carros de higiene evidencia o contraste entre o volume de material, antes e depois dos “banhos”: *“...Nas duas prateleiras dos carros de higiene, estão resguardos, fraldas, esponjas para o banho, a roupa de cama limpa, e toalhas. Em cima destes, instrumentos de higiene recuperáveis, as bacias de inox. Algumas gavetas, contém pomadas abertas, espátulas, seringas e num tabuleiro lateral, compressas de três tamanhos, creme hidratante, gel de banho e pente...”* (DOE-300308).

Na preparação dos materiais, *“...a auxiliar no turno da manhã «adianta» a distribuição para cada doente «A», roupa limpa de cama uma bacia de inox limpa dentro do saco de plástico apertado, e duas esponjas de banho que coloca ao fundo da respectiva cama, em cima de uma mesa de leito...”* (DO-010408).

O gesto repetido da tarefa sugere uma linha de montagem onde a organização é vista como uma máquina (Morgan, 1996), com orientação para o controlo de infecção e a rentabilização dos recursos. Situações de sobreposição de poder, a da prática do serviço à do doente, e a do “subpoder” de um grupo profissional local, sobre outro (Carapinheiro, 1993), para evitar o desconforto dos enfermeiros face ao “sujo do corpo”, ao “tempo de espera”, e à “rentabilização de recursos” durante “os banhos”, como é referido: *“...temos que rentabilizar o tempo e os materiais, é chato trocar as coisas, assim não perdemos tempo durante os banhos (...) depois são cuidados sujos, e andamos...”* (DOE-150508).

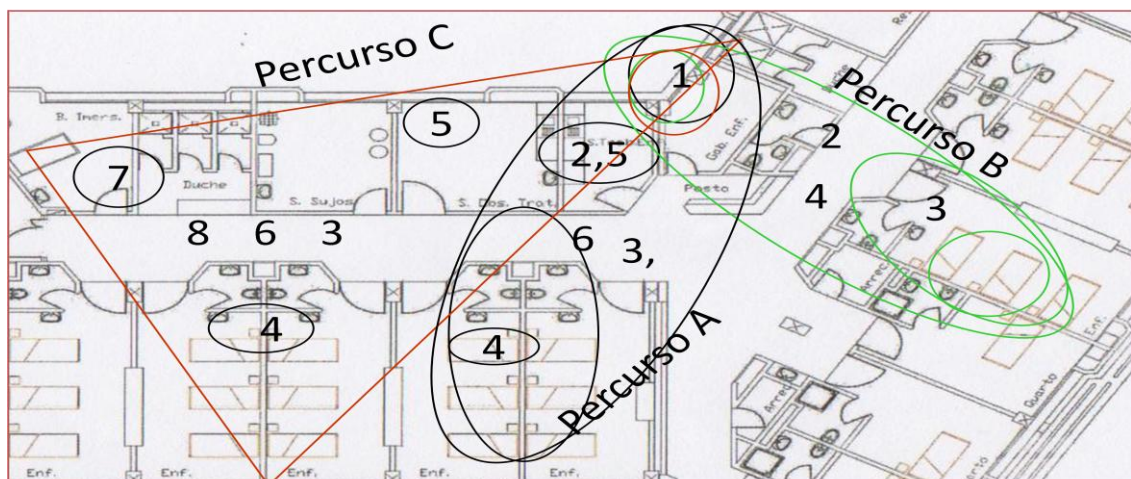
No corredor, o enfermeiro, depois de colocar o avental e as luvas, reúne outro material como: *“... copos, espátulas, distribui Tantum Verde pelos copos, conforme o número de doentes que tem, faz o mesmo com o hidratante corporal. Ao fundo da cama a auxiliar, já habituada, «vai adiantando», acondicionando na mesa de leito, uma fralda, o resguardo descartável. Corre as cortinas, prepara a bacia guardada na mesa de cabeceira ou na gaveta da mesa de leito do doente, desde o seu último banho e, avança misturando gel e água que deixa em cima da mesa...”* (DOE-020408).

O espírito colaborativo da auxiliar, na prática dos “banhos”, reforça a cumplicidade social dos pares, arrançando formas de economizar tempo, age em função do que conhece, do perfil do

enfermeiro nos “banhos” e das actividades, no “tempo dos banhos”: “...Ó Z, você já sabe como eu quero, por isso...” (DOE-230408).

O “arranjo dos objectos” está associado a gestos, interiorizados e encadeados, a uma função e intenção, que é fazer os cuidados de higiene ao doente total ou parcialmente dependente, acreditando na transição de estado, como nos ritos de passagem (Gennep, 1978), é que “despojar do homem velho” é “adquirir pele nova”, advogando da ideia de que a doença é risco. Daí a passagem ser reforçada com estas atenções especiais, ao corpo social, para que o corpo individual viva, na concepção de Helman (1994).

O cuidado em si, passa por uma série de passos, aprendidos, sujeitos a adaptações pessoais a esse esqueleto (Mercadier, 2004), incluindo o uso das peças do doente, indo ao encontro da preservação da identidade da pessoa, e que dão jeito aos profissionais, “...para colmatar o escoamento deste tipo de peças nos serviços...” (DO-050508). Sobressai a influência da tipicidade na organização dos espaços e do material dentro do quarto, na organização do banho. A colocação pormenorizada dos materiais surge na sequência que vai entrar em uso, conforme a sua função no “banho”, e uma enfermeira descreve: “...costumo por todos os materiais e objectos que em princípio me farão falta, ponho-os de determinada forma e ordem que vou usar (...) para não entrar nem sair, (...) porque é um cuidado íntimo (...) cada enfermeiro tem o seu jeito (...) depois concentro-me mais no que estou a fazer (...) senão dá um ar de trapallice (...) parece que nem se sabe o que se está a fazer, e não gasto mais tempo...” (EE14-170708).



Legenda:

- Percurso A – 1. Sala Enfermagem; 2. Sala de Trabalho; 3. Corredor; 4. Quarto; 5. Sala de Trabalho; 6. Corredor;
- Percurso B – 1. Sala Enfermagem; 2. Corredor; 3. Quarto; 4. Corredor
- Percurso C – 1. Sala Enfermagem; 2. Sala de trabalho; 3. Corredor; 4. Quarto; 5. Sala tratamentos; 6. Corredor; 7. Banho assistido; 8. Corredor

Figura 14. Percursos e circuitos mais comuns

Nesta ordem ritualizada há espaço para a criatividade e toque pessoal, que além de assinalar a protecção individual, a garantia da eficácia do banho é realçada por esforços e reforços na segurança dos cuidados, ao lidar com a intimidade do outro. Uma ordem que simbólicamente para os enfermeiros é um valor, à semelhança do estudo de Wolf (1988a), e acreditam que lhes dá segurança.

A “preparação do banho” integra, em si, uma sequência de passos formalizados, mas não rígidos. Isto é, ao evidenciar porosidade na estrutura de base, é condizente com as variáveis caracterizadoras da natureza do banho, no contexto objectivo e subjectivo das necessidades de cada doente.

A “interacção no espaço físico” permite a descrição de percursos e movimentações que redesenham configurações específicas compatíveis com estratégias, para a mobilização de competências, na preparação do banho, pelos usos de objectos, redefinindo a natureza do banho. Graficamente (Figura 14) realçamos alguns percursos tipo, comuns na preparação do banho, não rígidos, mas de execução interiorizada, tidos como, “...as voltas antes do banho (...) não é para todos igual (...) uma a mais ou a menos, são comuns sem estarem desenhados no chão (...) mas que fazemos nesta altura, e já sabemos...” (EE5-120608), na preparação do banho.

Eles próprios, indutores da criatividade individual e do estabelecimento de prioridades de intervenção, refinando e redefinindo a *performance* no banho, “...os passos e os materiais usados em função da situação (...) vejo o que preciso antes e organizo-me, entro aqui e ali para reunir coisas, e depois entro no banho, digamos...” (EE2-080608).

As “barreiras de protecção” emergem associadas a preocupações com os profissionais, com o espaço e com o doente, no cuidado de si, de nós e do outro (Mantzoukas & Jasper, 2004).

A indumentária usada no banho, sobreposta à farda, basicamente consiste em “...colocar avental impermeável e luvas, a máscara e touca, só em situação com indicação clínica para isolamento, (...) depois vamos comer com a mesma farda...” (DOE-20408). É tida pelos enfermeiros como forma de protegerem o seu corpo, a própria farda do conspurcado, e de delimitação na interacção dos dois corpos, também corroborado por Mercadier (2004).

Os modos de protecção do doente, no espaço, são simbolizados nas práticas dos profissionais, pela intenção do gesto repetido e aprendido, de fechar a porta do quarto, sempre que entra ou sai, mas frágil, na validação do mesmo “...entrou no quarto com uma bacia na mão e com o pé empurra a porta a qual fica entreaberta, continuando a correr a cortina e a baixar as grades...” (DO-040408).

De igual modo, surge na intenção do gesto ao correr a cortina, entre as camas do quarto, proibindo outros, de olhar o corpo doente durante as acções no banho. A protecção emblemática do corpo do doente, enquanto corpo sensível, e exposto no banho, será abordada mais à frente durante a concretização do banho.

A protecção nos espaços passa por evitar o efeito de espalhar os sujios, de contaminar, daí o peso da carga emblemática das normas e recomendações uniformizadas na organização hospitalar (lavagem das mãos; gestão da roupa; descontaminação de material e equipamentos; limpeza e desinfecção das instalações, uso de luvas e outras), as quais vão de encontro à não contaminação e à descontaminação, do local da doença como lhe chama Mercadier (2004), e de um cuidar colectivo (Mantzoukas & Jasper, 2004).

A aposta desenvolve significado no contexto da interacção, em termos de espaço físico, mas também na complexidade do contexto relacional. A atenção do enfermeiro na preparação do banho, aproxima-se daquilo que Turner (1982) designou por ruídos, as preocupações, daí revelar-se compensatória (Froggatt, 1997) e com significado profissional e social, o cuidado no banho é um momento de interacção trabalhoso, de incerteza, o uso desta *performance* prepara algumas tomadas de decisão, o que toca positivamente em dois aspectos de Menzies (1960).

Em síntese, o domínio “natureza do banho”, está associada à leitura das características sugeridas nos termos incluídos “dependência do doente” e a “usos dos objectos”. À “dependência do doente” estão associadas determinantes significativas como: tipo de ajuda; classificação de banho; local do banho; e participantes envolvidos. Estas características oferecem uma matriz com sequência, encadeamento, correspondências, e significado, na leitura de conjunto, e por premissa. O tipo de dependência orienta para uma situação de banho, a natureza do banho, e solicita uma *expressão performativa*. A experiência do enfermeiro nos banhos, proporciona-lhe o treino para a leitura dos elementos indutores da situação, e ajusta uma *expressão performativa* na tomada de decisão.

Expressão que se revê e articula nos “usos dos objectos” durante os preparativos do banho. A natureza dos objectos usados, a dinâmica do arranjo, a sequência de passos utilizada, interacção estabelecida no espaço físico e o uso de barreiras de protecção, revelam-se elementos caracterizadores dos preparativos do banho, também eles, a sugerir a situação de banho, e o sentido das preocupações.

Na organização dos objectos, é preparado o previsível dos cuidados para o imprevisível do

cuidado no banho, fazendo-o sobressair como momento de incerteza, daí a preocupação e também solidariedade, remetendo nos preparativos, para o cuidado do nós, do colectivo, e de si, no sentido do cuidado de defesa, de protecção e de segurança, de um cuidado mais eficaz. A preparação ganha sentido pelo trabalho prévio dos instrumentos disponíveis e possíveis, para apresentar com disponibilidade o cuidado no encontro. A ordem, o cuidado, e as preocupações, revelam-se com valor na atenção do enfermeiro à natureza do banho.

Representação do autocuidado higiene

No terreno, emergem discursos locais, artefactos, associados implicitamente e explicitamente ao autocuidado higiene, que levaram a equacionar questões no sentido de conhecer as representações dos enfermeiros, o significado atribuído às questões do autocuidado, autocuidado higiene, aos cuidados de higiene e ao banho.

O uso mais frequente de alguns desses termos na construção dos discursos, orientou-nos na procura de explicitações e significados locais, confrontando-os quer com os enunciados da CIPE, quer com os enunciados da teoria do autocuidado de Dorothea Orem.

Das formas de “representação do autocuidado higiene”, emergem termos incluídos como a *reorientação do sentido do autocuidado* e a *alteridade do conceito banho*.

Na *reorientação do sentido do autocuidado*, salientamos das expressões usadas pelos enfermeiros para definirem “autocuidado”, que: “...autocuidado é quando o doente presta cuidados a si próprio, mais ninguém presta por ele...” (EE1-060608); “...É o doente a fazer os seus cuidados de higiene...” (EE5-120608); “...são todas a actividades que fazemos a nós próprias para o nosso bem-estar...” (EE12-140708); “...É a capacidade que o doente tem em fazer todas as tarefas, que para si entende como sendo de higiene pessoal...” (EE8-140608).

Do tipo de expressões usadas pelos enfermeiros para manifestar a situação dos cuidados de higiene do doente, proveniente dos discursos da passagem de turno, destaca-se: “...autocuidou-se sozinho de manhã...” (DOE-300308); “...Precisa de ajuda no autocuidado...” (DO-040408); “...Está autocuidado e pronto...” (DO-030508); “...Foi autocuidado na cama...” (DO-140408).

Decorrentes do encontro de saberes académicos/teóricos e dos da prática/acção, os conceitos usados orientam para uma contradição na relação *conceptualização* e *uso do termo*. Os

enfermeiros conhecem a semântica e definição teórica de autocuidado¹⁹, mas é usado e identificado como uma das vertentes do autocuidado, conferindo-lhe a visibilidade de um conjunto de cuidados, os “de higiene e banho”.

Saberes da acção com contornos do abreviar, oriundos da prática e do trabalho real, como descreveu Guimarães (2002), revelam-se também aqui, produtores de processos de educação informal, de saberes informais, escondidos e ilegítimos, utilizados para rentabilizar o trabalho, nem sempre analisados.

Os cuidados de higiene ao doente, implicitamente revelam-se determinantes na actividade dos enfermeiros, fazendo-os sobressair do todo, do autocuidado. No seu uso, a orientação profissional do conceito de autocuidado é desconstruída e reconstruída localmente, conferindo-lhe o domínio e o significado dos cuidados de higiene e banho.

A orientação profissional e a conceptualização dos enfermeiros embora condizentes sobre o autocuidado, conflituam em contexto real, no seu uso, na transmissão de informação, parecendo existir um paradoxo: “...sabemos que é diferente, mas ao dizer foi independente no autocuidado, pronto, foi independente para a sua higiene...” (EE-120708); “...se foi autocuidado com ajuda total, é darmos-lhe banho, é dependente (...) dá mais trabalho” (EE2-080608).

Revelam a atenção especial que estes cuidados requerem da parte dos enfermeiros, implicitamente, pelo contacto directo com o corpo, a intimidade e nudez do doente, mas objectivamente pela concentração de energias, o peso do trabalho quotidiano, do trabalho sujo, e sua ritualização, “...num doente ao diminuir a sua dependência no banho melhora logo a sua autonomia nas restantes actividades em geral...” (EE12-140708).

A situação de dependência no autocuidado higiene, em termos sociais, torna-se, no elemento caracterizador da dependência do doente para o autocuidado. Este, ao ser confinado localmente ao autocuidado higiene, ao banho, aos cuidados de higiene, funciona nos discursos como máscara para estes mesmos cuidados que, simultaneamente, tomam a designação social de autocuidado. O sentido do autocuidado higiene e banho, reorienta o sentido do autocuidado, esconde-se nele, o que de certo modo expressa a desvalorização social destes cuidados, com raízes históricas, no seu percurso social (M. A. Costa, 2006; M. A. Lopes, 2005; M. J. Silva, 2006; Santos et al., 2010), e ganha significado na *expressão performativa* dos enfermeiros, na preparação do banho.

¹⁹ Autocuidado segundo a CIPE, é a “Actividade Executada pelo Próprio com as características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades de vida diária” (CIE, 2005, p.46).

A *alteridade do banho*, num primeiro corolário, diz respeito à dificuldade preliminar em perceber o uso dos termos banho, cuidados de higiene, higiene pessoal, que assumem, asserções semelhantes, feitas no mesmo sentido do conceito de autocuidado higiene. Seria interessante perceber o uso, significado e as transformações locais: “...O banho, é prestar os cuidados de higiene, é lavar todo o corpo (...) é o banho na cama, é cair água no corpo...” (EE2-080608); “...o banho implica a higiene pessoal e mais acções (...) observamos o corpo, não é só a lavagem, mais vai além de lavar e secar...” (EE11-160608); “...os cuidados de higiene é dar banho, (...) cuidar da higiene nos seus aspectos todos, são os cuidados gerais na higiene...” (EE2-080608); “...os banhos são uma prática que temos e já encontramos, onde prestamos cuidados de higiene do doente...” (DOE-010308).

O banho surge nos discursos locais como conceito dominante, afastando-se do definido na linguagem classificada (CIPE). É usado no específico quando se referem aos cuidados de higiene do doente, aos cuidados no banho e relacionados com o corpo, e no geral, quando se referem ao momento durante o qual são realizados no início da manhã.

Na concepção local, o conceito, além de integrar o definido no enunciado descritivo na linguagem classificada (CIPE), funde as propriedades definidas dos outros enunciados e representa-os, nos discursos e práticas de cuidados. A marca da sua importância social confere-lhe o direito a um espaço-tempo que os representa e identifica. Ou seja, eles são um tempo de proximidade e íntimo com o doente, pelos cuidados em si, diários mas imprevisíveis, que ocupam e dão forma a um outro tempo, o padronizado nos serviços, o momento dos banhos.

Pela expressão e uso social local, o banho ganha significado e alteridade nos cuidados.

Em síntese, o domínio “representações do autocuidado higiene” para o enfermeiro, emerge associado às formas: “reorientação do autocuidado” e “alteridade do banho”.

O conceito de “autocuidado” é desconstruído e reconstruído localmente, conferindo-lhe o domínio e o significado dos cuidados de higiene e do banho. O “autocuidado higiene” faz-se representar pelo “autocuidado”, pelas marcas da conotação social destes cuidados, do esforço, energia e os saberes de que os enfermeiros se munem para activar uma *expressão performativa* na interacção durante os cuidados de higiene. Por outro lado, o banho surge nos discursos locais como conceito dominante, fundindo e representando as propriedades dos conceitos.

A “alteridade do conceito banho”, emerge no seu duplo sentido, pela fusão de propriedades dos cuidados em si, e pela forma que estes designam, um tempo, padronizado e de importância social. Ambas as formas surgem a caracterizar a linguagem do grupo e a orientar a *performance* do enfermeiro para o banho, enquanto inúmeros cuidados, trabalhosos, e imprevisíveis.

Razões para a prática do banho

A “organização do trabalho e dos serviços”, o “cumprimento do dever”, a “avaliação e diagnóstico”, a “satisfação das necessidades básicas” e “restabelecer a saúde”, ganham sentido como “razões expressas pelos enfermeiros para realizarem o banho”, que esquematizamos na Figura 15.

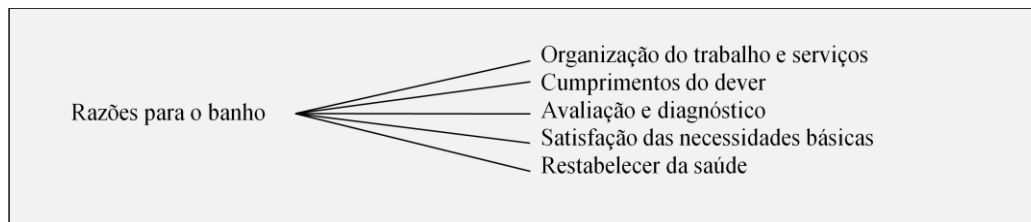


Figura 15. Domínio “razões para o banho”

Na *organização do trabalho e dos serviços*, não se perde de vista a diversidade de actividades, concentradas no turno da manhã, como as inerentes aos cuidados de enfermagem na higiene dos doentes. As razões para o cuidado, integram-no num “padrão de actividades” seguido por todos os enfermeiros nos serviços, como é realçado nos estudos de Carapinheiro (1993) e de Guimarães (2002).

“...Já está assim no serviço, senão as actividades deixam de estar encadeadas e perturba-se o resto do turno...” (EE1-060608). O banho surge no quotidiano com ritmo próprio, a responder à organização dos cuidados de enfermagem, mas também é tido como instituído na prática hospitalar e dos enfermeiros, com orientação para execução do banho institucionalizado. Razão propensa à transformação dos enfermeiros em técnicos especializados (Lenardt et al., 2007), visando o “despachar de tarefas”, como descrevem Gândara e Lopes (1994), emergindo o contornar de obstáculos continuamente (M. A. Lopes, 2005), o que contrasta com o trabalho de enfermagem de natureza complexa, ordenado e especializado, definido por Freidson (cit. por N. Lopes, 2001), não confinável à vertente de execução (Peneff, cit. por N. Lopes, 2001).

O *cumprimento do dever*, uma outra subcategoria, tida como razão para prestar cuidados de higiene, surge associada aos imperativos a que profissão obriga, nos contextos da acção, e que os responsabiliza. Lembramos que constitui dever do enfermeiro “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

O dever de prestar cuidados de higiene surge no estudo, assumido como domínio da enfermagem, enquanto: “...*obrigação de ajudar o doente, e mobilizar competências para fazê-lo bem (...) fazer os cuidados nos banhos é responsabilizar-nos e responsabilizarmo-nos por aquilo que é nosso...*” (EE2-080608). Perspectiva que parece orientar para o que Watson (1988) refere ser o cuidar o ideal moral da enfermagem.

Além de exigirem perícia a nível da execução, estes cuidados são justificados pelo seguimento de uma aprendizagem enraizada na tradição da enfermagem: “...a enfermeira, portanto nunca deve protelar a assistência à higiene pessoal...” (Nightingale, 2005, p.132), é da tradição nos hospitais e nas escolas (Melosh, 1982).

O dever e a responsabilidade dos enfermeiros prestarem estes cuidados, impõem obrigação e *performance*, no ritmo e ordem, nas actividades e nos serviços. “...*Fazer o banho, é um dever, é estar lá, assegurar-me do que ele tem e precisa (...) tudo na enfermaria fica mais organizado até o serviço (...) faz parte da enfermagem (...) tem que ser*” (DOE-040608).

Já no passado, através das práticas de higiene e limpeza, as enfermeiras levaram a moral e a ordem técnica ao hospital (Reverby, 1987).

A razão *avaliação e diagnóstico*, é enunciada pelos enfermeiros como uma constante, implícita, para concretização do banho, e a revelar preocupação profissional, “... *no banho, mobilizamos os nossos sentidos todos ... dele, trazemos sempre coisas novas, até porque o diagnóstico e a evolução fundamentam as nossas acções...* ” (DOE-140608).

Outra razão para o banho é a *satisfação da necessidade básica do doente*, a prestação de cuidados de higiene ao corpo, do lavar o corpo.

Para os enfermeiros, prestar estes cuidados é responder, “...*a um hábito diário, aos cuidados diários...*” (DOE-030508); “...*no sentido de atender essas necessidades, face à doença, pela sua imagem...*” (EE1- 060608); “...*é satisfazer necessidades básicas...*” (EE7-120608); “...*a cuidados básicos, essenciais ao seu bem-estar, como eliminar o odor, há que satisfazê-los...*” (EE8-140608).

A valorização desta necessidade do banho está associada a aspectos exteriores, como a de ser socialmente aceite pelo aspecto, e ausência de odores corporais, na situação de doença, aproximando-nos das desdramatizações dos princípios da higiene do corpo dos meados do século XX (Mattoso, 2011; Vigarelho, 1985), mas também com Bolander (1998) e Elias (2006) ao aludirem sobre as influências sociais do meio. Além de invocadas as necessidades de, manter um hábito diário, obter um corpo limpo, mas ainda, a aspectos subjectivos, de maior satisfação e bem-estar (Asid & Renegar, 2003; Brum et al., 2000; T. C. Lima, 2008). Significa dar atenção por parte do enfermeiro, daí, ajustar-se *performativamente*, e como concluiu M. J. Silva (2006), é olhar às necessidades concretas do doente, na proximidade do corpo, tornando os cuidados de higiene um momento complexo.

Nos argumentos relacionados com *restabelecer a saúde*, é reforçada a ideia de que enquanto lavam o corpo, emerge a forma de avaliar e diagnosticar, de melhorar a condição ou estado de saúde, por si só a representar uma forma de tratamento, “...no banho faz-se arrefecimento natural, melhora-se o aspecto, faz-se a higiene, eliminação de suores, na doença tudo fica mais intenso...” (DOE-140408); “...ver a pele, as zonas de pressão, inspeccionar o doente, (...) depois há que ser feito senão o trabalho não tem continuidade e há falhas...” (EE10-160608).

Nos desvios de saúde, as razões vão desde a manutenção da limpeza do corpo à mediação no seu conforto e diagnóstico nas situações. Implícito ao banho estão as normas de higiene, e as falhas na conservação da limpeza do doente ou omissão do banho geram descontinuidade e incoerência no grupo e nos doentes (Wolf, 1988a), “...a água pode ser pouca mas lava-me a alma todas as manhãs ... estou à espera desse bocadinho porque me faz bem...” (ED3-080608).

Em síntese, das “razões expressas pelos enfermeiros para realizarem o banho”, destacam-se: a “organização do trabalho e dos serviços”, “avaliação e diagnóstico”, “o cumprimento do dever”, a “satisfação das necessidades básicas” e o “restabelecer a saúde”, subcategorias que se complementam, conferindo sentido à ordem e preocupação.

O banho, surge no quotidiano dos enfermeiros com ritmo próprio; a responder no padrão de actividades dos serviços, à organização dos cuidados de enfermagem, associado a imperativos da profissão. Porque é uma necessidade básica e essencial, que ao ser executado, obriga a competências no cruzamento de saberes; porque restabelece a saúde na medida em que coloca o corpo noutra condição, e recria na atenção sobre ele, ajustamento de *performance*. As razões para o banho emergem a conferir sentido à *expressão performativa* na preparação e prática diária do banho.

Intenção nos cuidados da prática do banho

As características das “intenções dos enfermeiros nos cuidados da prática do banho”, resultam do percebido, sobre o significado atribuído a esses cuidados, à interacção, onde os cuidados são arquitectados, em função de uma intenção, conferindo-lhe o sentido.

Nas “intenções dos enfermeiros” quando vão prestar cuidados de higiene é relevante “proporcionar conforto”, “lavar o corpo”, “mobilizar o corpo”, “preparar o doente para o dia” e “obter oportunidade de cuidados”, que sistematizamos na Figura 16.

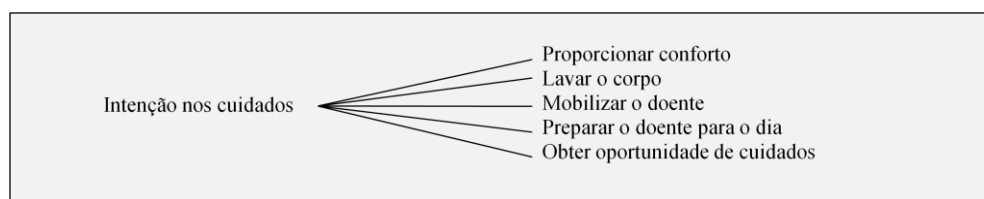


Figura 16. Categorização “intenção nos cuidados para o banho”

Proporcionar conforto, uma preocupação muito manifestada na intenção dos enfermeiros. Em contexto de cuidados, faz-se acompanhar do desenvolvimento e promoção de um conjunto de cuidados e estratégias durante o banho.

Confortar no banho, surge para os enfermeiros como “...*proporcionar a lavagem do corpo, dar-lhe serenidade, acalmá-lo...*” (EE2-080608); “...*é relaxar e ajudar a descansar...*” (EE1-060608); “...*aliviar e posicionar...*” (EE5-120608); “...*é ouvi-lo e em função actuar, (...) não perder de vista a autonomia (...), explicando-lhe as coisas...*” (EE6-120608); “...*é recatar a sua intimidade (...) o possível, é um banho à gato, lá para o fim da manhã...*” (DOE-220408); “...*tirar o cheiro à cama (...) e dar um jeito na barba...*” (DOE-130508).

A preocupação com o confortar no banho é sustentada pelo sentido de reduzir os desconfortos inerentes aos próprios cuidados ao corpo, e ao processo de doença. É apostar em estratégias perante os sinais de desconforto percebidos, passando por vezes, pela sua negociação com o doente, ganhando significado a emblemática distração do doente durante os cuidados (M. J. Lopes, 2006), como uma enfermeira relata: “...*tentei distraí-lo, falou, mas não pegou (...) todo ele se encolhia no banho...*” (DOE-060508).

A propósito, Collière (2003) distingue os cuidados de conforto como sendo aqueles que “...*encorajam, que permitem adquirir segurança, que favorecem a renovação a integração da experiência, para que haja aquisição, e nos é evidenciado*” (p.182): “...*o facto de cair a água*

sobre o corpo, relaxa e dá sensação agradável, de conforto...” (EE11-160608); “...o doente inclina a cabeça para traz, suspira, quando a enfermeira coloca o chuveiro na cabeça, e a água escorre pelos cabelos...” [deixe estar mais um niquinho] (EE11-160608).

Deste contacto com a água, segundo Collière (2003), resulta o toque das estimulações que desencadeiam a sensação agradável e de conforto, intensificando o toque terapêutico (T. C. Lima, 2008).

O cuidado confortador, é associado a um conjunto de cuidados previstos e não previstos na situação do banho, dependentes daquilo que o doente aí apresenta ou expressa, na sua condição e vontade, como uma das enfermeiras refere: “...limpar-se e lavar-se por baixo ele próprio, é minha preocupação...” (EE11-160608).

Neste sentido, o doente é implicado nos cuidados, envolvido, resultando como estímulo no uso das suas capacidades residuais, amenizando os desconfortos íntimos (Maciel & Bocchi, 2006).

Mesmo nas origens, vamos encontrar compatibilidades com estas descrições e significado, “...o alívio e o conforto, sentidos pelo doente após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada, é uma das mais comuns observações feitas pelo doente acamado (...) o alívio e o conforto, nada mais são, do que um sinal de que as forças vitais foram auxiliadas pela remoção de alguma coisa que as oprimia” (Nightingale, 2005, p.132).

A intenção *proporcionar conforto*, surge imbricada no banho, para estes enfermeiros, “...dar banho é dar conforto, é prestar cuidados de conforto...” (DOE-140608).

Prestar cuidados de conforto, orienta para a procura de “um bem” (Oliveira, 2010), na pessoa internada em sofrimento, e os cuidados no banho assumem esse significado, indo ao encontro do cuidado confortador, que Oliveira (2010) descreve como co-construído, na interacção enfermeira/doente, num processo de descoberta do doente, à qual acrescentamos o reajustamento da *performance* do enfermeiro.

A intenção de *lavar o corpo* emerge associada a uma *performance* corporal do enfermeiro, orienta para um movimento de gestos, que tem em vista eliminar odores, manter o corpo limpo, prevenir infecções, estimular para a autonomia e promover a saúde e bem-estar. Simbolicamente, parecem justificar a estadia do doente no hospital, o espaço social de cura, por necessidade de desvio de saúde, que o torna num lugar terapêutico, cujas regras estruturam períodos de evitamento social (Quintela, 1999): “...ao lavar o doente, estimulamos o

doente (...) já que está cá...” (DOE-150408); “...é fundamental manter higiene íntima da pessoa, pelos odores (...) só lavando o corpo...” (EE15-190708).

A orientação da intenção sobre a prática do lavar o corpo mantém-se ligada à saúde como determinante para a prática destes cuidados, à necessidade de obter maior satisfação, bem-estar e diversidade funcional (A. Ribeiro, 2005): “...o corpo é um veículo para a infecção...” (DOE-040508); “...o acto de lavar o corpo melhora as funções do corpo, satisfaz os doentes...” (DOE-060608).

Lavar o corpo do doente surge associada ao estado de doença e ao internamento, enquanto necessidade interiorizada, de inspeccionar a pele, e libertá-lo das impurezas de forma a criar e a facilitar condições de recuperação e de cura (Atkinson & Murray, 1989), aproximando-nos da origem. “O envenenamento através da pele não é menos eficiente do que pela boca: apenas de acção mais lenta” (Nightingale, 2005, p.131).

Neste tipo de intenção, há que demonstrar disponibilidade e espontaneidade para lavar o doente, dominar a técnica e deixá-lo arrumado, limpo, e os gestos devem estar aprendidos, “...a integração nos banhos é uma oportunidade para os recém-chegados de se familiarizarem com os recursos, os métodos de trabalho, actividades, protocolos e procedimentos em uso...” (DO-080408). O enfermeiro controla a orientação dos procedimentos ao lavar o doente, porque detém os conhecimentos sobre os princípios de higienização, o controlo de infecções e prevenção de complicações e da doença, e ao exercê-lo emprega acções de poder (Santos et al., 2010).

Nightingale (2005), na sua época, alerta para o cuidado nas operações de lavar e limpar a pele, “...sem expor uma grande superfície do corpo de uma só vez, o que provocaria uma paragem súbita de sudação, revertendo em perigo sob outro aspecto” (p.132). Entendimento percebido em D. V. Lima e Lacerda (2010), como não sendo livre de causar danos, daí a atenção aos critérios para o uso do banho.

A intenção de *lavar do corpo*, associa-se ao acto de lavar, como o ponto alto no ritual do banho, marcado por movimento continuado e *performance* dos profissionais.

Mobilizar o doente, surge na intenção dos enfermeiros para realizar o banho, associado a um conjunto de acções que implica rodar e mobilizar o doente de modo a cumprir os procedimentos no banho e ajustar os cuidados, complementa-o. “...Mobiliza-se o doente para levantá-lo da cama e ir fazer o banho no WC ou ao Banho Assistido, e acompanha-se no deambular. Na cama, roda-se o doente para lavar as costas, colocar fralda, aplicar lençóis, despir e vestir o doente...” (DO-220408).

Acções, acompanhadas de gestos sequenciais que no contexto da interacção também são de inspecção, avaliação e diagnóstico.

O enfermeiro mobiliza o doente para dar banho, para o aliviar, massajar e, simultaneamente, para mobilizar outros cuidados e tratamentos. O tempo de dar banho marca o início da reactualização do plano de cuidados, incluindo o posicionar.

Promover a oportunidade de cuidados na interacção no banho, é tida como oportunidade para conhecer a pessoa doente, como relemos em Manen (1998), é encontro profundo, de compreender a sua condição particular de saúde de forma a redescobrir e reactualizar o plano de cuidados. É no momento do banho que são aprofundados pormenores sobre hábitos, maneiras de ser, os desconfortos, preocupações, reacções e respostas nos cuidados, estado do corpo, estado e modos de comunicar, como os discursos relatam: “...durante o banho viu-se que não tem equilíbrio postural...” (DOE-150508), “...não gosta que o lavem com esponja (...) é só com a mão (...) primeiro que o compreendesse foi obra...” (DOE-151508).

Simultaneamente, o banho é conhecer o doente e agir, diagnosticar, dar uma resposta e planear. O banho “...é um momento nosso (...) faz-se sempre coisas novas (...) ficamos bem mais actualizadas...” (EE2-080608), os enfermeiros sentem o banho como um território que lhes pertence (Wolf, 1993), onde podem criar, embora falem pouco dele, como sugerem os discursos, “...no banho fazemos e descobrimos muitas coisas, daí ser importante para nos organizarmos, (...) falar dele propriamente não é habitual só na passagem de turno...” (EE1-060608).

Na prática, reconhecem importância ao banho, desejam fazer o banho para ter domínio da situação de cuidados e promover a afirmação social no seu grupo, mas a transmissão dessa informação não acompanha o reconhecimento da necessidade da visibilidade teórica (Penaforte & Martins, 2011).

A intenção *promover oportunidade de cuidados*, é importante para os enfermeiros, no entanto, é assumido por eles o desconforto de não fazerem o banho como gostariam, dada a limitação de tempo e volume de actividades (Collière, 2003; M. A. Lopes, 2005; Savage, 1995). Sentir o banho como uma oportunidade, reforça a qualidade destes cuidados, designados e atribuídos à enfermagem, sendo benéfico para o grupo e para o doente, proporcionando expressão de crenças, arte e ciência, como refere Wolf (1988a, 1988b) e complexidade de saber (Sandelowski, 2002).

O sentido de *preparar o doente para o dia*, também marca a intenção dos enfermeiros no banho, numa associação de preocupações voltadas para: a interação/relação do doente (receber visitas e familiares; receber a visita médica; efectuar tratamentos e exames clínicos); na apresentação pessoal (proporciona aspecto arrumado e limpo; melhorar a imagem); e ainda nas respostas de adesão (na continuação dos outros cuidados do plano; fazer as refeições; e tratamentos).

O enfermeiro encarna a responsabilidade que herdou da tradição, e age, na ajuda que assiste o doente a preencher as necessidades de autocuidado (George, 2000), e como descrevem os doentes: “...este corpo velho, nu e doente não têm nada de atractivo (...) se não fossem estas enghoquices da enfermeira já nem tinha cara...” (ED2-080608); “*haver se o banho abre o apetite...*” (DOE-050508). No conjunto, dependem da iniciativa de cada enfermeiro, o qual e pelo uso do poder das falas, e do saber, domina a interação (Foucault, 2005; Kruse, 2003; Mercadier, 2004; Santos et al., 2010), ou seja, pode exercer um modo de poder negativo ou poder positivo (Gândara, 2010).

Prepara-se o corpo doente, porque afigura de uma imagem no hospital, diferente, da que tem em sociedade, e torna-se responsável pelo seu mal-estar nas relações (Mercadier, 2004), e estigmatizadora da pessoa (Goffman, 1963; I. Pupulim & Swada, 2002; Santos et al., 2010), modificações, que estão na intenção dos enfermeiros de forma a resgatar a aparência física (Vieira, 1989). “...ouvi-los queixar da sua imagem (...) impressiona-me (...) tento esbater, fazendo ao seu agrado...” (DOE-310508); “...um jeitinho calha sempre bem, a barba, o cabelo...” (EE2-080608); “...a seguir ao banho, dá-me prazer ajeitá-los, ficam com outro ar, aliviar o aspecto doente (...) eles até pedem...” (DOE-150408).

Preparar o doente para o dia, emerge como a atenção, num conjunto de cuidados que cobrem simbolicamente o descoberto no corpo, acompanhando a transição do doente nos desvios de saúde, contrariando o distanciamento, através de acções executadas para evitar os incómodos dos cuidados, da doença, da quebra das regras, porém utilizados para criar bem-estar na condição do doente (Douglas, 1975; M. A. Lopes, 2006; Rodrigues, 2006; Santos et al., 2010; Wolf, 1988a).

Simbolicamente, são essas acções que os enfermeiros todas as manhãs têm na intenção renovar, que segundo as afirmações de Reverby (1987) trazem a moral e ordem técnica ao serviço e ao hospital, nos cuidados de enfermagem que operam no banho.

Em síntese, as intenções dos enfermeiros quando vão prestar cuidados de higiene estão relacionadas com o “proporcionar conforto”, “lavar o corpo”, “posicionar o doente”, “preparar o doente para o dia”, e fundamentalmente, “promover uma oportunidade de cuidados”. A preocupação de “proporcionar conforto” foi a intenção mais verbalizada e desejada pelos enfermeiros, contudo, emergem fortemente associadas, em termos de significado. Assinalam orientações paradigmáticas distintas, mas configuram um cuidado complexo, e importante, com preocupação centrada na condição de saúde do doente e do seu bem-estar, designando-os como de domínio da enfermagem. Implicitamente a determinar comportamentos e orientação da *performance* do enfermeiro no “processo de preparação do banho”.

Função do banho

Encontramos no banho uma prova da força dos comportamentos observáveis e concretos, na construção de significados mais abstractos, com a força do vivido sobre o que é verbalizado ou pensado, emergindo o banho associado a funções terapêuticas, tanto para os enfermeiros como para os doentes. Do domínio “função do banho” destacamos a subcategoria “função terapêutica do banho”.

A “função do banho” em contexto do doente internado em meio hospitalar emerge associada a uma função terapêutica (Figura 17), objectivada pela regra implícita de dar banho de manhã, reiterando orientações da norma social, organizacional, da profissão ou por prescrição de outros saberes.

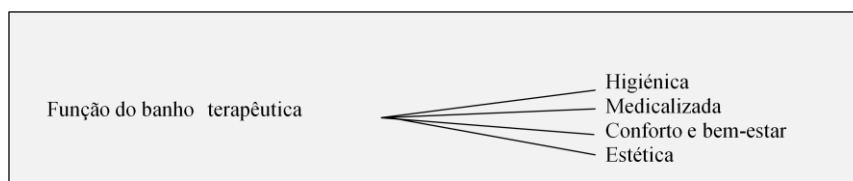


Figura17. Domínio “função do banho”

Reforçamos que a pessoa a partir da sua admissão, passa a ter o estatuto de doente, sujeito ao cumprimento de regras e práticas instituídas nos serviços, como a do banho no início da manhã (Carapinheiro, 1993; Gândara & Lopes, 1994; Guimarães, 2002; Maciel & Bocchi, 2006; Manen, 1998; Mercadier, 2004; Martins, 2009; M. J. Silva, 2006; T. C. Lima, 2008; Wolf, 1993), ao qual são atribuídas características terapêuticas (Asid & Renegar, 2003; Hennezel, 1997; Manen, 1998; Wolf, 1988a), como sugere o discurso: “...estou doente e o

banho ajuda-me a curar (...) o banho é uma regra no hospital, que além de limpar parece que nos transforma...” (ED12-101008).

A função terapêutica do banho

Para o doente internado, as representações em torno da função do banho que recebe, revelam-se terapêuticas, estão relacionadas com a necessidade de manter um corpo limpo, a fim de promover o processo da cura da doença (função medicalizada), como sugerido por Souza (1978), mas também à exacerbação da auto-responsabilização no cumprimento do código social de manter higiene do corpo (função higiénica), (Clarke, 1986; J. Vieira & Cruz, 2001), no hospital, para poder ser tocado, “...já viu depois vem a visita médica (...) gosto do banho logo de manhã (...) há sempre gente a visitar-me ...” (DOD-210408).

Estar doente, no hospital, representa obrigatoriedade de lavar o corpo para ser interacção, ser relacional, corroborando com Renaud (1996) e Buógo e Cogo (2002); “...no hospital faz parte tomar banho, senão nem se aproximam (...) nem fazem como deve ser...” (ED7-160808).

Para estes doentes, dar banho é um comportamento adoptado no processo de doença, o lavar o corpo diariamente é tratar do corpo, porque impede as impurezas de constituírem obstáculo à recuperação da saúde, evitando infecções cruzadas, ou no próprio (Clarke, 1986; Souza, 1978), “...é bom para não apanhar infecções...” (DOD-010508).

O banho surge como mediador na preparação do corpo, purifica-o, tendo em conta a doença, é uma esperança para a cura e alívio do corpo. Acredita que se ficar limpo, reforça o processo de cura (Brum et al., 2000; T. C. Lima, 2008) como um dos doentes refere: “...agora doente, a água ajuda a purificar o organismo, a saírem os abusos...” (DOD-120408); “...entrego-me limpa a Deus...” (DOD-040508); “...já estou doente, se não me lavar, parece que atrai o mal...” (DOD-090408).

A par desta representação do banho, evocamos do estudo de Quintela (2003), a função de remover a sujidade e os resíduos acumulados, o reequilibrar e limpar os excessos de problemas, como J. Vieira e Cruz (2001) defendem, aqueles são agudizados face à limitação no leito, incluindo o stresse e ansiedade.

Para o doente, o asseio passa pelo banho de bem-estar e conforto: “...com banho tomado fico asseada, arejada (...) é uma leveza, a seguir veste-se de limpo, e fica-se cómoda...” (DOD-030508). Clarke (1986) e T. C. Lima (2008) denominam que a higiene corporal além de contribuir para a manutenção do conforto, está associada ao aspecto, na apresentação aos outros.

Surte, ainda, um significado de alívio do sofrimento, porque tonifica: “...*alivia-me o corpo, parece que a água tonifica e fico bem, sou outra...*” (ED7-160808).

Para os enfermeiros, os banhos fazem parte do quotidiano das suas actividades, a ordem na ritualidade das suas acções e *performance* adoptada, sofrem adaptações dependendo do seu tipo de orientação. A “função terapêutica do banho” está associada a orientações simbólicas: “banho higiénico”; “banho medicalizado”; “banho de bem-estar e conforto”; e o “banho estético”, sendo a distinção operada, não só em termos de ordem e tipo de acções, mas na sua duração, frequência, modos de usar a água no banho, formas de prescrição e significados. O “banho higiénico”, instituído de manhã, ocasionalmente, pode ocorrer noutros períodos. “...*Normalmente é o da manhã, (...) preserva a limpeza do corpo, potencia a eficácia dos tratamentos, e previne as infecções...*” (EE2-080608).

Cumprem-se as regras de higiene, utilizando os dispositivos e saberes que favoreçam a manutenção e assistência dos cuidados de higiene (Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde [IGIF], 2001). É um banho de prescrição implícita pela enfermagem e rubricado pelo hospital, na co-responsabilização do código social e local, sobre higiene corporal. Uma pessoa acamada acumula mais secreções, acentuando-se o problema da higiene (J. Vieira & Cruz, 2001; T. C. Lima, 2008), da limpeza, nos objectivos de Bolander (1998). No estudo, caracteriza-se como “...*banhos rápidos no chuveiro ou no leito, o banho de bacia (...) a roupa da cama fica humedecida, (...) com água quente e corrente, (...) outra forma, é o banho por partes, com o doente sentado em frente ao lavatório...*” (DO-020408).

Nestes últimos, “...*faz-se passar a água por intermédio de uma esponja molhada, refrescando e humedecendo o corpo, é breve, e incide nos genitais forçosamente...*” (DO-080408).

Face à condição do doente, as acções do banho são objectivadas numa sequência, privilegiando uma hierarquia, nas partes do corpo a lavar, tidas como as prioritárias e essenciais nos cuidados de higiene, associadas a representações da própria higiene.

Cabanis (cit. por Corbin, 1982), atribui ao odor o “sentido das simpatias”, ao qual se atribuiu ser o condicionador do controlo do corpo através das práticas de higiene. Reiteramos que a noção da higiene, para os enfermeiros, também é relacional (Quintela, 2003; Renaud, 1996), como no excerto: “...*uma pessoa na cama cheira mal, (...) as pessoas têm repulsa, afastam-se, nem se trabalha bem...*” (DOE-260408).

É um banho que emerge com significado nas *performances* dos enfermeiros, ao nível da resolução da situação, caracterizada pelo fazer prático, marcado pela repetição dos

procedimentos, princípios e habilidade técnica, reunindo algumas das competências de iniciado e de iniciado avançado de Benner (2005), e do 3º nível da actuação no banho assistido.

A percepção do banho higiénico está ligada à necessidade de manter o corpo limpo, facilitar o processo de cura, a partilha dos espaços não constituir ameaça. Orientação que vai ao encontro de Cheadle (1990) e Clarke (1986), ao aludirem que a convicção para os enfermeiros sobre o efeito da higiene do corpo está tão enraizada que a enfermagem e a higiene parecem inseparáveis.

O “banho medicalizado”, emerge associado à utilização da água, enquanto fórmula: “...*com poder medicamentoso, usamos simples ou numa diluição, nas manifestações e sinais do corpo, (...) é antipirético, analgésico, relaxante, tranquilizante, antiséptico, vasodilatador, vasoconstritor, (...) tantos...*” (DOE-040708).

A este banho é conferida a propriedade de curar, através das propriedades e poderes da água, liberta-o das toxinas de sinais e lesões no corpo, à semelhança das características do banho terapêutico do estudo realizado por Quintela (2003), e forma de tratar a descamação da pele, como objectiva Bolander (1998) e é sublinhado por T. C. Lima (2008).

Também requer prescrição explícita, a delegada no enfermeiro (prescrição clínica; protocolos de tratamento; recomendação pré-cirúrgica; por isolamento de contacto, e outras), “...*São banhos com orientações próprias, na ordem das acções internas às prescrições e recomendações, se de chuveiro ou imersão; com ou sem aditivos farmacológicos, incluindo a frequência, duração e quantidade de água, se quente, fria ou tépida...*” (EE15-190708).

Quanto aos banhos de prescrição implícita, pelo enfermeiro, temos a do arrefecimento corporal, relaxamento muscular, tranquilizante, “...*são normalmente banhos de chuveiro, mais demorados que os de higiene. A água é corrente sobre o corpo. A banheira, só por recomendação de imersão, e em função da mobilização do doente...*” (EE16-210708).

À semelhança do “banho higiénico”, também emerge com significado a nível da resolução da situação, caracterizada pelo fazer prático, o 3º da actuação no assistido.

“O banho de bem-estar ou conforto”, lida com a necessidade de promover efeitos tanto no corpo como na pessoa, manifestada pelo próprio, como uma forma de sentir-se melhor, é desejado e solicitado pelo doente, ou ainda prescrito pelo enfermeiro. É como mediador no processo de ajustamento de cuidados, na redescoberta do doente e sua readaptação, na

obtenção de adesão aos cuidados, na progressão e actualização de acções e no proporcionar satisfação ao doente.

Sobre esta função do banho, Asid e Renegar (2003) consideram que o mesmo deve promover o bem-estar e ir além do seu uso habitual de estimular a actividade física, e fornecer um sentimento de independência, autoconfiança e satisfação.

Um banho em que a preocupação é o conforto: “...é no chuveiro, na banheira, ou cama (...) é importante a água ser a gosto da pessoa, e corrente (...). Demora-se, mais do que numa higiene...” (DOE-040708); “...No leito, usamos a tradicional bacia, com água quente, substituída mais vezes, e passamos a esponja encharcada, por todo o corpo, usando os passos de um banho, sempre no sentido da face para os membros...” (EE9-140608).

“...A enfermeira incide no tronco, dorso e membros. Aos genitais é concedido o mesmo tempo de lavagem e incidência que às outras partes do corpo. A roupa da cama fica encharcada...” (DO-080708), a orientação do banho de bem-estar e conforto ganha sentido e expressão no enfermeiro, com características do enfermeiro competente, proficiente, e perito de Benner (2005), e dos níveis 1 e 2 do banho assistido, neste estudo.

O banho estético, é usualmente efectuado no chuveiro, na posição de sentado, ou em pé na banheira, também em frente ao lavatório, ou no leito. É usada bastante água quente, preferencialmente corrente. Distingue-se das primeiras situações, pela implicação e determinação da pessoa doente. Esta, toma decisões no seu envolvimento, na hierarquização das acções durante o banho e ordena a utilização e sequência dos seus objectos pessoais, como sugerem os discursos: “...Sr.^a Enfermeira a água está morna quero mais quente (...) deixe cair, deixe (...) tenho gel na mesinha de cabeceira (...) já chega (...) não me deite água na cabeça fica p’ro fim (...) a cara trato dela no fim (...) agora já pode por na cabeça, (...) outra vez (...) passe mais água de cima para baixo (...) acho que pode fechar a água (...) visto primeiro as calças do pijama, a parte de cima é no fim (...) sabe, gosto de vestir esta perna primeiro, sempre fiz isso (...) sabe gosto de ficar cheirosa, agora eu já ponho o desodorizante, eu consigo...” (DO2-060608).

Podemos dizer que no banho estético, o doente gere as preferências sobre a temperatura da água, testa-a, escolhe os produtos do banho, impondo os pessoais (loção, sabão, gel, cremes hidratantes). Gere os momentos e a hierarquia da lavagem das partes do corpo, destaca e consome mais tempo nos cuidados da lavagem da cabeça, cabelo e face, deixando a boca para último lugar. O corpo é vestido segundo sequências e preferências de gestos do doente, “...no fim (...) o doente gosta de ficar em frente ao espelho, para se pentear, aplicar creme, desfazer a barba, maquilhar, apreciar a face, fazer o retoque na sobrancelha, no bigode, ou arranjar as roupas

interiores (...) são poucos os que usam o perfume. Esses pormenores fazem-no já no quarto, (...) um banho assim é demorado e exigente...” (EE14-170708).

Na unidade do doente, já em recato, é aplicado perfume, podendo reforçar-se o creme nas mãos e pernas, limpam-se as unhas e reforça-se o baton, e desfaz-se a barba.

Revela-se um banho demorado, para o enfermeiro. Exige a sua presença, a ajuda, mas também, o treino, orientação e ensino, nas acções. É uma forma de banho que contrasta com as restantes, no domínio das acções de autocuidado pelo doente, as quais são desenvolvidas e exercitadas para benefício próprio (Orem, 1993). Ele consegue preencher parte das acções e necessita do enfermeiro para as completar, ou terminar.

A participação do enfermeiro tende a inserir-se no sistema de parcialmente compensatório e no de educação e apoio (Orem, 1993), é precisa assistência da enfermagem e há um controlo por ambos os intervenientes. Permite a aproximação de hábitos próximos dos domiciliados. Significa preocupação em demonstrar e treinar capacidades, tendo em conta a alta clínica e o domínio de acções de autocuidado.

A noção de estética está associada às acções de enfermagem, da enfermeira perita no banho, porque tem experiência e compreende a situação, apreendendo o problema sem se perder (Benner, 2005), inclui-se no 1º nível de actuação no assistido.

No banho, a noção de estética liga-se à forma como o enfermeiro age e reorienta os cuidados, ou ainda, à: “...*Forma como se trabalha o que o doente precisa, se deixa o doente na cama, limpo e arrumado (...) penteado, de aspecto fresco, lençóis esticados, limpos e posicionado (...) gosto de ver e fazê-lo...*” (DOE-100708).

É um banho que representa o movimento do conhecimento, do pormenor, a arte e o criativo. Prática que supõe, não apenas aplicação dos conhecimentos na interacção com o doente, mas apropriação por processo singular, caminhando ambos no sentido do projecto de cuidados (Hesbeen, 2000; Kadner, 1994; Martins, 2009).

Em síntese, no estudo, o banho emerge associado a uma função terapêutica, para os enfermeiros, e também para os doentes. Na “função terapêutica do banho, para os doentes”, assumem significado as orientações: do banho higiénico, pela necessidade de promover o corpo limpo, a responsabilidade do cumprimento do código social em manter a sua higiene; do banho medicalizado, na medida em que atribui simbolicamente, poder curativo à água sobre a sua doença, de acção purificadora; e do banho de conforto, representado pelo asseio, o sentir-se bem consigo mesmo.

Na “função terapêutica do banho, para os enfermeiros”, emergem as orientações simbólicas: de banho higiénico; medicalizado, de conforto e bem-estar; e ainda o estético. Em cada uma destas, a distinção é operada tanto pela ordem e tipo de acções, como pela sua duração, frequência, modos de usar a água, formas de prescrição e significados.

Associadas às orientações do banho, emergem grupos de acções de enfermagem e *performances* que permitem ser aproximadas da classificação de Benner (2005), a desocultarem níveis de actuação no banho, como na actuação no banho assistido.

No contexto do banho, podem existir uma ou mais orientações, para cada um dos intervenientes, ou mesmo, coexistirem orientações e significados diferentes, a determinar as acções e *performance* na preparação. Nos banhos, a ordem na ritualidade das suas acções e *performance* sofrem adaptações dependendo da orientação na função, convertendo-o num instrumento de intervenção terapêutica.

Os enfermeiros nas acções do banho revelam um sentido de pertença a um grupo profissional, uma preocupação em revelar competência profissional, na “função terapêutica” há implicitamente uma entrega.

Anunciar do banho: uma síntese

Do contacto com os enfermeiros na prática dos cuidados no banho, “os bastidores do banho”, emblemáticos pela sua ordem e regularidade, enunciam a sua preparação. A “representação dos contextos de preparação” e a “*expressão performativa* no banho”, revelam-se determinantes significativos na leitura prévia do banho, precisamente, nos modos como essa “preparação” é percebida, no que os participantes mobilizam, onde circulam, como se relacionam, se articulam, e se vão reajustar *performativamente* nos cuidados à pessoa com dependência para o autocuidado higiene. A especificidade e usos dos espaços emergem associados a uma função, dando à preparação uma configuração e coreografia próprias, uma *expressão performativa*, que anuncia a natureza do banho. O tipo de dependência do doente e a organização e uso dos objectos orientam para uma situação de banho, e a solicitar uma *expressão performativa*. A representação do autocuidado higiene surge a caracterizar a linguagem do grupo e a conferir-lhe alteridade no diálogo nativo. Os bastidores do banho, enunciam no refinamento da preparação, as diferentes situações de banho, lendo-se a relação/implicação das orientações na sua função terapêutica. Os bastidores, revelam a preocupação do enfermeiro, a competência profissional, para a interacção no banho,

configurando-se em níveis da actuação, e de significado. A preparação robustece os profissionais, munindo-se com o possível para o imprevisível na interação do banho, interação humana entre duas pessoas. No anúncio do banho, lê-se a linguagem a usar no banho, na celebração do banho.

1.2.2. A celebração do banho

A partir dos dados da observação e entrevistas aos enfermeiros e doentes, no evento do “banho”, identificamos o construto “celebração do banho”²⁰. Surge na sequência do “anunciar do banho”, o qual abre o caminho à celebração do banho, através da sua preparação emblemática, o trabalho em bastidor.

“A celebração do banho” revela uma interacção de intensa actividade, entre dois mundos, o dos doentes e o dos profissionais, marcada por *performances*, uma ordem e a ritualidade de acções com o corpo do doente. Na Figura 18 é apresentada a estrutura categorizada do “processo de celebração do banho”.

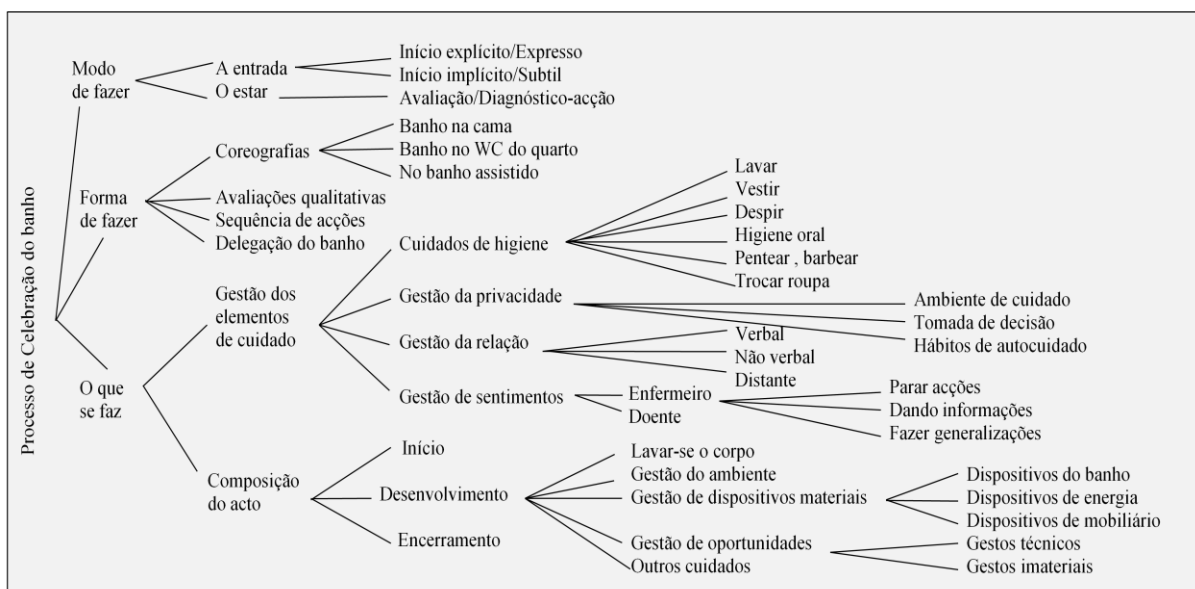


Figura 18. Processo de celebração do banho

O banho, gesto quotidiano, numa situação de fronteira, ganha sentido ao ser convertido na formalização da cerimónia, a “celebração do banho”, a ocupar lugar nas preocupações tanto dos profissionais como doentes.

²⁰ “O banho” é a designação local. “A Celebração do banho”, assume o significado da designação local, representando o processo de concretização, como um todo de cuidados na realização, mas a distinguir-se do *banho* enquanto etapa desse mesmo processo de concretização e do banho.

Por conseguinte, serão identificadas as características fundamentais da “celebração do banho”, sua evolução no processo de intervenção do enfermeiro nestes cuidados.

Modo de fazer o banho

Consideramos a intervenção no banho evolutiva, à semelhança de M. J. Lopes (2006). “O modo de fazer o banho” emerge com significado, a marcar o ritmo do banho e a impor organização nos cuidados durante o banho.

Os modos de entrar, embora possam ter-se iniciado de alguma forma na fase de preparação, fase ambígua, onde o enfermeiro aproveita e utiliza elementos para a intervenção, dando início a outro processo, este é *o início implícito ou subtil*.

O *início explícito* ou *expresso*, é marcado por elementos de fronteira, aprendidos e padronizados, constituindo-se em sinais emblemáticos no banho. Estes, expressos de forma sequencial, ocorrendo ou não em simultâneo, caracterizam explicitamente o “modo de entrar no banho”, o início do compasso, seja realizado na cama, no WC ou e no banho assistido: “...o enfermeiro entra no quarto equipado com indumentária do banho; fecha a porta; corre a cortina; faz gestão do espaço²¹ (progride da distância social, para a pessoal até à íntima, ou fixando-se numa destas distancias proxémicas)...” (DO-040408).

A continuidade e progressão da intervenção dos enfermeiros, em termos de avaliação da situação do doente no banho, o processo de avaliação diagnóstica como definiu M. J. Lopes (2006), ao estudar “A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica”, consideramos neste estudo, o “processo de avaliação/diagnóstico-acção”, a impor a especificidade no andamento rítmico do banho, “os modos de estar”, assinalar a entrega profissional.

Estando perante um processo de avaliação, iniciado anteriormente no “anunciar do banho”, enquanto preparação, agora é marca na “celebração do banho”, conferindo-lhe energia e movimento próprios. Cada acção de avaliação que o enfermeiro executa, constitui uma parte importante da cadeia de acções no banho, com função interdependente, como é descrito por M. J. Lopes (2006). Neste sentido, a informação recolhida até à entrada no banho é actualizada à medida que o banho acontece, emergindo como particularidade, o efeito de

²¹ Na cultura americana, identificaram-se quatro distâncias interpessoais que permitem analisar o tipo de relação existente ou pretendida: distância íntima de (0-50 cm), onde ocorre o contacto físico, o calor humano e a transmissão de odores; distância pessoal de (50 cm a 1,20m), utilizada na maior parte das interacções face-a-face; distância social (1,20m a 3,60m), onde não ocorre contacto físico porém existe contacto visual com o interlocutor; e a distância pública (acima de 3,60m), onde o contacto visual não é individual mas sim colectivo (Prochete & Silva, 2008).

reavaliação sistemática de todo o processo, mas simultaneamente a integrar os cuidados, numa lógica: avaliação/aprofundar-informação-criar/reavaliar. A avaliação e acção entrelaçam-se, o que vai ao encontro de Benner (2005) e é elucidado por M. J. Lopes (2006) de que nem sempre é uma componente diagnóstica consciente, com atribuição de um enunciado, como é referido nos discursos dos enfermeiros: “...faz-se um esforço por perceber a situação do doente, o importante de cada momento do banho (...) a meio surgem coisas inesperadas e dá-se resposta...” (EE-080608).

Os modos de estar, tornam o banho, como o reencontro *performativo* nas oportunidades de cuidados, pela dinâmica de reactualização e reconstrução constantes dos cuidados nesse processo, o qual se aproxima do realçado por Benner (2005), quando descreve o modo de agir das enfermeiras peritas, referindo “que têm uma enorme experiência, compreende, (...) de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis” (p.58).

O observado na prática dos enfermeiros parece orientar-se neste sentido, conjuga-se no banho a experiência e a atitude reflexiva numa base de envolvimento e preocupação, ajudando a perceber a actuação da enfermeira do nível três de Benner (2005).

Por outro lado, o *processo de avaliação/diagnóstico-acção* e a intervenção do enfermeiro com encadeamento de acções, revelam o modo de estar durante os cuidados no banho, numa relação espaço-tempo, do banho. A informação prévia permite actuar e ser reactualizada, em simultâneo, durante o mesmo. Característica que vai reorientar o enfermeiro nas acções no banho e na gestão *performativa*, nesse processo de intervenção terapêutica no banho. Características que ajudam a perceber que a acção no banho é permeável, em função da situação, não obedece a uma rotina (M. J. Lopes, 2006), porque esta mantém em vista o objectivo estabelecido para a qual é criada (Schmahl, 1964).

O enfermeiro pode, em simultâneo, executar e falar, olhar, observar e inspecionar, orientar, ensinar e negociar, mas também envolver-se emocionalmente durante o banho (Mercadier 2004; Orem, 1993; Wolf, 1993), e ajustar-se *performativamente*, como podemos contextualizar nos excertos: “...pensar que tenho aquele doente só para administrar um banho, é engano (...) tenho uma pessoa com receios, fora da casa dela (...) a quem vou ajudar no banho e só lá, se vêm coisas imprevistas, (...) ela vai ter reacções (...) o que sei dela é da passagem de turno, depois ao estar lá (...) tenho que adaptar-me...” (EE9-140608).

O modo *performativo* do enfermeiro torna-se contributo para o equilíbrio e bem-estar do doente no banho, na medida que tende a ajustar-se, com função terapêutica (Wolf, 1993),

também a sugerir (função de entrega) a preocupação do profissional em demonstrar a sua competência, criatividade e ajustamento na situação, afirmando-se, na opinião de Parker, Gardner e Wiltshire (1992). Porque fala e domina a linguagem do banho, porque é capaz, refere M. A. Lopes (1999), de descodificar a linguagem do corpo, produto de um todo envolvente, passado vivido, representações e projectos. Como uma enfermeira sublinha: “...o que sabemos e percebemos no doente e ainda, o que lhe fazemos implicam-se continuamente (...) por isso é difícil...” (EE1-50708).

Os modos *performativos* combinam a ordem das acções e o carácter evolutivo do *processo de avaliação/diagnóstico-acção* no momento do banho, em espiral, implicando-se, conferindo energia à evolução do banho, e ao plano de cuidados do doente, em sofrimento, trazendo a ordem aos cuidados, a ordem social no quarto, e no serviço, denotando-se preocupação no evitar o caos e o perigo (função de distanciamento, evitação), (Berger & Luckman, 1975).

Em síntese, “o modo de entrar “ e o “modo de estar” no banho caracterizam o “modo de fazer o banho”. A entrada, marca o início do banho, e o seu andamento surge pelas características do “modo de estar”: “processo de avaliação/diagnóstico-acção” que permite a reactualização do plano de cuidados do doente, assinalando o modo de entrega profissional. “Os modos de estar”, tornam o banho num reencontro *performativo*, pelas oportunidades de cuidados, dinâmica de reconstrução constante dos cuidados, e domínio da linguagem do banho. Eles combinam as sequências das acções e o “processo de avaliação/diagnóstico-acção” de forma evolutiva, levando energia à informação, ordem aos cuidados, e ao seu ambiente.

Forma de fazer o banho: requisição de entrega

O banho pode tomar formas diferentes, que permitem desenhar *formas coreográficas do banho*. O processo de cuidados é construído junto do doente e, como vimos, não pode representar-se numa linha de acção linear, tendo em conta a natureza do banho e o modo dinâmico de estar no banho, o que permite a leitura da realidade e responder de acordo com a situação (M. J. Lopes, 2006).

Não perdendo de vista que o modo de fornecer esses cuidados pode ser afectado pela influência da realidade clínica no próprio contexto, o qual, segundo Kleinman (1988) incorpora as crenças, as expectativas, as normas, os comportamentos e a comunicação relativa à doença e ao cuidado.

O *banho na cama*, o *banho assistido* e o *banho no WC do quarto*, revelam formas de proporcionar o banho ao doente com autocuidado comprometido. Cada uma delas revela coreografia e movimento diferentes. O local onde é realizado o banho dá o nome à forma do banho, ao aspecto exterior do quadro de cuidados, mas a representar o interior do banho, a significar configuração própria, a entrelaçar a situação de ajuda, as acções dos participantes, os objectos usados, numa intercepção de espaços e atenção *performativa*. Demonstram uma relação entre os gestos dos enfermeiros na interacção e o conhecimento usado, em movimento. Como reforçam os discursos:

“...num banho assistido, embora use muitas coisas do banho no leito, é mais demorado, está em causa o que se pode rentabilizar e reaproveitar do doente...” (DOE-050408); *“...em todos se lava o corpo do doente, só que na cama é o tradicional, a que o nosso imaginário nos leva logo...”* (EE13-150708).

Cada uma das coreografias representa para o enfermeiro a mobilização de saberes próprios, de arranjos orquestrais de cuidados a ajustar à resposta: *“...começo antes de lavar o corpo, depois à beira dele (...) cada um é diferente, todas as voltas chegam ao acto de o lavar (...) depois tento seguir os passos que aprendi (...) mas tenho uma pessoa à minha frente, vou lavá-la, mas (...) ele fala, ri, chora, tem pele macerada, enfim (...) temos que articular cuidados metemos isto ou aquilo, sem aldrabar (...) há sempre qualquer coisa de novo...”* (EE18-090908).

A partir da “entrada no banho”, do encontro enfermeiro-doente, uma série sequencial de acções encadeia-se e acontece. É nessa relação e numa sobreposição espaço-tempo que se mantém o processo e a sequência de acções mais ou menos padronizada, que compõe a linguagem nativa “padrão” do banho. Contudo, esta é surpreendida pela reactualização do conhecimento da situação do doente e conseqüente readaptação ou reformulação da acção e modos *performativos*, fazendo sobressair a criatividade, concedendo à linguagem a propriedade de ser polifónica.

Aquela sintonia, incorpora a preocupação e o aprimoramento profissional, na adaptação e mudança para actuar no banho, corroborando com alguns autores: na preocupação profissional em acompanhar e actuar nos avanços tecnológicos e terapêuticos, aumentar a eficiência, aliviar a ansiedade, vimos como aspectos positivos de Menzies (1960); com Parker (cit. por Philpin, 2002), como ritual de entrega, pela forma, na qual as enfermeiras mostram competência; com Holland (1993), porque não prejudica o cuidado individualizado ao doente, dada a permeabilidade nas preocupações; com Wolf (1888a), porque além do objectivo de observar a pele, oferece oportunidades de contacto, falando uma linguagem que lida com

necessidades humanas e ajusta respostas à condição do doente, melhorando-a; com Benner e Wrubel (cit. por Lawler, 2001), pela impossibilidade de haver interesse dos enfermeiros pelos doentes no banho, ajudando-os, sem se implicarem; com Turner (1982), por permitir abertura e deixar alertas aos ruídos; com Gennep (1978) e Holland (1999), ao lidar com as passagens das pessoas em ambiente de ambiguidade, o banho, e favorecer a mudança de situação.

A **sequência de acções**, as acções ritualizadas, usadas, são justificadas pela aprendizagem na formação académica, pela herança histórica, pelas formas instituídas de organização quer nos serviços hospitalares quer nos cuidados, pela influência de atitudes e crenças, pela procura da eficiência nos cuidados, pela redescoberta do doente, no reajustamento e repadronização dos cuidados, na gestão de stresse e de sentimentos, como os discursos revelam: “...acredito que o banho o acalma e refresca (...) ajudam a organizar os cuidados, senão fica-se perdida, e exploro a situação (...) à qual gostaria de dar mais, ter mais tempo (...) aprendi na escola de uma maneira que não esqueci, sei que às vezes custa a suportar o cheiro (...) mas faz parte da profissão...” (EE1-060608); “...é no banho que busco informação sobre o doente...” (DO-120408); “...uns cuidados no banho bem feitos, fica o doente satisfeito, e eu, fico com domínio da situação (...) é um momento de cuidados que dá segurança e controlo sobre o que se deve fazer e continuar (...) os serviços estão assim organizados (...) porque há um plano para actualizar...” (EE10-160608).

Justificações, muitas das quais externas aos enfermeiros (Walsh & Ford, 1990), daí estes se comportarem de acordo com normas e padrões habituais na posição e lugar que ocupam no serviço, conjugando o agir numa complexa rede de conhecimentos anteriores e actuais de cada doente (Ekman & Segesten, 1995).

Os enfermeiros fazem as suas **avaliações qualitativas**, ao combinar os sentidos (o tacto, olfacto, a visão), ao interpretar a condição do corpo, as expressões físicas, verbais e comportamentais do doente, pelo ajustamento do cuidado, pondo em prática capacidades cognitivas, afectivas e psicomotoras (Riley, 2004).

As formas de prescrição de enfermagem no e para o banho, não são dissociadas da avaliação do doente, mas combinam o pensamento crítico. Há uma quebra da monotonia, tal como diz Turner (1974), os rituais orientam-se como facilitadores de mudança, em especial nos ritos de transição, favorecendo o desenvolvimento e a transição para etapas seguintes, constituindo um apoio nos desempenhos, nas tarefas requeridas em cada etapa. Reparamos no relato da enfermeira: “...este doente surpreendeu-me, tentei o banho na cama (...) ontem colaborou bem, hoje não, começa a fazer força nos lábios, apertar a esponja com força, aperta as pernas, estava tenso (...) comecei a questiona-lo, pego daqui, pergunta dali, nada, (...) pego outra esponja e dá-me um

empurrão (...) atira-me com a água da bacia, molha-me (...) pus outra água outra espoja, já deixou, e percebi a outra água estava fria (...) mexeu comigo, ele tinha razão (...) o que é uma pessoa afásica? (...) passou-lhe tudo... ” (DOE-300308).

Isto também sugere um ritual terapêutico, ao cortar com o que sustenta uma mera atenção patológica, para criar outras expectativas e novas condutas. Concepções que condicionam posturas diferentes de cuidar (Novais, 2003).

Aparentemente dissociada desta avaliação emerge no cumprimento da prescrição do banho no hospital, o institucionalizado. Contudo, lidam com o doente, ajudam a manter uma ordem, fomentando uma prática incorporada da realidade organizacional e cultural (Zago, 1994; 2003), de domínio dos profissionais (De Luca, 1995), como nos discurso é argumentado: *“...dar um banho é trivial, faz parte da profissão e do serviço (...) tem que ser feito...” (DOE-060408).*

Uma outra forma aparentemente dissociada, vem do entendimento dos doentes, é a prescrita pela farda do enfermeiro: *“...ao olhar de manhã para o enfermeiro de branco já sei é a hora de tomar banho...” (DOD-200308); “...ao vê-lo acabou-se a cama, toca a lavar ...” (DOD-120408); “...o enfermeiro é a autoridade para desinfectar o corpo (...) basta olhá-lo de branco lembra logo a limpeza e da alvura...” (ED1 - 070708).* Para o doente, a farda do enfermeiro sugere o banho, representa o trabalho e papel do enfermeiro, a aparecer todos os dias, à mesma hora, a assegurar a higiene. A farda, a etiqueta do estatuto, revela-se no banho, símbolo de poder sobre o doente, no comando e responsabilidade, e na direcção dos cuidados no banho (Gândara, 1998).

A **delegação do banho**, uma outra forma de conseguir fazer o banho, uma afirmação do “subpoder” (Carapinheiro, 1993) e também de fuga (Mercadier, 2004), pela delegação no auxiliar de acção médica das acções no banho, ou parte destas. Na base da delegação, emerge um trabalho inferior e menor, reconhecido socialmente por ser duro, trabalhoso, sujo e desconfortável, sem necessidade de investimento, por exigir conhecimentos pouco profundos (M. A. Lopes, 2005; T. C. Lima, 2008; Sandelowsky, 2002): *“...Fazer higenes não é fácil, é sujo, daí, muitos não gostarem (...) dá cheiro e vômitos, é desagradável às vezes, mas tem que ser, somos enfermeiros, já sabíamos o que nos esperava (...) outros dão-lhe um tiro e aí, vai (...) p’ra auxiliar direitinho ...” (EE16-210708).*

Atitude que se revê no já descrito, sobre as marcas da desvalorização do que têm sido os cuidados ao corpo (Collière, 1989; Corbin 1982; Domingues, 1994; M. A. Costa, 2006; M. A.

Lopes, 1994, 1999, 2005; Mercadier, 2004; M. J. Silva, 2006; Vigarelho, 1985), mas ainda com Goffman (1996), a assinalar nesta cultura local, focos dessa desvalorização no banho.

Em síntese, “a forma de fazer o banho” é caracterizada por formas coreográficas, com movimentos diferentes, associadas a tipos de banho, a representar a complexidade do interior do cuidado, e a atenção *performativa* (a relação de gestos, interação, conhecimento em movimento e arranjos orquestrais de acções), o sentido da linguagem polifónica, e a sintonia da criatividade, no aprimoramento profissional.

As “acções ritualizadas”, traduzem situações polarizadas da sua centralidade prescritiva: a centrada no doente, e de (re)descoberta, e a prescrita por formas institucionalizadas, a centralizada na tarefa e na normatividade. Nas “avaliações qualitativas”, as posições da enfermagem estão associadas a avaliações do doente, contrariando a monotonia, constituindo-se um apoio aos cuidados. As subcategorias traduzem o movimento e complexidade da forma de fazer o banho, com necessidade de entrega.

O que se faz no banho: a entrega profissional

O cuidar dos enfermeiros durante o banho é traduzido pelos domínios “gestão dos elementos de cuidado no banho” e “composição do acto do banho”, sugeridos pelo movimento dos grupos de acções, caracterizadoras do que é dito é feito no banho (Figura 19). Resultam dos cuidados que, associados, se complementam na função do banho, entrando no processo de cuidados, elementos do prestador e os elementos do doente.

São cuidados que nos convidam a dialogar com Collière (1989), pela particularidade do corpo do prestador de cuidados, instrumento particular e “mediador” dos cuidados.

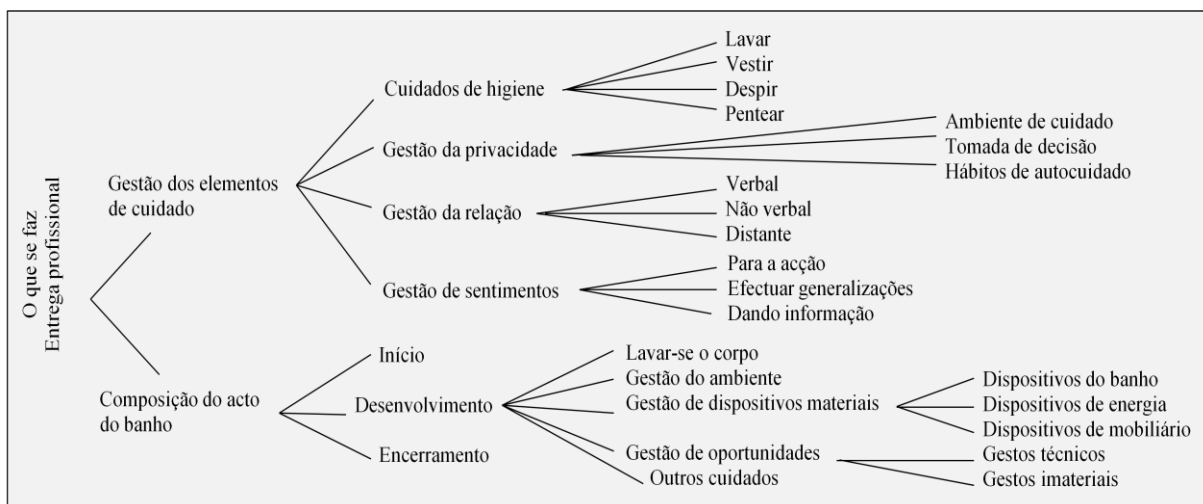


Figura 19. Caracterização do domínio, “o que se faz no banho”

Gestão dos elementos de cuidado

O processo de cuidados no banho, resulta do reagrupamento de acções que o corpo do enfermeiro desenvolve tanto com as mãos, com os sentidos e com os discursos.

Como no descrito nos manuais (Bolander, 1998; IGIF, 2001), também no nosso estudo encontramos um leque de cuidados orientados para *a higiene do corpo*, nomeadamente: o lavar e secar o corpo, aplicar creme, massajar, vestir e despir, pentear e lavar a boca (Figura 20). Segundo os participantes no estudo, “...estes são elementos que fazem parte do que deve ser feito no banho e são aprendidos nos percursos académicos...” (EE17-010908).



Figura 20. Cuidados para a higiene do corpo

Imbricados nestes elementos estão os da *gestão da privacidade do doente*, como sendo: “...o respeito pelo pudor, privacidade, os hábitos e vontade...” (EEP-070708); “...as recomendações e os princípios atender nos gestos e usos das coisas específicas, nas etapas a percorrer para efectuar os cuidados de higiene...” (EEP-070708).

O uso desta sequência ritualizada de cuidados na higiene, o “esqueleto” (Mercadier, 2004), ao combinar com os elementos da *gestão da privacidade*, confere permeabilidade ao cuidado no banho, assinalando novo sentido à acção e ao carácter de mudança no estado do doente, ao seu bem-estar. Esses sentidos assumem significados diferentes, consoante os níveis de actuação (Benner, 2005), e o banho é referido como criativo e a sugerir enfermagem (Wolf, 1988a, 1988b).

Os cuidados de higiene, para os enfermeiros significam manter o corpo limpo, “lavar o corpo”, tornando-se completo com integração de acções de enfermagem específicas, que se complementam numa evolução sequencial, para o conseguir. Assim, para o enfermeiro: “...o normal é lavar a cara, olhos, tronco corpo, genitais, pernas e costas (...). Lavar todo o corpo, e secá-lo...” (DOE-050508).

A massagem e aplicar creme emergem associadas, nos discursos e registos dos enfermeiros, contrastando na sua expressão ao atribuírem o significado de massagem²² à acção de aplicar creme. Representam acções de conforto e hidratação da pele: “...Aplico o creme para hidratar e ficarem mais confortáveis...” (EE2-080608).

A completar os cuidados na higiene do corpo, vem associar-se “o trocar a roupa da cama”, eliminando possibilidades de contaminação por fluidos e sujidades, prática tão defendida por Nightingale (2005).

“O cuidado de higiene oral”, difícil de concretizar, é evitado, quer pela perícia técnica quer pela relacional que exige, face aos odores. Resulta num cuidado instrumentalizado e concluído rapidamente. Razões que levam o enfermeiro a usar gestos precisos e breves, durante a exposição, e a enfatizar o sentido de auto protecção. Para os enfermeiros, lavar a boca é um gesto perigoso e aborrecido, para os doentes é bruto e técnico, como é aludido nos discursos:

Para o enfermeiro, “...A higiene oral não é fácil de fazer, é preciso habilidade, e eles não deixam...” (DOE-070508); “...dá-me vómitos algumas bocas, mas tem que ser feita (...) confesso que me afasto para não levar com nada na minha cara (...) reconheço que evito fazer isso (...) dá vómitos...” (DOE-080408).

Para o doente, “...O meu sacrifício era ao me lavarem a boca (...) reagi mal, aquelas coisas que metiam na boca, eram duras e desagradáveis era atormentador, uma violência...” (ED11-051008); “...ao lavarem a boca (...) magoavam...” (DOD080408).

Assiste-se ao afastamento simbólico, relacionado com o impacto dos odores, e a perturbação orgânica descrita por Douglas (1992), e corroborada por Goffman (1996).

O “despir” e “vestir”, revelam-se inerentes aos cuidados, por não ser: “...habitual lavar o corpo sem despir a pessoa e mesmo pela necessidade de substituir as peças de roupa sujas, por limpas, como práticas integrantes da higiene actual...” (DOE-220608).

Prática que nos distancia da visão que presidiu a práticas de higiene no ocidente, por ser a camisa que lavava o corpo e não a água (Vigarello, 1985). “O despir” e “vestir” são cuidados que visam proteger o corpo dos olhares sociais, de conforto para o doente: e que reclama nos

²² Massagem deriva etimologicamente do grego *massaein*-amassar; do árabe *mass*-palpar; e do hebraico *machech*-tactear. Toque de massagem “é um acto privilegiado que nos permite comunicar calor humano (...) a escuta do corpo através do estímulo do toque-massagem é uma das respostas a propor às pessoas cuidadas com perda de autonomia. Instrumento de enriquecimento dos cuidados (...) é simultaneamente um processo e um meio de intervenção...” (Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos [SFAP], 2000).

discursos: “...Não gosto de ficar sem nada no corpo, falta-me tudo...” (EED7-160808); “...uma e depois outra pessoa, entra sempre gente ... fico constrangida...” (DOD-040508).

Ficar destapada gera constrangimento no doente, sugerindo não serem respeitados os valores sociais impostos pelo processo civilizacional, como frisa M. A Lopes (2006).

Na verdade, também serve de conforto para o enfermeiro, enquanto protecção do corpo nu do doente, “...Estamos habituados (...) mas não gosto de ver, mexe sempre (...) nem de sentir-me nessa pele...” (DOE-180608), “...se poder vou vestindo por partes...” (DOE-140408).

Gestos, que se associam a sentimentos de pudor, em volta da sexualidade, na opinião de A. Ribeiro (2005), ostentando uma cortina, aos constrangimentos, tentando dominar as pulsões e as emoções (Elias, 2006; M. A. Lopes, 2006; Mercadier, 2004).

“O pentear”, é um cuidado de final de banho, de pormenor para imagem física do corpo e da pessoa doente. Pentear sugere, acima de tudo, um enfermeiro cuidadoso: “...o doente penteado, está arrumadinho (...) não há desleixo, depois somos nós, é a nossa imagem (...) ninguém gosta ser apontado, (...) depois, liga-se logo, quem foi?...” (EE22-301008).

O aspecto do doente no final do banho, é a imagem dos cuidados prestados no banho, traduz a forma de cuidar, do enfermeiro prestador. Isto vem do que implicitamente os enfermeiros revelam nas suas preocupações e condenam nas situações encontradas: “...logo se vê quem passou por aqui (...) nem se tocou no cabelo...” (DOE-11008), e uma doente refere: “sabemos que uns têm esse cuidado, outros valha-me Deus...” (DOD-140508).

Os cuidados de higiene ao corpo do doente projectam a imagem do prestador perante o doente e o grupo, aos olhares de outros saberes. Eles são uma parte da afirmação profissional do enfermeiro (Wolf, 1988a).

Sobre a *gestão de privacidade* no banho, o enfermeiro expressa no encadeamento das acções no banho, a sua atenção, a uma emblemática preocupação com “ambiente de cuidado”, traduzida essencialmente pela mobilização e uso dos dispositivos de privacidade, enunciados pela organização dos objectos de banho, uso das barreiras de protecção e na regulação da temperatura da água e do lugar do banho. A preocupação no “ambiente de cuidado”, muito defendida nas justificações e discursos dos enfermeiros, mas nem sempre, são prontamente aplicados, como uma das enfermeiras refere: “...é importante correr a cortina, fechar a porta (...) todos sabemos (...) mas às vezes estamos tão envolvidos que fica a meia aste, e já vamos a meio do banho...” (EE6-120608). Outras características como a “decisão para o banho” e os “hábitos de autocuidado”, emergem a anunciar a centralidade do cuidado no banho, na gestão da

privacidade. Na tomada de “decisão para o banho”, o consentimento do doente normalmente presumido, sobressaem acções, marcadas por investidas do controlo profissional sobre o corpo do doente, aparentando estar perante um controlo minucioso das operações sobre o corpo, impondo uma relação de docilidade-utilidade (Foucault, 2005). A preservação de “hábitos de autocuidado”, mais presente no cuidado ao doente que consegue levantar-se, e no parcialmente dependente, revela-se frequentemente, na cedência, para o uso de roupas e instrumentos de higiene oral pessoais, remetendo para um lugar mudo, a relação privada e individualizada com a água, os produtos de higiene, e a própria noção de sujo e limpo. (Mattoso, 2011), o que é reforçado pelo discurso de um doente: “...em casa não preciso de banho todos os dias, aqui é assim...não me sinto sujo, mas eles acham...” (DOD-080808).

A tomada de decisão e hábitos de autocuidado, sugerem acções de intromissão, todavia cuidar não é uma atitude passiva (Hesbeen, 2004). A atenção sobre o conjunto de cuidados na “gestão da privacidade”, caracteriza o investimento profissional e a centralidade do cuidado.

Um outro agrupamento de cuidados, *os cuidados na relação*, permitem que as acções aconteçam e desencadeiem um efeito. A “comunicação verbal”, a “não verbal”, a “comunicação técnica”, e a “comunicação distante”, são formas que expressam sentidos diferentes, enquanto ferramentas que suportam os cuidados durante o banho.

O uso da “forma verbal” e a “não verbal” conduzem ao envolvimento do doente, a gerir oportunidade de cuidados, a conhecer melhor o doente e a redescobri-lo. O uso de gestos e palavras suaves e de confiança, torna-se estímulo e incentivo, levando à expressão no doente de atitudes de maior adesão e envolvimento nesses cuidados. Significa, para ambos, atenção e preocupação com a situação do doente. A comunicação utilizada na relação interpessoal estabelecida é, segundo M. J. Lopes (2006), influenciada por ambos e pelo contexto de interacção social onde decorre. É um tipo de comunicação centrada na intenção de: “...ajudar o doente a tornar-se mais independente na situação de doença, nos cuidados no banho, até em se ajustar o conforto...” (DOE-200808); “...logo que fale, que nos dê uma palavra, é bom...” (DOD-12704708).

Característica que para o doente é terapêutica por si, mas permite também o crescimento da enfermeira (Basto, 1998). Ferramenta e atitude profissional promotora de confiança e bem-estar (M. A. Costa, 2006). É o enfermeiro considerado pelo doente de: “...profissional atencioso e atento, porque não lhe passam as coisas...” (DOD-120408), e para o enfermeiro, é: “...um doente colaborante, mostra vontade (...) até é bonzinho, muito receptivo (...) deitado dá-se bem o banho...” (DOE-220408).

A caracterizar a “comunicação técnica”, ganham forma as explicações e ordens dos enfermeiros durante as acções no banho, dizendo um deles: “...para o doente é importante explicar o que é preciso e correcto (...) o resto é preocupá-los...” (EE22-301008).

Pelo modo incisivo revela-se uma ferramenta defensiva na interacção, a resgatar estatuto, aproximando-se do “estilo cirúrgico”, apontado por Pouchelle (1995) ou do instrumental de M. J. Silva (2006), impondo distanciação psicológica (A. Ribeiro, 2005).

A forma usada de “comunicação distante”, com ou sem troca de palavras, assume significado pelo diálogo solto, conversas laterais com outros, e não com doente, durante o banho. Passivo e despojado da sua identidade, é reduzido a um corpo nu, exposto. Aí, é barreira, entre enfermeiros e doentes, como uma enfermeira comenta “...porque o sofrimento incomoda-me, perturba-me...” (DOE-220408), o que se justifica, segundo Menzies (1960) como uma defesa contra a ansiedade.

Por outro lado, também é usada por centrar as suas preocupações no doente, sem falar para ele, a que Basto (1998) se refere como informal, apesar de não ser terapêutica: “...a enfermeira enquanto seca o corpo da doente, fala alto a pedir uma fralda à auxiliar (...) entra o médico que lhe pergunta se foi preciso aumentar oxigénio de noite...” (DO-280408).

Na *gestão de sentimentos no banho* encontramos estratégias de resposta por parte dos enfermeiros como: “parar as acções no banho” para escutar o doente; informar o doente, envolvê-lo ao seu ritmo, estimular para autonomia, transmitir segurança, que se complementam, entendendo-se como sinais da presença do enfermeiro, a oferecer a sua disponibilidade na interacção, facultando permeabilidades. Também, manifestações de preservação do pudor que ajudam o doente a sentir-se respeitado, e aceitar melhor a sua situação de dependência no banho (M. A. Lopes, 1994).

Nas estratégias de “dando informação” e “efectuar generalizações”, o enfermeiro não pára a sequência das acções. Situações que se enquadram em contextos de diálogo curto, reconduzindo o drama actual do doente para a situação patológica e clínica, anunciando a sua emancipação e suavização com o decorrer do tempo, como se denota no discurso: “...a pele é sensível, isso passa, (...) depois habitua-se e fica sem vergonha no banho...” (DOE-120408).

Os doentes entendem as respostas, “dando a informação” e “efectuar generalizações”, como a relativização de si, da sua individualidade, na atenção dada à higiene do seu “corpo-objecto” (Mercadier, 2004), como se uma seta o penetrasse (Renaud, 1990), dado o pudor e a vergonha serem hábitos cultivados (Elias, 2006). Cuidados que suportam sentimentos negativos, de

insatisfação, silenciados ou mesmo reprimidos, nos doentes, a indicar o “resvalo da técnica” (M. A. Costa, 2006), como sugere o relato: “...vêm e fazem, (...) parece que lavam numa pedra (...) eu não digo nada...” (DOD-060508); “...é importante dar banho (...) mas sinto-me desprotegida, nua (...) uma Zé ninguém (...) na verdade eu não posso...” (DOD-140508).

O pudor está presente no banho, e diariamente os enfermeiros nas suas abordagens, sem se aperceberem, violam o corpo e os pudores dos doentes, expondo a sua intimidade (Augusto et al., 2004; M. A. Lopes, 1994; M. J. Almeida, 1997).

Sobre “Sentimentos manifestados pelo doente no banho”, destacamos: momento que nunca mais acaba; impotência por não conseguir tomar banho só; estranheza pela limitação da água; vergonha em estar nu; resignação, com presença de estranhos; revolta pela dependência física; alívio da cama; felicidade por vestir a roupa pessoal; tristeza pela noção do limite físico; desagradável por ser na cama; segurança por ter pessoas ajudar; de conforto num momento de sofrimento; respeito pelo trabalho dos enfermeiros. Dos relatos transcrevemos: “...mergulhei fundo (...) eles, nunca poderão dar o banho como eu. Fazem aproximações, são remendos delicados, mas que admiro...” (ED2-070708); “virei a cara (...) quando a enfermeira me lavava (...) fiz-me forte (...) teve que ser (...) é indescritível a tristeza da limitação numa coisa destas...” (DOD-080808).

São os sentimentos a mobilizar trabalho implícito do enfermeiro, descortinados naquilo que o doente faz, verbaliza, esconde, olha, deseja e rejeita. Segundo o estudo de M. J. Lopes (2006), a atitude da enfermeira passa por introduzir na resposta, instrumentos de promoção de confiança, (racionalização, desmistificação e não generalização) e de incentivo da esperança e perseverança. Isto porque cuidar da “...higiene nunca é aceite de bom grado, na melhor das situações é tolerada...” (SFAP, 2000).

Relativamente aos “sentimentos manifestados pelo enfermeiro com o banho do doente”, são tidos como: um momento pesado; tarefa dura de ultrapassar; divertido; impotência por não conseguir dar o que o doente precisa; trabalho nunca acabado; conflito por não ter tempo para mais; desafio miudinho de doente para doente; não há receita; colocar-se no lugar do outro; alívio depois de terminar; trabalho básico; responsabilidade; momento desgastante; revolta; desconfortável. Extraímos dos relatos: “...revolta-me, (...) cuidados tão rápidos, tão apressados (...) deveria ser um ritual íntimo, tanto damos um banho em cinco minutos, como em vinte...” (EE6-120608); “...primeira regra, um doente uma situação, segunda regra, dias diferentes situações diferentes (...) é o momento de mais partilha, e conversa, (...) trabalhoso física e psicologicamente”

(EE11-160608); “...acaba por ser divertido (...) e um desafio de doente para doente (...) percebe-se nele se está a ser desconfortável (...) ou estamos a mais...” (EE18-090908).

A gestão de sentimentos passa pela procura constante do ajustamento do cuidado na interacção de uma intervenção terapêutica, como M. J. Lopes (2006) realçou, num fenómeno complexo a responder com uma intervenção complexa.

No banho, encontro de proximidade entre enfermeiro e doente a implicar o desnudamento do corpo, que ao ser tocado e exposto, também gera sentimentos no enfermeiro (Almeida, 1997; A. Ribeiro 2005; Augusto et al., 2004; M. A. Lopes, 1994; Mercadier, 2004; Riley, 2004; Santos et al., 2010). Desperta-o para a noção do limite ao partilhar da experiência que o doente vive no banho, ganhando sentido para si, estar em sintonia com as preocupações do doente. O banho sugere ser um cuidado balanceador, ou seja, tem a ver com o estado e situação do doente num momento. Assim, o banho fala sentimentos no enfermeiro que validam o próprio cuidado, se desejado ou rejeitado, de conforto ou desconforto, incluindo a *performance* profissional.

Em síntese, na “gestão de elementos de cuidado no banho”, emerge com significado no processo de cuidados: os cuidados de higiene, gestão de privacidade, cuidados de relação e gestão de sentimentos. Os primeiros apresentam-se como a cadeia central de sequência, os restantes entrelaçam-na continuamente, completando-a e fazendo a composição dos cuidados no banho. O espaçamento desse entrelaçado sugere o uso da permeabilidade, níveis de actuação e a centralidade da *performance*.

Composição do acto do banho

Das formas de proporcionar o banho, “o banho na cama” é por excelência aquele que o enfermeiro associa ao doente dependente no autocuidado higiene, pela própria natureza e representações do banho, torna-se na forma a que o enfermeiro mais usa e recorre. Do trabalho de campo salientamos: “...é-me mais fácil dar banho na cama e depois levantar a doente, do que andar imenso tempo com ele pelo corredor, às vezes é possível, mas não há tempo. Não é correcto, mas é feita a higiene, faz o seu levante depois e anda no quarto...” (DOE-190508).

O domínio ***composição do acto*** emerge no estudo, como o conceber da cerimónia, o atender no acto do banho. Para os participantes, um *início*, um *desenvolvimento* e o *encerramento* marcam os momentos *performativos* visíveis nessa composição, que esquematizamos na Figura 21.

O *início*, com características a que já aludimos no modo de fazer o banho, sobressai aqui, pelo uso de gestos indutores da privacidade do doente, limitadores de outros olhares, são os sinais de alerta para o andamento, de imposição do domínio profissional, e instalação progressiva, fazem a transição para o *acto*, o *desenvolvimento*, como uma enfermeira comenta: “...começo sempre por fechar a porta (...) depois a cortina (...) seja no WC, no quarto...” (DOE-160408).



Figura 21. Domínio “composição do acto”

O esquema descrito nos manuais sobre os procedimentos no banho (linguagem holística do banho), sofre adaptações no contexto em estudo, e o posicionamento dos participantes envolvidos obedecem a essas regras, às documentais, e a papéis sociais locais: o do doente, do enfermeiro e do auxiliar.

Ser dependente para o banho está associado ao doente na posição de deitado, a gestos anunciados, a ditar os procedimentos: “...agora vamos ao banho (...) [e baixa as grades da cama]” (DOE-040408); “...vamos levantar p’ro banhito... [levantando o lençol]...” (DOE-220808); “...afasta o lençol de cima e retira a almofada da cabeça do doente...” (DOE-120408); “...como vamos fazer Sr. Alves (...) começamos por escolher uma roupita...” (DOE-140408).

Estamos no *acto do banho*, no *desenvolvimento*, a passagem é sequenciada e fluiu naturalmente. A actuação sequencial assegura a higiene do corpo, os cuidados considerados básicos na higiene diária e social do corpo, que para os enfermeiros é: “...falar da lavagem da face, corpo, genitais, mobilizar e vestir...” (DO1-230508). Relemos nas preocupações actuais, a carga histórica da higiene, o papel da aparência, do visível do corpo ou ainda dos odores (Cabanis, cit. por Corbin, 1982; Mattoso, 2011; Vigarelho, 1985), pela priorização em lavar algumas das partes do corpo, apresentação social e disponibilização do corpo aos outros, merecendo a aplicação de gestos específicos e obrigatórios, a incidir nessas partes que sugerem o sujo, e que os discursos retratam: “...um banho tem que se ir à cara, mãos, genitais e pés (...) tem que ser (...) até em nós...” (EE4-100608); “...Ao falar em banho, no meu pensamento está associado a uma serie de passos...” (DOE-120608).

A sequência dos passos, característica emblemática na celebração do *cuidado em acto*, o *desenvolvimento*, obedece ao esquema aprendido e interiorizado, por si só, a sugerir ritualização. O seu encadeamento constitui o cuidado no banho, “o lavar-se o corpo”, cuidado básico, mas o contexto e a natureza da interacção relacional são determinantes na construção e condução desse cuidado, encontrando-se com o descrito por M. J. Lopes (2006) sobre a relação interpessoal na interacção, e que já aludimos nos elementos de cuidado no banho.

Os doentes conseguem distinguir os enfermeiros pela forma de usar esses passos: os tidos como frios e impessoais, desculpando-os, por ser natural na profissão, conduzindo-os à resignação, ao conformismo; e o enfermeiro humano e afável porque os satisfaz e respeita dentro do possível no banho. O doente aprende a avaliar o profissional, à semelhança de Maciel e Bocchi (2006), e considera-o apto ou não apto. Ora vejamos do trabalho de campo: “...é tudo muito rápido (...) não se fala conosco, para eles é normal, somos todos iguais, (...) faz parte do trabalho deles (...) nós temos que nos habituar...” (DOD-060608); “...mas há outros que ao lavar perguntam (...) esperam pelo meu ritmo (...) têm outra atenção (...) agente fica satisfeita, são humanos...” (DOD-120408).

Concepções que ajudam a perceber as formas de cuidados emergentes no estudo, a relação corpo-objecto e a do corpo-sujeito, como emergiram nos estudos realizados por M. A. Lopes (1999), M. J. Silva (2006) e outros. Emergem propriedades de desconforto do doente e poder nestes cuidados, o que Cosier (1993, cit. por Mercadier, 2004) identificou como “rituais de separação”, ao despojar o doente de si, ao desnudá-lo: das roupas que veste; dos hábitos de que se constituiu; do aconchego que o corpo pede; do que lhe é íntimo no seu corpo. Acções a sobressair de expressões formalizadas como: “vamos tirar o casaco (...) feche os olhos para lavar a cara...” (DOE-300308); “...abra os joelhos (...) vamos virar para cá (...) agora fica com a nossa camisa...” (DOE-180406).

Aspectos negativos a emergirem na situação, como a falta de respeito pela individualidade na relação no banho, à semelhança do estudo sobre a percepção do doente no banho de Nakatani, Souza, Gomes e Sousa (2004), Neves (2004) e de I. Pupulim e Sawada (2002), ao arguirem ser uma invasão forçada, ferindo o equilíbrio interior.

Mas a permeabilidade, propriedade da interacção, emerge no papel de veículo à reactualização e reajustamento dos cuidados à situação, de forma contínua, para muitos dos enfermeiros. Confere a abertura à reorientação do cuidado. Aqui, a padronização dos passos surge para o enfermeiro: “...como uma referência, uma linha orientadora para não se perder...” (DO3-50508).

A linguagem holística do banho aprendida, adaptada e vivida, transforma-se na linguagem nativa “padrão”, a qual, à medida que é interceptada pelo reajustamento de acções, no seu andamento, torna-se criativa: “...nem sempre sigo do mesmo modo, do princípio ao fim (...) aparece-me uma agitação, uma ferida (...) e paro de lavar, (...) depois completo. São uma orientação (...) não está na minha cabeça ser rígido, (...) eles fazem falta porque uma actividade tem principio meio e fim (...) mas o doente pode fazer alguma coisa (...) tantas vezes um passo do fim é feito no meio...” (EE23-011108).

Os passos são referências, e o enfermeiro é pertinente e hábil quando consegue interceptá-las criativamente com “gestão das oportunidades”, outro termo caracterizador do *desenvolvimento do banho*, de forma a torná-los mais eficazes e reajustados, o que é *performativamente* visível, e os relato da enfermeira sugere: “...já viu o trabalho que este banho deu (...) um banho que foi sentado na cama e deitado, a ascite não facilita, depois tem bradicardias (...) e dieta zero, não bebe, a pedir água (...) e ainda por cima a mexer nela (...) é difícil (...) não dava para lavar e secar sózinha (...) ainda bem que comecei por ele (...) ontem tinha autonomia, hoje não...” (DOE-120608).

A relação enfermeiro-doente é um processo que se vai desenvolvendo à medida que a interacção acontece no banho, ganhando pertinência e lugar, a relação de confiança emerge, não no primeiro momento mas vai-se construindo, como sublinha M. J. Almeida (1997) e um dos doentes expressa: “...é difícil no início (...) mas depois uma pessoa adapta-se, e eles começam a conhecer-nos melhor (...) até se brinca...” (DOD-050508).

Isto sugere a gestão da relação profissional, a caracterizar a forma de fazer em “acto” do banho, a qual traduz o uso da relação técnico-instrumental, ou da relação de proximidade na interacção no banho. Reflecte a harmonia ou desarmonia em termos de combinação ou isolamento do uso das características: “o lavar-se o corpo” e “gestão de oportunidades”.

Tornam-se relevantes as duas formas de implicação do enfermeiro, para ultrapassar o confronto com o corpo durante o banho. O resguardar-se em si, usando uma linguagem que impõem na *performance* do seu corpo para controlar as suas acções, manifestando atenção ao que o rodeia no quarto do doente, por outro lado, o enfermeiro enfrenta a situação de cuidados ao corpo, implicando-se e investindo na interacção. A propósito, Benner e Wrubel (cit. por Lawler, 2001), consideram quase impossível que os enfermeiros ajudem sem um certo envolvimento e implicação.

A “gestão do ambiente do banho” representa o cuidado com elementos amenizadores, na unidade do doente, a propósito recordamos a representação esquemática da Figura 8, que

sugere a possibilidade de ocorrerem três banhos em simultâneo, no quarto, no espaço da doença (Mercadier, 2004) a oferecer a desprivatização do espaço e do corpo.

Durante a azáfama do banho, além dos profissionais envolvidos nas três unidades, os espaços comuns do quarto (Figura 8) são ocupados pelos materiais e equipamentos. O doente convive com a azáfama do banho, com os odores, os ruídos, os corpos e intimidades dos outros doentes. Sente e assiste ao riso, ao humor, às anedotas ou acertos de trocas de turno, entre os profissionais, dentro do quarto, escapando estes à situação pesada na interacção, no banho, como os excertos aludem: “[gargalhada do par] ...enquanto contava o seu episódio da remoção de mel nas colmeias... - vire p’ra aqui diz o enfermeiro (...) continuam a lavar o dorso do doente (...) [nova gargalhada, pelo volume de picadas das abelhas]...” (DOE- 130508); “...tem que se dizer alguma coisa (...) isto já não é agradável (...) mudos então...” (DOE-150508).

Os profissionais dispostos lateralmente à cama do doente, redesenham movimentos entre a cabeceira e o fundo da cama, fazendo a “gestão do uso dos dispositivos materiais”, os “usos do mobiliário” (cama, mesa de cabeceira, mesa de leito e cadeira), dos “dispositivos de energia” (campainha, oxigénio, luz), dos “dispositivos do banho” (recipientes do banho, copo de água, roupas, creme hidratante).

O enfermeiro controla os cuidados, posicionando-se estrategicamente do lado que favoreça os cuidados técnico-instrumentais e de relação sobre o corpo deitado, vejamos a nota de campo: “...é habitual depois de colocar a água na bacia e o gel, retirar a roupa da cama, soltar o lençol da base (...) depois começo pela cara, vou falando para o doente e vejo como reage, também brinco, gosto disso (...) passo ao pescoço, braços, tronco pernas, depois vou aos genitais, com ajuda da auxiliar, viramos o doente em bloco, (...) sem ser saco de batatas, (...) aí lavo as costas do doente, seco-o, se tiver auxiliar é ela. A cabeça nem sempre lavo, depende da situação. Ponho creme para hidratar a pele, e com o doente de lado, aproveito e começo a preparar a roupa da cama desse lado, meto logo a fralda. Vira-se o doente de posição e do outro lado puxa-se a roupa limpa e a fralda, deixamos o doente na horizontal. Começamos a vestir o doente, e fecho a fralda. Colocamos a roupa de cima da cama, ajeitam-se os tubos e sondas, posicionamos o doente, puxamos as grades da cama se for necessário (...) cada banho é diferente, as limitações deles ajudam-nos a fazer isto ou aquilo desta ou daquela forma. Resumi o banho, nos livros enchem muitas páginas (...) falta dizer outras coisas como envolver o doente, para o libertar da prisão da dependência, incentivá-lo, usar as suas coisas, ouvi-lo, e faço, faço, isso (...) depende de quem tenho à frente e do que precisa de mim e do que posso fazer com ele...” (DOE-140608).

A “gestão de oportunidades” abre-se às possibilidades dos gestos, denotando-se em níveis de actuação (Benner, 2005). Os “gestos técnicos” no banho não impedem de estar atento,

observar, avaliar e actuar. Daí, na situação do banho o gesto técnico não ser puro, nem gesto seco, dada a sequência de passos decorrer numa relação entre duas pessoas, que ao ser interceptada, o enfermeiro responde, permitindo a permeabilidade. Além de que, o uso da técnica implica conhecimento e domínio do uso dos materiais e equipamentos, possibilitando conhecer a acção, na acção e durante a acção (M. A. Costa, 2006). Mesmo incisivo, objectivo e eficiente, permite a permeabilidade exterior, coloca-nos perante um saber agir profissional e um saber criar segundo Le Boterf (1995). Perante a permissão das possibilidades nos cuidados, “os ruídos”, em analogia com Turner, considera-se emergir acção social intencional, em contexto e interacção, como enunciou M. A. Costa (2006).

Retomando o trabalho de campo: “...tudo tem importância, (...) ao lavar vejo a pele, ao vira-lo vejo a mobilidade, ouço o gemido (...) mesmo sem querer são-me oferecidos (...) são cuidados importantes, pelo que me podem oferecer e eu posso dar...” (EE9-140708).

O uso da orientação, “gestos imateriais”: como a atenção, os usos do discurso e palavras do doente durante o banho que permitem engrenar na conversa, escutar para perceber a sua situação; identificar a sua vontade, aproveitar para envolvê-lo, conhecer os seus gostos no banho, permitem questionar e validar o conforto. Todos estes interceptores do banho (combinam a relação-acção), adquirem significado na sua evolução, são relidos nas actuações do enfermeiro e na expressão do doente, no ambiente do banho. Como um doente profere: “...parece que nos lê a alma (...) fala assim como nós, fartamo-nos de conversar...” (DOD-120908).

Na vertente dos “outros cuidados no banho”, são considerados todos os cuidados relacionados com as actividades que os enfermeiros integram durante o banho, não estão relacionados com a higiene do corpo, mas complementam o sentido social do banho, na manutenção e preservação da limpeza do corpo, constituem-se num apoio e segurança para o doente. Segundo os enfermeiros: “...uma higiene não fica completa sem a troca de adesivos, (...) posicionar, levantar, são actividades efectuadas depois da higiene (...) é quando o doente está limpo, e desperto (...). A aspiração de secreções” (EE9-140608); “... são procedimentos que completam e ajudam...” (EE11-160608).

A higiene do corpo oferece aos enfermeiros o corpo limpo, com menos riscos de contágio para tocar e trabalhar esse corpo (Douglas, 1992; Goffman, 1996).

Na percepção do doente, integrar outros cuidados no banho, torna-se confortável porque: “...tomara que me deixem (...) que façam tudo de uma vez (...) já que estão comigo” (DOD120408). Para enfermeiros e doentes, emergem associados ao sentido de aumentar os efeitos do conforto do banho, vislumbrando a eficácia e duplamente a rentabilização do tempo de

presença com o doente, promovendo-lhe bem-estar e aproveitar o uso do seu tempo. Os cuidados no banho são potenciados por “outros cuidados”, pelo seu carácter evolutivo e significado no processo de transição do estado actual de doença do corpo.

O *encerramento do banho*, simbolicamente, composto por gestos, pormenores de natureza diversa que ajudam a compor a “aparência”, o conforto ou segurança do doente, como o levantar das grades da cama, recolocar a cânula de oxigénio, tocar a cabeça do doente, dar um jeito na colcha da cama, aproximar-lhe a campainha, entre outros. Detalhes reprodutores de alívio, face ao consumo de energias na concentração simultânea de esforços durante o banho, emergindo a necessidade de renová-las, traduzida na preocupação organizativa do grupo para o espaço social do pequeno-almoço, o café depois dos banhos.

O banho, efectivamente é encerrado com um outro gesto, o “abrir da porta”, seja do quarto ou WC, aparentando um paradoxo. O gesto da abertura da porta é a autorização para a entrada de outros profissionais e das visitas no quarto, é simultaneamente o sinal de que o banho terminou, como simbolicamente uma enfermeira verbaliza: “...Pronto já está arrumadinho já podem entrar os seus familiares...” (DOE-080608).

O doente está pronto, arrumado, limpo e com a higiene feita, para receber visitas. Já se pode mostrar o doente, o corpo está protegido, pela sucessão de ritos de separação o banho terminou. A porta é aberta, é altura de promover a ventilação da unidade pela saturação de odores concentrados (Nightingale, 2005), e da remoção dos lixos, e da indumentária usada pelos profissionais. Pelo que destacamos da observação: “...A enfermeira abre a porta do quarto, sai para o corredor, ainda a remover as luvas, enquanto a auxiliar arruma a bacia na mesa de cabeceira (...) fecha o saco da roupa suja (...) entretanto junta-se à enfermeira no corredor, já preparada com nova indumentária (...) [vamos a nova etapa] (...) diz a enfermeira (...) a porta do quarto fica aberta...” (DO-120608).

Em síntese, na “composição do acto do banho” emergem com significado as fases de início, o acto e o encerramento do banho. Enquanto composição, integra as propriedades dos domínios anteriores a marcar emblematicamente o início do andamento, fundindo as formas de fazer o banho no cerimonial da execução, ganhando significado a construção do dialogo entre: lavar-se o corpo; gestão de oportunidades; gestão de ambiente; e outros cuidados. O encerramento do banho, simbolizado pela abertura aos outros, é de alívio, o enfermeiro saiu da missão de dar banho, mais robustecido pelo domínio de nova informação.

A celebração do banho: uma síntese

“A celebração do banho” representa uma interacção de intensa actividade, entre dois mundos, o dos doentes e dos profissionais, marcada por *performances*, uma ordem e a ritualidade de acções no lavar-se o corpo do doente.

Os modos de estar, as formas e o que se faz no banho, as grandes questões, são orientadoras significativas em termos de dimensões *performativas* da entrega do profissional: “Os modos de fazer” tornam o banho, um reencontro *performativo*; “as formas de fazer” permitem desenhar coreografias diferentes no banho; e do “que se faz”, a “gestão dos elementos de cuidado no banho” e “composição do acto do banho”, são sugeridos pelo movimento de grupos de acções, que se entrelaçam e caracterizam o momento. Resulta uma interacção de cuidados que se conjugam e complementam na função do banho. Na “composição do acto do banho”, é de assinalar o “início”, o “desenvolvimento” e o “encerramento”, a marcarem os momentos *performativos* visíveis nessa composição. Na comunhão do banho, a forma da “gestão de oportunidades” torna-se na característica definidora do sentido do momento, configurada nas *performances* de actuação profissional, e no diálogo dos cuidados de enfermagem pelo uso do dialecto do banho, em interacção, através da composição orquestral das possibilidades usadas, do cuidado na gestão dos elementos de cuidado, e uso das possibilidades dos gestos.

“O encerramento do banho”, o fecho simbólico do banho, composto por gestos de pormenor, é a abertura social da porta aos outros, e o refortalecimento emblemático do enfermeiro, pelo domínio da situação actual do doente, que vai usar, sem identificar a procedência da interacção.

1.2.3. Usos e efeitos do banho

Da “celebração do banho”, assinalada pela entrega profissional ao diálogo do banho, emergem reactualizações quotidianas para o processo de cuidados do doente, e o reforço na apropriação do saber no banho, para o enfermeiro.

Os “usos e efeitos do banho”, o terceiro construto na reconstrução do banho, ganha sentido pelos grupos de análise “usos sociais do banho” e a “orientação do cuidado no banho e paradoxos discursivos”. No primeiro são sistematizadas determinantes no uso e efeito da

dinâmica da informação do banho e, no segundo, são evidenciadas algumas discontinuidades no processo de cuidar no banho.

Usos sociais do banho

A *gestão de informação* através do processo de cuidados dá forma aos “usos sociais do banho”. A caracterizar o domínio “gestão de informação”, destacam-se a *expressão do autocuidado higiene na informação da passagem de turno*, e os *usos da informação* por permitirem perceber o seu significado na continuidade e organização dos cuidados ao doente e no desenvolvimento de competências do enfermeiro.

Da passagem de turno, a informação sobre os cuidados de higiene é descodificada do jargão técnico, dos saberes escondidos, informais e dos vícios (Guimarães, 2002), permitindo a leitura da situação do doente e necessidades de resposta em cuidados de enfermagem: “...basta dizer que é acamado e dependente para o banho (...) já sei que vai ser preciso posicionar, (...) mudar fralda...” (DOE-120408).

Os papéis da gestão de informação sobre os cuidados no banho e a gestão de informação sobre os outros cuidados, no plano de cuidados do doente (os posicionamentos, estados de orientação, confusão, valor na escala de Glasgow, situação terminal, entre outras), tornam-se intermutáveis, à semelhança da gestão de informação e da gestão de sentimentos identificados por M. J. Lopes (2006) na relação enfermeiro doente como intervenção terapêutica.

Dá-se informação sobre o banho, para conhecer a situação de outros cuidados e necessidades, como se dá informação sobre outros cuidados para se identificar a situação de ajuda no banho. A finalidade é dar continuidade ao plano de cuidados.

Os cuidados de higiene marcam presença nos relatos da informação da passagem de turno, de forma explícita na passagem da manhã-tarde, a qual funciona como veículo privilegiado à objectividade da (re)produção da informação e inerente mediação para os outros cuidados. Nas passagens de turno seguintes (tarde-noite e noite-manhã), não sendo feita qualquer referência a tais cuidados, assume significado a leitura da informação sobre “outros cuidados” para (re)ler a situação de ajuda nos próximos cuidados no banho. Informação, que assinala a sua sobrevivência no plano de cuidados, submersa nesse continuum, surgindo um dia depois, para descodificar. Tal estado de informação vai configurar-se no conhecimento prévio anunciado, na situação de cuidados no banho, a marcar o início de um novo ciclo (Penaforte & Martins, 2011). A propósito, uma das enfermeiras descreve: “...ao ouvir falar, na saída do

turno da noite, sobre como o doente passou, da necessidade de posicionar, se confuso, desorientado (...) ou RAL (...) se imobilizado (...) sei que tenho um banho no leito, é inerente a ajuda total (...) quando faço tarde, o como foi o banho, e o que se identificou no banho ajuda-me a organizar o resto dos cuidados no turno (...) a partir do banho dominamos a situação, é o contacto com a fonte...” (EE25-111108).

Os cuidados de higiene emergem no espaço da passagem de turno como uma linguagem, que se auto-encaminha e ajuda a encaminhar muitos outros cuidados, e no processo de continuidade de cuidados surgem marcas da sua visibilidade-invisibilidade-visibilidade (Penaforte & Martins, 2011). Informação que exprime significado relevante para os enfermeiros a nível: “...da organização das respostas no plano de cuidados, pela noção de conjunto e abrangência da situação do doente...” (EE13-011108), que os cuidados de higiene incorporam. Eles chamam a si o papel de mediação estética, na continuidade destes e outros cuidados, com efeito sistémico. Efeito que, segundo M. J. Lopes (2006), os trabalhos de Orlando (1961) e Mason e Attree (1997) fornecem indicadores que sugerem que o processo de enfermagem tem raízes na teoria geral dos sistemas de Von Bertalanffy. Neste sentido, o processo de enfermagem seria um sistema e os seus componentes os subsistemas (M. J. Lopes, 2006). Os cuidados no banho, foco da atenção do enfermeiro, e a integrar a interação das componentes do processo de enfermagem, alimentam-se, potenciam-se e renovam-se no ciclo. Concordamos com M. J. Lopes (2006), quando lembra algumas das críticas ao processo, apesar de o considerar um orientador da prática.

A dinâmica da informação que emerge dos cuidados no banho, traduz o sentido e usos que lhe são dados, enquanto recurso com significado social no trabalho diário dos enfermeiros. O sentido conferido elimina a indicação de que o comportamento que daí resultasse fosse prejudicial ao doente, indo ao encontro de Holland (1993), quando explorou o trabalho ritualizado das enfermeiras. Nos serviços, surte a opinião de que “...pelo contrário, ajuda a fazer sentido aos nossos cuidados, nada se perde, embora a gente não deia conta (...) a informação é como o pão, uma base de orientação e segurança (...) que rola...” (DOE-191008).

Estamos perante duas entidades não discretas, uma vez que essa informação emerge no papel de manter, dar continuidade aos cuidados, aumentando a sua segurança, e eficácia, por outro lado, a necessidade de impor ordem social na organização daqueles e dos outros cuidados, sobressaindo valores como a ordem, sentido de pertença, o lavar, o confortar e o “bem” da saúde do doente.

Recorrendo à revisão de literatura, quer na enfermagem quer na antropológica, apropria-se que a protecção contra a ansiedade é um dos objectivos do ritual segundo Menzies (1960), Malinowsky (1954, cit. por Philpin, 2002) e ainda Chapman (1983). Por sua vez, associam-se à expressão de valores comuns ao lidar com a mudança (Wolf, 1988b), na transição de turno, na transição para a situação de cuidados, na resolução de obstáculos no banho, na ordem social local, a mensagem, a eficácia e confiança.

A informação revela-se importante para o funcionamento deste grupo, e por si só valorizada nas relações enfermeiro-doente, enfermeiro-enfermeiro e enfermeiro-serviço, as quais perfilam nos grupos de relações, que Helman (1994) considerou importantes para o funcionamento de qualquer grupo humano, e que do trabalho de campo salientamos: “...o que se diz é bom porque é parâmetro de comparação, ao mesmo tempo, suporta e facilita a abordagem do doente (...) ganha-se a confiança do doente (...) nós ficamos seguros e o serviço ganha, no todo...” (EE21-301008).

A forma como é usada socialmente a informação da passagem de turno sobre os cuidados no banho, reduz o seu uso social na escrita. Surte um património, imaterial, fonte de conhecimento oral, percebida e partilhada pelo grupo, imprescindível ao seu comportamento no processo de continuidade dos cuidados, no iniciar de novo ciclo, concedendo aquilo a que Wolf (1993) designou de suplemento expressivo à crença e arte, destes enfermeiros no banho.

O banho surge para “processo de cuidados” como o motor dos cuidados, que gera e renova informação, e modos *performativos*, como os enfermeiros consideram: “...é das actividades que ocupa mais tempo, acaba por ser a que gere o nosso trabalho todo, (...) são o motor para o resto dos cuidados (...) nas passagens de turno o que ouvimos vem do banho, influência o que fazemos a seguir (...) conseguir no banho, uma boa relação, um bom dialogo, consegue-se fazer o resto das coisas com este doente (...) e comunicamos esse estado, o humor dele, as reacções, e de onde vêm? (...) do banho...” (EE20-180908).

Orientação do cuidado no banho e paradoxos discursivos

Ao longo do estudo falamos da dinâmica social estabelecida na produção de cuidados no banho que, em situação, nos transporta para uma zona ambígua, onde *performances* e o comportamento dos enfermeiros não são lineares nas respostas, nem sempre reflectidas (Crozier & Friedberg, 1977).

Verificamos que da triangulação da informação e análise dos discursos emergem elementos com significado nos contextos de cuidar na complexidade do banho: o enfermeiro lê o banho (anuncia o banho), fala o banho (concretiza o banho) e agora usa o banho (usos e efeitos do banho), (Figura 22).



Figura 22. A comunicação do banho no processo de cuidados

Da interacção que se estabelece (inter e intra) em tais momentos *performativos* do banho, recoloca a compreensão da acção de enfermagem nos cuidados no banho. Voltando ao trabalho de campo, ao cuidado de enfermagem no banho, em situações distintas, parecem tornar-se paradigmáticas quanto ao seu significado.

Na percepção e sentido dos doentes, relativamente ao uso do cuidado de enfermagem no banho, salientamos, da análise dos seus discursos, que:

- Os doentes durante os cuidados no banho valorizam elementos de dimensão humana, relacional e terapêutica (disponibilidade, comunicação, atenção, carinho, privacidade, simpatia, segurança, confiança, a técnica, e o bem feito): “... *esta é meiga, demorou comigo, tapou-me e foi simpática (...)* é preciso cabeça, são muitos doentes, (...) *só fico bem depois deles passarem...*” (ED12-101008);
- Conseguem analisar os cuidados prestados no banho pelos enfermeiros, destacando elementos de diferenciação nas atenções e actuações dos enfermeiros: “...*algumas têm a mão pesada, (...) é tudo a andar (...) o nosso corpo não está habituado aos outros (...) se pudesse escolhia, aprecio a delicadeza, hoje têm mais psicologia (...) umas dão-lhe mais uso que outras (...) boas vontades nem vê-las (...) ontem deixou-me molhada e falou, falou ao telemóvel...*” (ED3-080709);
- Atribuem sentido de complexidade aos cuidados no banho, pelo conjunto de objectos e equipamentos usados, habilidade e experiência do enfermeiro: “...*mexem nos lençóis, na água, ajeitam a cadeira levantam-me (...) naquele bocadinho fazem um cem número de coisas (...) parece*

que tem o diabo dentro (...) montam aqui uma tenda, (...) não é para qualquer um, têm um tempo disto ...” (DOD-090908);

- Atribuem ao banho o sentido de um tempo individual de cuidado diário, com diferentes formas de abordagem: *“...ao chegar a minha vez, não tenha pressa menina vá primeiro com essa, (...) senão é oh despacha (...) fica uma trapalhada” (DOD-060608).*

Por outro lado, na prática dos cuidados no banho, nos momentos e modos *performativos* marcantes, destacamos dos enfermeiros que:

- As exigências do desvio de saúde no autocuidado higiene estão ligadas a requisitos de autocuidado, também anteriores, porque: *“...há hábitos que fazem parte da sua identidade (...) chegam aqui com eles...” (EE9-140609);*
- Os enfermeiros reconhecem e valorizam os cuidados de enfermagem no banho, como um saber próprio, que evolui e se desenvolve em situação, com a acção, e durante a acção, individualmente: *“...perceber o doente é um desafio (...) olhe chamamos pela enfermagem, pela psicologia, a anatomia (...) o que aprendemos na escola, na vida (...) e mais, o da actualidade, até a novela, (...) hoje e amanhã, parece igual, mas é diferente (...) tem a ver com cada um de nós...” (DOD-090908);*
- Os métodos de ajuda e estratégias utilizadas pelos enfermeiros conjugam-se em função da necessidade de autocuidado terapêutico, sendo determinante o grau de dependência: *“...a ajuda depende da sua necessidade, (...) daí poder ser na cama, no WC ou no assistido, por aqui, já nos diz algo (...) então a idade?...” (EE23-011108);*
- A compreensão da competência e *performance* na prática de cuidados no banho, integra aprendizagens por práticas repetidas, de experiência, competências de relação no ajustamento à pessoa cuidada, reinvestimento profissional e reinvenção de acção: *“...a cada um dou coisas diferentes e com cada um aprendo coisas novas (...) sem dar por isso, eles influenciam-me e tomam-me como referência noutras situações (EE23-301008);*
- Os enfermeiros reconhecem a complexidade do cuidar no banho, que identificam por fonte de oportunidades de acção, a potenciar e mobilizar o seu saber profissional e pessoal, que nem sempre optimizam: *“...dar banho não é só a técnica de o fazer, é tudo, o que se pode e faz no relacionamento com o doente, o que a todos os níveis nos dá certo estofo (...) exige mas nem sempre é possível de fazer...” (EE10-160608);*
- No contexto de cuidados no banho, o enfermeiro mobiliza, recria e usa estratégias que lhe permitem dar resposta às acções no banho, fruto da experiência, competência e do tempo

disponível; “...lá ajeitou umas calças, até ficou mais tempo aqui hoje, (...) antes de começar perguntou-me se hoje queria o cabeleireiro, bem sei foi a brincar (...) até fiquei satisfeito (...) arranjou-me uma bandolete (...) lá calhou...” (ED10-280908);

- Os enfermeiros reconhecem as possibilidades dos cuidados no banho, bem como as suas fragilidades quanto ao investimento, uso e rentabilização da sua visibilidade: “...falamos pouco escrevemos pouco, só o chavão, prestados cuidados com ajuda total (...) e ficamos por aí (...) temos outras exigências mais modernas (...) [risos], agora que o banho é como o confeccionar uma sopa, é (...) rica de tudo (...) mas só a comemos às vezes (...) óh doente nem lhe perguntamos se era assim que queria...” [risos] (EE23-011108).

Da triangulação da informação emergem dimensões de elementos a assegurar a prática terapêutica destes cuidados, a sugerir enfermagem. Contudo, denotando-se “fragilidades” (marcas da desvalorização social dos cuidados; centralidade na tarefa, racionalidade técnica; limitação de tempo; poder na acção) e “possibilidades” (a disponibilidade, envolvimento do doente; permeabilidades e a centralidade na pessoa), que enredam os cuidados. Da análise das dimensões de “possibilidades” e “fragilidades” nos discursos (doentes e enfermeiros) e observação, emergem componentes, transversalmente aos cuidados durante o banho e modos *performativos*, pelo que destacamos alguns paradoxos (Tabela 3).

As formas paradoxais sugerem formas de investimento e a centralidade destes cuidados. Apontam para “possibilidades” e “fragilidades”, a reflectirem elementos paradigmáticos do cuidar e do tratar usados (F. Ribeiro, 1995; M. A. Lopes, 1999). A maneira como os enfermeiros lêem, dialogam e usam o banho, resulta no domínio de uma construção específica do banho, que os une. Há marcas da afectação social na identidade e significado destes cuidados, resultantes da desvalorização social das práticas de cuidados ao corpo, corroborando com outros autores (Cabete, 2005; I. Pupulim & Sawada, 2005; Isaksen, 2000; J. Pupulim, 2003; M. A. Lopes, 1999; M. J. Silva, 2006). Remetem para orientações polarizadas na acção, em que os cuidados são efectuados procurando a eficácia, tratando através da higiene, procurando o auto-controlo (Holland, 1993; Melosh, 1982; Menzies, 1960) e também para situações de aproveitamento das oportunidades de comunicação para criar e mudar (Rosenberg, 1987; Sandelowski, 2002; Wolf, 1988a, 1993).

Emerge o uso de um quadro de cuidados, nublado para o grupo, de implicação social e profissional, que se auto encaminha, com (re)investimentos isolados, a carecer de afirmação na releitura e reutilização social ajustada, na prática do banho.

Tabela 3. Formas de paradoxos discursivos

Desvalorização/Valorização dos cuidados de higiene	
“Fazer higiene é um trabalho sujo...não é fácil, nem agradável (...) nós à partida já sabíamos o que nos esperava...” (EE1-060608).	“Nesta minha limitação física (...) e íntima (...) está o ponto alto do profissionalismo destes enfermeiros...” (ED1070708).
“...Vamos ao lava lava (...) esfrega esfrega...” (DOE040508).	“... Eles têm paciência e coragem a fazer estas coisas...tem a sua arte ...” (DOD-140708)
“...alguns banalizam o banho (...) porque acaba por ser como a morte” (EE13-150708).	“...Não é qualquer pessoa (...) têm que saber de tudo (...) para fazer estas coisas (...) parece que volto à vida...” (ED4090708).
“...actividade, inerente à enfermagem (...) vem por arrasto...” (EE6-120608).	“...hoje está tudo mudado, (...) além do jeito (...) tem sabedoria (...) como com tantos medicamento e tratamentos novos...” (ED2-070708).
“...escrevemos e falamos pouco, é uma rotina o que se fez no banho (...) faz-se todos os dias (...) vulgarizamo-lo...” (EE18-090908).	“...pelo banho ...sabemos muitas coisas é o que damos ... ao médico, às visitas e falamos entre nós ...sabemos muitas coisas deles...” (ED3-080708)
Poder/Submissão nos cuidados de enfermagem	
“...A gente sabe como deve ser (...) na verdade conduzimo-los a fazer aquilo que queremos...” (EE13-130708).	“...Só faço o que posso (...) e vou até onde a vontade me leva (...) embora nos dêem a volta” (DOD-120408).
“...Tento fazer o que gostava que me fizessem a mim ...” (EE4-100608).	“...à maneiras deles (...) fazem tudo para nos agradar...” (ED11-051008).
“...no banho acabo por me pôr no lugar do outro...” (DOE050508).	“...as pessoas tentam esquecer que se existe (...) num instante despacham...” (DOD-220308).
“...Eles precisam de atenção no banho para conseguir envolvê-los noutros cuidados (...) senão já não vão com o nosso espírito (...) nem colaboram...” (EE13-150708).	“...Tem que haver calma, não pode ser como eles querem (...) tenho o meu ritmo...” (ED3-080608).
Visibilidade/Invisibilidade	
“...no banho eles estão mais tempo connosco (...) depois é mais raro...” (ED5-110708).	“...Fico revoltado (...) com o banho que dei tão rápido e apressado (...) às vezes damos um banho em cinco minutos...” (EE3-080608).
“...o banho faz falta, (...) depois vem o médico na visita (...) já viu ...” (ED8-230908).	“...O banho é uma actividade nossa (...) de mais partilha com o doente ...” (EE5-120608).
“...quando chegam e os vejo de manhã (...) já sei é a hora do banho...” (ED1-070708).	“...organizo-me primeiro para ficar livre para os banhos, a seguir...” (EE13-150708).
“...Eles são tantos, (...) rodam (...) cada seis horas mudam (...) nestas coisas devia ser o mesmo ...” (ED5-110708).	“...Permite conhecer mais o doente que está connosco (...) actualizar o plano ...” (EE8-140608).
Satisfação/Insatisfação com os cuidados de higiene	
“...fica-se como viemos ao mundo (...) por dentro e por fora (...) sem saber o que fazer (...) custa habituar...” (ED5110708).	“...Faço tudo para ir ao encontro deles...” (EE12-140708).
“...No meio de tanto sofrimento (...) tenho que entregar-me...” (DOD-040408).	“...Interessa-me que o doente confie em mim ...” (EE 18-090908).
“...Aprecio muito a humanidade (...) e a dedicação nestas particularidades...” (ED3-080708).	“...Incomoda-me não poder dar atenção e ser breve no banho...” (EE13-150708).
“...Eles fazem muitas coisas (...) por isso demoram com cada pessoa (...) tem que ser ...” (ED5-110708).	“...Cada doente é um investimento (...) no banho vemos isso (...) o que dá prazer...” (EE25-111008).
“... Às vezes chateiam (...) e até sabe bem (...) mas dão voltas e meias voltas...” (DOD-250508).	“...Tanto somos anjos como demónios (...) para fazer como deve ser...” (DOE-021108).
Fidelidade/Infidelidade	
“...temos esta norma no serviço de começar pelos banhos...” (DO120408).	“...começo pelos banhos, mas despacho outras coisas para ficar livre para o banho ...” (EE12-140708)
“...Fazemos muitas coisas no banho (...) importantes bem sabemos ...” (DO-230908).	“...falamos quase nada dele (...) em notas (...) se no leito ou não (...) sem pormenores (...) sem mais importância” (EE21-301008).
“...sabemos como dever ser feito (...) o que aprendemos ...” (DO-090308).	“...levamos o doente a fazer o que nos dá jeito ...” (EE12-140708)
“...Faço no banho o que sei, quero garantir a minha responsabilidade ...” (EE3-080608).	“...no que digo sobre o banho ninguém vê a minha responsabilidade...” (EE3-060608).

Usos e efeitos do banho: uma síntese

Na reconstrução do banho, “os usos e efeitos do banho” ganham sentido pela categoria “usos sociais do banho” e a “orientação do banho e paradoxos discursivos”. Reflectem o vínculo da enfermagem, tanto na continuidade dos cuidados como na promoção do saber no quadro de cuidados, na lógica que os assegura, e os identifica como pertença ao grupo.

Sobre a “gestão de informação”, a dinâmica da informação que emerge dos cuidados no banho traduz o sentido e usos dados, enquanto recurso com significado social no trabalho

diário dos enfermeiros, sendo emblemática a passagem de turno, nesse processo de continuidade dos cuidados e no iniciar de novo ciclo.

O sentido de orientação do cuidado no banho” reflecte, do quadro de cuidados, dimensões de elementos, silenciados no uso da palavra do enfermeiro, mas com sentido expresso na acção social e na valorização pelos doentes. Reflectem: marcas da identidade dos cuidados de enfermagem no banho, o banho como um empreendimento diário determinante, e um investimento profissional, silenciosos; reivindicado como pertença, com acção de poder da enfermagem; com “possibilidades” e “fragilidades” a conflituarem entre marcas dos paradigmas do tratar e do cuidar e da afectação, resultantes da desvalorização social das práticas de cuidados ao corpo.

“Os usos e efeitos do banho” traduzem os efeitos e orientação emblemáticos da dinâmica do evento do banho, consolidando aspectos como: o papel do banho na continuidade de cuidados, com vínculo à enfermagem, de significado e valor para o grupo; a carecer de continuar a investigar-se, de validar o seu impacto em termos de satisfação para a pessoa cuidada.

PARTE IV

ENFERMEIROS, DOENTES E SATISFAÇÃO NO BANHO

Tendo em conta o preconizado em termos de método, para o segundo momento do estudo empírico, método quantitativo, fazemos constar nesta parte, os resultados inerentes à satisfação do utente com os cuidados de enfermagem no banho, relativamente a dois momentos distintos, “antes e depois”, da intervenção desenvolvida nos enfermeiros, sobre os elementos que suportam o cuidar no autocuidado higiene e banho.

1. SATISFAÇÃO DO DOENTE COM CUIDADOS NO BANHO

Ao reconhecermos que a satisfação do doente é um processo complexo, realçamos que o presente estudo foi direccionado para a perspectiva de desenvolvimento de competências nas *performances* dos profissionais nos cuidados de enfermagem, pelo que pretendemos, e em sequência do primeiro estudo, saber se existem ganhos em satisfação para o doente com uma intervenção nos elementos que suportam o cuidar no autocuidado higiene e banho, provenientes do estudo anterior, e norteiam as concepções sobre o ritual nesse autocuidado.

Descreveremos sequencialmente, os resultados empíricos relacionados com a satisfação dos doentes face aos cuidados de enfermagem na actividade essencial de vida e específica do autocuidado higiene e banho, comparando as perspectivas do “antes” e “depois” da intervenção formativa. Inicialmente, surge a análise das respostas dos doentes, conseguindo uma leitura das suas percepções sobre os cuidados no banho. Em sequência, apresentamos uma análise de regressão para compreender e explicar como a frequência da prestação dos cuidados de enfermagem no banho influencia o grau de satisfação, são efectivamente as suas causas. Procedeu-se primeiro à análise descritiva, exploratória das respostas dos doentes, em cada uma das fases do estudo, e comparada através de um teste estatístico, a frequência com que os cuidados de enfermagem são prestados no banho, permitindo concluir sobre a eventual evolução ocorrida. Tendo em conta a natureza da variável (escala qualitativa “sem opinião”,

“nunca”, “às vezes” e “sempre”) e por tratar-se de amostras independentes (inquiridos diferentes nas duas fases), utilizou-se para comparar as respostas das duas fases o teste não paramétrico de *Wilcoxon-Mann-Whitney* (Conover, 1999; Desu & Raghavarao, 2004; Gujarati, 2004). Seguidamente, foi efectuada uma análise multivariada das questões, recorrendo à análise factorial, de forma a descobrir as relações por associação ou oposição entre os graus de concordância (Hair, Black, Babin, Anderson & Tatham, 2005; Marôco, 2010; Murteira, Ribeiro, Silva & Pimenta, 2010; Sharma, 1996). A informação é apresentada em eixos factoriais, hierarquizada, e surge associada a “valores próprios” que medem quer o desempenho de cada eixo na explicação da variação da frequência da prestação de cuidados no banho, quer a satisfação com os cuidados no banho.

Da informação proveniente da análise das frequências são estimados modelos de regressão logística acumulados para respostas ordinais, para cada uma das fases, que permitem determinar como a frequência da prestação dos cuidados de enfermagem no banho influencia efectivamente o grau de satisfação dos doentes, que apresentamos. Estes modelos, também designados de regressão logística de multicategoria, permitem uma análise multivariada, traduzindo a relação entre uma variável explicada e as explicativas (Agresti, 2002; Hair et al., 2005; Marôco, 2010).

1.1. Descrevendo as diferenças de satisfação

A percepção dos doentes sobre os cuidados de enfermagem no banho é proveniente dos acontecimentos vividos e significado atribuído ao “como” são efectuados, no momento do banho e higiene pessoal, durante o internamento.

Com o objectivo de avaliar o grau de satisfação com os cuidados de enfermagem administrados durante o banho, procedeu-se primeiro a uma análise exploratória das respostas, o que permitirá obter uma ideia precisa do padrão das mesmas e daquele grau de satisfação, e comparou-se, através do teste *Wilcoxon-Mann-Whitney*, o grau de satisfação com a administração dos cuidados nas duas fases, o que permitirá concluir sobre a evolução dessa satisfação²³. Em seguida, passamos a uma análise da estrutura conceptual do inquérito através de uma análise factorial, tendo em vista os factores subjacentes às respostas dos doentes e à avaliação da escala utilizada. Estes resultados, também serão comparados com os da primeira fase.

²³ A hipótese nula do teste é a de que o grau de satisfação com a administração dos cuidados é igual nas duas fases; e a hipótese alternativa é a de que o grau é maior na segunda.

Frequência da prestação dos cuidados de enfermagem no momento do banho

Com o objectivo de avaliar a frequência com que os cuidados de enfermagem são prestados, a análise exploratória das respostas permite, pela leitura da Tabela 4, realçar que na *segunda fase* as respostas mais frequentes são “sempre” e “às vezes”, quase todos os cuidados são prestados com uma frequência extremamente elevada ou muito elevada.

Tabela 4. Frequência dos cuidados de enfermagem no banho durante o internamento

Questões	Primeira fase				Segunda fase			
	Respostas (%)							
	Sempre	Às vezes	Nunca	Sem opinião	Sempre	Às vezes	Nunca	Sem opinião
1-Os enfermeiros forneceram-lhe informação para lidar com as suas necessidades?	18.9	67.7	12.6	0.8	84.0	16.0	0.0	0.0
2-Os enfermeiros preocupavam-se em fazer os ensinamentos que necessitava para lidar com as suas necessidades?	3.1	51.6	30.3	4.9	77.6	20.8	0.8	0.8
3-Os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares?	5.9	23.5	28.6	42.0	25.8	24.2	0.0	50.0
4-Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre o que tem à sua disposição no serviço, para o banho?	11.5	50.0	37.7	0.8	70.4	25.6	2.4	1.6
5-Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os recursos do serviço no/para o banho?	12.4	59.5	23.1	0.5	68.0	28.8	0.8	2.4
7-Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?	21.3	63.9	14.8	0.0	82.4	16.8	0.8	0.0
8-Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem (e se necessário, exemplificavam ou voltavam a repetir a informação)?	9.8	51.6	32.8	5.7	55.2	37.6	0.0	7.2
9-Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre o que informavam ou explicavam acerca do banho?	1.8	14.3	45.5	38.4	40.8	31.2	5.6	22.4
10-Os enfermeiros preocupavam-se em explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam no banho (e porque era necessário fazê-los)?	13.8	52.0	34.1	0.0	87.2	11.2	1.6	0.0
12-Os enfermeiros preocupavam-se em apresentar-lhe os outros doentes e o serviço?	5.7	45.1	46.7	2.5	76.8	17.6	4.0	1.6
14-Neste serviço, tem algum enfermeiro que esteja mais ligado a si, a quem se dirige?	38.5	44.3	17.2	0.0	57.6	32.0	8.8	1.6
15-Quando necessitou de apoio no banho era fácil obter ajuda dos enfermeiros?	17.2	75.4	7.4	0.0	82.4	16.8	0.8	0.0
18-Os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados no banho?	12.3	65.6	20.5	1.6	60.0	36.8	3.2	0.0
19-Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados no banho preocupavam-se em manter um ambiente calmo, mantendo-o confortável?	9.9	60.3	28.1	1.7	64.8	31.2	3.2	0.8
23-Os enfermeiros atenderam-no com simpatia no momento do banho?	45.1	52.5	2.5	0.0	89.6	9.6	0.8	0.0
24-Os enfermeiros davam importância aos seus problemas, durante o banho?	27.9	59.8	10.7	1.6	86.4	12.8	0.8	0.0
25-Os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos doentes durante o banho?	37.8	56.3	5.9	0.0	82.4	16.8	0.8	0.0
27-Os enfermeiros tinham em conta a sua opinião relativamente ao banho que lhe prestavam?	13.1	64.8	22.1	0.0	75.2	22.4	2.4	0.0
30-Os enfermeiros demonstraram ser profissionais actualizados e bem informados nos cuidados que lhe prestavam no banho?	82.6	9.9	2.5	5.0	90.7	5.6	0.0	3.7

Existe um aumento em relação à *primeira fase* na quase totalidade dos cuidados, só no cuidado “os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares, explicando a situação e como podiam ajudar no banho?”, o aumento é menos forte, embora não deixe de ser significativo. Assim, o valor-*p* do teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney* é zero, fortemente significativo (*Anexo VIII*).

Após análise das questões relativas à frequência de administração de cuidados no banho, procedeu-se à análise da estrutura conceptual da escala, análise factorial, tendo em vista a identificação dos factores subjacentes às respostas dos doentes, sendo possível validar a escala do questionário em cada uma das fases da aplicação (*Anexo IX*). Para a análise, recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Spearman*, e para verificar se estes dados são apropriados para fazer uma análise factorial, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de adequação da amostragem de *Kaiser-Meyer-Olkin*, cujo valor na primeira fase foi de 0.612, uma análise factorial aceitável, e na segunda foi de 0.811, o que é elevado.

Podemos afirmar que a factorabilidade da matriz de correlações é boa, ou seja, é apropriado efectuar uma análise factorial com estes dados. Foi uma primeira diferença em relação à primeira fase, em que os dados eram apenas aceitáveis para esta análise. Da análise factorial (Tabela 5), optou-se por uma solução com cinco factores na primeira fase, reconstituindo 60.3% da variância total, e adoptar a solução factorial com seis factores na segunda fase, 62.67% da variância total, percentagem que não sendo elevada é razoável para descrever a estrutura subjacente aos dados (estrutura latente).

Tabela 5. Dimensões da frequência da administração dos cuidados de enfermagem: análise factorial

Primeira Fase (A)		Segunda Fase (B)	
Factor 1	Atendimento e ambiente no banho	Factor 1	Informação sobre recursos e ajuda
Factor 2	Explicação/informação e ajuda	Factor 2	Atendimento e integração
Factor 3	Informação sobre recursos do serviço	Factor 3	Ambiente no banho
Factor 4	Informação e ensino	Factor 4	Ensino e informação
Factor 5	Qualidade dos profissionais	Factor 5	Profissionais actualizados e prestação de informação
		Factor 6	Ligação especial com enfermeiro

Em termos de comparação com a solução factorial obtida na primeira fase, existem várias semelhanças, várias questões continuam associadas a um mesmo factor (o que faz sentido), mas detectam-se também muitas diferenças, o número de factores necessário agora é superior e a interpretação dos factores também é, agora, diferente.

Passam a ser valorizadas no primeiro factor, da *fase B*, questões inerentes à preocupação com a transmissão de informação sobre recursos existentes para o banho, sua utilização, facilidade em obter ajuda e ainda ter em conta a opinião do doente. Na *fase A*, o primeiro factor, inerente à dimensão do atendimento e ambiente no banho, surge com um grupo de questões associadas à forma como o enfermeiro atende o doente no banho e ao ambiente criado (manter privacidade, ambiente calmo). Na *segunda fase*, surgem novos agrupamentos com estas questões, precisamente, no segundo factor, as questões do atendimento associadas à integração do doente no serviço e com os outros doentes, e no terceiro factor, as questões da dimensão do ambiente no banho, incluindo a preocupação em manter a privacidade.

Ainda na *segunda fase*, surge um sexto factor, a dimensão da ligação com um enfermeiro em especial, não associada a qualquer outra questão, a não ser ela própria.

Sobre a análise da validade da escala da frequência da resposta por parte dos doentes, ou seja, da consistência interna e fiabilidade do questionário utilizado, o coeficiente Alfa de *Cronbach* (Tabela 6), mostra os valores deste coeficiente em ambas as fases.

Tabela 6. Alfa de *Cronbach* das subescalas

<i>Primeira fase</i>		Alfa	<i>Segunda fase</i>		Alfa
	Subescala			Subescala	
1	Atendimento e ambiente no banho	0.79	1	Informação sobre recursos e ajuda	0.69
2	Explicação/informação e ajuda	0.63	2	Atendimento e integração	0.74
3	Informação sobre os recursos do serviço	0.67	3	Ambiente no banho	0.72
4	Informação e ensino	0.31	4	Ensino e informação	0.70
			5	Profissionais actualizados e prestação de informação	0.13

Na *primeira fase*, quer a escala global (0.76 valor de Alfa) quer as três primeiras subescalas identificadas revelam uma consistência interna e fiabilidade boa, ou razoável. Na *segunda fase*, o valor para a totalidade da escala é de 0.83, o que é elevado e mostra uma boa consistência interna da escala, superior ao obtido na primeira fase. A Tabela 6, mostra os valores deste coeficiente para as subescalas (as dimensões) identificadas, concluindo-se que a consistência interna das quatro primeiras é boa. Contrariamente, a quinta subescala, com valor de alfa muito baixo, dominada pela questão 30, se os doentes “sentiram que os enfermeiros demonstraram ser profissionais actualizados e bem informados”, 90% dos doentes respondeu “sempre”, dominando as restantes questões, o que conduziu à fraca consistência interna desta subescala.

Satisfação dos utentes com a administração dos cuidados de enfermagem no momento do banho

Com o objectivo de avaliar o grau de satisfação com os cuidados de enfermagem administrados durante o banho, procedeu-se à análise exploratória das respostas, o que permitiu obter uma ideia precisa do padrão das mesmas, e comparou-se, através do teste *Wilcoxon-Mann-Whitney*, o grau de satisfação com a administração dos cuidados nas duas fases, o que permitiu concluir sobre a sua evolução²⁴. Em seguida, passamos também a uma análise da estrutura conceptual do inquérito através da análise factorial, tendo em vista os factores subjacentes às respostas dos doentes e à avaliação da escala utilizada, e os resultados serão comparados com os da primeira fase.

Em termos da análise exploratória (Tabela 7), a satisfação é elevada em todos os cuidados, o que é uma diferença muito clara em relação à primeira fase. O cuidado, em que a satisfação é maior é o que se refere ao “conhecimento pelos enfermeiros sobre os cuidados de que os doentes necessitam no banho”. A maioria responde “satisfeito” em todos os cuidados, contrariamente à primeira avaliação, onde a maioria respondeu “nem satisfeito/nem insatisfeito”, o que é revelador do grande aumento do grau de satisfação em todos os cuidados, e o impacto do programa de formação na satisfação dos doentes.

Tabela 7. Satisfação com a administração dos cuidados de enfermagem no momento do banho

Questões	Grau de satisfação (%)							
	Primeira fase				Segunda fase			
	A	B	C	D	A	B	C	D
6 - Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas sobre banho ?	23.0	69.7	7.4	0.0	86.4	2.0	1.6	0.0
11 - Relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros no banho?	23.0	71.3	5.7	0.0	89.6	9.6	0.8	0.0
16 - Relativamente ao tempo que os enfermeiros demoraram a dar resposta às suas solicitações para e no banho?	8.2	56.6	35.2	0.0	53.6	42.4	4.0	0.0
17 - Relativamente à preocupação dos enfermeiros em preservar a sua intimidade durante o banho?	14.5	66.1	19.4	0.0	56.8	43.2	0.0	0.0
20 - Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros no banho ?	9.9	61.2	28.9	0.0	73.6	23.2	2.4	0.8
28 - Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava no banho?	35.3	57.1	7.6	0.0	93.5	5.6	0.8	0.0

Legenda: A - Satisfeito; B - Nem satisfeito/nem insatisfeito; C- Insatisfeito; D - Sem opinião.

²⁴ A hipótese nula do teste é a de que o grau de satisfação com a administração dos cuidados é igual nas duas fases; e a hipótese alternativa é a de que o grau é maior na segunda.

Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas sobre o banho, infere-se um grau de satisfação extremamente elevado na segunda fase, enquanto na primeira é moderado, pois a maioria das respostas concentrou-se em “nem satisfeito/nem insatisfeito”, são os doentes neutros. Da comparação dos resultados das duas fases, o grau de satisfação com a administração deste cuidado aumentou em relação à primeira fase²⁵.

Relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros no banho?, o padrão é semelhante ao cuidado anterior. Na segunda fase, a maioria (90%) respondeu “satisfeito”. Comparativamente, a satisfação aumentou em relação à primeira fase²⁶.

Relativamente ao tempo que os enfermeiros demoraram a dar resposta às suas solicitações/pedidos para e no banho?, na primeira parte, a maioria respondeu “nem satisfeito/nem insatisfeito”, realça-se um grau de satisfação fraco, há uma percentagem importante de pessoas insatisfeitas e poucos doentes satisfeitos. Comparando os resultados das duas fases, o grau de satisfação com a administração deste cuidado aumentou de forma evidente, na segunda fase, cerca de 54% respondeu “satisfeito”, seguindo-se “nem satisfeito/nem insatisfeito” (42%), não existindo ninguém “sem opinião” e poucos se declararam insatisfeitos²⁷.

Relativamente à preocupação dos enfermeiros em preservar a intimidade quando prestam cuidados durante o banho?, o grau de satisfação é moderado, as percentagens de doentes satisfeitos e insatisfeitos não são muito diferentes, a maioria dos doentes respondeu “nem satisfeito/nem insatisfeito”, na primeira fase. Olhando a segunda fase, a maioria (57%) situa-se no “satisfeito”, seguido de “nem satisfeito/nem insatisfeito” (43%). Também o grau de satisfação aumentou neste cuidado em relação à fase anterior²³.

Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros no banho, da primeira parte obtemos um padrão de respostas próximo do cuidado anterior. A maioria destes doentes encontra-se “nem satisfeito/nem insatisfeito” (60%), seguida dos insatisfeitos (30%). O grau de satisfação é moderado, pois a maioria é neutra e existe uma baixa percentagem de doentes satisfeitos. Na segunda fase, o grau de satisfação com a administração deste cuidado aumentou de forma elevada. A maioria respondeu “satisfeito”, seguida a uma grande distância das respostas “Nem satisfeitos/Nem insatisfeitos”, tal como nos cuidados anteriores²³.

²⁵ O valor-*p* do teste *Wilcoxon-Mann-Whitney* é zero, fortemente significativo, rejeita-se a hipótese nula e conclui-se pelo aumento referido.

²⁶ o valor-*p* do teste *Wilcoxon-Mann-Whitney* é zero, fortemente significativo, permitindo rejeitar a hipótese nula e também concluir pelo aumento encontrado.

²⁷ O valor-*p* do teste *Wilcoxon-Mann-Whitney* é zero, fortemente significativo, rejeita-se a hipótese nula e conclui-se pelo aumento referido.

Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava no momento do banho?, em ambas as fases, revela-se o cuidado onde o grau de satisfação é mais elevado. A maioria das respostas dos doentes “nem satisfeitas/nem insatisfeito”, na primeira fase, passa para “satisfeito” na segunda fase, quase não existindo doentes insatisfeitos. Apesar do grau de satisfação neste cuidado já ser elevado na primeira, constata-se um forte aumento na segunda fase.

Tendo em vista a identificação dos factores subjacentes às respostas dos doentes, procedeu-se à análise da estrutura conceptual da escala, recorrendo à análise factorial, para validar de novo a escala do questionário. Em ambas as fases, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman. Para verificar se estes dados eram apropriados para se proceder a uma análise factorial, foi efectuado o cálculo do coeficiente de adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin, cujo valor na segunda fase é de 0.78, superior ao obtido na primeira (0.63), permitindo afirmar que a factorialidade da matriz de correlações é boa, tornando-se adequado proceder a uma análise factorial (Tabela 8).

Tabela 8. Estrutura factorial da escala da satisfação com a administração dos cuidados de enfermagem no momento do banho

Questões	Cargas Factoriais					
	Primeira fase			Segunda fase		
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 1	Factor 2	Factor 3
6	-0.096	-0.006	0.925	0.346	0.592	0.292
11	0.559	0.339	0.576	-0.070	0.594	0.686
16	0.092	0.704	0.257	0.382	0.801	-0.051
17	0.667	0.373	0.126	0.753	0.388	0.040
20	0.139	0.859	-0.135	0.847	0.167	0.227
28	0.873	-0.039	-0.151	0.259	-0.014	0.897

Legenda: Questão 6 “forma de explicar as coisas sobre o banho”; Questão 11 “forma de atendimento”; Questão 16 “tempo de demora na resposta às solicitações”; Questão 17 “preservar a sua intimidade”; Questão 20 “disponibilidade do enfermeiro”; Questão 28 “conhecimento sobre a necessidade de cuidados do doente no banho”.

A distribuição da carga factorial assume expoentes diferentes e reagrupamentos de respostas dos doentes também diferentes em cada uma das fases. As dimensões que descrevem as respostas, permitem compreender o padrão encontrado e a sua alteração (*Anexo X*).

Na primeira parte:

- Identificam-se as dimensões: “conhecimento sobre os cuidados”; “disponibilidade na administração”; e “explicação e atendimento”. Deste modo, no “conhecimento sobre os

cuidados” (factor 1), as questões referem-se ao conhecimento que os enfermeiros demonstraram na administração dos cuidados. De salientar que os doentes associaram a preservação da intimidade a esse conhecimento;

- A “disponibilidade na administração” (factor 2), as questões referem-se à disponibilidade dos enfermeiros no banho e ao tempo que demoraram a dar resposta às solicitações dos doentes, aspectos intimamente relacionados.
- A “explicação e atendimento” (factor 3), de cargas factoriais elevadas, precisamente, das questões relacionadas com a forma como os enfermeiros explicavam os diferentes aspectos envolvidos no banho, o que determina a forma de atendimento dos doentes.

Na *segunda parte*:

- A dimensão “disponibilidade e intimidade” (factor 1) surge com carga factorial elevada nas questões sobre a preocupação dos enfermeiros em preservar a intimidade quando prestavam os cuidados no banho, e à disponibilidade dos enfermeiros no banho. Realça-se a satisfação dos doentes, fortemente relacionada, sobre estes dois aspectos.
- A dimensão “explicação e tempo de resposta” (factor 2), revela-se pela satisfação dos doentes relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas sobre o banho com o tempo que os enfermeiros demoravam a dar resposta às solicitações no banho.
- No terceiro factor “atendimento e conhecimento” (factor 3), são realçadas as questões relativamente à forma como foi atendido no banho, e ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados de que necessitavam, onde a satisfação é maior²⁸.

Após as análises anteriores, procurámos saber como a frequência da prestação dos cuidados de enfermagem no momento do banho influencia o grau de satisfação, ou seja, identificar quais as questões relativas a essa frequência que constituem causas do grau de satisfação. Assim, foi definido um modelo que permitisse explicar esse grau em função das questões relativas à frequência da administração dos cuidados. Para esse efeito, estimaram-se modelos de regressão logística de multicategoria ou de regressão ordinal (modelos de regressão logística acumulados para respostas ordinais), uma vez que a resposta (grau de satisfação) é uma variável qualitativa ordinal. Estes modelos permitem concluir quais as questões relativas

²⁸ De salientar que pelos valores das cargas factoriais, a solução factorial obtida tem boa qualidade. O coeficiente de Alfa *Cronbach* para a totalidade da escala é de 0.77 o que mostra uma boa consistência interna e fiabilidade do questionário utilizado nesta escala, em si superior à primeira fase, 0.63, revelando-se aceitável.

à frequência de administração dos cuidados que efectivamente influenciam o grau de satisfação em cada questão e em que sentido²⁹.

Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas sobre o banho

Na primeira fase, as variáveis explicativas que afectam o grau de satisfação dos doentes são: a questão 8 “os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem” - frequência “sempre”; “os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem?” - frequência da resposta “sempre”; a questão 24, “sentir que os enfermeiros davam importância aos seus problemas?” - “sempre”; e a questão 25 “se os enfermeiros demonstraram ter paciência no atendimento dos doentes durante o banho?” - “às vezes” e “sempre”.

Na segunda parte, as variáveis que afectam a satisfação dos doentes neste cuidado, são: a questão 1, “relativamente à informação fornecida, a necessária para lidar com as suas necessidades no banho”, - frequência “sempre”; e a questão 24 “se os enfermeiros davam importância aos seus problemas, durante o banho” - frequências “às vezes” e “sempre”. A Tabela 9 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão³⁰.

Tabela 9. Grau de satisfação dos doentes relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas sobre o banho: resultados da estimação do modelo

Questão	Parâmetro estimado	Desvio padrão estimado	Estatística qui-quadrado	Valor-p
<i>Primeira fase</i>				
Questão 8 - Sempre	2.281	0.929	6.036	0.014
Questão 24 - Sempre	2.154	0.585	13.541	0.000
Questão 25 - Às vezes	4.220	1.131	13.931	0.000
Questão 25 - Sempre	4.117	1.143	12.967	0.000
<i>Segunda fase</i>				
Questão 1 - Sempre	2.241	0.669	11.223	0.001
Questão 24 - Às vezes	32.934	0.533	3819.240	0.000
Questão 24 - Sempre	33.808	0.516	4292.870	.0000

Legenda: Questão 1 “informação para lidar no banho”; Questão 8 “saber se compreendeu”; Questão 24 “dar importância aos problemas do doente”; Questão 25 “demonstrar ter paciência”.

As estimativas permitem concluir que o grau de satisfação relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas sobre o banho (questão 6), depende de forma crescente de todas as variáveis.

²⁹ Os resultados da estimação do modelo, que serão mencionados, apresentam parâmetros estimados de valor-p inferior ao nível de significância de 5%, revelando ser estatisticamente significativos.

³⁰ Para testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da regressão é de 48.247 (4 graus de liberdade) na primeira parte, e de 22.894 (3 graus de liberdade) para a segunda, conduzindo a valor-p de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, ou seja, adequa-se satisfatoriamente aos dados.

Observando os resultados da estimação deste modelo na globalidade, da *primeira fase* conclui-se que a determinante fundamental do grau de satisfação (questão 6), é a prestação “sempre” dos seguintes cuidados: “os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem” (questão 8); se “sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas, durante o banho?” (questão 24); e a prestação “sempre” ou “às vezes” do cuidado “se os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos doentes durante o banho?” (questão 25). Ou seja, a prestação destes cuidados “sempre” ou “às vezes”, determina que os doentes estejam mais satisfeitos do que quando esses cuidados não foram prestados. Conclui-se que a prestação muito frequente (sempre) destes cuidados, conduz a uma maior satisfação dos doentes no que se refere à questão 6, a sua não prestação conduz a doentes menos satisfeitos, ou mesmo insatisfeitos.

Dos resultados da estimação deste modelo, da *segunda fase*, conclui-se que a determinante fundamental do grau de satisfação (questão 6), é a prestação sempre do cuidado “relativo à informação necessária para lidar com as necessidades no banho, e seu fornecimento pelos enfermeiros” (questão 1), e a prestação sempre ou às vezes do cuidado “sentir que os enfermeiros davam importância aos seus problemas, durante o banho?” (questão 24), ou seja, a prestação destes cuidados, sempre ou às vezes, determina que os doentes estejam mais satisfeitos do que quando esses cuidados não foram prestados. O grau de satisfação aumenta com a prestação deste cuidado e com a frequência da sua prestação³¹.

Da *comparação* com os resultados obtidos na primeira fase, mostra que a satisfação dos doentes depende, nesta segunda fase, de outras causas, com exceção da questão 24 (dar importância aos seus problemas), comum a ambas as fases. Comparando as variáveis explicativas significativas nas duas fases (questões 8, 24 e 25 na primeira fase e questões 1 e 24 na segunda), conclui-se agora que a associação das questões 1 (dar informação necessária) e 24 (dar importância aos seus problemas), revelam-se com mais sentido, mostrando que o perfil dos doentes se alterou da primeira para a segunda fase.

Conclui-se ainda outro aspecto importante, ao observar-se que os coeficientes estimados na segunda fase (Tabela 9), são superiores aos obtidos na primeira fase. A diferença mostra que a administração dos cuidados na segunda fase teve um impacto positivo, o grau de satisfação dos doentes é maior que na primeira fase.

³¹ Compare-se os coeficientes associados à questão 24, uma vez que esta surge nas duas fases. Na primeira fase é 2.154 e na segunda são 32.934 e 33.808, a diferença é elevada.

Relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros no banho

Na *primeira fase*, as variáveis explicativas a reter, aquelas que efectivamente afectam o grau de satisfação dos doentes, são as questões: 2, “sentiu que os enfermeiros se preocuparam em fazer os ensinamentos que necessitava para lidar com as suas necessidades, em cuidados de enfermagem, durante o banho?”, “às vezes”; a 5, “os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os recursos do serviço no/para o banho?”, “às vezes”, “sempre” e “sem opinião”; a 7, “os enfermeiros procuraram explicar as coisas de forma compreensível?”- “sempre”; a 9, “os enfermeiros preocupavam-se em dar informação escrita do que informavam ou explicavam acerca do banho (...) ao familiar ou pessoa próxima?”, “sem opinião”; e a questão 18, “os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados no banho?”, “às vezes” e “sempre”.

Na *segunda fase*, o grau de satisfação dos doentes é afectado pelos cuidados: a questão 1, “sobre informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades no banho, os enfermeiros forneceram-lhe informação?”, “sempre”; a questão 19, “quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados no banho preocupavam-se em manter um ambiente calmo?”, “às vezes” e “sempre”; e a questão 27, “os enfermeiros tinham em conta a sua opinião relativamente ao banho que lhe prestavam?”, “às vezes” e “sempre”. A Tabela 10 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão, em ambas as fases³².

As estimativas dos parâmetros permitem concluir, em cada uma das fases, que o grau de satisfação “relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros no banho”, depende de forma crescente de todas as questões indicadas no quadro.

Pela análise da Tabela 10 conclui-se que “o fornecimento de informação necessária para lidar com as necessidades dos doentes no banho”, desempenha um papel determinante neste aspecto, que os doentes ficam mais satisfeitos quando o cuidado com o ambiente do banho é prestado, e que quando é tida em conta a opinião do doente relativamente ao banho, determina que os doentes estejam mais satisfeitos.

³² A fim de testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da regressão é de 91.887 (8 graus de liberdade), para a primeira parte, e de 35.11 (5 graus de liberdade) na segunda, conduzindo a um valor-*p* de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, pelo que se adequa satisfatoriamente aos dados.

Tabela 10. Grau de satisfação dos doentes relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros no banho: resultados da estimação do modelo

<i>Primeira parte</i>					<i>Segunda parte</i>				
Questão	Parâmetro estimado	Desvio padrão estimado	Estatística qui-quadrado	Valor-p	Questão	Parâmetro Estimado	Desvio padrão estimado	Estatística qui-quadrado	Valor-p
Questão 2 “Às vezes”	3.459	1.095	9.973	0.002	Questão 1 “Sempre”	2.232	0.983	5.162	0.023
Questão 5 “Às vezes”	1.881	0.817	5.299	0.021	Questão 19 “Às vezes”	19.012	0.506	1410.829	0.000
Questão 5 “Sempre”	2.857	1.162	6.041	0.014	Questão 19 “Sempre”	18.119	0.506	1281.139	0.000
Questão 5 “Sem opinião”	7.356	1.894	15.086	0.000	Questão 27 “Às vezes”	18.377	0.441	1735.389	0.000
Questão 7 “Sempre”	6.465	1.342	23.201	0.000	Questão 27 “Sempre”	19.154	0.441	1885.036	0.000
Questão 9 “Sem opinião”	5.131	1.374	13.954	0.000					
Questão 18 “Às vezes”	2.725	1.121	5.914	0.015					
Questão 18 “Sempre”	5.090	1.603	10.076	0.002					

Legenda: Questão 1 “informação para lidar no banho”; Questão 2 “fazer ensinamentos para lidar no banho”; Questão 5 “informação para utilizar recursos no banho”; Questão 7 “explicar as coisas de forma compreensível”; Questão 9 “dar informação escrita”; Questão 18 “manter a privacidade no banho”; Questão 19 “manter ambiente calmo”; Questão 27 “ter em conta a sua opinião”.

Primeira fase - Dos resultados da estimação deste modelo na globalidade, conclui-se que a determinante fundamental do grau de satisfação “relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros no banho” (questão 11) é a prestação dos cuidados: “sentir que os enfermeiros se preocuparam em fazer os ensinamentos que necessitava para lidar com as suas necessidades, (...), durante o banho?” (questão 2); “os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os recursos do serviço no/para o banho?” (questão 5); “os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?” (questão 7); “preocupação em dar informação escrita” (questão 9); e “os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados no banho?” (questão 18); verificou-se também que a ausência de opinião sobre se “os enfermeiros se preocupavam em dar-lhe informação escrita sobre o que informavam ou explicavam acerca do banho?” contribuiu para aumentar o grau de satisfação dos doentes.

A prestação destes cuidados “sempre” ou “às vezes”, determina que os doentes estejam muito mais satisfeitos do que quando esses cuidados não foram prestados. Conclui-se, assim, que a

prestação muito frequente destes cuidados conduz a uma maior satisfação dos doentes no que se refere à forma como foi atendido questão 11.

Segunda fase - Observando os resultados da estimação deste modelo na globalidade, conclui-se que a determinante fundamental do grau de satisfação “relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros no banho” (questão 11), é: a prestação dos cuidados “relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades no banho, os enfermeiros forneceram-lhe informação?” (questão 1); “quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados no banho preocupavam-se em manter um ambiente calmo?” (questão 19); e “os enfermeiros tinham em conta a sua opinião relativamente ao banho que lhe prestavam?” (questão 27). A prestação destes cuidados “sempre” ou “às vezes” determina que os doentes estejam mais satisfeitos do que quando esses cuidados não foram prestados. Trata-se de uma conclusão com sentido.

Conclui-se que a prestação muito frequente destes cuidados conduz a uma maior satisfação dos doentes a nível da questão 11, enquanto a não prestação conduz a doentes menos satisfeitos ou mesmo insatisfeitos. Verifica-se também que o impacto dos dois últimos cuidados no grau de satisfação dos doentes é forte (valores estimados próximos de 20).

A *comparação* com os resultados obtidos na primeira fase mostra que a satisfação dos doentes depende, na segunda fase, de outras causas, não havendo sequer qualquer causa comum às duas fases. Comparando as variáveis explicativas significativas nas duas fases (questões 2, 5, 7, 9 e 18 na primeira fase e questões 1, 19 e 27 na segunda fase), conclui-se que as questões 1 (informação necessária), 19 (ambiente calmo) e 27 (opinião do doente) se referem mais à forma de atendimento pelos enfermeiros durante o banho, ou seja, estão mais relacionadas com a qualidade do atendimento do que com a prestação dos cuidados durante o banho. Conclui-se, ainda, outro aspecto importante, tal como na questão de satisfação anterior, em que os coeficientes estimados na segunda fase (Tabela 10) são superiores aos obtidos na primeira (excepto na questão 1), em que esses coeficientes (os associados às questões 19 e 27) estão próximos de 20, enquanto na primeira fase o máximo encontrado é pouco superior a 7. A diferença mostra que a administração dos cuidados na segunda fase teve um impacto positivo e maior no grau de satisfação dos doentes do que na primeira fase, ou seja, mostra que os doentes estão mais satisfeitos na segunda fase.

Relativamente ao tempo que os enfermeiros demoraram a dar resposta às solicitações/pedidos dos doentes (no e para o banho)

Tabela 11. Grau de satisfação dos doentes relativamente ao tempo que os enfermeiros demoraram a dar resposta às suas solicitações/pedidos para e no banho: resultados da estimação do modelo

<i>Primeira parte</i>					<i>Segunda parte</i>				
Questão	Parâmetro estimado	Desvio padrão estimado	Estatística qui-quadrado	Valor-p	Questão	Parâmetro estimado	Desvio padrão estimado	Estatística qui-quadrado	Valor-p
Questão 7 “Às vezes”	5.133	1.143	20.169	0.000	Questão 23 “Às vezes”	30.01	0.6575	2083.01	0.000
Questão 7 “Sempre”	5.980	1.157	26.703	0.000	Questão 23 “Sempre”	32.41	0.6589	2418.67	0.000
Questão 9 “Às vezes”	-1.855	0.520	12.714	0.000	Questão 27 “Às vezes”	49.78	0.3618	18928.26	0.000
Questão 15 “Às vezes”	-3.445	1.221	9.394	0.002	Questão 27 “Sempre”	51.17	0.3874	17447.77	0.000
Questão 15 “Sempre”	-4.073	1.329	10.076	0.002					
Questão 24 “Sempre”	1.530	0.689	4.925	0.026					

Legenda: Questão 7 “explicar as coisas de forma compreensível”; Questão 9 “dar informação escrita”; Questão 15 “facilidade em obter ajuda”; Questão 23 “atender com simpatia” Questão 24 “dar importância aos problemas do doente”; Questão 27 “ter em conta a sua opinião”.

A análise da Tabela 11 permite concluir da *primeira fase*, que o nível de satisfação dos doentes³³ depende de forma crescente das questões: 7 (“os enfermeiros procuraram explicar as coisas de forma compreensível”); e 24 (“dar importância aos seus problemas”); e de forma decrescente das questões 9 (“preocupação em dar informação escrita”) e 15 (“facilidade em obter ajuda no banho”). A frequência (“sempre”) que os enfermeiros dão aos problemas do doente durante o banho é determinante para a satisfação destes relativamente ao tempo que os enfermeiros demoraram.

Na *segunda parte*, são influentes as questões: 23 (“sentir que os enfermeiros atenderam com simpatia no momento do banho”), “às vezes” e “sempre”; e 27 (“os enfermeiros tinham em conta a sua opinião relativamente ao banho que lhe prestavam”), “às vezes” e “sempre”. Ou seja, as estimativas permitem concluir que depende de forma crescente de todas as questões³⁴. Ter em conta a opinião do doente reflecte-se na rapidez, prontidão de respostas às necessidades e solicitações. Fenómeno semelhante à simpatia, em que ambos demonstram mais atenção por parte dos enfermeiros.

³³ A fim de testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da regressão é de 56.269 (6 graus de liberdade), conduzindo a um valor-p de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, pelo que se adequa satisfatoriamente aos dados.

³⁴ A fim de testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da regressão é de para a primeira parte, e de 43.953 (4graus de liberdade), conduzindo a um valor-p de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, pelo que se adequa satisfatoriamente aos dados.

Ao observar-se os resultados da estimação deste modelo na globalidade, conclui-se da *primeira fase*, que a determinante fundamental do grau de satisfação “relativamente ao tempo que os enfermeiros demoraram a dar resposta às suas solicitações/pedidos para e no banho” (questão 16), é: a prestação do cuidado “os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?” (questão 7); “os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre o que informavam ou explicavam acerca do banho...?” (questão 9); “...se necessitou de apoio no banho era fácil obter ajuda dos enfermeiros?” (questão 15); e “sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas, durante o banho?” (questão 24).

Mas, enquanto a prestação dos cuidados “sempre” ou “às vezes”, das questões: 7 (“preocupação em explicar as coisas de forma compreensível”); e 24 (“sentir que é dada importância aos seus problemas”), leva a que os doentes estejam muito mais satisfeitos do que quando esses cuidados não foram prestados. Sucede o inverso quanto à prestação “sempre” ou “às vezes” dos cuidados das questões: 9 (“preocupação em dar informação escrita”); e 15 (“facilidade em obter ajuda no banho”). Pelo contrário, quando os enfermeiros fornecem informação escrita (“às vezes”), que é o cuidado abrangido na questão 9, os doentes estão menos satisfeitos. Finalmente, os doentes estão menos satisfeitos quando sentem que é fácil obter ajuda por parte dos enfermeiros, que é o cuidado abrangido na questão 15.

Da *segunda parte*, os resultados da estimação deste modelo na globalidade, conclui-se que a determinante fundamental do grau de satisfação “relativamente ao tempo que os enfermeiros demoraram a dar resposta às suas solicitações/pedidos para e no banho” (questão 16) é a prestação dos cuidados: “sentiu que os enfermeiros atenderam-no com simpatia no momento do banho?” (questão 23); e “os enfermeiros tinham em conta a sua opinião relativamente ao banho que lhe prestavam?” (questão 27). Portanto, a prestação destes cuidados “sempre” ou “às vezes”, determina que os doentes estejam muito mais satisfeitos do que quando esses cuidados não foram prestados.

Verifica-se também que o impacto destes cuidados no grau de satisfação dos doentes é muito forte, o que se comprova pelos valores dos respectivos coeficientes estimados (superiores a 30 para a questão 23 e em torno de 50 para a 27, valores elevados).

A *comparação* com os resultados obtidos na primeira fase mostra que a satisfação dos doentes depende, na segunda fase, de outras causas, não havendo sequer qualquer causa comum às duas fases. Comparando as variáveis explicativas significativas nas duas fases (questões 7, 9, 15 e 24 na primeira fase e questões 23 e 27 na segunda), conclui-se que as questões 23 (“atender com simpatia”) e 27 (“a opinião do doente”) mostram novamente, tal como nas duas

questões da satisfação anteriores, que os doentes estão agora mais esclarecidos, conseguindo distinguir melhor o que é a eficiência no atendimento pelos enfermeiros do que a administração dos cuidados.

Há uma outra diferença relevante em relação à primeira fase: todos os coeficientes estimados são agora positivos, o que significa que, quando os cuidados das questões respectivas são prestados, os doentes estão mais satisfeitos. Pelo contrário, na primeira fase, há cuidados cujo coeficiente estimado é negativo, o que significa que o grau de satisfação dos doentes é menor quando esses cuidados são prestados.

Conclui-se, ainda, outro aspecto, tal como nas duas questões de satisfação anteriores: os coeficientes estimados na segunda fase, (Tabela 11) são superiores aos obtidos na primeira fase³⁵. Esta diferença mostra que a administração dos cuidados na segunda fase teve um impacto positivo no grau de satisfação dos doentes e foi superior à primeira fase.

Relativamente à preocupação dos enfermeiros em preservar a intimidade quando prestam cuidados durante o banho

Na primeira fase, as variáveis explicativas do nível de satisfação dos doentes, são: a questão 2 (“sentiu que os enfermeiros se preocuparam em fazer os ensinamentos que necessitava para lidar com as suas necessidades, em cuidados de enfermagem, durante o banho”), “às vezes”; a questão 3 (“relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou pessoa próxima, explicando a situação e como podiam ajudar no banho quando necessitava...”), “sem opinião”; a questão 7 (“os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível”), “às vezes” e “sempre”; a questão 9 (“os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre o que o que informavam ou explicavam acerca do banho...”), “sem opinião”; a questão 14 (“neste serviço tem algum enfermeiro que esteja mais ligado a si...”), “às vezes” e “sempre”; a questão 18 (“os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados no banho”), “às vezes” e “sempre”; e a questão 19 (“quando os enfermeiros prestavam cuidados no banho, mantinham um ambiente calmo...?”). A Tabela 12 mostra os resultados da estimação da variável³⁶.

³⁵ Apresentam coeficientes próximos de 30 (questão 23) e de 50 (questão 27), enquanto na primeira fase o máximo encontrado é inferior a 6, apenas.

³⁶ A fim de testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da regressão é de 104.34 (11 graus de liberdade), conduzindo a um valor-*p* de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, pelo que se adequa satisfatoriamente aos dados.

Tabela 12. Grau de satisfação dos doentes relativamente à preocupação dos enfermeiros em preservar a intimidade quando prestam cuidados durante o banho: resultados da estimação do modelo

Questão	Parâmetro estimado	Desvio padrão estimado	Estatística qui-quadrado	Valor-p
Questão 2 – Às vezes	1.943	0.767	6.420	0.011
Questão 2 – Sempre	2.449	1.197	4.185	0.041
Questão 3 – Sem opinião	2.641	0.847	9.714	0.002
Questão 7 – Às vezes	2.099	0.919	5.218	0.022
Questão 7 – Sempre	6.440	1.603	16.136	0.000
Questão 9 – Sem opinião	3.612	1.188	9.237	0.002
Questão 14 – Às vezes	2.758	0.909	9.206	0.002
Questão 14 – Sempre	3.371	1.034	10.635	0.001
Questão 18 – Às vezes	2.587	0.822	9.895	0.002
Questão 18 – Sempre	6.848	1.461	21.966	0.000
Questão 19 – Sempre	-2.568	1.042	6.067	0.014

Legenda: Questão 2 “fazer ensinamentos para lidar no banho”; Questão 3 “envolver familiares para ajudar no banho”; Questão 7 “explicar as coisas de forma compreensível”; Questão 9 “dar informação escrita”; Questão 14 “enfermeiro mais ligado”; Questão 18 “manter privacidade”; Questão 19 “manter ambiente calmo”.

Pela análise da Tabela 12 pode concluir-se que o grau de satisfação depende, de forma decrescente, da questão 19 (“preocupação em manter ambiente calmo”) e de forma crescente, de todas as outras também indicadas na mesma tabela.

Da observação dos resultados da estimação deste modelo na globalidade, conclui-se que a determinante fundamental do grau de satisfação (questão 17) é a prestação dos cuidados: “sentiu que os enfermeiros se preocuparam em fazer os ensinamentos que necessitava para lidar com as suas necessidades, em cuidados de enfermagem, no/durante o banho?” (questão 2); “relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou pessoa próxima (“explicando a sua situação e como o podiam ajudar no banho quando necessitava, aqui, ou quando tiver alta?”), (questão 3); “os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?” (questão 7); “os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre o que informavam ou explicavam acerca do banho...?” (questão 9); “neste serviço, tem algum enfermeiro que esteja mais ligado a si...?” (questão 14); “os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados no banho?” (questão 18); e “quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados no banho preocupavam-se em manter um ambiente calmo...?” (questão 19).

A prestação dos cuidados “sempre” ou “às vezes” das questões 2 (fazer ensinamentos), 7 (explicar as coisas), 14 (enfermeiro mais ligado) e 18 (manter privacidade), assim como a ausência de opinião nas questões 3 (envolver familiares) e 9 (dar informação escrita), leva a que os doentes estejam muito mais satisfeitos do que quando esses cuidados não eram prestados. Sucede o inverso com a prestação “sempre”, do cuidado da questão 19 (“manter ambiente

calmo”). Realça-se o cuidado em explicar as coisas de forma compreensível (questão 7) a surgir como significativo em várias das questões da satisfação.

Da *segunda fase*, a quase totalidade das respostas dos doentes responde “satisfeito”, não sendo possível efectuar o modelo de regressão nesta questão. Ou seja, nenhuma das variáveis consideradas afecta o grau de satisfação relativamente à preocupação dos enfermeiros em preservar a intimidade quando prestam cuidados durante o banho. Este facto pode ser explicado pela quase unanimidade das respostas, que se concentram apenas em “satisfeito e em “nem satisfeito/nem insatisfeito”. Conclui-se que a preocupação em preservar a intimidade no banho esteve presente, foi uma preocupação dos enfermeiros. Aumentou nesta fase a satisfação dos doentes.

Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros no banho

Na *primeira fase*, as variáveis explicativas a reter no modelo, e que afectam o grau de satisfação dos doentes, são da frequência das respostas por parte dos enfermeiros, distinguindo-se: a questão 1 (“relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades no banho...”), “às vezes”; a questão 5 (“os enfermeiros preocupam-se em transmitir-lhe a informação sobre a forma como pode utilizar os recursos do serviço no/para o banho...”), “às vezes”; a questão 12 (“quando esteve internado, os enfermeiros preocuparam-se em lhe apresentar os outros doentes e o serviço...”), “sempre”; a questão 14 (“ter algum enfermeiro que esteja mais ligado a si...”), “sempre”; a questão 15 (“quando necessitou de apoio no banho era fácil obter ajuda dos enfermeiros?”) – “às vezes” e “sempre”; a questão 18 (“os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados no banho?”), “às vezes”; a questão 19 (“quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados no banho preocupavam-se em manter um ambiente calmo...”), “às vezes” e “sempre”; a questão 23 (“sentiu que os enfermeiros o atenderam com simpatia no momento do banho?”), “às vezes” e “sempre”; e a questão 25 (“os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos doentes durante o banho?”), “às vezes” e “sempre”. A Tabela 13 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão³⁷.

³⁷ A fim de testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da regressão é de 95.19 (13 graus de liberdade), conduzindo a um valor-*p* de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, pelo que se adequa satisfatoriamente aos dados.

Tabela 13. Grau de satisfação dos doentes relativamente à disponibilidade dos enfermeiros no banho (primeira fase): resultados da estimação do modelo

Questões	Parâmetro estimado	Desvio padrão estimado	Estatística qui-quadrado	Valor-p
Questão 1 – às vezes	-2.334	0.702	11.049	0.001
Questão 5 – às vezes	1.899	0.772	6.053	0.014
Questão 12 – Sempre	-7.411	2.270	10.655	0.001
Questão 14 – Sempre	4.096	0.995	16.947	0.000
Questão 15 – às vezes	-2.898	1.232	5.535	0.019
Questão 15 – Sempre	-3.510	1.523	5.316	0.021
Questão 18 – às vezes	1.933	0.754	6.570	0.010
Questão 19 – às vezes	1.868	0.743	6.322	0.012
Questão 19 – Sempre	6.455	1.525	17.925	0.000
Questão 23 – às vezes	-14.410	0.814	313.676	0.000
Questão 23 – Sempre	-13.388	0.861	241.885	0.000
Questão 25 – às vezes	13.637	0.763	319.790	0.000
Questão 25 – Sempre	14.276	0.962	220.322	0.000

Legenda: Questão 1 “informação para lidar com o banho”; Questão 5 “informação para lidar com os recursos no banho”; Questão 12 “apresentar doentes e serviço”; Questão 14 “enfermeiro mais ligado”; Questão 15 “facilidade em obter ajuda”; Questão 18 “manter privacidade”; Questão 19 “manter ambiente calmo”; Questão 23 “atender com simpatia”; Questão 25 “demonstrar ter paciência”.

As estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de satisfação “relativamente à disponibilidade dos enfermeiros no banho” depende, de forma crescente, das questões 5, 14, 18, 19 e 25, e de forma decrescente, das questões 1, 12, 15 e 23.

Dos resultados da estimação deste modelo na globalidade, conclui-se que a determinante fundamental do grau de satisfação é a prestação dos cuidados: “relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades...?” (questão 1); “os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os recursos do serviço no/para o banho?” (questão 5); “os enfermeiros preocuparam-se em lhe apresentar os outros doentes e o serviço...” (questão 12); “no serviço, tem algum enfermeiro que esteja mais ligado a si...?” (questão 14); “quando necessitou de apoio no banho era fácil obter ajuda dos enfermeiros?” (questão 15); “os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados no banho?” (questão 18); “quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados no banho preocupavam-se em manter um ambiente calmo...?” (questão 19); “sentiu que os enfermeiros o atenderam com simpatia no momento do banho?” (questão 23); e “os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos doentes durante o banho?” (questão 25).

A prestação dos cuidados “sempre” ou “às vezes” das questões 5 (“informação de recursos”), 14 (“enfermeiro ligado”), 18 (“manter privacidade”), 19 (“ambiente calmo”) e 25 (“ter paciência”) leva a que os doentes estejam muito mais satisfeitos do que quando esses

cuidados não eram prestados. Sucede o inverso quanto à prestação “sempre” ou “às vezes” dos cuidados das questões 1 (“dar informação sobre os recursos”), 12 (“apresentar doentes”), 15 (“facilidade em obter ajuda”) e 23 (“atender com simpatia”).

Portanto, a forma de prestação destes cuidados tem forte impacto (positivo ou negativo).

Tabela 14. Grau de satisfação dos doentes relativamente à disponibilidade dos enfermeiros no banho (segunda fase): resultados da estimação do modelo

Questão	Parâmetro estimado	Desvio padrão estimado	Estatística qui-quadrado	Valor-p
Questão 4 – “Às vezes”	47.838	0.934	2623.284	0.000
Questão 4 – “Sempre”	49.241	0.959	2635.077	0.000
Questão 5 – “Às vezes”	-46.561	0.918	2574.077	0.000
Questão 5 – “Sempre”	-44.908	0.974	2125.671	0.000
Questão 18 – “Sempre”	2.922	0.725	16.241	0.000
Questão 19 – “Às vezes”	2.188	0.781	7.846	0.005

Legenda: Questão 4 “informação sobre o que tem há disposição para o banho”; Questão 5 “informação para lidar com os recursos no banho”; Questão 18 “manter privacidade”; Questão 19 “manter ambiente calmo”.

Na *segunda fase*, os resultados da estimação do modelo (Tabela 14) mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo (aquelas cujos parâmetros estimados têm valor-*p* inferior ao nível de significância adoptado de 5%, mostrando que são estatisticamente significativos), ou seja, aquelas que efectivamente afectam o grau de satisfação dos doentes “relativamente à disponibilidade dos enfermeiros no banho”, são: a questão 4 (“os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre o que tem à sua disposição no serviço, para o banho?”), “às vezes” e “sempre”; a questão 5 (“os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os recursos do serviço no/para o banho?”), “às vezes” e “sempre”; a questão 18 (“os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados no banho?”), “sempre”; e a questão 19 (“quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados no banho preocupavam-se em manter um ambiente calmo...”), “às vezes”.

A Tabela 14 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão. Os resultados obtidos na estimação permitem concluir que o modelo³⁸ ajustado pode ser considerado adequado. Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de satisfação (questão 20) “relativamente à disponibilidade dos enfermeiros no banho” depende de forma crescente das questões 4, 18 e 19, e de forma decrescente da questão 5, ou seja, observando os resultados da

³⁸ A fim de testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da regressão é de 61.43 (6 graus de liberdade), conduzindo a um valor-*p* de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, pelo que se adequa satisfatoriamente aos dados.

estimação deste modelo, na globalidade, conclui-se que a determinante fundamental do grau de satisfação (questão 20) é a prestação dos cuidados: “os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre o que tem á sua disposição no serviço, para o banho?” (questão 4); “os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os recursos do serviço no/para o banho (como e quando os pode utilizar)?” (questão 5); “os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados no banho?” (questão 18); e “quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados no banho preocupavam-se em manter um ambiente calmo...?” (questão 19).

Realça-se que enquanto a prestação dos cuidados “sempre” ou “às vezes” das questões 4 (informação sobre o disponível), 18 (manter privacidade) e 19 (ambiente calmo) leva a que os doentes estejam muito mais satisfeitos do que quando esses cuidados não foram prestados. Acontece o inverso quanto à prestação “sempre” ou “às vezes” do cuidado da questão 5 (preocupação dos enfermeiros em informar sobre a forma como pode utilizar os recursos do serviço).

A *comparação* com os resultados obtidos na primeira fase mostra que a satisfação dos doentes depende, na segunda fase, de algumas causas comuns (questões 5, 18 e 19) e de outras não comuns. Mantêm-se as questões que reflectem a disponibilidade dos enfermeiros no banho e desapareceram, nesta fase, questões como a paciência ou a simpatia no banho, o que pode ser explicado pelo facto de estas qualidades estarem sempre presentes, ou quase sempre, no atendimento pelos enfermeiros. Assim, observa-se novamente que os doentes estão mais esclarecidos e valorizam mais certos aspectos e menos outros (como a simpatia e a paciência).

Uma diferença importante entre os resultados das duas fases são os coeficientes estimados da questão 5 (“transmissão de informação sobre a forma como os doentes podem utilizar os recursos do serviço no/para o banho”), a sua prestação aumenta a satisfação dos doentes na primeira fase, mas tem o efeito contrário na segunda.

Finalmente, à semelhança das três primeiras questões de satisfação, os coeficientes estimados na segunda fase, são geralmente superiores (em valor absoluto) aos obtidos na primeira fase, o que significa que a administração dos cuidados na segunda fase teve um impacto maior no grau de satisfação dos doentes do que na primeira fase, ou seja um impacto negativo (questão 5) ou positivo (as restantes).

Em conclusão, tal como nas três primeiras questões de satisfação, o efeito do programa de formação foi forte, tendo geralmente aumentado a satisfação dos doentes, mas também diminuindo-a muito fortemente num determinado aspecto.

Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava no momento do banho

As variáveis explicativas a reter no modelo que efectivamente afectam o grau de satisfação dos doentes são: a questão 1 (“relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades no banho, os enfermeiros forneceram-lhe informação?”), “às vezes”; a questão 3 (“relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas explicando a sua situação...?”), “às vezes”; a questão 4 (“os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre o que tem á sua disposição no serviço, para o banho?”), “às vezes” e “sempre”; a questão 5 (“os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os recursos do serviço no/para o banho...?”), “sempre”; a questão 7 (“os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?”), “às vezes”; a questão 14 (“ter algum enfermeiro que esteja mais ligado a si a quem se dirige quando vai tomar banho e que mostra conhecer melhor a sua situação?”), “sempre”; a questão 15 (“quando esteve internado neste serviço, e necessitou de apoio no banho era fácil obter ajuda dos enfermeiros?”), “às vezes”; a questão 23 (“sentiu que os enfermeiros atenderam-no com simpatia no momento do banho?”), “às vezes” e “sempre”; a questão 25 (“acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos doentes durante o banho?”), “às vezes” e “sempre”; e a questão 30 (“sentiu que os enfermeiros demonstraram ser profissionais actualizados e bem informados nos cuidados que lhe prestavam no banho?”), “sem opinião”. A Tabela 15 mostra os resultados da estimação do modelo de regressão³⁹.

³⁹ A fim de testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da regressão é de 89.92 (13 grau de liberdade), conduzindo a um valor-*p* de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, pelo que se adequa satisfatoriamente aos dados

Tabela 15. Grau de satisfação dos doentes relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitavam no momento do banho (primeira fase): resultados da estimação do modelo

Questão	Parâmetro estimado	Desvio padrão estimado	Estatística qui-quadrado	Valor-p
Questão 1 – “Sempre”	2.165	0.760	8.123	0.004
Questão 3 – “Às vezes”	-1.875	0.740	6.411	0.011
Questão 4 – “Às vezes”	3.349	0.758	19.530	0.000
Questão 4 – “Sempre”	5.190	1.326	15.326	0.000
Questão 5 – “Sempre”	-2.546	1.040	5.993	0.014
Questão 7 – “Às vezes”	2.603	0.725	12.906	0.000
Questão 14 – “Sempre”	2.858	0.745	14.702	0.000
Questão 15 – “Às vezes”	-1.471	0.670	4.812	0.028
Questão 23 – “Às vezes”	10.434	2.567	16.512	0.000
Questão 23 – “Sempre”	11.142	2.734	16.613	0.000
Questão 25 – “Às vezes”	-7.062	1.829	14.909	0.000
Questão 25 – “Sempre”	-6.326	1.868	11.461	0.001
Questão 30 – “Sem opinião”	-2.646	1.251	4.474	0.034

Legenda: Questão 1 “informação para lidar com o banho”; Questão 3 “envolvimento de familiares”; Questão 4 “informação sobre o que tem há disposição para o banho”; Questão 5 “informação par lidar e utilizar os recursos no banho”; Questão 7 “explicar de forma compreensível”; Questão 14 “enfermeiro mais ligado”; Questão 15 “facilidade em obter ajuda”; Questão 23 “atender com simpatia”; Questão 25 “demonstrar ter paciência”; Questão 30 “profissionais actualizados e informados”.

Os resultados obtidos na estimação permitem concluir que o modelo ajustado pode ser considerado adequado. As estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de satisfação depende de forma crescente das questões 1, 4, 7, 14 e 23, e de forma decrescente das questões 3, 5, 15, 25 e 30. Ou seja, observando os resultados da estimação do modelo, na globalidade, conclui-se que a determinante fundamental do grau de satisfação “relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava no momento do banho” (questão 28), é a prestação dos cuidados: “relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades no banho, os enfermeiros forneceram-lhe informação?” (questão 1); “relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas...?” (questão 3); “os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre o que têm à sua disposição no serviço, para o banho?” (questão 4); “os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os recursos do serviço no/para o banho?” (questão 5); “os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?” (questão 7); “tem algum enfermeiro que esteja mais ligado a si...?” (questão 14); “quando necessitou de apoio no banho era fácil obter ajuda dos enfermeiros?” (questão 15); “sentiu que os enfermeiros o atenderam com simpatia no momento do banho?” (questão 23); “os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos doentes durante o banho?” (questão 25); e

“sentiu que os enfermeiros demonstraram ser profissionais actualizados e bem informados nos cuidados que lhe prestavam no banho?” (questão 30).

A prestação dos cuidados “sempre” ou “às vezes” das questões 1, 4, 7, 14 e 23 leva a que os doentes estejam muito mais satisfeitos do que quando esses cuidados não foram prestados. Acontece o inverso quanto à prestação “sempre” ou “às vezes” dos cuidados das questões 3 (“envolver familiares”), 5 (“informação de recursos”), 15 (“facilidade de ajuda”), 25 (“ter paciência”) ou com os doentes sem opinião, do cuidado da questão 30 (“enfermeiros actualizados nos cuidados”).

A forma de prestação destes cuidados tem forte impacto (positivo ou negativo) no grau de satisfação dos doentes relativamente ao conhecimento dos enfermeiros sobre a prestação dos cuidados.

Da *segunda fase*, a variável explicativa que afecta o grau de satisfação dos doentes é a questão “relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades no banho, os enfermeiros forneceram-lhe toda, alguma, ou nenhuma?”, “sempre”. A Tabela 16 mostra os resultados da estimação do modelo⁴⁰.

Tabela 16. Grau de satisfação dos doentes, relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitavam no momento do banho (segunda fase): resultados da estimação do modelo

Questão	Parâmetro estimado	Desvio padrão estimado	Estatística qui-quadrado	Valor-p
Questão 1 – “Sempre”	2.724	919	8.779	0.003

Legenda: Questão 1 “informação para lidar no banho”.

Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de satisfação “relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que os doentes necessitavam no momento do banho” (questão 28) depende de forma crescente da questão 1. Observando os resultados da estimação deste modelo, na globalidade, conclui-se que a determinante fundamental do grau de satisfação (questão 28) é a prestação do cuidado “relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades no banho, os enfermeiros forneceram-lhe... informação?” (questão 1). Esta conclusão mostra que os doentes privilegiam a prestação de informação sobre a forma como lidar com as suas

⁴⁰ A fim de testar a qualidade do ajustamento deste modelo, a estatística do qui-quadrado da regressão é de 9.17 (1 grau de liberdade), conduzindo a um valor-*p* de 0, o que significa que o modelo é globalmente significativo, pelo que se adequa satisfatoriamente aos dados.

necessidades no banho, ou seja, informação que é directamente dirigida ao doente para poder lidar com essas necessidades.

Na *segunda fase*, os doentes explicitam que a satisfação depende da prestação da informação necessária ao doente para poder lidar com as suas próprias necessidades no banho, e já não, com outros aspectos que mostram dependência quase total do doente em relação ao enfermeiro, como sucedia na primeira fase. Além disso, desapareceram os coeficientes estimados negativos, ou seja, deixou de haver cuidados com um impacto negativo na satisfação dos doentes neste aspecto (tal como sucedia na primeira fase). O factor mostra que os enfermeiros passaram a saber como evitar essa insatisfação, mostrando um progresso em relação à primeira.

Finalmente, à semelhança das questões de satisfação anteriores, o coeficiente estimado na segunda fase é superior ao obtido na primeira, o que significa que a administração do cuidado respectivo na segunda fase teve um impacto maior no grau de satisfação.

PARTE V

REVISITANDO OS ACHADOS

No presente capítulo, procurámos revisitar os achados e proceder à sua discussão. Neste sentido, pretendemos realçar aspectos significativos divulgados nos capítulos anteriores e tecer o confronto de ideias do quadro teórico. Iniciamos com os achados inerentes à evolução da satisfação do doente com os cuidados no banho, passando ao proveniente sobre o processo de reconstrução do banho, do primeiro estudo, procurando na triangulação da informação uma ilustração mais rigorosa e profunda sobre o fenómeno, cuidar de enfermagem no banho.

1. DA SATISFAÇÃO À RECONSTRUÇÃO DO RITUAL NO AUTOCUIDADO

HIGIENE/BANHO

Na tentativa de responder ao desafio que o momento nos impõe, lançamos o olhar, primeiramente, sobre a evolução da satisfação do doente no banho, o impacto da intervenção e os ganhos em satisfação para o doente. Organizámos esta análise na sequência da apresentação dos resultados, das hipóteses norteadoras, e questões por nível de satisfação. Posteriormente, discutimos sobre o processo de reconstrução do ritual do banho, a relação destes resultados com a satisfação do doente, a sua interligação e repercussões que sugerem entre si.

Frequência dos cuidados de enfermagem no banho

Pela análise das respostas, provenientes da apreciação do doente, constatamos que existem diferenças na prática de cuidados no autocuidado higiene/banho, com a intervenção formativa. Na avaliação da frequência com que os cuidados de enfermagem são prestados, emergem diferenças e evolução entre as duas fases, ou seja, emergem diferenças na concepção dos cuidados desenvolvidos no momento do banho.

Na segunda fase, as respostas mais frequentes situam-se em “sempre” e “às vezes”, indicando que quase todos os cuidados são prestados com frequência elevada e muito elevada. Existe um aumento em relação à primeira fase na totalidade dos cuidados, só no cuidado “preocupação dos enfermeiros em envolver familiares ou pessoas mais próximas, explicando a situação e como podiam ajudar no banho”, se revelou menos forte, mas significativo. Infere-se que a formação desenvolvida teve impacto na concepção dos cuidados, tornando-se mediadora para os profissionais aprofundarem ou apropriarem-se de outras competências (Levett-Jones, 2005).

Resultados similares aos referidos por Gomes (2008), quando inferiu do seu estudo que a formação especializada contribuiu para uma concepção de cuidados diferente. Resultados de certo modo esperados, pois de acordo com Basto (1998), foram utilizadas na formação não apenas estratégias de informação mas também estratégias de educação, esperando-se desenvolver também conceitos e valores profissionais. Corroborando ainda da ideia da mesma autora, foram direccionados para modificar as perspectivas dos enfermeiros sobre a situação e utilização de estratégias de mudança de forma a permitir a adopção de comportamentos profissionais nos cuidados prestados no banho.

Voltando à questão sobre a “preocupação dos enfermeiros em envolver os familiares ou pessoas mais próximas...”, o aumento menor, pode estar relacionado com uma nova dinâmica de envolvimento que exija aos enfermeiros mais disponibilidade e tempo na atenção a esse cuidado, daí traduzir alguma falta de controlo dos enfermeiros no cuidado, ou presença de estratégia de conformismo, como aludiu Basto (1998). Porque conduz à explanação dos cuidados, e que Chang (1997) considera como as competências dos enfermeiros na dádiva de informação aos utentes e família, pois estes necessitam da sua ajuda para se familiarizarem com a situação.

Foi demonstrativa a diminuição das respostas “sem opinião” e “nunca” na segunda fase. Estas últimas, inicialmente incidem nos cuidados relacionados com a preocupação em fazer ensinamentos, envolvimento de familiares, informar sobre recursos disponíveis, preocupação e exemplificação, fornecimento de informação escrita e ou oral, explicação dos cuidados, apresentação de outros doentes e do serviço, manter a privacidade, manter o ambiente calmo, e ter em conta a opinião do doente. Destes, sugere-nos questionar sobre o quotidiano das práticas de enfermagem no banho, se não constituem um contexto voltado para o resvalar da técnica, ou porque constituem cuidados sem resultados imediatos. Ainda, sobre a atenção dada a estes cuidados nos programas de formação contínua, ou em serviço, depois da

conclusão dos processos de formação académica. Ou, por tratar-se de um facto social, relacionado com o stress profissional quotidiano (Gomes, 2008), ou da repercussão nestes cuidados da desvalorização social dos cuidados ao corpo, com raízes históricas, dos cuidados de higiene no seu percurso social (M. A. Costa, 2006; M A. Lopes, 2005).

Do estudo de Danielson e Roberntsson (2007), onde pretendiam identificar os domínios do conhecimento relevantes para a prática dos enfermeiros, sobressaem áreas das ciências biológicas (anatomia, fisiologia, farmacologia e outras), o que traduz a importância dada às necessidades biológicas. De M. A. Costa (2006), num interminável mundo de tarefas, o enfermeiro distancia-se, valoriza o objectivo, actua de forma racional e desvaloriza a subjectividade e os sentimentos (M. A. Lopes, 1999, 2005). Modelo que insiste em cobrir défices e ajudar os deficientes (Kérouac, 1996). Conceções que permitem leituras similares neste estudo, reforçando a importância da realização da primeira fase, enquanto apreciação inicial da situação dos cuidados de enfermagem no banho. De salientar que para executar cuidados de enfermagem no banho são necessárias competências específicas, e a intervenção formativa foi um contributo relevante. Se repararmos na análise factorial de ambas as fases, inerente à frequência da administração dos cuidados no banho, as dimensões subjacentes às respostas dos doentes permitem compreender as motivações e tirar conclusões com mais sentido, traduzidas por novas associações de cuidados e preocupações. A interpretação dos dados revela existirem melhorias em relação à primeira fase, o que prova que o programa foi eficaz. Resultado que atribuímos ao processo de educação utilizado na influência do controlo pessoal, auto-conceito e papel do enfermeiro, para a aproximação de valores dos dinamizadores da formação, conforme o sugerido por Basto (1998).

Pela diferença verificada entre as fases, leva-nos a inferir que os enfermeiros, devido à formação, adquiriram conhecimentos e competências específicas, no âmbito do cuidado integral no banho à pessoa hospitalizada, espelhada na frequência da sua administração, e nas dimensões subjacentes às respostas dos doentes: informação sobre recursos e ajuda; atendimento e integração; ambiente no banho; ensino e informação; profissionais actualizados e prestação de informação; e ligação especial com um enfermeiro. Destas associações emergem, agora, cuidados mais centrados no doente.

De facto, parece-nos imprescindível tanto para a avaliação global do doente, orientação do enfermeiro para os procedimentos a realizar face à situação, como para a avaliação contínua dos cuidados e planeamento, porque, as necessidades do doente mudam, daí o enfermeiro

adequar os cuidados à situação concreta do doente. O resultado revela uma orientação mais centrada na preferência pelo papel de cuidar, o que é relevante para os cuidados no banho.

Parece-nos ser um resultado de certo modo esperado, ao haver investimento no processo de cuidados, e desenvolver inovação pela compreensão destes, nos actos quotidianos, contudo, Canário (1993) sublinha, relativamente à produção de mudanças na organização social, que implica não apenas mudar a acção individual mas também o modo de pensar essa acção.

Satisfação com a administração dos cuidados no banho

Sobre estas questões, procedeu-se ao cruzamento de variáveis através da análise da regressão para explicar e compreender a forma como a frequência da prestação dos cuidados de enfermagem no momento do banho afecta a satisfação no doente.

Relativamente às diferenças ao nível de resultados da qualidade face à percepção dos doentes sobre os cuidados no banho, estes revelam globalmente que os doentes manifestam uma percepção mais favorável sobre os cuidados prestados na segunda fase. Este aspecto corrobora a ideia de que a satisfação dos doentes é uma medida de qualidade dos cuidados porque dá informação sobre o sucesso dos prestadores (Donabedian, 1988), permitindo-lhes identificar áreas a aperfeiçoar e desenvolver no sentido da melhoria continua (Paúl et al., 1999). Mas, também com a ideia Irurita (1999) porque o nível de qualidade dos cuidados depende de certas condições contextuais e intervenientes que fazem parte do ambiente geral, a organização e factores pessoais do enfermeiro e do doente, orientando para o estudo de outras variáveis explicativas.

A maior satisfação dos doentes com os cuidados de enfermagem no banho pode conduzir a ganhos na organização dos próprios cuidados, e em satisfação do doente com os cuidados de enfermagem, sendo estes considerados pela produção científica de importantes para a satisfação dos doentes (Davis, 2005; Gotlieb, 2002; Shattell, 2004), até porque a prestação dos cuidados de enfermagem no banho emerge todas as manhãs, no quotidiano dos enfermeiros.

A satisfação é mais elevada na segunda fase, a maioria responde “satisfeito”, sendo a relação entre os cuidados agora, pequena, ao contrário da primeira fase (situando-se em “nem satisfeito/nem insatisfeito”), revelador de aumento em todos os cuidados.

As dimensões que descrevem as respostas dos doentes, relativamente à satisfação com a administração dos cuidados no banho, oferecem reagrupamentos de questões, também com

mais sentido, na segunda fase: disponibilidade (para ouvir, envolvê-los, ajudar num cuidado mais difícil para si) e intimidade (não destapar, colocar biombos, correr cortina; manter a porta fechada); explicação (linguagem usada, preocupação de repetição, de exemplificação, uso das coisas) e tempo de resposta que os enfermeiros demoram a dar-lhes resposta; o atendimento e conhecimento, voltados para a forma como foram atendidos no banho e o conhecimento dos enfermeiros sobre os cuidados que necessitavam. São componentes a corroborar com as sugeridas por A. L. Ribeiro (2003), comunicação, conforto, atendimento das necessidades e da privacidade, para atingir uma medida válida da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem.

Passamos agora à análise das variáveis explicativas da satisfação dos doentes com a frequência dos cuidados no banho e como estas a influenciam.

Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas sobre o banho: a frequência da obtenção da informação necessária para lidar com as necessidades no banho é dirigida à explicação sobre as coisas no banho, levando os doentes a considerar que o enfermeiro atribui mais importância aos seus problemas, no banho. Sentiram-se melhor atendidos com a informação, era mais dirigida às suas necessidades específicas e naturalmente compreendiam melhor a explicação do enfermeiro. O grau de satisfação aumentou com a prestação deste cuidado. Enquanto na primeira fase, os doentes estavam interessados em que os enfermeiros se preocupassem, se eles tinham compreendido. Os doentes demonstram estar mais focalizados, e já não surgem as dificuldades anteriores. O facto revela que os enfermeiros estão mais atentos e desportos à prestação da informação sobre o banho, à semelhança do considerado por Irurita (1999), em que a informação fornecida ao doente é considerada como o aspecto mais relevante. Uma comunicação e informação adaptadas às necessidades individuais, sociais culturais destes doentes, têm influência no bem-estar e promoção do sentimento de segurança nestes (Alves, 2007). A evolução da satisfação traduz a mudança em termos de preferência pelo papel de cuidar e a percepção do controlo pelos enfermeiros, a nível do informar no banho.

Relativamente à forma como foram atendidos os doentes no banho: a satisfação revela causas diferentes em cada uma das fases. A diferença mostra que na segunda parte houve um impacto positivo e maior grau de satisfação. As variáveis preditivas estão mais directamente relacionadas com a forma de atendimento e qualidade do atendimento, do que com a prestação dos cuidados durante o banho. Aqui, a prestação de informação tem uma componente de atendimento e de assistência fundamental. Os doentes mais esclarecidos

distinguem melhor a forma de atendimento pelos enfermeiros. Ou seja, a forma de atender está relacionada com a forma de informar sobre o necessário para lidar com as suas necessidades no banho, tendo em conta a sua opinião e a preocupação em preservar um ambiente calmo durante os cuidados no banho. Estes resultados, de certo modo, corroboram a ideia de Clearly e McNeil (1988), ao afirmarem que, apesar de poder não ter conhecimentos para avaliar a qualidade técnica dos cuidados, o doente aprecia a sua importância, salientam ainda sobre a relevância da participação deste no planeamento dos seus próprios cuidados de saúde.

Resultados que nos surpreenderam pelo reagrupamento preditivo, inferindo-se daí a provável adopção de novos comportamentos por parte dos enfermeiros, tanto a nível dos factores intra-pessoais como interpessoais, como sugere Basto (1998), face à diversidade e cruzamento das propriedades das variáveis explicativas, em situação.

Relativamente ao tempo que os enfermeiros demoraram a dar resposta às solicitações/pedidos dos doentes no banho: apurámos que não emergiram causas preditivas da satisfação, em comum, nas duas fases. O menor grau de satisfação da primeira fase deve-se, provavelmente, a uma menor eficiência no atendimento. Os doentes estão menos satisfeitos quando sentem que é fácil obter ajuda. O que se explica pelo facto de a facilidade de obtenção de ajuda não traduzir eficiência na prestação. A facilidade não significa que o apoio seja imediato. O atendimento com simpatia e o ter em conta a opinião do doente estão, na segunda fase, a explicar a evolução da satisfação dos doentes no que se refere ao tempo para dar resposta às suas solicitações/pedidos, pelos enfermeiros e a tornar o atendimento mais eficiente. Parece-nos interessante a associação destas variáveis, porque para assegurar a satisfação do doente, os enfermeiros devem prestar cuidados personalizados, como concluiu Gomes (2008), centrados nas suas necessidades, o que ajuda a evoluir no mundo da prática, caracterizado por realizar tarefas e falta de tempo (Basto 1998; Collière, 2003).

A propósito, a taxonomia proposta por Chang (1997) refere-se à adequação da resposta às necessidades dos utentes e à rapidez com que se atende as solicitações e o modo como providenciam cuidados em tempo oportuno, integrando-os na dimensão da disponibilidade. Ideia que considerarmos também emergir neste estudo, sendo que na apreciação da primeira fase aparenta existir um paradoxo.

Relativamente à preocupação dos enfermeiros em preservar a intimidade quando prestam cuidados durante o banho: a evolução na satisfação do doente foi notória. A preocupação em manter a intimidade esteve presente, revelando-se uma preocupação constante dos

enfermeiros (satisfeitos 56.8% e nem satisfeitos/nem insatisfeitos 43.2%). Nenhuma das variáveis afecta ao grau de satisfação, no segundo momento.

É interessante a presença do cuidado com a explicação de forma compreensível, o qual surge também de forma significativa em várias das questões da satisfação, levando-nos a corroborar com N. Soares e Lunardi (2002) e Gomes (2008), de que a informação é fundamental no processo de autonomia do doente.

Nos primeiros resultados, os doentes sentem-se mais satisfeitos na sua intimidade se o enfermeiro efectuar os ensinamentos necessários sobre o banho e os explicar de forma compreensível, o que propicia um ambiente adequado ao banho. Ainda, a satisfação com a preocupação dos enfermeiros em preservar a intimidade, é menor, quando o cuidado é prestado, diminuindo a satisfação, parecendo existir aí um paradoxo. É possível que para manter um ambiente calmo no banho, exija intervenção do enfermeiro, diminuindo a sensação de privacidade.

Chang (1997), para a análise dos atributos percebidos na satisfação, na componente estrutura, reflecte a gestão do ambiente físico pelos enfermeiros enquanto cuidam, incluindo o quarto do utente, organizado, o conforto e a colocação dos objectos pessoais ao alcance. Ainda, na componente processo, apresenta na componente arte dos cuidados, a implicação de atitudes adequadas ao contexto e às características do doente.

Sobre a disponibilidade dos enfermeiros no banho: da comparação das fases, a satisfação depende de causas comuns e não comuns. Mantêm-se as questões relacionadas com a disponibilidade para o banho (informar sobre utilização dos recursos, manter privacidade e ambiente calmo) e desaparecem, na segunda, as qualidades, paciência, simpatia, pelo facto de estarem sempre presentes no atendimento. Aqui, parece emergir um paradoxo, quanto à satisfação com a prestação do cuidado, informar sobre a utilização dos recursos, ao revelar um efeito contrário, ou seja, a satisfação diminuiu com prestação deste cuidado, na última fase. O doente pode ter considerado que houve um desviar da atenção dos enfermeiros sobre o banho, da sua disponibilidade, para centrar a sua atenção em aspectos exteriores ao banho (nos recursos). O programa de formação teve um forte impacto, aumentando a satisfação dos doentes mas também a diminuiu, num dos aspectos, de uma das componentes da satisfação (informação sobre os recursos). O que nos leva a reflectir sobre os aspectos da comunicação/relação, nos cuidados de enfermagem no banho, é que comunicação clara e informação são pré-requisitos para a percepção da satisfação com os cuidados de enfermagem (Mitchell, Leana & Hyed, 1999), resgatámo-los como preocupação.

Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava no banho: naturalmente que a prestação da informação equivale à transmissão de conhecimento, o que torna os doentes mais satisfeitos. Estes privilegiam a prestação de informação sobre a forma de lidar com as suas necessidades no banho, a informação exclusivamente dirigida a si, para poder lidar com as suas necessidades. Os doentes revelam-se, mais esclarecidos e autónomos na segunda fase. Os resultados vão ao encontro de outros estudos, ao revelarem que os cuidados mais personalizados resultam em melhor comunicação e envolvimento do utente no processo terapêutico, continuidade de cuidados e consequente melhoria da qualidade (Clearly & McNeil, 1988; Gasquet, 2000; McIntyre & Silva, 1999; Melo, 2005), enquanto na primeira fase eram mais dependentes da forma como os enfermeiros prestavam os cuidados no banho (envolvimento de familiares, recursos do serviço, facilidade de obtenção de ajuda, simpatia, paciência, ...), levando a doentes menos satisfeitos.

Na segunda fase, os doentes são explícitos com o conhecimento que os enfermeiros demonstraram sobre os cuidados, atendendo a que dar informação ao doente é dar-lhe oportunidade para escolher e envolver-se na situação (Melo, 2005), infere-se que este cuidado no banho adquire sentido terapêutico na situação do doente no banho. Por deixar de haver impactos negativos com os cuidados, revela que os enfermeiros souberam combater a insatisfação, quer fosse por deficiência na administração ou da informação e explicação.

Em síntese, o estudo corrobora achados de investigação empírica: Ao apontar para uma forte relação entre a quantidade de informação que o utente possui e o consequente nível de satisfação face à informação recebida, parecendo existir correlação positiva entre o nível de informação e o nível de satisfação dos utentes (Meehan, 1999; Melo, 2005; Neto et al., 2003; Oermann & Templin, 2000; Siguthardottir, 1996).

Cuidados mais personalizados resultam em melhor comunicação e envolvimento do utente no processo terapêutico, continuidade de cuidados e consequente melhoria da qualidade (Clearly & McNeil, 1988; Gasquet, 2000; McIntyre & Silva, 1999; Melo, 2005).

O doente pode não ser o melhor avaliador da qualidade clínica dos cuidados por não deter os conhecimentos específicos e suficientes para avaliar o que lhe é feito no banho, contudo, atribui grande significado e importância ao como lhe são feitos esses cuidados (Marley, Collier & Goldstein, 2004).

A satisfação dos doentes com os cuidados de enfermagem é nitidamente superior no segundo momento, enquanto no primeiro se evidenciou uma abordagem com menor preferência pelo papel de cuidar e menos controlo da integralidade dos cuidados por parte dos enfermeiros.

É relevante na presença do cuidado, explicação de forma compreensível, que surge de forma significativa em várias questões da satisfação, tornando-se favorecedor para a autonomia do doente. O sentido terapêutico emerge orientado para o bem-estar do doente no banho, marcado por uma presença mais activa e informada. Também o conhecimento dos enfermeiros sobre os cuidados no banho, é muito valorizado e apreciado na administração do cuidado, e informação, aproximando-se dos achados de Raftopoulos (2005), ao assegurarem e contribuírem para a saúde, bem-estar e participação do doente. Os doentes mais esclarecidos, e exigentes, na satisfação nos cuidados do banho, privilegiam a qualidade na forma de serem atendidos, na consideração da sua opinião, na disponibilidade oferecida e no respeito pela sua privacidade, o que os robustece, pois são olhadas as suas características, a arte dos cuidados (Chang, 1997).

A informação e comunicação no banho são fundamentais para a percepção da satisfação, orientam para ganhos na medida em que favorecem o atendimento, o conforto, envolvimento do doente nos cuidados e nas decisões. Resultados que vão ao encontro dos factores influentes na satisfação do doente, assinalados por Johansson et al. (2002), durante o processo de cuidados (comunicação, informação, relações interpessoais, competências profissionais, participação, aspectos da organização) e de A. L. Ribeiro (2003), já referidos. Por outro lado, não se distanciam dos elementos apreciados pelos doentes participantes (dimensão humana, relacional e terapêutica) no nosso primeiro estudo, de inspiração etnográfica, bem como, permitem completar e discutir o sentido sobre a centralidade do doente no cuidado, evidenciada nos níveis de actuação do enfermeiro, pelo uso dos elementos de cuidar no banho, ali emergentes.

Do processo de reconstrução do ritual no banho

Discutidos os resultados sobre a satisfação do doente, vale a pena olhar sobre as concepções e elementos que emergiram a caracterizar o cuidado no banho, no nosso primeiro estudo, de inspiração etnográfica.

O evento do banho emerge no quotidiano do enfermeiro, como um empreendimento em acção, associado a um processo de reconstrução, a momentos *performativos*, e a elementos

que suportam o cuidar no banho, tendo sido a partir destes que desenvolvemos a intervenção junto dos enfermeiros, no segundo estudo, “antes-após”.

Na reconstrução do banho, o anunciar do banho, a celebração do banho e os usos e efeitos do banho, emergem como grandes momentos *performativos* no banho, de onde brotam dimensões *performativas*, e de entrega profissional, a representarem a mobilização de saberes, e arranjos orquestrais de cuidados, na resposta do enfermeiro.

É de realçar que no processo *performativo*, o *anunciar do banho* ganha significado pelo trabalho de bastidor, de descodificação/codificação das mensagens, do refinar de leituras na tentativa de promover uma equação do banho e dar andamento à sua preparação.

No refinamento dessa preparação do banho, as estratégias accionadas como a saudação e a apresentação do enfermeiro ao doente, robustecem e validam as suas decisões no banho, mas procuram, também, levar ao doente a confiança e o respeito pela sua pessoa e vulnerabilidade, para conseguir ajustar a sua presença ao outro.

Na azáfama da preparação, são relidos diferentes tipos de banho, a enunciarem a *performance* no banho, mas também, a sugerirem características diferentes de actuação do enfermeiro.

Da *representação dos espaços* usados, estes entram na cadeia da preparação associados a traços distintivos, no redesenho dos percursos, configurando circuitos e a sugerir uma coreografia, uma *expressão performativa*, e a própria natureza do banho.

Por sua vez, na *expressão performativa do banho*, relemos a natureza do banho, a qual orienta para uma situação de banho, e está associada a determinantes como a dependência do doente e aos usos sociais dos objectos, sugerindo as características morfológicas do banho, do cuidado, e a solicitar uma *expressão performativa*.

Em termos sociais, a situação de dependência do doente para o autocuidado higiene/banho, torna-se caracterizadora da dependência do doente, e do estado do próprio serviço (Schachtel, 1991). A atenção especial que estes cuidados requerem é traduzida, simbolicamente, pela desconstrução e reconstrução local, do conceito de autocuidado, conferindo-lhe o domínio e significado dos cuidados de higiene e banho, afastando-se do da linguagem classificada (CIPE). A dominância do conceito traduz, a sua importância social na linguagem do grupo, do cuidado trabalhoso e imprevisível de que se constitui, da *performance* que requer, e do tempo que ocupa.

Relemos também, a preocupação em responder ao padrão de actividades no serviço, à organização dos cuidados de enfermagem mas também a imperativos e orientações da profissão, porque o autocuidado higiene é uma necessidade básica, e essencial, que obriga a competências próprias e cruzamento de saberes, restabelece a saúde, coloca o corpo noutra condição e recria na atenção sobre ele, ajustamento na *performance*.

Nas intenções dos enfermeiros quando vão prestar este cuidado, são assinaladas orientações distintas, contudo um cuidado importante, com a preocupação centrada na condição de saúde do doente e no seu bem-estar, designando-o como do domínio da enfermagem.

É encarnada a responsabilidade herdada da tradição, e agem, na ajuda, assistindo o doente a preencher as necessidades de autocuidado (George, 2000) que no conjunto, depende da iniciativa de cada um. Preparam para proporcionar conforto, lavar o corpo, posicionar o doente, preparar para o dia, e fundamentalmente para promover uma oportunidade de cuidados.

À função do banho em contexto hospitalar, reconhecida como função terapêutica, estão associadas orientações simbólicas (higiénica, medicalizada, de conforto e de bem-estar e estética), podendo em contexto do banho, existir mais do que uma orientação ou coexistirem orientações e significados diferentes, logo, a ditar acções e *performances* diferentes.

Na organização dos objectos, é preparado o previsível dos cuidados para o imprevisível do cuidado no banho, sugerindo-nos um momento de incerteza, daí, a preocupação e também solidariedade, remetendo nos preparativos, para o cuidado do nós, do colectivo, no sentido do cuidado de defesa, de protecção e de segurança, de um cuidado mais eficaz (Mantzoukas & Jasper, 2004).

A preparação do banho ganha ainda sentido pelo trabalho prévio em preparar o possível para o imprevisível do banho, a interacção, a fim de assegurar a disponibilidade para o cuidado em acto, para o encontro mais atento e profundo (Manen, 1998). A aposta desenvolve significado no contexto da interação, em termos de espaço físico mas também na complexidade do contexto relacional, dado o cuidado no banho se oferecer como um momento de interacção trabalhosa, logo, o uso desta *performance* prepara algumas tomadas de decisão. Esta atenção do enfermeiro na preparação do banho, sugere as suas preocupações, aproximando-nos daquilo a que Turner (1982), designou de atenção aos ruídos. Neste sentido, a *performance* da preparação do banho emerge a robustecer os profissionais para a interacção enfermeiro-doente, no banho.

Na *celebração do banho*, momento de forte interação enfermeiro-doente, é consumada a orientação da entrega profissional, na coreografia do banho. Para os enfermeiros, é através dos modos de fazer, que o banho se torna num reencontro *performativo*, ao combinar os modos de entrar e de estar, precisamente, pela dinâmica de reatualização e reconstrução dos cuidados no processo. O processo de avaliação/diagnóstico-acção e a intervenção do enfermeiro no encadeamento das acções, revelam o modo de estar nesta relação de espaço-tempo, também de gestos e de discurso, características que vão reorientar o enfermeiro nas acções, e na gestão da *performance*, podendo ser tornada permeável.

A forma de fazer o banho, associada a diferentes tipos de banho e a formas coreográficas do banho, representa a complexidade interior do cuidado no banho, e a atenção *performativa* na interação, na mobilização de saberes próprios, dos arranjos orquestrais de cuidados, para o ajustamento da resposta; por último, o que se faz no banho, é caracterizado por combinar a gestão dos elementos do cuidado: cuidados de higiene; gestão de privacidade; cuidados de relação e gestão de sentimentos, cujo entrelaçado representa o uso das permeabilidades no cuidado, na sua linguagem padrão. Confere abertura à reorientação do cuidado. O momento alto da execução, a composição do cuidado em acto, o seu desenvolvimento, integra uma construção de diálogo entre o lavar-se o corpo, gestão de dispositivos materiais, gestão de oportunidades, gestão de ambiente e dos outros cuidados.

A gestão de oportunidades, torna-se na característica definidora do sentido da interação, configurada nas *performances* da actuação profissional, na composição orquestral do cuidado, do cuidado na gestão dos elementos de cuidado, e ainda no uso das possibilidades de gestos, expressando o diálogo do banho, do processo de celebração do banho

Os usos e efeitos do banho, ganham sentido pela dinâmica da informação sobre estes cuidados, tornando-se determinante e emblemática quer para a continuidade dos cuidados quer no reiniciar de novo ciclo. Dos usos sociais banho, a informação torna-se relevante para o funcionamento do grupo, valorizada nas relações enfermeiro-doente, enfermeiro-enfermeiro e enfermeiro-serviço, perfilando nos grupos de relações que são importantes para o funcionamento de qualquer grupo humano (Helman, 1994).

Nestes momentos *performativos* (anunciar do banho, celebração do banho e nos uso e efeitos do banho) assumem pertinência dois grupos de aspectos, os orientados para a estrutura e os orientados para o processo, com significado no cuidado do banho. Quanto aos primeiros, são os contextos físicos, os das azáfamas da preparação e da concretização do banho que ancoram os circuitos, espaços ordenados e específicos, da organização dos materiais e dos pares, que

revelam uma dinâmica de controlo pelo profissional, projecta mecanismos disciplinares, de influência da estrutura da organização (Foucault, 2006). Neste sentido, e tomando os estudos de Carapinheiro (1993) e Gândara (2010), não se pode perder de vista a existência da ordem institucional, as regras da organização norteadas pelo modelo funcional, de perfil biomédico, que orientam os enfermeiros, enquanto subpoder, à adequação dos comportamentos e actividades, numa espécie de invasão da tecnologia disciplinar. Mas também, relembramos a ideia de Irurita (1999), de que o nível da qualidade dos cuidados depende de certas condições contextuais e intervenientes que fazem parte do ambiente geral, para além das da organização, as características pessoais do enfermeiro e do doente. Sobre as características pessoais do enfermeiro, tomamos do trabalho de Suhonen, Välimäki e Leino-Kilpi (2009), e como aspectos que interferem no cuidar individualizado, o envolvimento, o profissionalismo e o sentimento de controlo e poder do enfermeiro.

Neste sentido, salientamos que no processo de reconstrução do banho, a permeabilidade emerge como propriedade da interação, veículo da reactualização e reajustamento das respostas às situações de cuidados de forma contínua, para muitos dos enfermeiros. A experiência proporciona-lhe, por um lado, o treino para leitura dos elementos indutores do banho e o ajuste de uma *expressão performativa*, na interacção, mas por outro, o domínio sobre a sua prática de cuidados, também lhe é essencial, a competência profissional como lhe chamou Benner (2005).

O uso dos elementos de cuidar que se configuram na entrega profissional, na celebração do banho, revelam o diálogo do banho. As formas do uso das dimensões desses elementos, estão associadas a níveis de actuação do enfermeiro, e o cuidado criado representa um saber artístico, que se pode tornar criativo e atento (Benner, 2005; Carper, 1978; M. J. Lopes 2006), face ao conhecimento colocado em movimento. Ganha significado na sua expressão a centralidade do cuidado, sugerindo diferentes visões do corpo e do cuidado ao corpo, como a do corpo-objecto e a do corpo sujeito, levantando questões relacionadas com as formas de controlo da participação do doente no momento destes cuidados.

Implicitamente a todos os níveis de actuação, emerge uma ordem e ritualidade, cujas possibilidades, traduzem a autonomia da acção dos enfermeiros o que, lhes permite funcionar em grupo e dar continuidade aos cuidados. Como outros autores frisaram, permite trabalhar em circunstâncias ambíguas como no contacto com a intimidade, o sofrimento, os fluidos (Holland, 1999; Mercadier, 2004; Wolf, 1993) actuar em locais e situações de banho complexas, seguindo as mesmas regras e procedimentos como descreveu Wolf (1993).

A manutenção desta ordem, torna-se nos níveis de actuação mais básicos, numa forma mais clara de controlo da ansiedade, das emoções em situações delicadas, conduzindo a cuidados mais centrados no corpo-objecto, e na participação passiva do doente, tocando em alguns aspectos de Menzies (1960), o que vai ao encontro da promoção da passividade para controlar o envolvimento a comunicação e regular o tempo, conforme os achados de Gândara (2010).

São níveis de actuação que sugerem uma atenção profissional egocêntrica, fechada, e controladora, apontando para um cuidado instrumentalizado, cuja expressão orienta tanto para a existência de um poder implícito que o enfermeiro exerce sobre o doente, como para um outro, exercido sobre o enfermeiro, o que o leva a controlar o seu envolvimento no cuidado, e na organização do seu tempo, no cuidado. Ou seja, o enfermeiro toma por refém uma visão na organização e prestação do cuidado, unidireccional, corroborando os estudos de Kruse, (2003), M. A. Lopes (2005) e T. C. Lima (2008), por expressar no banho uma concepção que produz um corpo frio no cuidado, de sentimentos escondidos, com incursão num modelo centrado na tarefa (Novais, 2003), daí o recorrer-se com frequência à delegação do banho, à fuga ao cuidado sujo e do corpo em sofrimento (M. A. Lopes, 2005; Sandelowski, 2002). Concepção que lembra a definição argumentada por Walsch e Ford (1990) sobre ritual. Assistir naquela visão, aproxima-se do ritual do exame de Foucault (2005), a sugerir disciplina e a remeter para a máscara do cuidado, às técnicas e ao controlo do ambiente, e do cuidado no banho.

Ainda sobre o controlo do cuidado no banho, o enfermeiro nem se apercebe que o desenvolve durante o mesmo, como frisam Kruse (2003), Santos et al. (2010) e Gândara (2010). É de lembrar que, tal como em outros estudos, também emergem sentimentos de insatisfação e constrangimento no enfermeiro, com o cuidado realizado, que além de condicionar o cuidado individualizado (Colliére, 2003; M. A. Lopes, 2005; T. C. Lima 2008; Savage, 1995; Suhonen et al., 2009), cria um sentimento de impotência para prestar cuidados fundamentados de forma integral (T. C. Lima, 2008), podendo conduzir ao *distress moral* segundo Andrew Jameton, (Gândara, 2004). O que, por sua vez, conflitua com questões sobre o ajustamento de recursos humanos, o próprio método e organização dos cuidados.

Relativamente aos níveis de actuação mais elevados, estes diferenciam-se pela intensidade do diálogo com os elementos de cuidar, a abertura à consistência do cuidado, rentabilizado pelas possibilidades das diversas dimensões (equação do banho; gestão dos elementos de cuidado; cuidado em acto; usos de gestos, o lavar-se; comunicação no banho).

Esta expressão do cuidado no banho aproxima-se das características do cuidado desenvolvido na segunda fase, do nosso segundo estudo. Além da experiência e competência (Benner, 2005) é revelada no gesto quotidiano do banho, a sensibilidade do enfermeiro para transformar aquela “ presença do tempo” em “tempo de presença” (Renaud, 2010) e tornar o diálogo do banho mais expressivo. Neste modo de assistir o doente nos cuidados de higiene, que forçosamente saíram da esfera do privado, para onde foram remetidos durante o processo civilizacional (Elias, 2006; Mattoso, 2011; Vigarelho, 1985), são introduzidos elementos apreciados pelo doente (dimensão humana, relacional e terapêutica).

Salientamos nestes níveis de actuação no banho, que a concepção de cuidado ao corpo, aproxima-se mais da noção de pessoa, sobre o qual, o indivíduo, tem a possibilidade de agir (Le Breton, 2008; M. V. Almeida, 2004).

Os níveis de actuação traduzem o movimento do conhecimento, e significam o empenhamento do enfermeiro, o seu envolvimento e do doente, no cuidado durante o banho, sendo de equacionar que os modos da interpretação do outro, segundo Suhonen et al. (2009) e Kirt (2007), também influenciam o envolvimento, com o doente. A dinâmica geradora de sentimentos positivos, no encontro, só acontece na medida em que o corpo do outro tem valor para o enfermeiro (Augusto et al., 2004).

É dos usos dos elementos de cuidar na gestão das oportunidades, que a criatividade emerge, e ganha sentido a permeabilidade na linguagem padrão, e no padrão da actividade, do cuidado no banho. Concepção que pela optimização das possibilidades, orienta para um importante instrumento de intervenção terapêutica, na medida em que melhora a condição do doente, e o favorece na transição para a saúde e bem-estar. Desta forma, a ordem, a ritualidade das acções e as *performances* no banho, demonstram preocupação e empenho ao incorporarem o ajustamento de saberes à condição do doente no banho, e também como reconheceu Melosh (1982) a consciência do enfermeiro no cuidado.

Em síntese: o banho emerge no quotidiano do enfermeiro, a assinalar o seu compromisso profissional e hospitalar, conseguindo garantir a funcionalidade dos serviços e até a conformidade de hábitos, como concluiu Carapinheiro (1993), de certo modo, com sentido obrigatório (Gândara, 2010).

A actuação do enfermeiro no banho está associada a um processo *performativo*, um processo de cuidados trabalhoso, de interacção complexa, exigindo-lhe atenção, procura de equilíbrio e ajustamento da *performance* para intervir, a partir dos recursos envolvidos, na situação do

banho (Collière 1989; Hesbeen, 2000; M. A. Costa, 2006; M. J. Silva, 2006), aspectos desenvolvidos por M. J. Lopes (2006).

A maneira como os enfermeiros lêem, dialogam e usam o banho, resulta no domínio de uma construção específica do banho, que os une, com significado social e profissional, enquanto grupo, permitindo-lhe assegurar a continuidade dos cuidados, o que se revela compensatório (Frogatt, 1997).

A assegurar a prática de cuidados no banho, emergem do processo de reconstrução do banho, elementos de cuidar a sugerir enfermagem. Dos usos desses elementos de cuidar que se configuram na entrega profissional, brota o diálogo do banho, denotando-se níveis de actuação do enfermeiro que pelas formas do seu uso, representam o cuidado criado, o conhecimento em movimento no banho (Benner, 2005; Brum et al., 2000; Carper, 1978; M. J. Lopes, 2006). Desses níveis de actuação emerge um quadro de cuidados a expressar “possibilidades” e “fragilidades”, reflectindo elementos paradigmáticos, afectando a identidade e significado destes cuidados.

Marcas como a da desvalorização social dos cuidados, centralidade na tarefa, racionalidade técnica, limitação de tempo, e poder na acção (Cabete, 2005; Isaksen, 2000; J. Pupulim, 2003; M. A. Lopes, 1999, 2005; M. J. Silva, 2006; Gândara, 2010), remetem para orientações polarizadas em que os cuidados são efectuados, procurando a eficácia, tratando através da higiene, procurando o autocontrolo (Holand, 1993; Melosh, 1982; Menzies, 1960; T. C. Lima, 2008). Por outro lado, as “possibilidades” asseguram o cuidado pelo envolvimento do doente, permeabilidades, e centralidade na pessoa (Rosenberg, 1987; Sandelowsky, 2002; Wolf 1988a, 1993), transformando a presença do tempo no cuidado (Renaud, 2010), pelo aproveitamento das oportunidades de comunicação para criar e mudar, ancoradas na optimização do diálogo com os elementos que suportam o cuidar no banho, significando para o enfermeiro, obter segurança para a definição de respostas na continuidade de cuidados.

Da satisfação à reconstrução do ritual no autocuidado higiene/banho: uma síntese

Salientamos que do investimento efectuado na intervenção aos enfermeiros, integrando as dimensões inerentes aos elementos que suportam o cuidar no banho, denotamos uma evolução da satisfação na mudança, em termos da preferência dos enfermeiros pelo papel de cuidar e pela percepção do seu controlo sobre o cuidado no banho.

Da triangulação da informação sobre os resultados de satisfação (segundo estudo) e os níveis de actuação mais elevados (primeiro estudo), emergem cuidados capazes de traduzir ganhos

em satisfação para o doente, de promover doentes mais esclarecidos e participativos, e enfermeiros mais atentos. De ambos os estudos, resulta um tipo de interação que segundo Watson (2008), é mais favorável à relação de cuidar, de uma interação de qualidade, onde o enfermeiro é aberto e está presente para o outro.

O sentido terapêutico que emergiu a orientar para o bem-estar (no primeiro estudo), e para os ganhos (no segundo), vem ao encontro de A. L. Ribeiro (2005), na medida em que os resultados na satisfação no cuidado do banho, pode ser facilitada tanto pelos aspectos da estrutura como pela existência de processos adequados na administração do cuidado. Os elementos valorizados como a comunicação, atendimento das necessidades, a privacidade e conforto, emergem associados à intercepção de realidades num quadro subjectivo onde se incluem os valores, as crenças dos doentes (Gomes 2008), e os hábitos de que se foi constituindo no processo civilizacional (Elias, 2006; Mattoso, 2011; Orem, 1993).

Nos níveis de actuação do enfermeiro, no banho, a linguagem nativa padrão, permite conciliar a dimensão técnica e instrumental com a expressiva, através da atenção *performativa* do enfermeiro à sensibilidade, consciência e reflexividade na interação, proporcionando bem-estar mútuo.

O diálogo dos elementos que suportam o cuidar no banho que sustenta os níveis inferiores de actuação, podem ser favorecidos quando providos de processos de formação e reflexão, como revelado pela evolução nos níveis de satisfação do doente no banho (na comunicação; forma de atendimento; tempo de resposta às solicitações dos doentes; preservar a intimidade nos cuidados; disponibilidade do enfermeiro; e do conhecimento sobre os problemas do doente). Ou seja, o cuidado é susceptível de incorporar conhecimento émico, não desprovido por aqueles processos, ao inverso do sublinhado por T. C. Lima (2008). O banho, é considerado por Wolf (1988ab) como um ritual terapêutico porque a enfermeira melhora a condição do doente, neste sentido, acrescentamos, de que esta pode ser favorecida, na medida em que é optimizada a comunicação, o diálogo, interior do cuidado.

Os resultados ajudam a perceber o banho, não como um cuidado simples, trivial, que não carece de investimento, para que tem sido remetido, mas delicado, e a oferecer abertura à informação e ao conhecimento produzido.

De realçar que nos serviços onde os estudos foram realizados o enfermeiro era o responsável por prestar todos os cuidados que os seus doentes necessitavam ao longo do turno, sendo mais frequente, e à semelhança do estudo de M. J. Silva (2006), a intermutabilidade de tarefas nos

serviços onde realizámos o primeiro estudo, incluindo na dotação dos recursos, diminuindo assim, no segundo estudo, o perigo de desvalorização dos conteúdos funcionais.

Com a evolução da satisfação do doente, o cuidado integral no banho melhora, na medida em que são considerados aspectos individuais do doente, como a sua opinião, a sua privacidade, e da parte do enfermeiro, a sua forma de atender, tempo de resposta, disponibilidade, comunicação/informação, do conhecimento que tem sobre o doente, não aprisionando a mobilização do conhecimento nem desconsiderando a possibilidade da evolução técnica-científica na interacção, no cuidado banho.

PARTE VI

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste momento do trabalho, e lançando o olhar sobre o realizado, tecemos uma composição invocando o relevante do estudo, que também se constitui num momento de auto-aprendizagem e reflexão. Este exercício, perfila um primeiro desafio, a reconstrução dos achados, fazendo ressaltar dos percursos metodológicos uma síntese compreensiva dos aspectos determinantes e significativos no evento do banho, movimento do cuidado e satisfação do doente, sistematizando num modelo integrador a dinâmica da reconstrução do banho, dos elementos de cuidar e sua relação com os ganhos em satisfação para o doente.

Num segundo momento, aludimos sobre algumas das perspectiva abertas por este trabalho, contributos, sugestões e implicações do estudo, compreendendo-se a interligação que sugerem.

1. RECONSTRUÇÃO DOS ACHADOS

O estudo partiu da preocupação centrada na aparente discrepância entre o ideal e a prática dos cuidados de enfermagem à pessoa internada em situação de dependência para o autocuidado higiene pessoal/banho, questionando se as concepções e práticas dos enfermeiros, no ritual desses cuidados em pessoas internadas, se traduziam em ganhos representativos na satisfação dos doentes.

Relativamente à pergunta de partida, parece-nos ter-se justificado, pois acedeu-se, através do itinerário etnográfico, à prática dos cuidados no banho, às concepções dos cuidados que contribuem para a expressão do ritual no banho, aos elementos de cuidar que os suportam e, através do contributo de uma intervenção formativa nestes, obteve-se uma evolução positiva no padrão de satisfação dos doentes sobre os cuidados administrados no banho.

Consideramos pertinente invocar os objectivos do estudo para nos referirmos às suas premissas relevantes: Concepções e práticas nos cuidados de enfermagem no autocuidado higiene/banho; elementos que suportam a arte de cuidar a pessoa; e satisfação dos doentes naqueles cuidados.

Concepções e práticas nos cuidados de enfermagem no autocuidado higiene/banho

Os resultados da investigação permitem sistematizar que o evento do banho emerge como um processo de reconstrução quotidiano, associado a momentos *performativos*, a um processo ritual.

À construção processual estão associados construtos *performativos*: o anunciar do banho, celebração do banho e os usos e efeitos do banho. Do itinerário por tais momentos *performativos*, emerge uma forte relação de sentido e configuração específicas para a cultura local. Na sua orientação processual, os construtos são marcados por dimensões *performativas* com articulação entre si, no banho, com efeito sistémico e numa relação próxima com outras actividades, cuidados de enfermagem e ritmo de turno.

No processo *performativo*, associado ao processo de cuidados vivido pelos enfermeiros e pessoa cuidada no banho, de si complexo, pelo encontro de subjectividades (Collière, 1989; Hesbeen, 2000; M. J. Lopes, 2006), o enfermeiro procura intervir, a partir das suas capacidades e recursos envolvidos, no qual percebemos elementos e concepções de suporte à situação de cuidar de enfermagem no banho.

O *anunciar do banho*, representa os modos através dos quais os enfermeiros lêem o banho, nos contextos prévios ao banho, na preparação do banho. Significa o trabalho de bastidor, não só em termos dos espaços físicos, mas nos contributos das leituras que afinam e anunciam a mensagem de uma equação do banho, a que estão associados.

Os “bastidores do banho”, emblemáticos pela sua dinâmica, ordem e regularidade próprias, enunciam no refinamento da preparação, diferentes situações de banho. Naqueles, assumem pertinência os contextos físicos pela carga simbólica, enquanto associados a funções, *performances* e circuitos próprios, mas ainda, pela exposição profissional no momento.

Os espaços usados, surgem na cadeia da preparação, associados a funções e circuitos próprios, a marcarem o “tempo dos banhos”, padronizado no turno da manhã, e a inscrever diferentes tipos de banho.

Assumem relevância, determinantes como as mensagens a descodificar da passagem de turno, da saudação, da apresentação ao doente, e o uso da informação, a apropriação dos espaços, as movimentações, o tipo de procedimento, a indumentária, os pares, as cumplicidades, a combinação de estratégias e o ambiente que dão à preparação uma coreografia própria, uma *expressão performativa*, a anunciar a natureza do banho onde se lê, a linguagem a usar no banho.

Na azáfama da “preparação do banho”, percebemos mudanças na actuação dos enfermeiros, na preparação das diferentes situações de banho. Na repetição da actividade, emerge a transformação da linguagem, dos gestos, dos objectos preparados e usados, a forma de abordar os doentes, a cumplicidade entre os pares, e na forma de comunicar com o doente. Um outro conjunto de domínios permite entender a *performance* no banho e as determinantes no processo da sua readaptação e mudança, lidas, na *expressão performativa* do enfermeiro durante a preparação: natureza do banho, pela definição das características morfológicas do banho (dependência do doente e uso de objectos); razões para o banho; intenção no banho; representação do autocuidado; e orientação da função no banho.

De realçar que a caracterizar a dependência do doente para o banho, surgem determinantes significativas como: tipo de ajuda, classificação de banho, local de banho, participantes envolvidos, e usos de objectos, que individualmente o caracterizam e reforçam. Ao posicionamento num determinado grau de dependência, corresponde-lhe uma designação de banho, uma classificação, oferecendo-se uma matriz de correspondências e significado, na leitura de conjunto e por premissa. O banho na cama, banho no WC do quarto, o banho assistido e o banho no chuveiro, são formas de banho a sugerirem movimentos diferentes, os tipos de banho, com um quadro de cuidados associado e um tipo de dependência. O banho na cama é o banho emblemático no padrão da actividade diária e o que simbolicamente sugere dependência do doente para o autocuidado, mas é ao banho assistido que estão associadas concepções contraditórias. O banho assistido que toma a designação local do seu próprio espaço, está associado a situações com limitações francas da pessoa e implicitamente exige acompanhamento. É um banho demorado e trabalhoso quer quanto às acções empreendidas, quer nas estratégias de rentabilização e validação da resposta do doente, contudo, relegado e delegado com frequência, sendo a frequência do uso daquele espaço reduzida. A dar-lhe sentido surgem enfermeiros com características de actuação diferentes, quer pelo uso frequente desse tipo banho quer pela mobilização de saberes. Na Tabela 17 sistematizamos

algumas características nas actuações dos enfermeiros no banho assistido, estabelecendo uma aproximação com Benner (2005).

Tabela 17. Características dos níveis de actuação no banho assistido

Níveis de actuação	Características da actuação	Designação de Benner (2005)
1º	Enfermeiro atento; hábil e criativo; explora o banho; facilidade na percepção e adequação de estratégias; usa-o frequentemente; é admirado e preferido pelo doente; nunca delega	Enfermeiro perito
2º	O enfermeiro faz este banho periodicamente; vê a situação no todo; e arranja critérios para a sua delegação	Competente e proficiente
3º	O fazer marcado pela repetição dos procedimentos, habilidades técnica; dá a mesma importância a todos os aspectos; delegação do banho é muito frequente, sem critério para delegar; raramente usa o banho assistido.	Iniciado; iniciado avançado; competente

A *celebração do banho*, momento de interacção e intensa actividade, é marcada por uma ordem e ritualidade nas acções com o corpo do doente. O banho enquanto gesto quotidiano, situação de interacção complexa e de fronteira, ganha sentido ao ser convertido na formalização da cerimónia, marcando as preocupações dos profissionais e dos doentes.

Os *modos de fazer* o banho, a *forma de o fazer*, e *o que se faz*, são as grandes questões clássicas que nos revelam orientações significativas sobre as dimensões *performativas* da entrega do enfermeiro, configurando-se precisamente: nos modos de fazer, por tornarem o banho num reencontro *performativo*, ao combinar os modos de entrar e de estar; nas formas de fazer ao permitirem desenhar as formas coreográficas do banho, representando a mobilização de saberes próprios, de arranjos orquestrais de cuidados a ajustar à resposta; e no que se faz, por combinar a gestão dos elementos do cuidado na linguagem padrão do cuidado em acto, sugerindo o movimento de grupos de acções que se entrelaçam e completam, na função do cuidado no banho, de si a representar o conhecimento em movimento.

Os *usos e efeitos do banho* ganham sentido pela dinâmica da informação que emerge dos cuidados no banho, a qual traduz o sentido e usos dados, enquanto recurso com significado social no trabalho diário dos enfermeiros, tornando-se emblemática a mensagem da passagem de turno, quer para a continuidade do processo dos cuidados quer no (re)iniciar de novo ciclo. Este construto, traduz os efeitos e orientação emblemáticos da dinâmica do evento do banho, consolidando elementos como o seu papel na continuidade de cuidados, com significado e valor para o grupo.

Os momentos do processo de reconstrução do banho, observados no quotidiano dos cuidados, sugerem um processo ritual, por integrarem características desse instrumento (Peirano, 2006; Turner, 1982) que sistematizamos na Tabela 18.

Concluimos que todas as manhãs, através da “preparação do banho”, o enfermeiro prepara o previsível para o imprevisível do encontro, seguindo as mesmas regras da linguagem nativa “padrão”, garantindo a continuidade do cuidado e ajudando o doente a ter mais bem-estar e conforto, a emancipar-se da doença.

É das formas de *gestão das oportunidades* e dos *usos dos elementos de cuidar*, que no reajustamento *performativo* se acentuam os níveis de actuação do enfermeiro e a criatividade emerge, traduzindo a permeabilidade no padrão da actividade e do cuidado em acto. Concepção que vai ao encontro da ideia de Melosh (1982), na medida em que o ritual do banho não demonstra rigidez ou provincianismo, mas o reconhecimento implícito da consciência do enfermeiro no cuidado.

Tabela 18. Processo de reconstrução no banho: processo ritual

Anunciar do banho - preparação do banho
<p>Representação dos espaços</p> <p>- <i>Espaços usados:</i> Sala de enfermagem; sala de trabalho; corredor; quarto; WC</p> <p>A mensagem prévia - uma equação de banho Mensagem da passagem de turno; organização de técnicas; Saudar doente; apresentação ao doente.</p> <p>O “tempo dos banhos” Circuitos; pares; cumplicidade; indumentária; as estratégias; O ambiente colectivo na preparação.</p> <p>Expressão performativa (uma equação do banho)</p> <p>- <i>A natureza do banho:</i> A dependência do doente (tipos de banho/classificação de banho) Usos de objectos (tipos de objectos; arranjo dos objectos).</p> <p>- <i>Representação do autocuidado higiene:</i> Reorientação do sentido local; alteridade local do conceito banho.</p> <p>- <i>Razões para o banho:</i> Organização do trabalho; cumprimento do dever; Avaliação diagnóstica; satisfação das necessidades básicas; restabelecer da saúde.</p> <p>- <i>Intenção nos cuidados:</i> Proporcionar conforto; lavar o corpo; mobilizar o corpo; Preparar para o dia; obter oportunidade de cuidados.</p> <p>- <i>Função do banho:</i> Terapêutica do banho (Orientações: higiénica; medicalizada; de conforto e bem-estar; estética)</p>
Celebração do banho – realização do banho
<p>- Modo de fazer: A entrada; o modo de estar avaliação/diagnóstico-acção continuum.</p> <p>- Forma de fazer: Formas coreográficas (banho na cama; banho assistido; WC no quarto; chuveiro); Sequência de passos; avaliações qualitativas (usos dos sentidos).</p> <p>- O que se faz: Gestão de elementos do cuidado - Cuidados de higiene; gestão da privacidade; gestão da relação; gestão de sentimentos; Composição do acto, de cuidados (início; o acto; encerramento); Lavar-se o corpo; gestão de oportunidades (gestos técnicos e gestos imateriais); Gestão dos dispositivos materiais; gestão do ambiente; Encerramento do banho: gestos de pormenor na unidade do doente; a abertura da porta</p>
Usos e efeitos do banho - continuidade
<p>Usos sociais do banho: gestão de informação (usos; início de novo ciclo) Orientação do cuidado no banho e paradoxos discursivos.</p>

As *performances*, as acções e os discursos no banho significam um tempo de atenção de enfermagem, de exibição de uma parte do seu conhecimento, até porque, como sublinha Pocok (1998), não se revela uma actividade discreta, ela ocupa o “tempo do banho” diariamente que incorpora o reconhecimento institucional, dos atributos profissionais para colocar o doente numa nova situação e promover o andamento da restante actividade no serviço.

Concluimos que, no banho, a ordem, a ritualidade das suas acções e as *performances*, sofrem adaptações dependendo também da orientação da sua função, convertendo-o num importante instrumento de intervenção terapêutica. Este, associado a uma função terapêutica (visto pelos doentes e pelos enfermeiros), coloca o corpo numa outra situação, favorecendo-o na transição para a cura e bem-estar, à semelhança de Wolf (1988a, 1988b).

Realçamos deste estudo, que são os modos de estar no banho que permitem a dinâmica de reconstrução constante dos cuidados e da reactualização do plano de cuidados, ao imporem o andamento, pois combinam as sequências das acções e o processo de avaliação/diagnóstico-acção, de forma evolutiva, tornando-se num contributo para o equilíbrio e bem-estar do doente, na medida em que se domina a linguagem do banho.

Este estudo contribui com a caracterização das diferentes orientações simbólicas associadas ao banho, podendo estas coexistirem na mesma situação de banho, ou não. As orientações determinam as acções e *performances* a gerir, na preparação e concretização do banho, por si só, a sugerirem coreografias, especificidades de banho, mas também níveis de actuação do enfermeiro, diferentes.

Por outro lado, sobre os níveis de actuação avança-se com a distinção operada, não só em termos de ordem e tipo de acções, mas também na sua duração, frequência, modos de usar a água no banho, forma de prescrição e significado, que sintetizamos:

- Na orientação do banho higiénico, cumprem-se os procedimentos de higiene; é caracterizado pelo fazer resolvendo a situação; a repetição de procedimentos; de prescrição do enfermeiro e rubricado pelo hospital e insere-se no 3º nível da actuação do banho assistido;
- Orientação no banho medicalizado, caracterizado pelo fazer prático; repetição de procedimentos; de prescrição do enfermeiro ou delegada; e insere-se 3º nível da actuação do banho assistido;
- Orientação de banho de conforto e bem-estar, promove efeitos tanto no corpo como na pessoa; é prescrito pelo enfermeiro ou desejado pelo doente; ajustam-se os cuidados pela

redescoberta do doente, e obtenção da adesão terapêutica; faz-se avaliações qualitativas; avaliação/diagnóstico-acção muito frequentes; usa a gestão de oportunidades muito frequentemente e de gestos imateriais; e insere-se no nível 1 ou 2 do banho assistido;

- Orientação de banho estético, prescrito pelo doente ou pelo enfermeiro; forte implicação do doente; de estimulação para a autonomia; há aproximação dos hábitos de casa; implica o uso da opinião do doente; actuação a nível de educação e apoio; de assistência para completar algumas acções; integra também as propriedades do nível anterior; 1º nível de actuação no assistido.

Os níveis de actuação significam o empenhamento do enfermeiro no seu envolvimento no banho.

Sobre os elementos que suportam a arte de cuidar no banho

Sistematizamos do primeiro estudo dimensões de elementos de cuidar no banho a emergirem ao longo do processo de reconstrução do banho, pelo uso das permeabilidades no banho.

Na preparação do banho, a experiência dos enfermeiros proporciona-lhes o treino para a leitura dos elementos indutores da situação de banho e o ajuste de uma *expressão performativa*, para a tomada de decisão.

Os elementos de cuidar emergentes configuram-se no momento da entrega profissional pela gestão de oportunidades na celebração do banho. De entre aqueles, sobressaem os provenientes do domínio “gestão dos elementos de cuidado”: cuidados de higiene; cuidados de privacidade; cuidados de relação e gestão dos sentimentos. Este elementos, vão completar o diálogo de cuidados, no cuidado em acto: o lavar-se; a gestão de oportunidades; gestão do ambiente; gestão do uso dos dispositivos; e de outros cuidados. Ou seja, o cuidado criado representa um saber artístico em si, criativo por natureza (Benner, 2005; Carper, 1978; M. J. Lopes, 2006). Na Tabela 19 sistematizamos os elementos que suportam o cuidar no banho e a proveniência significativa.

Tabela 19. Elementos que suportam o cuidar no banho

Dimensões dos elementos que suportam o cuidar no banho							
<i>Equação do banho</i>	<i>Gestão da entrada e do estar</i>	<i>Adequação da forma de fazer</i>	<i>Gestão de elementos de cuidado</i>	<i>Cuidado em acto</i>	<i>Usos de gestos</i>	<i>O lavar-se</i>	<i>Comunicação/ uso do banho</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Mensagem passagem turno; - Ssaudação; - Apresentação - Dependências - Objectos - Os conceitos - Razões; - Intenção. - Orientação da função 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de elementos de entrada - Avaliação/ diagnóstico-acção 	<ul style="list-style-type: none"> - Coreografia; - Avaliação qualitativa; - Sequência de passos 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados de higiene; - Cuidados de privacidade; - Cuidados de relação; - Gestão de sentimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lavar-se o corpo; - Gestão de oportunidades (uso de gestos); - Gestão dos dispositivos materiais; - Gestão do ambiente; - Outros cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestos técnicos; - Gestos imateriais: <ul style="list-style-type: none"> . atenção; . usos do discurso e palavras do doente; . vontade do doente; . envolvimento do doente; . gostos do doente no banho; . diagnóstico/ validação do conforto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Retirar roupa; - Passar a água pelo corpo; - Secar o corpo; - Mobilizar o corpo; - Trocar roupa da cama; - Vestir roupa; - Recolocar dispositivos clínicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestão Informação: <ul style="list-style-type: none"> . passagem turno; . outras actividades; . orientação nas acções; . releituras das acções; . validação das acções

Emergem desta investigação dimensões de elementos que suportam o cuidado no banho, clarificando que as formas dos seus usos estão associadas a níveis de actuação dos enfermeiros e à situação de banho. Estas possibilidades traduzem a autonomia da acção dos participantes, permitindo-lhes funcionar em circunstâncias ambíguas, como no contacto com a intimidade da pessoa, em sofrimento e com os fluidos orgânicos, corroborado por Holland (1999), quando se refere às funções latentes no ritual da sala de operações, mas fundamentalmente com o estudo de Wolf (1993), ao salientar que o ritual permite às enfermeiras que trabalham em locais sociais complexos, seguir as mesmas regras e procedimentos independentemente do local onde trabalham, advertindo ainda sobre a sua actuação, que a enfermeira que executa o banho com arte é perita, conhecedora subtil e hábil, podendo torná-lo criativo.

Sobressai dos usos das dimensões de elementos que asseguram a prática terapêutica destes cuidados, um empreendimento de enfermagem, que diariamente une estes enfermeiros, a reflectir orientações polarizadas nas acções ritual: fragilidades (pela afectação resultante da desvalorização social das práticas de cuidados ao corpo; centralidade no cuidado físico, na racionalidade básica, a norma), e possibilidades (aproveitamento das oportunidades de comunicação; centralidade na pessoa).

Os primeiros reflectem um estado de protecção profissional, cumprindo procedimentos para resolver a situação de banho, quando conduzem o diálogo do cuidado a um nível de actuação básica, os segundos, estabelecem diálogo franco com os elementos de cuidar no banho e a abertura ao cuidado holístico. Contudo, ambas as orientações contribuem para manter a continuidade dos cuidados, pelo reinvestir no uso comum da sequência de passos do cuidado em acto, ou do lavar-se o corpo. Sequência que emerge com propensão para a técnica de

forma impura, na medida em que se desenvolve, sempre entre pessoas, em que, de algum modo, a gestão de oportunidades, as avaliações qualitativas, os gestos imateriais, a gestão dos elementos de cuidado, são usados na formulação da resposta do enfermeiro. Justificação encontrada por M. A. Costa (2006), ao aludir que o cuidado dificilmente é confinável à razão técnica, surge como acção social intencional em contexto, implicando interacção entre seres humanos, mesmo repetido, mas sendo sempre cuidado profissional.

Transversalmente aos usos dos elementos de cuidar no banho, aos níveis de actuação, e orientações do banho, encontramos marcas da afectação pela desvalorização social dos cuidados ao corpo, incluindo na própria representação do autocuidado higiene. Este conceito faz-se representar localmente pelo autocuidado, reflectindo as marcas dessa conotação social, mas implicitamente reflecte a energia e os saberes de que os enfermeiros se munem para activar uma *expressão performativa* na interacção nestes cuidados. Por outro lado, o banho emerge com alteridade, ao fundir as propriedades dos cuidados higiene, higiene pessoal e banho, e representa-os com direito a um tempo, o padronizado e de importância social.

O enfermeiro reconhece importância à realização do banho, muitos desejam fazê-lo para ter domínio da situação e promover afirmação social no grupo, mas também reconhecem a sua ocultação social e o lugar para que é remetido. O banho é assumido pelos enfermeiros como não sendo feito como eles gostariam, face ao volume de actividades e limitação de tempo, opinião já abordada por Savage (1995), Collière (2003), M. A. Lopes (2005) e Gândara (2010).

A delegação do banho, uma outra forma de fazer o banho, emerge no estudo como uma afirmação do subpoder e também de fuga e a integrar as características do nível 3 da actuação do enfermeiro no banho assistido. À semelhança de M. A. Lopes (2005), o problema não é a delegação, mas sim a desvalorização ou minimização desses cuidados.

Relembramos que no agrupamento de características do nível 3 da actuação do enfermeiro no banho assistido, há valorização do fazer prático, resolvendo a situação, do cumprimento dos procedimentos, configurando-se no uso do diálogo comum do *lavar-se*. Estes cuidados são associados a cuidados triviais, sujos, que qualquer pessoa faz, porque há diálogo diminuído na gestão das oportunidades no banho, o que Sandelowski (2002) chama de perder o melhor canal de comunicação para a concretização de múltiplos cuidados, ou não aproveitar segundo Wolf (1993), essa linguagem que brota diariamente à cabeceira do doente.

Conclui-se que a “gestão de oportunidades” abre-se às possibilidades dos gestos, denotando-se nos níveis de actuação, além de gestos técnicos, o uso dos gestos imateriais, como a atenção, as preocupações, o uso dos discursos e palavras do doente, o engrenar na sua conversa, a sua vontade, os seus gostos no banho, a validação do conforto, estes interceptores do banho, combinam a relação-acção e são relidos nas actuações do enfermeiro e na expressão do doente no ambiente de banho. Por outras palavras, o enfermeiro está perante a capacidade de reflexão e acção que decorre em sincronia, mobilizando todo o seu saber e conhecimento na prática no banho, que é diferente com cada um, por ser humano (M. J. Lopes, 2006), características que nos permite não considerar as acções no banho como irracionais à semelhança de Menzies (1960), e tendo em conta as características definidas por Chapman (1983) sobre acção ritual.

Do primeiro estudo emergem dimensões de elementos que asseguram a prática terapêutica dos cuidados no banho, a sugerirem a cultura de enfermagem e a denotar-se um quadro de cuidados nublado para o grupo, que se autoencaminha, com reinvestimentos isolados, a carecer de afirmação na releitura e reutilização social ajustada.

Satisfação dos doentes com os cuidados no banho

Tendo em conta os objectivos deste estudo, tornou-se evidente, pela análise dos dados, que a intervenção formativa sobre os elementos que suportam o cuidar no banho se traduziu num forte contributo para o desenvolvimento de competências nos enfermeiros e ganhos em satisfação dos doentes com os cuidados no banho.

Realçamos que a formação foi um instrumento que instruiu o enfermeiro na sua construção no quotidiano, garantindo melhorar a satisfação do doente, o que é congruente com Basto (1998) e Gomes (2008).

Os doentes consideram-se mais satisfeitos na segunda fase, depois da intervenção formativa. Há diferenças na satisfação dos doentes entre as duas fases, quer com a frequência da administração dos cuidados quer com o modo como esta afectou o grau da sua satisfação. Pode afirmar-se que a formação contribuiu para a melhoria dos cuidados no banho, dado que os doentes valorizaram as diversas dimensões de cuidados.

Sobre a frequência com que os cuidados de enfermagem são prestados, registou-se na segunda fase um aumento em todos os cuidados, embora menos forte “na preocupação em envolver familiares ou pessoas próximas...”. O que pode traduzir-se, como concluímos no primeiro

estudo, num desconforto dos enfermeiros em não atenderem como gostariam, porque exige mais disponibilidade e tempo na atenção ao cuidado, também corroborado por Savage (1995), Collière (2003), M. A. Lopes (2005). Resultados que traduzem diferenças na concepção de cuidados desenvolvidos durante o banho, o que é congruente com Gomes (2008), na medida em que a formação especializada contribuiu para uma concepção diferente.

Os contributos da formação marcaram uma diferença acentuada na concepção dos cuidados relacionados com: os ensinamentos sobre os cuidados; informar sobre recursos; envolvimento de familiares; preocupação e exemplificação; fornecimento de informação escrita e ou oral; explicação dos cuidados; manter privacidade; manter ambiente calmo e ter em conta a opinião do doente.

Cuidados que, na primeira fase, os doentes não tinham opinião ou estavam insatisfeitos com a sua administração. Características que permitem olhar sobre o quotidiano das práticas e reforçam a razão deste estudo, ao traduzirem um contexto voltado para o resvalar da técnica ou por tratar-se de um facto social relacionado com o stress profissional (Gomes, 2008), concepções que permitem leituras similares noutros estudos (Kérouac, 1996; M. A. Lopes, 1999, 2005; M. A. Costa, 2006).

Analisados os contributos da formação, concluiu-se que as dimensões subjacentes às respostas dos doentes, resultantes da análise factorial, traduzem com mais sentido novas associações de cuidados e preocupações: informação sobre recursos e ajuda; atendimento e integração; ambiente no banho; ensino e informação; profissionais actualizados e prestação de informação; e ligação especial com um enfermeiro. Inferindo-se que os enfermeiros adquiriram competências específicas no âmbito do cuidado integral no banho, ao introduzir-se a estratégias de educação e não apenas de informação (Basto, 1998).

Destas associações emergem agora cuidados mais centrados no doente. Resultados que orientam para a preferência do papel de cuidar, os quais vão ao encontro do nosso estudo anterior, no tocante ao significado do uso da “gestão das oportunidades” e do diálogo com os elementos de cuidar no banho, além de que as necessidades do doente mudam e o enfermeiro adequa os cuidados à situação concreta do doente. O que leva a referir que pode haver uma inversão em alguns dos gestos, ao contrário da ideia de Kruse (2003), dado afigurar-se uma situação especial, de conhecimento em movimento, e envolver uma evolução com refinamento gradual de habilidades (Wolf, 1993).

Relativamente à satisfação com a administração dos cuidados no banho, os doentes revelam globalmente uma percepção mais favorável sobre os cuidados prestados na segunda fase, pelo que se corrobora da ideia de que a satisfação dos doentes é uma medida de qualidade dos cuidados, porque dá informação sobre o sucesso dos profissionais (Donabedian, 1988).

Tomando as dimensões que descrevem as respostas dos doentes, relativamente à satisfação com a administração dos cuidados no banho, são traduzidos novos sentidos nos reagrupamentos dos cuidados na segunda fase: disponibilidade (para ouvir, envolvê-lo a ajudar num cuidado difícil para si) e intimidade (não destapar, colocar biombos, correr cortinas, manter a porta fechada); explicação (linguagem usada, preocupação de repetição, de exemplificação, uso das coisas) e tempo de resposta dos enfermeiros; por fim, o atendimento e conhecimento, voltados para a forma como foi atendido, e o conhecimento sobre os cuidados que o doente necessitava. Estes novos grupos de componentes vão ao encontro dos determinantes significativos do nosso primeiro estudo, dos elementos que suportam o cuidar no banho, e a corroborarem com as sugeridas por A. L. Ribeiro (2003), para atingir uma medida válida.

Sobre o modo como a frequência dos cuidados no banho influenciou a satisfação dos doentes tornando-se num ganho, podemos concluir que:

- Sobre a forma como os enfermeiros explicavam as coisas sobre o banho, os doentes sentiram-se melhor atendidos porque a informação foi mais dirigida às suas necessidades e compreendiam melhor a explicação dos enfermeiros, significando mais importância atribuída aos seus problemas. A evolução notou-se na medida em que, na primeira fase, os doentes estavam interessados que os enfermeiros se preocupassem apenas com a sua compreensão. Os doentes passaram a estar mais focalizados num outro estágio de preocupações e os enfermeiros mais atentos à prestação da informação, à semelhança de Irurita (1999). A informação adaptada às necessidades individuais, sociais culturais destes doentes no banho tem influência no bem-estar e promoção do sentido de segurança e envolvimento do doente.
- Sobre a forma como foram atendidos os doentes no banho, o impacto do maior grau de satisfação incide na valorização de aspectos relacionados com a forma e qualidade do atendimento do que com a prestação dos cuidados durante o banho, revelando-se o fornecimento de informação numa componente de atendimento e de assistência. A forma de atender está relacionada com o informar sobre o necessário para lidar com as suas necessidades no banho, tendo em conta a opinião do doente, mantendo a preocupação com o

ambiente calmo durante os cuidados. Os doentes mais esclarecidos sentem-se mais seguros e respeitados.

- O atendimento com simpatia e o ter em conta a opinião do doente explicam a evolução da satisfação dos doentes quanto ao tempo para dar resposta às suas solicitações/pedidos pelos enfermeiros e a tornar o atendimento mais eficiente, até porque para assegurar a satisfação do doente os enfermeiros precisam de prestar cuidados personalizados, como concluiu Gomes (2008).
- A evolução na satisfação do doente com a preocupação dos enfermeiros em preservar a intimidade durante os cuidados no banho foi notória. A preocupação em manter a intimidade foi uma constante na preocupação dos enfermeiros, não se evidenciando algum cuidado especificamente a afectar a satisfação. Corroboramos que a informação é fundamental no processo de autonomia do doente.
- A satisfação com a disponibilidade dos enfermeiros no banho depende de cuidados como: informar sobre os recursos; manter privacidade; e manter ambiente calmo, mas as qualidades como a paciência e a simpatia passaram a estar sempre presentes. Manter a privacidade e o ambiente calmo torna os doentes mais participativos. A satisfação do doente diminui com o informar sobre como utilizar os recursos, podendo significar para o doente, o desviar a atenção dos enfermeiros na disponibilidade para si, para se centrar na atenção em aspectos exteriores. Este resultado confirma a ideia de que uma comunicação e informação claras são pré-requisito na percepção da satisfação (Mitchell et al., 1999), aspecto a reflectir no banho.
- Na satisfação com o conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que o doente necessitava no banho, é privilegiada a prestação de informação sobre a forma de lidar com as suas necessidades no banho, porque é exclusivamente dirigida a si. Para os doentes, fornecer informação equivale à transmissão de conhecimento, o que os torna mais satisfeitos e mais autónomos.

Percebemos que os cuidados mais personalizados resultam em melhor informação, comunicação e envolvimento do doente no processo terapêutico, na continuidade de cuidados e conseqüente melhoria da qualidade (Gomes, 2008; Mitchell et al., 1999). Contrariamente, na primeira fase, os doentes eram mais dependentes da forma como os enfermeiros prestavam cuidados no banho.

Concluimos que os doentes são explícitos com o conhecimento que os enfermeiros demonstraram sobre os cuidados de que necessitavam, atendendo a que, dar informação ao doente é dar-lhe oportunidade de escolher e envolver-se na situação (Melo, 2005).

Infere-se que este cuidado no banho adquire sentido terapêutico na situação do doente no banho. Revela que os enfermeiros souberam combater a insatisfação, por deficiência na administração ou na informação e explicação.

A satisfação do doente é superior depois da intervenção formativa. Os resultados da primeira fase espelham um diálogo de cuidados no banho com menor preferência pelo papel de cuidar, ou de não cuidar, como descreve Watson (2002), reforçando o significado das “fragilidades” do nosso primeiro estudo; a presença do cuidado com a explicação de forma compreensível, surge de forma significativa em várias questões da satisfação, bem como a informação para lidar com as suas necessidades, tornando-se favorecedoras da autonomia do doente à semelhança de N. Soares e Lunardi (2002) e Gomes (2008).

O atender com simpatia, tendo em conta a sua opinião, e preservar um ambiente calmo no banho, são determinantes na satisfação face ao tempo de resposta do enfermeiro, que os leva a sentirem-se respeitados, envolvidos e seguros.

A informação e comunicação no banho revelam-se cuidados fundamentais para a percepção da satisfação, orientam para ganhos na medida em que favorecem o atendimento, o conforto e o envolvimento do doente nos cuidados.

Durante os cuidados no banho, os doentes valorizaram elementos de dimensão humana, relacional e terapêutica (disponibilidade, informação, explicação, comunicação, atenção, privacidade, simpatia, autonomia, segurança, confiança), à semelhança do valorizado no primeiro estudo desta investigação. O quadro de cuidados nublado para o grupo, sem visibilidade social, é percebido pelo doente com implicação no seu bem-estar e satisfação.

Do processo de reconstrução do banho: o modo de ler o banho, o diálogo do banho e os usos e efeitos do banho, traduzem o movimento criado no cuidado diário do banho ao doente, o conhecimento estético produzido. Na figura 23, é sistematizado o modelo integrador da dinâmica da (re)construção do banho e a sua relação com os ganhos em satisfação do doente, e inerentes elementos de cuidar que fomos abordando ao longo da investigação e que agora sistematizamos.

A sequência, a articulação e combinação dinâmica dos diversos elementos de cuidar que brotam com significado de todo o processo de (re)construção do banho, traduzem

configurações específicas e são determinantes essenciais no modo de (re)ler, de concretizar e usar o banho. A linguagem padrão do banho orienta para o funcionamento da estrutura e o seu diálogo com os elementos do cuidar para a sua sustentação, complexidade e pertinência, mas também para a criatividade e o reforço no empenho profissional.

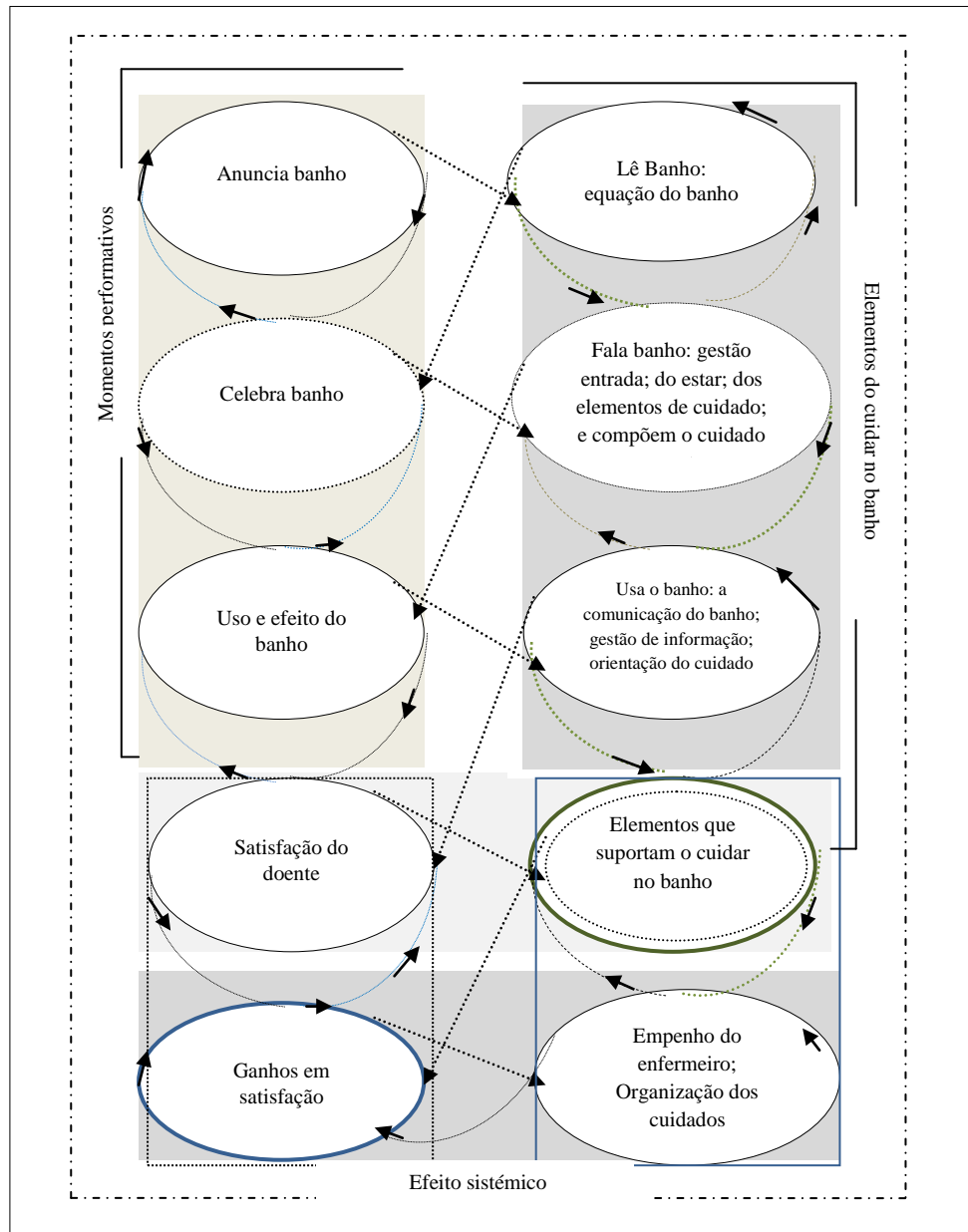


Figura 23. Modelo de análise da dinâmica do ritual do banho na produção de ganhos em satisfação para o doente

A satisfação do doente nos cuidados que suportam o banho emerge na dinâmica de tais configurações e pode levar a ganhos, tanto para o doente (um bem) como para comunicar a

organização dos cuidados, a capacitação e reinvestimento do enfermeiro e, com eles, o efeito sistêmico, um bem interno nesse processo de essência social.

2. CONCLUSÃO

Delimitar o percurso pelas conclusões, é invocar o relevante dos acontecimentos significativos da construção desta investigação. Neste sentido, faz-se uma abordagem sobre o realizado, as suas fragilidades e possibilidades, num exercício de aprendizagem e desenvolvimento, e ainda equacionam-se algumas perspectivas abertas por este trabalho, o seu aproveitamento na promoção e dinâmica dos cuidados na prática clínica e formação dos estudantes de enfermagem.

O estudo permitiu clarificar significados na situação de cuidar no autocuidado higiene, pela perspectiva qualitativa e completá-la com a percepção do doente sobre esses cuidados, através da perspectiva quantitativa. Pelo que consideramos ter contribuído com elementos que possibilitem o desenvolvimento do cuidar no autocuidado higiene na complexidade do significado cultural, social, técnico, de valores, tendo em conta a arte e a ciência, como se inscrevia na finalidade do estudo.

A triangulação com aplicação sequencial de métodos, revelou-se vantajosa ao permitir completar a informação sobre a situação de cuidar no banho pelos enfermeiros.

O uso do método qualitativo possibilitou teorizar, na medida em que se clarificaram significados, as concepções de cuidados expressas no banho, a força da sequência das acções e da *expressão performativa* e se identificaram os elementos que suportam a situação de cuidar no banho, dando sentido ao fenómeno em estudo tornando-o mais acessível (Morse, 1991), por aceder-se a dimensões de variáveis relacionadas com o cuidar (Watson, 1988).

O estudo quantitativo foi desenvolvido sobre os resultados do primeiro método aplicado, o que permitiu complementá-lo (Creswell, 2010), trazendo a compreensão sobre os ganhos em satisfação do doente com a intervenção formativa aos enfermeiros sobre os elementos que suportam os cuidados no banho.

Os resultados expressivos da evolução da satisfação percebida pelos doentes, entre as fases, traduziram o forte impacto da intervenção nos comportamentos e *performances* dos enfermeiros. Contudo, num dos cuidados, “informar sobre recursos”, a satisfação diminuiu com o impacto da intervenção, o que leva a reflectir sobre a consistência individual da

aprendizagem para influenciar a sua prática. Pelo que, em termos de implicações destas conclusões que seguidamente abordamos, oferece-se especificamente dizer que é de continuar a investigar-se os contextos de cuidados na prática do banho, podendo recorrer à investigação-acção para consolidar o acompanhamento e a regulação das intervenções, dado o efeito indirecto deste método para capacitar os profissionais a aprender sobre a sua prática, sobre si e de implementarem a mudança (Streubert & Carpenter, 2002).

Contributos e implicações do estudo

Tendo em conta os objectivos deste estudo, emerge como conclusão relevante que existem diferenças em termos de satisfação para o doente, com o contributo da intervenção formativa aos enfermeiros no ritual de cuidados no autocuidado higiene.

Embora o estudo se tenha debruçado sobre a avaliação do impacto da intervenção na satisfação do doente e tenham sobressaído ganhos em satisfação com os cuidados de enfermagem, segundo a taxonomia de Chang (1997), fizemos uma avaliação dos resultados desses cuidados desenvolvidos no banho, sendo tocados aspectos na avaliação do processo na medida em que se descreve a percepção do utente na sua interacção com o enfermeiro durante o banho e ainda da estrutura, reflectindo alguns aspectos da gestão do ambiente físico durante o banho. Estamos certos que uma avaliação global do processo integra uma avaliação da estrutura, do processo e de resultados (A. L. Ribeiro, 2003; Chang, 1997; Gomes, 2008) e, neste sentido, emergem do nosso estudo contributos, fragilidades e implicações, mas também se abre a possibilidade a outros trabalhos, na medida em que se trata de uma área sensível para o doente e num quadro de cuidados nublado para o enfermeiro, como emergiu do nosso primeiro estudo.

Torna-se claro que é uma área de cuidados possível de intervir face à resposta que obtivemos, afirmando que as sequências de acções no banho podem (re)constituir-se em novas formas de dialogar os cuidados no banho sem se perder a força desse empreendimento que diariamente mantém unidos os enfermeiros e que só eles têm a habilidade e conhecimento para o dialogar, podendo torná-lo criativo (Wolf, 1993).

Os cuidados no banho revelam-se uma área potenciadora de investimento, na medida em que é fonte ímpar de informação diária, daí a sua relevância na detecção de problemas assistenciais e não assistenciais (A. L. Ribeiro, 2003), sendo o doente o espectador privilegiado, o conhecedor de pormenores que o fenómeno dos cuidados no banho envolve

(Alves, 2007), e que no momento da actual conjectura política, de crescente especialização, de transformações e decisões em saúde de fundo economicista, a afirmação destes saberes de enfermagem é imprescindível para a expressão da construção científica da disciplina de enfermagem.

Voltando aos resultados deste estudo, sobressaíram ganhos em satisfação de forma significativa em várias questões da satisfação com os cuidados de enfermagem que envolvem a *explicação* e *informação* no banho. Enquanto cuidados fundamentais, revelaram-se favorecedores da autonomia do doente nos cuidados no banho, qualidade já abordada noutros estudos (Gomes 2008; N. Soares & Lunardi, 2002), pelo que seria oportuno estudar o seu sentido e impacto terapêutico com a introdução de um indicador do grau de dependência e analisar a sua relação com a frequência dos cuidados e satisfação dos doentes.

Por outro lado, uma limitação deste estudo foi a de não apresentar a relação entre as variáveis socio-demográficas (género, idade, estado civil, habilitações), e as variáveis clínicas (motivo de internamento e tipo de dependência para o banho), na afectação quer na frequência das respostas dos enfermeiros quer na satisfação dos doentes, o qual se constitui num dos nossos objectivos como trabalho de continuidade. Também é admitido em termos de percepção da satisfação dos doentes ser influenciada pela diversidade de profissionais de saúde, incluindo o criar de expectativas tanto sobre o papel do profissional como sobre os cuidados (Staniszewska & Arned, 1999), daí tornar-se pertinente estudar a relação das características profissionais que produzem cuidados de higiene diariamente na afectação da satisfação dos doentes nestes cuidados.

Alguns autores revelam que a maioria dos trabalhos se centra na relação entre a satisfação dos utentes e os cuidados de enfermagem (Ervin, 2006; Gomes, 2008; Mahon, 1996), perspectiva que o presente estudo perfila. Também Green e Davis (2005) e Johansson et al. (2002), sublinham que os cuidados de enfermagem seguem duas perspectivas de orientação, para o doente e para os resultados. Nesta perspectiva, as nossas conclusões também revelam cuidados orientados para o doente com ganhos em satisfação, mas expressam, também, enfermeiros mais atentos e despertos para combater a insatisfação daquele, pelo uso da “gestão das oportunidades”, aproximando-nos de cuidados mais personalizados.

Tal como Chang (1997) e Carmo (2007), conclui-se que a estrutura hospitalar influencia a satisfação dos doentes, pelo que aprofundar a influência de tais características na satisfação dos doentes durante os cuidados no banho seria uma atenção oportuna, dado tratar-se de um momento íntimo e a decorrer em contextos específicos em tudo diferentes dos habituais de

cada um. Além de que o doente privilegiou, quer o atendimento quer a privacidade, logo, a pertinência em olhar sobre essas características.

Os resultados levam a equacionar a necessidade de reflectir sobre a formação inicial, no acompanhamento e supervisão das práticas clínicas no âmbito destes cuidados, no sentido de integrar na *praxis* dos estudantes o banho como componente específica de uma prática num processo de essência social, sensível à (re)actualização profissional, na medida em que envolve seres humanos, os quais ditam diferenças e subjectividades.

Na prática clínica somos conduzidos a reflectir sobre o empreendimento formativo em termos de formação contínua e reactualização dos enfermeiros no percurso profissional, porque os enfermeiros, além de estarem na encruzilhada dos problemas humanos, são confrontados com o desafio da dominância da instrumentalização e da tecnologia invasora (M. J. Silva, 2006), prestando estes cuidados diariamente. Abre-se a possibilidade ao processo de reinvestimento na preparação do profissional pela (re)actualização.

Quer do estudo de inspiração etnográfica quer da primeira fase do segundo estudo, são oferecidas leituras de fragilidades compatíveis com a desvalorização dados aos cuidados de higiene, enquanto cuidados ligados ao corpo, surgindo investimentos individualizados, aprendendo o enfermeiro sozinho a lidar os desafios do cuidado, com os modos de ser humano (M. A. Lopes, 2005), com as negatividades (Twigg, 2004), as secreções e os fluidos (Mercadier, 2004). Assiste-se à oportunidade de repensar o caminho e, com ele, investir nas novas áreas de investigação.

Compreendemos a forma como os doentes vivem os desvios de saúde no autocuidado higiene, as dimensões de elementos que valorizam quando esses cuidados lhe são prestados no primeiro estudo (dimensões humana, relacional e terapêutica) e são reforçados no segundo, pelo que é importante continuar a avaliar a qualidade dos cuidados prestados de forma a elevar a sua satisfação.

Norteados pelo emergir dos ganhos em satisfação para o doente, resgatamos a necessidade emergente da releitura das práticas de cuidados, de forma a investir desaprendendo o modo convencional de perceber o corpo (M. A. Lopes, 2005), desocultando o quadro de cuidados nublado para os enfermeiros porque é apreciado pelo doente, podendo tornar-se num bem em si. O banho revela-se uma prática permeável que assimila a reactualização e pode constituir-se veículo da qualidade de cuidados de enfermagem, pelo reinvestimento e capacitação profissional. Para Zago e Ross (2003), a prática ritual em nada irá contribuir para a

emancipação da profissão, pelo que sublinhamos que a prática do banho pode contribuir para a aplicação do conhecimento, refortalecendo-a e refortalecendo-se.

Trabalhos como este podem ter o papel de ponto de partida para a autocrítica e autoreflexão, mas também de análise grupal sobre as interações que se estabelecem nos cuidados no banho, as ações desenvolvidas e de aprendizagem com essas análises. Estas, no sentido de estimular o desenvolvimento do saber pessoal e nativo, procurando significados profundos nas suas vivências, podendo resultar em criações e valores estéticos importantes porque todos nelas participam.

Estamos conscientes de que a construção científica de enfermagem é longa, havendo muito a desconstruir e reconstruir, essencialmente na situação de cuidados ligados ao corpo, como os de higiene.

Uma última palavra, de apreço, aos enfermeiros, aos verdadeiros detentores do dialecto do banho, aqueles que têm suportado a aprendizagem dos cuidados no banho sozinhos, que é preciso partilhar essa experiência mostrando-a com naturalidade para que outros a aprendam, saibam os seus significados porque ela emerge diariamente como um importante motor de informação, de comunicação expressiva de enfermagem, e a contribuir para o bem-estar das pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agresti, A. (2002). *Categorical data analysis* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Almeida, M. J. F. (1997). Reflexão sobre o pudor. *Revista de Enfermagem Oncológica*, 3, 62-66.
- Almeida, M. V. (2004). O manifesto do corpo. *Manifesto*, 5, 18-35.
- Alves, M. J. P. (2007). *O serviço de atendimento permanente satisfação dos utentes com a assistência em enfermagem*. Dissertação de mestrado não-publicada. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Amendoeira, J. (1999). *A formação em enfermagem. Que formação? Que contextos?* Dissertação de mestrado não-publicada. Faculdade das Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
- Andrieu, B. (2004). *A nova filosofia do corpo*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Angrosino, M. (2009). *Etnografia e observação participante*. Porto Alegre: Artmed.
- Antonovsky, A. (1995). Orientação salutógena da promoção da saúde. *Health Promotion International*, 11 (1), 15.
- Asid, J. M., & Renegar, C. (2003). Bathing as a wellness experience. Bathing area design features enhance independence and feelings of well-being. *Nursing Homes Long Term Care Management*, 52 (10), 108-111. Retrieved September 20, 2007, from <http://www.ltlmagazine.com/ME2/dirmod.asp?sid=&nm=&type=Publishing&mod=Publications%3A%3AArticle&mid=8F3A7027421841978F18BE895F87F791&tier=4&id=7C61A7E8FE0A4564B5464BB094D01049>.
- Atkinson, L. D., & Murray, M. E. (1989). *Fundamentos de enfermagem: Uma introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Augusto, B., Rodrigues, C., Simões, J., Amaro, R., & Almeida, Z. (2004). *O corpo e os cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Azevedo, R. C. S., & Ramos, F. R. S. (2006). Modos de conhecer e intervir: A constituição do corpo no cuidado de enfermagem no hospital. *Texto e Contexto em Enfermagem*, 15 (especial), 55-63.
- Barbier, J. M. (1996). *Savoirs theoriques et savoirs d'action*. Paris: PUF.

- Basto, M. L. (1998). *Da intenção de mudar à mudança. Um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Editora Rei dos Livros.
- Beau, S., & Weber, F. (1998). *Guide de l'enquête de terrain: Produire et analyser donnés ethnographiques*. Paris: La Decouverte.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Califórnia: Addison-Wesley Publishing Company.
- Berger, P., & Luckman, T. (1975). *The social construction of reality*. Harmondsworth: Penguin.
- Bezelga, I. (s/d). *Viagem de ida e volta: O que podemos aprender com a arte popular*. Universidade de Évora. Recuperado em 13 de Fevereiro, 2010, de <http://www.uevora.academia.edu/isabelbeselga/papers/330968/viagem-De-Ida-E-Volta-o-Que-Podemos-Aprender-Com-a-arte-Popular#Share/pdf>.
- Bíblia Sagrada*. (1999). Lisboa: Circulo de Leitores.
- Biley, F. C., & Wrigly, S. G. (1997). Towards a defence of nursing routine and ritual. *Journal of Clinical Nursing*, 6, 115-119.
- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria dos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bogdan, R., & Taylor, S. (1975). *Introduction to qualitative research methods: A phenomenological approach to the social sciences*. New York: J. Wiley.
- Bolander, V. E. (1998). *Enfermagem fundamental: Abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J.-C., Passeron, J.-C. (1973). *Le métier de sociologue*, Paris: Mouton.
- Brum, J. L. R., Costa, A. M., Creutzberg, M., Ludwig, M. L. M., Mendes, E. N. W., & Ramos, D. D. (2000). O cuidado humano: Acção de purificação. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 21, N. Esp., 3-40.
- Brunner, L. S., & Suddarth, D. S. (1980). *Moderna prática de enfermagem* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Interamericana.
- Buógo, M., & Cogo, A. L. P. (2002). Desvelando significados o primeiro banho no leito para alunos de um curso de auxiliares de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 23 (2), 51-67. Recuperado em 20 Janeiro, 2008, de <http://www.seer.ufrgs.br/inde.php/RevistaGaucadeEnfermagem/article/viewFile/4447/2373>.
- Cabete, D. G. (2005). *O idoso, a doença e o hospital. O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.

- Canário, R. (1993). O professor e a produção de inovação. In *Colóquio, educação e sociedade* (Vol. 4). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e poderes no hospital: Uma sociologia dos serviços hospitalares* (2ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Caria, T. H. (2003). Para uma teoria da investigação etnográfica. In T. H. Caria (Org.), *Experiência etnográfica em ciências sociais* (pp. 9-20). Porto: Edições Afrontamento.
- Carmo, M. (2007) Motivação profissional, qualidade de cuidados percebidos e satisfação dos utentes. *Revista Investigação em Enfermagem*, 5, 24-37.
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advanced Nursing Science*, 1 (1), 13-23.
- Carvalho, E., & Bachion, M. (2005). Comunicação e o processo de enfermagem. In M. Stefanelli & E. Carvalho (Orgs.), *A comunicação nos diferentes contextos de enfermagem*. São Paulo: Manole.
- Cavanagh, S. J. (1993). *Modelo de Orem: Aplicación práctica*. Barcelona: Masson.
- Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers: Une perspective holistique-humaniste*. Boucherville: Gaetan Morin.
- Chang, K. (1997). Dimensions and indicators of patients' perceived nursing care quality in the hospital setting. *Journal of Nursing Care Quality*, 11 (6), 26-37.
- Chapman, G. E. (1983). Ritual and rational action in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 1, 13-20.
- Cheadle, W. B. (1990). The progress of hygiene. *The Trained Nurse*, 5 (5), 220-225.
- Chizzotti, A. (2008). *Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais* (2ª ed.). Pétropolis: Editora Vozes.
- Clarke, M. (1986). *Manual prático de enfermagem* (13ª ed.). São Paulo: Manole.
- Cleary, P. D., & McNeil, B. J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 25 (1), 25-36.
- Cohen, A. (1982). *Belonging. Identity and social organisation in british rural cultures*. Manchester: Manchester University Press.
- Collière, M.-F. (1989). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Collière, M.-F. (1999). Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. *Revista ROL de Enfermería*, 22 (1) 27-31.
- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência.

- Conover, W. J. (1999). *Practical nonparametric statistics* (3th ed.). New York: Jonh Wiley and Sons.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2002). *Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE/ICN versão Beta 2*. Lisboa: APE.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2005). *Classificação internacional para a prática de enfermagem. CIPE: versão 1.0*. Genebra: Autor.
- Corbin, A. (1982). *Le miasme et la junquille: Lodorat et l'imaginaire social aux XVIII e XIX siècles*. Paris: Editions Ambier-Montaine.
- Costa, A. F. (1986). A pesquisa de terreno em sociologia. In A. S. Silva & J. M. Pinto, *Metodologia das ciências sociais* (3ª ed., pp. 129-148). Porto: Edições Afrontamento.
- Costa, M. A. (2006). *Cuidar idosos. Formação, práticas e competências dos enfermeiros* (2ª ed.). Coimbra: Formasau.
- Coutinho, E., & Ferreira, M. (2002). O banho versus o cuidado portador de sentido de ajuda. *Revista Sinais Vitais*, 40, 42-44.
- Creswell, J. W. (2010). *Projecto de pesquisa, métodos qualitativo, quantitativo e misto* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Ed. Seuil.
- Danielson, E., & Roberntsson, L. (2007). Registered nurses' perceptions of educational preparation for professional work and development in their profession. *Nurse Education Today*, 27, 900-908.
- Davis, L. A. (2005). A phenomenological study of patient expectations concerning nursing care. *Holist Nursing Practice*, 19 (3), 126-133.
- Dawsey, J. C. (2006). Turner, Benjamin e antropologia da performance: O lugar olhado (e ouvido) das coisas. *Revista Cadernos de Campo*, 7 (2), 17-25.
- De La Cuesta Benjumea, C. (1997). Investigación cualitativa en el campo de la salud. *Revista Rol de Enfermería*, 32 (232), 13-16.
- De La Cuesta Benjumea, C. (1998). Contribuicion de la investigación a la práctica clínica de los cuidados de enfermería: La perspectiva de la investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 8 (4), 38-42.
- De Luca, E. K. (1995). Reconsidering rituals: A vehicle for education as change. *J. Contin Educ Nurs*, 26, 139-44.
- Delomel, M.-A. (2006). *La toilette dévoilée* (3ème ed.). Paris: Seli Arslan.
- Dempsey, P. A., & Dempsey, A. D. (1999). *Using nursing: Process critical evaluation and utilization* (5th ed.). New York: Lippincott .

- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2005). *The handbook of qualitative research* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Desu M. M., & Raghavarao, D. (2004). *Nonparametric statistical methods for complete and censored data*. Florida: Chapman & Hall/CRC, Boca Raton.
- Dias, A. O., Ikebuti, I. M., Pereira, A. B., Silva, L. C., Ito, P. E., & Utyama, I. K. A. (s/d). O primeiro banho no leito: Impacto e sentimentos dos alunos de enfermagem. *Revista Terra e Cultura*, 19 (36), 127. Recuperado em 23 Fevereiro, 2008, de http://web.unifil.br/docs/revista_electronica/terra_cultura/36/Terra%20e%20Cultura_36-12.pdf.
- Domingues, B. P. (1994). A pessoa sadia comunica e comunga. *Humanística e Teológica*, 15 (1/2), 39-59.
- Donabedian, A. (1988). Special communication: The quality of care: How can it be assessed? *Journal of American Medical Association*, 260 (12), 1743-1748.
- Douglas, M. (1975). *Implicit meanings: Essays in anthropology*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Douglas, M. (1992). *Pureza e perigo*. Lisboa: Edições 70.
- Duarte, S. F. C. (2002). *Saberes de saúde e de doença: Porque vão as pessoas ao médico*. Coimbra: Quarteto.
- Edwards, C., & Staniszewska, S. (2000). Accessing the user's perspective. *Health and Social Care in the Community*, 8 (6), 417-424.
- Ekman I., & Segesten, K. (1995). Deputed power of medical control: The hidden message in the ritual of oral shift reports. *Journal of Advanced Nursing*, 22 (5), 1006-1011.
- Elias, N. (2006). *O processo civilizacional* (2a ed.). Lisboa: Dom Quixote.
- Eriksen, L. R. (1995). Patient satisfaction with nursing care: Concept clarification. *Journal Nursing Management*, 3, 59-76.
- Ervin, N. E. (2006). Does patient satisfaction contribute to nursing care quality? *The Journal of Nursing Administration*, 36 (3), 126-130.
- Estanque, E. (2003). Um sociólogo na fábrica para uma metodologia de envolvimento social. In T.H. Caria (Org.), *Experiência etnográfica em ciências sociais* (pp. 61-76). Porto: Edições Afrontamento.
- Fagerström, L., Eriksson, K., & Engberg, I. B. (1999). The patients perceived caring needs: Measuring the unmeasurable. *International Journal of Nursing Practice*, 5 (4), 199-208.
- Fernandes, M. T. (1996). *Dimensão e contextos da identidade profissional dos enfermeiros*. Tese de mestrado não-publicada. Instituto das Ciências do Trabalho e da Empresa, Universidade de Lisboa, Portugal.

- Ferreira P. L. (1999). *A voz dos doentes: Satisfação com a medicina geral e familiar. Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Ferreira, M., & Figueiredo, N. (1997). Os mecanismos disciplinares do hospital. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 1 (2), 103-116.
- Ferreira, P. L., Afonso, P. B., Raposo, V., & Godinho, P. (2003). *Satisfação dos portugueses com os cuidados de saúde privados*. Coimbra: Instituto do Consumidor.
- Ferreira, S. V. (2006). *Marcas que desmarcam: Corpo, tatuagem e body piercing em contextos juvenis*. Tese de doutoramento não publicada. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Departamento de Sociologia, Lisboa, Portugal.
- Figueiredo, N. M. A., Carvalho, V., & Tyrrell, M. A. R. (2006). (Re)lembrando Elvira Felice: Gestos e falas de enfermeiras sobre o banho no leito, uma técnica/tecnologia de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 10 (1), 18-28.
- Fonseca, T. M. G., & Engelman, S. (2004). *Corpo, arte e clínica*. Porto Alegre: Ed. UFRGS.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Foucault, M. (2005). *Vigiar e punir*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2006). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Fretwell, J. E. (1982). *Ward teaching and learning*. London: RCN.
- Froggatt, K. (1997). Signpost on the journey: The place of ritual in spiritual care. *International Journal of Palliative Nursing*, 3, 42-46.
- Gândara, M. N. (1998). O poder na relação enfermeiro/utente. *Servir* 46 (4), 162-170.
- Gândara, M. N. (2004). Dilemas éticos e processo de decisão. In M. Neves & S. Pacheco, *Para uma ética da enfermagem* (pp. 403-416). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Gândara, M. N., & Lopes, M. A. P. (1994). Cuidar em enfermagem. *Enfermagem em Foco*, 16, 40-46.
- Gândara, M. N., (2010). *O exercício do poder nos cuidados de enfermagem: Os cuidados de higiene*. Tese de doutoramento. Recuperado em 10 Setembro, 2011, de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3822/1/ulsd61010_td_Manuela_Gandara.pdf.
- Gaspar, M. F. M. (1997). Trabalho em equipe interdisciplinar em saúde. Fantasia ou realidade. In J. P. Ribeiro (Ed.), *Actas do 2º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 465-480). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Gasquet, I. (2000). Satisfaction des patients et performance hospitalière. *La Presse Medicale*, 28, 1610-1616.
- Gennep, A. (1978). *Os ritos de passagem*. Petrópolis: Vozes.

- George, J. B. (2000). *Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Germain, C. P. (1993). Ethnography: The method. In P. L. Munhall & C. O. Boyd, *Nursing research: A qualitative perspective* (2nd ed., cap. 8, pp. 237-268). New York: National League for Nursing Press.
- Giddens, A. (1989). *A constituição da sociedade*. São Paulo: Livraria Martins Fontes.
- Goetz, J. P., & LeCompte, M. D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Ed. Morata.
- Goffman, E. (1963). *Stigmates. Les usages sociaux des handicaps*. Paris: Minuit.
- Goffman, E. (1993). *A apresentação do eu na vida de todos os dias*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Goffman, E. (1996). *Manicómios, prisões e conventos*. S. Paulo: Editora Perspectiva.
- Gomes, B. P. (2008). *Enfermagem de reabilitação um contributo para a satisfação do utente*. Tese de doutoramento não publicada. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Gotlieb, J. B. (2002). Understanding the effects of nurses on the process by which patients develop hospital satisfaction. *Holistic Nursing Practice*, 17 (1), 49-60.
- Green, A., & Davis, S. (2005). Toward a predictive model of patient satisfaction with nurse practitioner care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 17 (4), 139-149.
- Guimarães, P. (2002). Espaço, tempo e processos de educação informal numa enfermaria. *Revista de Educação*, 15 (1), 85-109.
- Gujarati, D. (2004). *Basic econometrics* (4ª ed.). New York: McGraw-Hill.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2005). *Multivariate data analysis* (6th ed.). New York: Prentice Hall.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1995). *Ethnography: Principles in practice* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Hart, C. (1998). *Doing a literature review*. London: Sage.
- Hastrup, K. (1995). *A passage to anthropology. Between experience and theory*. London: Routledge.
- Helman, C. (1994). *Cultura, saúde e doença* (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Henderson, V. (1994). *La naturaleza de la enfermería: Reflexiones 25 años despues*. Madrid: McGraw-Hill.
- Hennezel, M. (1997). *Diálogo com a morte: Os que vão morrer ensinam-nos a viver* (2ª ed.). Lisboa: Editorial de Notícias.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo: contribuir para um universo mais cuidador*. Loures: Lusociência.
- Holland, C. K. (1993). An ethnographic study of nursing culture as an exploration for determining the existence of a system of ritual. *Journal of Advanced Nursing*, 18 (9), 1461-1470.
- Holland, C. K. (1999). A journey to becoming: The student nurse in transition. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (1), 229-236.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: Persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- Huberman, A. M., & Miles, M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles: De Boeck.
- Hupcey, J., Penrod, J., & Morse, J. (2000). Establishing and maintainin trust during acute care hospitalizations. *Schorarly Inquiry for Nursing. Practice*, 14 (3), 227-242.
- Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF). (2001). *Manual de normas e procedimentos. Técnicas de enfermagem*. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Desenvolvimento de Sistemas de Financiamento e Gestão.
- Irurita, V. (1999). Factors affecting the quality of nursing care. *Internationa Journal of Nursing Practice*, 5. 86-94.
- Isaksen, L. W. (2000). Toward a sociology of (gendered) disgust: Perceptions of the organic body and the organization of care work. Retrieved to 31/05/2005 from www.bc.edu/be-org/avp/wfretwork/berkeley/papers/op2.
- ISO 9999. (2007) Ajudas técnicas/produtos de apoio. Recuperado em 28 Julho, 2010, de <http://www.inr.pt/content.php?idlang=1&id=59&alias=ajudas-técnicas-produtos-de-apoio/>.
- Iturra, R. (1986a). Trabalho de campo e observação participante em antropologia. In A. S. Silva, & J. M. Pinto, *Metodologia das ciências sociais* (13ª ed., pp. 149-163). Porto: Edições Afrontamento.
- Iturra, R. (1986b). Cultura oral e cultura escrita: Uma avaliação. *Estudo da História*, 2, 45-48.

- Johansson, P., Oléni, M., & Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing in the context health care: A literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16 (4), 337-344.
- Kadner, K. (1994). Therapeutic intimacy in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 215-218.
- Katz, P. (1981). Ritual un the operating room. *Ethnology*, 20, 335-350.
- Kérouac, S. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona. Masson.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). *La pensée infirmière. Conceptions e strategies*. Québec: Editins Études Vivantes.
- Kim, H. S. (1997). Theoretical thinking in nursing: Problems and prospects. In L. H. Nicoll (Ed.), *Perspectives on nursing theory* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Kirt, T. (2007). Beyond empathy: Clinical intimacy in nursing practice. *Nursing Philosophy*, 8, 233-243.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, heling and the human condition*. Los Angeles: Basic Books.
- Kruse, M. H. L. (2003). *Os poderes dos corpos frios: Das coisas que se ensinam às enfermeiras*. Brasília: ABEn.
- Langdon, E. J. (1999). A fixação da narrativa: O mito para a poética de literatura oral. *Horizontes Antropológicos*, 5 (12), 13-37.
- Lawler, J. (1999). Connaître le corps et le vêcu du corps: Methodologies, discours et soins infirmiers. *Prespective Soignante*, 5, 84-119.
- Lawler, J. (2001). Apprendre à donner des soins au corps. *Prespective Soignante*, 11, 38-63.
- Le Boterf, G. (1995). *De la competence*. Paris: Éditions d'Organization.
- Le Breton, D. (1992). *Des Visages. Essai d'anthropologie*. Paris: Métailié.
- Le Breton, D. (1999). *L'Adieu au corps*. Paris: Métailié.
- Le Breton, D. (2004). *La sociologie du corps* (5a ed.) Paris: Presses Universitaires de France.
- Le Breton, D. (2008). *Anthropologie du corps et modernité* (5a ed.). Paris: Press Universitaires de France.
- Lee, M. A., & Yom, Y. H. (2006). A comparative study of patients and nurses perceptions of the quality of nursing services satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 44 (4), 545-555.
- Lei n° 48/90 de 24 de Agosto (1990). Lei de bases da saúde. Diário da República, 195, I Série.

- Leininger, M. (1985). *Qualitative research methods in nursing*. London: Orlando, Grune & Stratton.
- Leininger, M. (1991). *Culture care. Diversity & universality: A theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press.
- Leininger, M. (1995). *Qualitative research methods in Nursing*. Orlando: Grune & Stratton.
- Lenardt, M. H., Hammerschmidt, K. S. A., Pivaro, A. B. R., & Borghi, C. S. (2007). Os idosos e os constrangimentos nos eventos da internação cirúrgica. *Texto Contexto em Enfermagem*, 16 (4), 737-745.
- Levett-Jones, T. L. (2005). Continuing education for nurses: A necessity or a nicety? *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 36 (5), 229-233.
- Lima, D. V. M., & Lacerda, R. A. (2010). Repercussões oxi-hemodinâmicas do banho no paciente em estado crítico adulto hospitalizado: Revisão sistemática. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23 (2), 278-285.
- Lima, T. C. (2008). *Revelando o processo de recriação do banho no leito no cenário da terapia intensiva: Produto da suscetibilidade da enfermagem em incorporar o conhecimento êmico a sua praxis*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina de Botucatu, São Paulo, Brasil.
- Llor, E. B., Abad, M. A., Garcia, M. I., & Nieto, J. M. (1995). *Ciencias psicossociales aplicadas a la salud*. Madrid: McGraw.
- Lloyd, H., & Downey, L. (2008). Bed bathing patients in hospital. *Nursing Standard*, 22, (34), 35-40.
- Lopes, M. A. P. (1994). *Cuidar da intimidade, intimidade no cuidar: Sentimentos vividos por enfermeiros e doentes durante os cuidados de manutenção da vida*. Dissertação de mestrado. Universidade Católica Portuguesa, Portugal.
- Lopes, M. A. P. (1995). Cuidar na intimidade, uma abordagem fenomenológica. *Revista Enfermagem*, 6, 40-50.
- Lopes, M. A. P. (1999). O corpo da pessoa: Que lugar ocupa nos cuidados de enfermagem. *Nursing*, 12 (138), 20-24.
- Lopes, M. A. P. (2000). Quando se fala de corpo, a que nos referimos? *Pensar Enfermagem*, 1, 40.
- Lopes, M. A. P. (2005). Dificuldades ocultas na interação dos cuidados de enfermagem ao corpo da pessoa idosa. *Pensar Enfermagem*, 9 (1), 2-12.
- Lopes, M. A. P. (2006). Tapar e destapar a corporeidade da pessoa idosa: Na trivialidade do gesto, a complexidade de saberes. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 14, 64-75.
- Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.

- Lopes, N. M. (2001). *Recomposição profissional de enfermagem: Estudo sociológico em contexto hospitalar*. Coimbra: Quarteto.
- Lunardi, V. L. (1995). *Fios visíveis/invisíveis no processo educativo de (des)construção do sujeito enfermeira*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
- Macedo, M. C. S., & Kestenberg, M. (1998). Bed baths: An initiation ritual for the nurse. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 51 (2), 291-304.
- Maciel, S., & Bocchi, S. (2006). Compreendendo a lacuna entre a prática e a evolução técnico-científica do banho no leito. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 14 (2), 233-242.
- Mahon, P. Y. (1996). An analysis of the concept patient satisfaction as it relates to contemporary nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 24 (6) 1241-1248.
- Maisonneuve, J., & Bruchon-Schweitzer, M. (1999). *Le corps et la beauté*. Paris: PUF.
- Manen, M. Van. (1998). Modalities of body experience in illness and health. *Qualitative Health Research: An International, Interdisciplinary Journal*, 8 (1), 7-24.
- Mantezoukas, S., & Jasper, M. A. (2004). Reflective practice and daily ward reality: A covert power game. *Journal of Clinical Nursing*, 13 (8), 925-933.
- Marley, K., Collier, D., & Goldstein, S. (2004). The role of clinical and process quality in achieving patient satisfaction in hospitals. *Decision Sciences*, 35 (3), 349-480.
- Marôco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW statistics* (4ª ed.). Lisboa: Report Number.
- Marques, M. I. (2000). Percepção significativa dos cuidados de enfermagem pelos utentes hospitalizados. *Referência*, 5, 5-16.
- Martins, S. I. A. (2009). *O banho no leito em contexto de internamento hospitalar. Vivências de pessoas idosas*. Dissertação de mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Mattoso, J. (2011). *História da vida privada em Portugal: A época contemporânea. Temas e Debates*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- McIntyre, A. (1990). *After virtue* (2nd ed.). Paris: University of Notre Dame Press.
- McIntyre, T., & Silva, S. (1999). *Estudo aprofundado da satisfação dos utentes e dos serviços de saúde na região norte: relatório final sumário*. Porto: ARS Norte. Universidade do Minho.
- Meehan, K. (1999). A study of levels patient satisfaction with urban and rural emergency nursing care has uncovered some interesting results. *Australian Journal of Rural Health*, 7.
- Melo, M. L. (2005). *Comunicação com o doente certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência.

- Melosh, B. (1982). *The physician's hand: Work culture and conflict in American Nursing*. Philadelphia: Temple University Press.
- Menzies, I. E. P. (1960). A case-study in the functioning of social systems as a defence against anxiety. *Human Relations*, 13, 95-121.
- Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar: O corpo, âmbito da interação prestador de cuidados-doente*. Loures: Lusociência.
- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: Princípios básicos. Brasil*: São Paulo: Manole.
- Mitchel, R., Leana, J., & Hyed, R. (1999). Client satisfaction with nursing services. *AAOHN J.*, 47, 74-78.
- Morgan, G. (1996). *Imagens da organização*. São Paulo: Atlas.
- Morrison, P. (2001). *Para compreender os doentes*. Lisboa: Climepsi.
- Morse, J. M. (1991). Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. *Nursing Research*, 40 (1), 120-123.
- Mulhall, A. (2002). Nursing research and nursing practice: An exploration of two different cultures. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18, 48-55.
- Murteira, B., Ribeiro, C., Silva, J., & Pimenta, C. (2010). *Introdução à estatística* (2a ed.). Lisboa: McGraw- Hill.
- Nakatani, A. Y. K., Souza, A. C. S., Gomes, I. V., & Sousa, M. M. (2004). O banho no leito em unidade de terapia intensiva: Uma visão de quem recebe. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 3 (1), 13-21.
- Navarro, M. F. (1995). Educação para a saúde e profissionais de saúde comunitária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 13 (4), 78-80.
- Neto, A., Ribeiro, L., Magalhães, L., & Torres, M. (2003). Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro no serviço de urgência. *Servir*, 51 (5), 214-228.
- Neves, A. (2004). *Intervenções de enfermagem: Razões e bases da tomada de decisão pelas enfermeiras*. Tese de mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal.
- Newsome, P., & Wright, G. (1999). A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction. *British Dental Journal*, 186 (4), 161-165.
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem: O que é e o que não é*. Loures: Lusociência.
- Novais, E. (2003). A dualidade de ter e ser corpo. *Pensar Enfermagem*, 1, 13-21.

- Nóvoa, A. (1992). Formação de professores e profissão docente. In A. Nóvoa (Coord.), *Os professores e a sua formação*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Oerman, M., & Templin, T. (2000) Important attributes of quality health care: Consumer perspectives. *Journal of Nursing Scholarship*, 32, 167.
- Ogasawara, M. (1989). *Banho no leito: Uma contribuição ao enfermeiro baseada na percepção do paciente/cliente*. Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Rio de Janeiro, Brasil.
- Oliveira, C. S. (2010). Construir laços de confiança e promover o conforto. *Pensar Enfermagem*, 14 (1), 67-74.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: Dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Autor.
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson.
- Pacis, C. R. (1986). A comparison of three methods of temperature control. *Anphi Papers*, 21 (2), 20-28.
- Pais, J. M. (1993). *Culturas juvenis*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- Parker, J. M. (2004). Nursing on the medical ward. *Nursing Inquiry*, 11 (4), 210-217.
- Parker, J., Gardner, G., & Wiltshire J. (1992). Handover: The collective narrative of nursing practice. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 9 (3), 31-37.
- Paúl, C., Martin, I., & Roseira, L. (1999). *Comunidade e saúde: Satisfação dos utentes e voluntariado*. Porto: Edições Afrontamento.
- Peirano, M. (2006). Temas ou teorias? O estatuto nas noções de ritual de performance. *Campos* 7 (2), 9-16.
- Penaforte, H., & Martins, M. (2011). A visibilidade do auto cuidado higiene na passagem de turno dos enfermeiros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19 (1), 131-139.
- Philpin, S. M. (2002). Rituals and nursing: A critical commentary. *Journal of Advanced Nursing*, 38 (2), 144-151.
- Philpin, S. M. (2007). Managing ambiguity and danger in an intensive therapy unit: Rituals practices and sequestration. *Nursing Inquiry*, 14 (1), 51-59.
- Pocok, D. F. (1998). *Understanding social anthropology*. London: The Athlone Press.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1994). *Investigacion científica en ciencias de la salud* (4ª ed.). Madrid: McGraw-Hill.

- Prochete, T. C., & Silva, M. J. P. (2008). Proxémica: As situações reconhecidas pelo idoso que caracterizam a invasão do seu espaço pessoal e territorial. *Texto & Contexto em Enfermagem*, 17 (002), 132-326.
- Pouchelle, M. C. (1995). Transports hospitaliers, extravagance de l'âme. In F. Lautman & J. Maitre, *Gestions religieuses de la santé* (pp. 247-299). Paris: L'Harmattan.
- Pupulim, I. S. L., & Sawada, N. O. (2002). O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: Uma questão ético-moral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (3), 433-438.
- Pupulim, I. S. L., & Sawada, N. O. (2005). Exposição corporal do cliente no atendimento das necessidades básicas em UTI: Incidentes críticos relatados por enfermeiras. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (3), 388-396.
- Pupulim, J. (2003). *Exposição corporal do cliente na assistência em unidade de terapia intensiva: Incidentes críticos relatados por enfermeiras*. Ribeirão Preto. Recuperado em 1 Junho, 2007, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-15032004-085130>.
- Quintela, M. M. (1999). Curar e folgar: Uma etnografia das experiências termais nas termas de São Pedro do Sul. Dissertação de mestrado. Lisboa: ISCTE, Portugal.
- Quintela, M. M. (2003). Banhos que curam: Práticas termais em Portugal e no Brasil. *Etnográfica*, 7 (1), 171-185.
- Raftopoulos, V. (2005). A Grounded theory for patients' satisfaction with quality of hospital care. *Icus Nursing Web Journal*, 22, 1-15.
- Raposo, P. (2002). *O papel das expressões performativas na contemporaneidade. Identidade e cultura popular*. Dissertação de doutoramento. Lisboa, ISCTE, Portugal.
- Raposo, P. A. (2003). Construção antropológica de um terreno: Performances culturais. In T.H. Caria (Org.), *Experiência etnográfica em ciências sociais* (pp. 41-60). Porto: Edições Afrontamento.
- Rebelo, T. (1998). Do fazer ao dizer enfermagem: Que obstáculos? *Enfermagem*, 10 (2ª Série), 14-16.
- Reeder, F. (1994). Rituals of healing: Ever ancient, ever new. In D. A. Gaut, & A. Boykin (Eds.), *Caring as healing: Renewal through hope* (pp. 23-37). New York: National League for Nursing.
- Reidy, M., & Mercier, L. (2003). A triangulação. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 20, pp. 321-328). Loures: Lusociência.
- Renaud, I. (1990). A pessoa humana. *Servir*, 38 (4), 159-165.
- Renaud, I. (2007). O corpo vivido. Metamorphoses da imagem. *Revista Portuguesa de Bioética*, 3, 249-261.

- Renaud, I. (2010). O cuidado em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 14 (1), 2-8.
- Renaud, I. (1996). Corpo, ética e feminilidade. *Brotéria*, 142 (5/6), 565-586.
- Renzi, C., Tabolli, S., Picardi, A., Abeni, D., Puddu, P., & Braga, M. (2005). Effects of patient satisfaction with care on health-related quality of life: A prospective study. *European Academy of Dermatology and Venereology*, 19, 712- 718.
- Reverby, S. (1987). *Ordered to care: The dilemma of american nursing, 1850-1945*. New York: Cambridge University Press.
- Ribeiro, A. (2005). *O corpo que somos: Aparência, sensualidade, comunicação*. Lisboa: Casa das Letras.
- Ribeiro, A. L. A. (2003). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem: Construção e avaliação de um instrumento de medida*. Dissertação para concurso de provas públicas para professor-coordenador. Escola Superior de Enfermagem de S. João, Porto, Portugal.
- Ribeiro, A. L. A. (2005). O percurso de construção e a validação de um instrumento e a validação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 16, 53-60.
- Ribeiro, L.F. (1995). *Cuidar e tratar: Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa: Educa.
- Ribeiro, M. (2003). E como é que, realmente se chega às pessoas? Considerações introdutórias sobre as notas e o trabalho de campo como processo social. In T.H. Caria (Org.), *Experiência etnográfica em ciências sociais* (pp. 99-114). Porto: Edições Afrontamento.
- Riley, J. B. (2004). *Comunicação em enfermagem* (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Robichaud-Ekstrand, S. (1991). Shower versus Sink bath: Evaluation of heart rate, blood pressure and subjective response of the patient with myocardial infarction. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care* 20 (4), 375-382.
- Rodrigues, J. C. (2006). *Tabu do corpo*. Rio de Janeiro: FIOCUZ.
- Rosenberg, C. E. (1987). *The care of strangers*. New York: Basic Books.
- Sandelowski, M. (2002). Visibel humans, vanishing bodies, and virtual nursing: Complications of life, presence, place, and identity. *Advances in Nursing Science*, 24 (3), 58-70.
- Santos, R. M., Viana, I. R. M. N., Silva, J. R., Terezza, M. C. S. F., & Leite, J. L. (2010). A enfermeira e a nudez do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (6), 877-886.
- Savage, J. (1995). *Nursing intimacy an ethnographic approach nurse-patient interaction*. London: Scutari Press.

- Schachtel, M. (1991). *J'aivoulu être infirmière*. Paris: Albin Michel.
- Schmahl, J. A. (1964). Ritualism in nursing practice. *Nursing Forum*, 3, 74-84.
- Schutz, A. (1970). *On phenomenology and social relations*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Segalen, M. (1998). *Ritos e rituais*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Sellman, D. (2006). The importance of being trustworthy. *Nursing Ethics*, 13 2, 105-115.
- Sellman, D. (2007). Trusting patients, trusting nurses. *Nursing Philosophy*, 8, 28-36.
- Sharma, S. (1996). *Applied multivariate techniques*. New York: John Wiley and Sons.
- Shattell, M. (2004). Nurse-patient interaction: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 714-722.
- Shmidt, L. A. (2003). Patient's perceptions of nursing care in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (4), 393-399.
- Siguthardottir, A. K. (1996). Satisfaction among ambulatory surgery patients in two hospitals in Iceland. *J. Nurs. Manag.*, 2 (4), 69-74.
- Silva, C., Felício C., Macedo, H., Fernandes, L., Leitão, R., Nobre Santos, A., & Mártires, A. (2005). Satisfação dos utentes face ao serviço de imagiologia do hospital de S. Pedro vila Real. In *I Encontro de Investigação. Da divulgação à consolidação do conhecimento* (pp. 7-16). Vila Real: Escola superior de Enfermagem de Vila Real.
- Silva, M. C. (2003). O hammã, alguns anos depois: revisitação etnográfica de um contexto marroquino. *Etnográfica*, 7 (1), 187-205.
- Silva, M. J. M. R. (2006). *Cuidados de higiene: Intervenções dos enfermeiros a doentes internados num serviço de medicina*. Tese de mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Singer, M. (1972). *When a great tradition modernizes*. New York: Praeger.
- Sitzia, J. (1999). How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *International Journal for Quality in Health Care*, 11 (4), 319-328.
- Smeltzer, S. C., & Bare, G. (2005). *Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico cirúrgica* (10ª ed., vol. 2). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Soares, C. S. C. (2004). A reunião de passagem de turno: Contributos para uma reflexão. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 9, 14-23.
- Soares, N. V., & Lunardi, V. L. (2002). Communication, the information as a possibility for reducing the asymmetry between the health professional and the client. In *8º Brazillian Nursing Communication Symposium*. São Paulo. Retrieved June 12, 2008, from

http://www.proceedings.scelo.br/scelo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000520020020100027&Ing=en&nrm=iso.

- Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos. Colégio de Cuidados de Enfermagem. (2000). *Desafios da enfermagem em cuidados paliativos*. Loures: Lusociência.
- Sorlie, V., Torjuul, K., Ross, A., & Kihlgren, M. (2006). Satisfied patients are also vulnerable patients: Narratives from an acute care ward. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1240-1246.
- Souza, E. F. (1978). *Novo manual da enfermagem: Procedimentos e cuidados básicos* (6ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica.
- Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. New York: Holt Rinehart and Winston.
- Staniszewska, S., & Ahmed, L. (1999). The concepts of expectation and satisfaction: Do they capture the way patients evaluate their care? *Journal of Advanced Nursing*, 29 (2), 364-372.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2ª ed.) Loures: Lusociência.
- Suhonen, R., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2009). The driving and restraining forces that promote and impede the implementation of individualized nursing care: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1637-1649.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40 (3), p.161-166.
- Swanson, K. M. (1998). Care made visible. *Creative Nursing*, 4 (4), 8-13.
- Taylor, S. J., & Bogdan, Y. R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (3ª ed.). Barcelona: Ed. Paidós.
- Thompson, J. D., & Goldin, G. (1975). *The hospital: A social and architectural history*. London: Yale University Press.
- Tomey, A. M., & Alligood, R. M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed., Cap. 13, pp. 211-235). Loures: Lusociência.
- Tonuma, M., & Winbolt, M. (2000). From rituals to reason: Creating an environment that allows nurses to nurse. *International Journal of Nursing Practice*, 6 (4), 214-218.
- Turner, B. S. (1992). *Regulating bodies: Essais in medical sociology*. London: Routledge.
- Turner, V. (1982). Introduction. In V. Turner, *Form ritual to theatre: The human seriousness of play*. New York: PAJ Publications.

- Turner, V. 1987. *The anthropology of performance*. New York: PAJ Publications.
- Turner, V. W. (1974). *O processo ritual: Estrutura e anti estrutura*. Petrópolis: Vozes.
- Turris, S. A. (2005). Unpacking the concept of patient satisfaction: A feminist analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (3), 293-298.
- Twigg, J. (2004). The body, gender, and age: Feminist insights in social gerontology. *Journal of Aging Studies*, 18 (1), 59-73.
- Viegas, S. M., & Gomes, A. (2007). *A identidade na velhice*. Porto: Editora Âmbar.
- Vieira, J. M., & Cruz, I. C. F. (2001). *Produção científica de enfermagem sobre deficit no autocuidado banho/higiene: Implicações para a(o) enfermeira(o) de cuidados intensivos*. Recuperado em 25 Outubro, 2007, de www.uff.br/nepae/autocuidado.doc.
- Vieira, R. (2003). Vidas revividas: Etnografia, biografias e a descoberta de novos sentidos. In T. H. Caria (Org.), *Experiência etnográfica em ciências sociais* (pp. 76-96). Porto: Edições Afrontamento.
- Vieira, W. P. (1989). *Banho de leito do paciente acamado: Cuidado polêmico para o concluinte do curso de graduação de enfermagem*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.
- Vigarello, G. (1985). *O limpo e o sujo: A higiene do corpo desde a idade média*. Lisboa: Editorial Fragmentos.
- Walker, V. (1967). *Nursing and ritualistic practice*. New York: Macmillan.
- Wallon, A. (1981). *La vie quotidienne dans les villes d' eaux (1850- 1914)*. Paris: Hachette.
- Walsh, M., & Ford, P. (1990). *Nursing rituals: Research and rational actions* (9th ed.). Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Walsh, M., & Walsh, A. (1999). Measuring patient satisfaction with nursing care: Experience of using the Newcastle satisfaction with nursing scale. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (2), 307-315.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing*. New York: National League for Nursing.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2008). *The philosophy and science of caring*. Colorado: University Press of Colorado.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. (1993). *Pragmática da comunicação humana: Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. São Paulo: Cultrix.

- Wolf, Z. R. (1988a). *Nurses`work: Tthe sacred and profane*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Wolf, Z. R. (1988b). Nursing rituals. *Canadian Journal of Nursing Research*, 20 (3), 59-69.
- Wolf, Z. R. (1993). The bath: A nursing ritual. *Journal of Holistic Nursing*, 11 (2), 135-148.
- Wolf, Z.R. (1997). Nursing students´experience bathing patients for the first time. *Nurse Educator*, 22 (2), 41-46.
- World Health Organization. (1998). *Health promotion hospitals. Working for health. Project Outline*. Retrieved April 11, 2010, from <http://WWW.who.dk/hospital/promot.htm>.
- Zago, M. M. F. (1994). *O ritual de orientação dos pacientes entre os enfermeiros cirúrgicos: Um estudo etnográfico*. Tese de mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil.
- Zago, M. M. F., & Rossi, L. A. (2003). Critical analysis of rituals in the medicaland surgical nursing setting. *Revista da Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo*, 37 (1), 36-43.

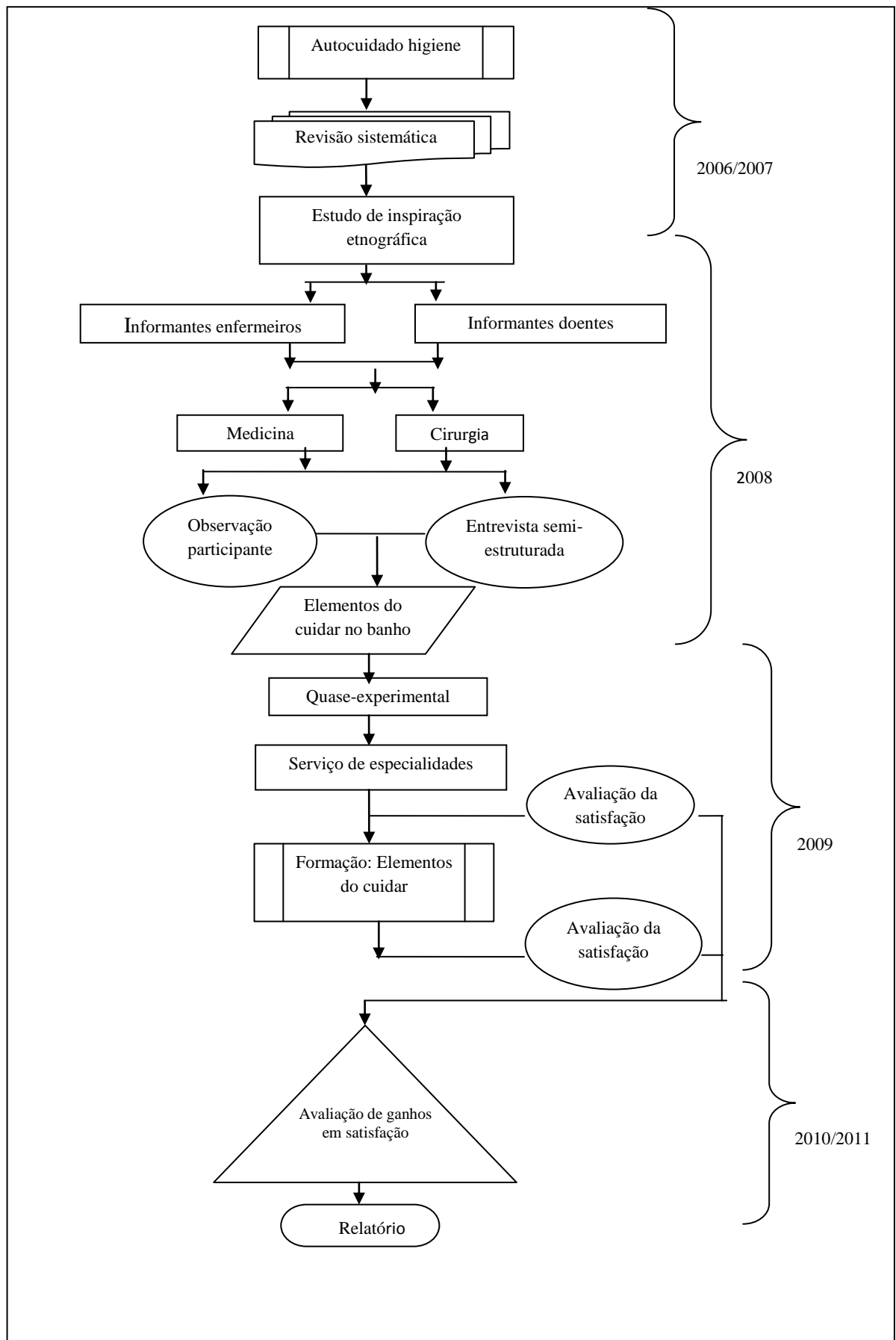
ANEXOS

ANEXO I.

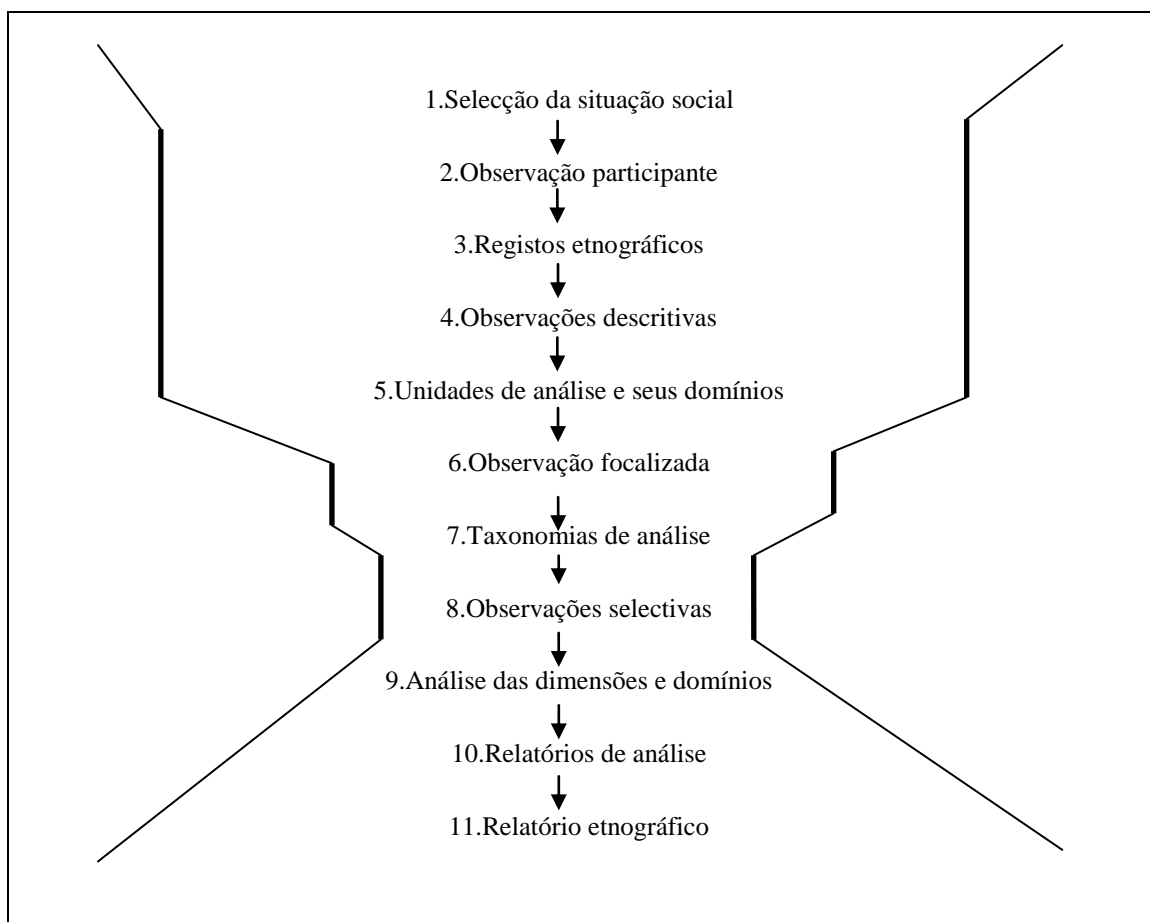
Diagrama do Estudo

Desenvolvimento da Observação na Pesquisa Etnográfica

A) Diagrama do estudo



B) Desenvolvimento da observação na pesquisa etnográfica



Fonte: Adaptado de Spradley (1980, p.103) “Focus in Ethnography Research”

ANEXO II

Pedido de Consentimento de Participação no Estudo de Inspiração Etnográfica, aos Enfermeiros

Registo de Consentimento Informado

Pedido de Consentimento de Participação, no Estudo “antes e após”, aos Enfermeiros

Registo de Consentimento Informado

Pedido de Consentimento de Participação no Estudo “antes-após”, ao Doente

Registo de Consentimento Informado

Pedido de consentimento de participação no estudo de inspiração etnográfica, aos enfermeiros

Colega

Eu, sou Maria Helena de Oliveira Penaforte, presentemente a realizar a minha tese de doutoramento em enfermagem, que tem por tema “o autocuidado higiene: conhecimento científico e ritual”. O estudo pretende compreender o cuidado de enfermagem prestado à pessoa com autocuidado higiene comprometido, pelo que e neste momento, necessita de proceder à recolha de informação, para a sua concretização.

O estudo inscreve-se na perspectiva qualitativa, e neste sentido, necessito de recorrer ao uso da observação participante e entrevistas.

O serviço de [REDACTED], revela-se um dos serviços no hospital que reúne as características/condições para concretizar os objectivos e a finalidade do estudo. Deste modo, e para proceder à recolha de dados, e sua validação, a minha presença no serviço será bastante frequente, e em períodos de tempo variáveis.

O Conselho de Administração do [REDACTED] concedeu a autorização formal para a realização do estudo, pelo que neste momento, e no contexto real de cuidados, necessito da sua colaboração para a realização do mesmo, sem a qual não o posso concretizar.

Neste sentido, venho solicitar-lhe o seu consentimento para podê-lo acompanhar durante os cuidados que proporciona aos doentes internados, e que estão sob a sua responsabilidade, para partilhar a sua experiência, o seu quotidiano nos cuidados comigo, bem como para entrevistá-lo, se houver essa necessidade. Neste âmbito, propondo-me a garantir que, para a realização da entrevista, será sempre considerada a sua autorização, vontade, e disponibilidade, incluindo para a gravação da mesma.

Em qualquer momento é livre para recusar-se a continuar a participar no estudo. Desde já, comprometo-me a garantir-lhe o anonimato, a confidencialidade dos dados, e a aceitação da recusa em querer continuar a participar no estudo.

O meu obrigada,

2007/12/12

Maria Helena Oliveira Penaforte

Registo de consentimento informado, do enfermeiro, para o estudo de inspiração etnográfica

Registo de consentimento informado

Eu, _____,

abaixo-assinado concordo em participar no estudo de investigação, “O autocuidado higiene: o conhecimento científico e ritual”, que visa abordar o cuidado de enfermagem à pessoa internada, com autocuidado higiene comprometido.

Reconheço que os procedimentos de investigação descritos na carta anexa me foram explicados.

Fui informado/a a respeito do estudo e natureza do meu envolvimento, quer na partilha da minha experiência, no meu acompanhamento pela investigadora durante os cuidados que presto, e em ser entrevistado se for necessário. Foi-me dada oportunidade de fazer perguntas.

Aceito que as minhas perspectivas sejam incorporadas nos resultados do estudo e possam ser publicadas ou apresentadas pelo investigador para fins académicos, aceitando.

Compreendi que meu anonimato será sempre protegido e que nenhum nome ou outros detalhes identificativos serão divulgados

Compreendi que sou livre de a qualquer momento me retirar do estudo.

Compreendi que este documento será conservado de forma segura pela investigadora e será destruído no fim do estudo.

Assim, pelo presente documento, eu abaixo assinada, consinto participar, partilhando a minha vivência e fornecendo a minha opinião, conceder a entrevista e a sua gravação, neste estudo.

Assinatura do participante _____

Assinatura da Investigadora _____

Data: 12/12/2007

Pedido de consentimento aos enfermeiros, para a participação no estudo “antes e após”

Colega

Eu, sou Maria Helena de Oliveira Penaforte, encontro-me a realizar a minha tese de doutoramento em enfermagem, que tem por tema “o autocuidado higiene: conhecimento científico e ritual”, necessitando no momento presente, de proceder à recolha de informação, para a sua concretização. O estudo pretende saber da relação sobre a resposta em cuidados de enfermagem prestados à pessoa internada com dependência no autocuidado higiene/banho e o nível de satisfação dos doentes.

Trata-se de um estudo de carácter quantitativo, pretendendo recorrer à realização de uma intervenção formativa aos enfermeiros, integrada na formação em serviço, e à aplicação de um questionário aos doentes, sobre os cuidados recebidos, em dois momentos distintos, precisamente: antes da intervenção aos enfermeiros e depois da intervenção. A formação contará com formadores externos e a da investigadora.

O serviço de [REDACTED] neste hospital, revela-se um dos serviços que reúne as características/condições para concretizar os objectivos e a finalidade do estudo. O Conselho de Administração do [REDACTED] concedeu a autorização formal para a realização do estudo, necessitando neste momento e no contexto de cuidados da sua colaboração, sem a qual não o posso concretizar. Neste sentido, venho solicitar-lhe o seu consentimento para participar nos momentos do estudo, na intervenção integrada na formação em serviço, e depois desta, no ajustamento de cuidados ao doente no autocuidado higiene comprometido, tendo em conta os objectivos e conteúdos versados na intervenção formativa, e na cedência de imagens durante a formação e/ou nos cuidados, caso venha a ser necessário. Neste âmbito, propondo-me a garantir que, para a cedência e uso de imagens, será sempre considerada a sua autorização, vontade, e disponibilidade, e de que estas lhe serão sempre mostradas e nunca exibidas, antes de qualquer uso ou tratamento, preservando a sua individualidade e integridade, respeitando e aceitando a sua opinião e decisão final, sobre as mesmas. Em qualquer momento é livre para recusar-se a continuar a participar.

Desde já, comprometo-me a garantir-lhe o anonimato, a confidencialidade dos dados, e a aceitação da recusa em querer continuar a participar no estudo.

O meu obrigada,

2009/03/01

Maria Helena Oliveira Penaforte

Registo de consentimento informado, no estudo “antes e após”

Registo de consentimento informado

Eu, _____,

abaixo-assinado concordo em participar no estudo de investigação, “o autocuidado higiene: conhecimento científico e ritual”, sabendo que neste momento o estudo pretende saber da relação entre a resposta em cuidados de enfermagem prestados à pessoa internada com dependência no autocuidado higiene/banho e o nível de satisfação dos doentes.

Reconheço que os procedimentos de investigação descritos na carta anexa me foram explicados e que me responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. Fui informada do facto que a minha participação neste estudo é inteiramente voluntária.

Compreendo as vantagens de participar.

Compreendi que meu anonimato será sempre protegido e que nenhum nome ou outros detalhes identificativos serão divulgados

Compreendi que sou livre de a qualquer momento me retirar do estudo.

Compreendi que este documento será conservado de forma segura pela investigadora e será destruído no fim do estudo.

Assim, pelo presente documento, eu abaixo assinada, consinto participar plenamente na intervenção formativa, na cedência das minhas imagens se for necessário, e no estudo.

Assinatura do participante _____

Assinatura da Investigadora _____

Data: 01/03/2009

Pedido de consentimento de participação no estudo “antes-após”, ao doente

Exmo. Sr.

Eu, sou Maria Helena de Oliveira Penaforte, encontro-me a realizar a minha tese de doutoramento em enfermagem, que tem por tema “o autocuidado higiene: conhecimento científico e ritual”, e necessito de proceder à recolha de informação, para a sua concretização. O estudo pretende saber da relação entre a resposta em cuidados de enfermagem prestados à pessoa internada com dependência no autocuidado higiene/ e o nível de satisfação dos doentes.

Trata-se de um estudo de carácter quantitativo, pelo que pretendo proceder à aplicação de um questionário aos doentes, sobre os cuidados recebidos,

O serviço de [REDACTED] neste hospital, revela-se um dos serviços que reúne as características/condições para concretizar os objectivos e a finalidade do estudo

O Conselho de Administração do [REDACTED] concedeu a autorização formal para a realização do estudo, contudo só é possível realizá-lo obtendo a sua opinião. Deste modo, recolher a sua opinião neste momento, é muito importante, pelo que venho solicitar a sua colaboração e disponibilidade, para responder a algumas questões sobre os cuidados de enfermagem que lhe foram prestados durante os cuidados de higiene/banho. Em qualquer momento é livre para recusar-se a continuar a responder às perguntas do questionário.

Desde já, comprometo-me a garantir-lhe o anonimato, a confidencialidade de quaisquer dados, e da aceitação da recusa em querer continuar a participar no estudo.

O meu obrigada,

2009/03/01

Maria Helena Oliveira Penaforte

Registo de consentimento informado

Registo de consentimento informado

Eu, _____,

abaixo-assinado concordo em participar no estudo de investigação, “o autocuidado higiene: conhecimento científico e ritual”, sabendo que neste momento o estudo pretende saber da relação entre a resposta em cuidados de enfermagem prestados à pessoa internada com dependência no autocuidado higiene/banho e o nível de satisfação dos doentes, e que pretende aplicar um questionário aos doentes, sobre a satisfação com os cuidados de enfermagem prestados no banho.

Reconheço que os procedimentos de investigação descritos na carta anexa me foram explicados.

Fui informado/a a respeito do estudo, e do meu envolvimento, para responder às perguntas sobre os cuidados de enfermagem prestados no banho, nos cuidados de higiene.

Compreendo as vantagens de participar.

Compreendi que meu anonimato será sempre protegido e que nenhum nome ou outros detalhes identificativos serão divulgados

Compreendi que sou livre de a qualquer momento me retirar do estudo.

Compreendi que este documento será conservado de forma segura pela investigadora e será destruído no fim do estudo.

Assim, pelo presente documento, eu abaixo assinada, consinto participar, fornecendo a minha opinião, respondendo ao questionário neste estudo.

Assinatura do participante _____

Assinatura da Investigadora _____

2009/03/01

ANEXO III

Intervenção Formativa aos Enfermeiros: Plano de Sessão

Plano de Sessão /momento de Formação

<p>Tema: “elementos que suportam a arte de cuidar a pessoa internada, com o autocuidado higiene comprometido” Destinatários: enfermeiros do serviço [redacted] Local: Piscina Data: 12 de Junho de 2009 Formadores: - Helena Penaforte; [redacted] Martins; [redacted] Gomes; [redacted] Reis</p>		<p>Objectivo Geral: - O enfermeiro de [redacted] deve ser capaz de compreender os contributos da prestação dos cuidados de enfermagem durante o banho, na satisfação do doente internado</p> <p>Objectivos Específicos: - No final da formação, o formando deverá ser capaz de: - Identificar os elementos básicos que suportam a arte de cuidar no autocuidado; - Definir cuidado congruente; interacção terapêutica. - Actuar perante a pessoa internada com autocuidado comprometido tendo em conta o cuidado cultural, e os elementos que suportam a arte de cuidar; - Descrever cuidados de conforto no banho (a massagem de conforto); - Descrever “o sentir” do banho público.</p>				
Etapas	Duração	Conteúdo	Método	Técnica	Material	Avaliação
Introdução	10 Minutos	- Apresentação dos formandos e formadores - Introdução ao tema; - Apresentação dos objectivos; - Orientação para os três momentos seguintes.	- Expositivo - Método participativo	Banho na piscina em ginásio: - contacto com a água; - exercícios soltos a progredir para exercícios coordenados e dirigidos	- Piscina em ginásio	- Observação
Desenvolvimento:						
<i>Parte A</i>	- 10 minutos	A – sentir a água	- Participativo	- Ouvir a água; - Sentar fora da piscina, no chão, de olhos fechados em silêncio; - Solicitar o sentir.	- O silêncio; - Verbalizações soltas	- Observação
<i>Parte B</i>	- 30 Minutos	- Orientação do grupo; interacção na água. A execução de massagem; a massagem de conforto a hidratação da pele; o toque; exercícios de relaxamento; a exposição do corpo; as conversas; cuidar e conforto no banho.	- Método Demonstrativo; - Método Activo; - Orientação	1º Tempo -Aplicação da “pseudo massagem” com aplicação simples de creme e uso de luvas; 2º tempo - Exercícios de relaxamento em grupo e dirigidos dentro e depois fora da água; 3º Tempo - “Massagem concreta”, sem luvas 4º Exercício de relaxamento sincronizado em pé 5º Interação de ideias: cuidar, conforto e interacção no banho.	- A cama; o chuveiro; creme hidratante; luvas, roupas; - Piscina; - Máquina fotográfica	Observação
<i>Parte C</i>	20 Minutos					Observação

ANEXO IV.

Operacionalização de Variáveis

Operacionalização das variáveis

Objectivo: Avaliar aos ganhos em satisfação para o doente, face à intervenção no autocuidado higiene

Variável Central: Satisfação dos doentes em relação aos cuidados de enfermagem no banho

A – Variáveis para apreciação da resposta sobre os cuidados de enfermagem prestados durante o banho

Variáveis de caracterização dos cuidados de enfermagem no banho	Escala	Ordinal				Coeficiente	Tipo de variável
		Atributo					
Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades no banho, os enfermeiros forneceram-lhe (toda, alguma ou nenhuma) informação?	Categorial	Sempre	Às vezes	Nunca	Não se aplica/ Sem opinião	3 2 1 0	Discreta
Sentiu que os enfermeiros se preocuparam em fazer os ensinamentos que necessitava para lidar com as suas necessidades, em cuidados de enfermagem, no /durante o banho?	Categorial	Sempre	Às vezes	Nunca	Não se aplica/ Sem opinião	3 2 1 0	Discreta
Relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como o podiam ajudar no banho quando necessitava ?	Categorial	Sempre	Às vezes	Nunca	Não se aplica/ Sem opinião	3 2 1 0	Discreta
Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre o que tem á sua disposição no serviço, para o banho?	Categorial	Sempre	Às vezes	Nunca	Não se aplica/ Sem opinião	3 2 1 0	Discreta
Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os recursos do serviço no/para o banho (como e quando os pode utilizar)?	Categorial	Sempre	Às vezes	Nunca	Não se aplica/ Sem opinião	3 2 1 0	Discreta
Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?	Categorial	Sempre	Às vezes	Nunca	Não se aplica/ Sem opinião	3 2 1 0	Discreta
Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem (e se necessário, exemplificavam ou voltavam a repetir a informação)?	Categorial	Sempre	Às vezes	Nunca	Não se aplica/ Sem opinião	3 2 1 0	Discreta
Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre o que informavam ou explicavam acerca do banho (panfletos, guias, cartas, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para a si, para o seu familiar ou pessoa mais próxima)?	Categorial	Sempre	Às vezes	Nunca	Não se aplica/ Sem opinião	3 2 1 0	Discreta
Os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam no banho (e porque era necessário fazê-los)?	Categorial	Sempre	Às vezes	Nunca	Não se aplica/ Sem opinião	3 2 1 0	Discreta
Tem algum enfermeiro mais ligado si?	Categorial	Sempre	Às vezes	Nunca	Não se aplica/ Sem opinião	3 2 1 0	Discreta
Quando estive internado neste serviço, e necessitou de apoio no banho era fácil obter ajuda dos enfermeiros?	Categorial	Sempre	Às vezes	Nunca	Não se aplica/ Sem opinião	3 2 1 0	Discreta
Os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados no banho?	Categorial	Sempre	Às vezes	Nunca	Não se aplica/ Sem opinião	3 2 1 0	Discreta
Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados no banho preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros, não atender outros doentes ao mesmo tempo, mantendo-o confortável)?	Categorial	Sempre	Às vezes	Nunca	Não se aplica/ Sem opinião	3 2 1 0	Discreta
Sentiu que os enfermeiros atenderam-no com simpatia no momento do banho?	Categorial	Sempre	Às vezes	Nunca	Não se aplica/ Sem opinião	3 2 1 0	Discreta
Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas, durante o banho?	Categorial	Sempre	Às vezes	Nunca	Não se aplica/ Sem opinião	3 2 1 0	Discreta
Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos doentes durante o banho?	Categorial	Sempre	Às vezes	Nunca	Não se aplica/ Sem opinião	3 2 1 0	Discreta
Sentiu que os enfermeiros o punham a vontade para por dúvidas?	Categorial	Sempre	Às vezes	Nunca	Não se aplica/ Sem opinião	3 2 1 0	Discreta
Era tida em conta a sua opinião relativamente ao banho que lhe prestavam ?	Categorial	Sempre	Às vezes	Nunca	Não se aplica/ Sem opinião	3 2 1 0	Discreta
Sentiu que os enfermeiros eram profissionais actualizados?	Categorial	Sempre	Às vezes	Nunca	Não se aplica/ Sem opinião	3 2 1 0	Discreta

B – Variáveis para apreciação do nível de satisfação dos doentes sobre os cuidados de enfermagem no banho

Dimensões da variável de satisfação no banho	Escala	Ordinal				Coeficiente	Tipo de Variável
		Atributos					
Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas sobre o banho (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido e exemplificação do uso das coisas) ?	Categorial	Satisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Insatisfeito	Não se aplica/Sem opinião	3 2 1 0	Discreta
Relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros no banho?	Categorial	Satisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Insatisfeito	Não se aplica/Sem opinião	3 2 1 0	Discreta
Relativamente ao tempo que os enfermeiros demoraram a dar resposta às suas solicitações/pedidos para e no banho?	Categorial	Satisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Insatisfeito	Não se aplica/Sem opinião	3 2 1 0	Discreta
Relativamente à preocupação dos enfermeiros em preservar a sua intimidade quando prestam cuidados durante o banho (não o destapar, ou quando é necessário colocar biombos, correr cortina, manter porta fechado, falar baixo ...)?	Categorial	Satisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Insatisfeito	Não se aplica/Sem opinião	3 2 1 0	Discreta
Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros no banho (para o ouvir, para o deixar participar nos cuidados ao seu corpo, para lhe dar ajuda num cuidado que lhe fosse difícil de fazer a si próprio, ou mesmo lhe resolver alguma situação relacionada com o banho)?	Categorial	Satisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Insatisfeito	Não se aplica/Sem opinião	3 2 1 0	discreta
Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava no momento do banho?	Categorial	Satisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Insatisfeito	Não se aplica/Sem opinião	3 2 1 0	Discreta

Variáveis secundárias:

A – Variáveis Sócio-demográficas

Variável		Escala	Atributos	Coefficiente	Tipo de variável
1	Sexo	Categorial	Feminino; masculino	1; 2	Discreta
2	Idade	Métrica	Número de anos		Continua
3	Estado civil	Categorial	Solteiro; Casado; separado; divorciado; viúvo	1; 2;3;4; 5	Discreta
4	Habilitações literárias	Categorial			Discreta
5	Profissão	Categorial	.Reformado; doméstica; desempregada; estudante; outra profissão;.trabalhador conta de outrem; conta própria;.trabalhador na saúde;	1;2;3;4;5;6;7;8.	Discreta
6	Área de residência	Categorial	Rural; Urbana	1; 2	Discreta
7	Distância do hospital a casa	Métrica	Número de Km		Continua
8	Agregado familiar	Categorial	Filhos; Pais; Sogros; Marido; Esposa; Empregada; Vizinhos; Família de Acolhimento; Lar; Irmãos/Cunhados; Só	1;2;3;4;5;6;7; 8;9;10;11	Discreta
9	Internamentos anteriores Local	Métrica	Número de internamentos		Continua
		Categorial	Nome do hospital		Discreta

B – Variáveis Clínicas

Variável		Escala	Atributos	Coefficiente	Tipo de Variável
10	Data de internamento	Métrica	Dia, mês e ano	1; 2	Continua
11	Motivo de internamento	Categorial	Doença; Agressão; Acidente; Cirurgia; outros	1;2;3; 4;	Discreta
12	Costuma ter visitas	Categorial	Sim Quem? Não Porquê?	1; 2;	Discreta
13	Necessidade de cuidados de enfermagem na higiene pessoal/ banho	Categorial	<i>Sim; Não;</i> Se Sim foi para: Banho completo; lavar algumas partes do corpo; vestir e despir; sair da cama; aproximação das coisas; preparar a água; porque tinha soros, drenos ou algália; fazer tratamentos e pensos; não podia sair da cama; foi operado; outro motivo	1;2 1;2;3;4;5;6;7;8; 9; 10;11;12	Discreta
14		Categorial	Reformado; doméstica; desempregada; estudante; outra profissão; trabalhador conta de outrem; conta própria; trabalhador na saúde;	1;2;3;4;5;6;7;8.	Discreta

ANEXO V

Resultados das Variáveis de Caracterização da Amostra

A) – Idade dos doentes

Tabela 1. Distribuição das amostras por idade dos doentes

	1ª Fase	2ª Fase
Coefficiente	Valor	Valor
Mínimo	22.00	32.00
Máximo	85.00	88.00
Media	61.14	60.94
1º Quartil	53.00	55.00
Mediana	63.00	61.00
3º Quartil	70.00	70.00
Desvio Padrão	13.70	13.21
Coefficiente de variação	22.4%	21.7%

B) Estado Civil e habilitação literária

Tabela 2. Distribuição das amostras por sexo, estado civil e habilitação literária

		1ª Fase		2ª Fase	
		Nº	%	Nº	%
Sexo	Masculino	68	55	71	56.8
	Feminino	57	45	54	33.2
Estado Civil	Solteiro	20	16	19	15.6
	Casado	71	57	69	56.6
	Separado	8	6	6	4.9
	Divorciado	4	3	7	5.7
	Viúvo	22	18	21	17.2
Habilitações Literárias	Analfabeto	11	9	9	7.4
	4ª Classe	53	45	58	47.9
	2º Ciclo	5	4	9	7.4
	9º Ano	8	7	12	9.9
	12º Ano	12	10	12	9.9
	Bacharel	15	13	13	10.7
	Licenciatura	15	13	8	6.6

C) Profissão e agregado familiar

Tabela 3. Distribuição das amostras por profissão, e agregado familiar

		1ª Fase		2ª Fase	
		Nº	%	Nº	%
Profissão	Reformado	36	30	32	25.2
	Doméstica	18	15	21	16.5
	Desempregado	7	6	8	6.3
	Estudante	3	2	1	0.8
	Outras Profissões	16	13	21	16.5
	Trabalha p/ próprio	17	14	15	11.8
	Trabalha p/ outrem	5	4	14	11.0
	Trabalhador de saúde	9	7	5	3.9
	Agricultor	10	8	10	7.9
Agregado Familiar	Filhos	58	32	56	31.1
	Pais	15	8	13	7.2
	Sogros	5	3	3	1.7
	Marido	30	16	33	18.3
	Esposa	32	17	32	17.8
	Empregado	2	1	2	1.1
	Vizinhas/Amigas	1	1	0	0.0
	Família de Acolhimento	0	0		
	Lar	7	4	11	6.1
	Irmão /Cunhado	2	1	1	0.6
	Só	31	17	29	16.1

D) Internamentos anteriores e local dos internamentos

Tabela 4. Distribuição das amostras segundo internamentos anteriores e local dos internamentos

		1ª Fase		2ª Fase	
		Nº	%	Nº	%
Internamentos anteriores	1	35	68.6	41	80.4
	2	14	27.5	8	15.7
	3	2	3.9	1	1.9
	4			1	1.9
Local dos Internamentos	Hospital Porto	5	10	12	24
	Hospital Aveiro			1	2
	Hospital Chaves	29	58	30	60
	Hospital Coimbra			1	2
	Hospital Militar	1	2		
	Hospital Vila Real	2	4	1	2
	Hospital Viseu			1	2
	Hospital Paris	1	2		
	IPO Porto	6	12	3	6
	IPO Braga	5	10		
	Maternidade	1	2		

ANEXO VI.

Necessidade de Cuidados de Enfermagem para o Banho

Tabela 1. Distribuição das necessidades de Cuidados de Enfermagem para o Banho nas duas fases

1ª Fase			2ª Fase			
Necessidades de cuidados	N	%	Necessidades de cuidados	N	%	
Banho completo	74	13	Banho completo	80	13.9	
Algumas partes do corpo	55	9	Algumas partes do corpo	51	8.9	
Vestir e despir	86	15	Vestir e despir	89	15.5	
Sair da cama	53	9	Sair da cama	63	11.0	
Aproximação das coisas	56	10	Aproximação das coisas	65	11.3	
Preparação da água	47	8	Preparação da água	48	8.3	
Existência de soros	57	10	Existência de soros	50	8.7	
Tratamentos e pensos	24	4	Tratamentos e pensos	22	3.8	
Impossibilidade de sair da cama	81	14	Impossibilidade de sair da cama	69	12.0	
Operação	42	7	Operação	35	6.1	
Outro motivo	11	2	Outro motivo	3	0.5	
Total	586	100	Total	575	100.0	

ANEXO VII.

Formulário de Avaliação da Satisfação aos Doentes no Banho

Formulário de avaliação da
Satisfação dos Doentes com os Cuidados de Enfermagem “no Banho” durante o
Internamento em [REDACTED]

SUCEH₂₁

NOTA INTRODUTÓRIA

Maria de Helena de Oliveira Penaforte, aluna do curso de Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa, estamos a realizar um estudo de investigação para saber a opinião dos doentes internados no serviço de [REDACTED] do Hospital de [REDACTED], sobre a sua satisfação com os cuidados de enfermagem recebidos durante o banho.

Este trabalho tem como principal objectivo identificar as características dos cuidados de enfermagem que contribuem para a satisfação dos utentes.

A satisfação do doente, deve ser encarada como um valor orientador da conduta dos profissionais de saúde, devendo esta ser orientada para as suas necessidades e desejos.

Gostaríamos de convidá-lo e obter o seu consentimento para colaborar no estudo “O autocuidado higiene: conhecimento científico e ritual”, e saber se está na disposição de responder a algumas perguntas sobre a satisfação com os cuidados de enfermagem recebidos no banho, contando que as suas respostas serão estritamente confidenciais.

A sinceridade das suas respostas é fundamental na realização deste estudo, tal como, as suas opiniões e experiências são muito importantes para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, este inquérito demorará aproximadamente 20 minutos.

As questões que lhe vamos colocar dizem respeito unicamente à experiência que teve e aos cuidados que recebeu durante o banho, nos contactos com os enfermeiros da [REDACTED]. Agradecemos desde já a sua colaboração e consentimento para o referido estudo.

PARTE - I

DADOS GERAIS

1. Sexo: M F 2. Idade em anos _____
3. Estado Civil: solteiro Casado Separado Divorciado Viúvo
4. Habilitações literárias (que estudos tem): _____
5. Profissão:
- R- reformado DO – Doméstica DE – desempregada E – Estudante O – Outras profissões _____
- (TO) Trabalhador por conta de outrem (TP) Trabalhador por conta própria S- Trabalhador na área da saúde
- (A) agricultor (OS) Outra situação _____
6. Área de residência: (R) Rural (U) Urbana 7. Distância do Hospital a casa (em km) _____
8. Agregado Familiar (com quem vive):
- (a) Filhos (b) Pais (c) Sogros (d) Marido (e) Esposa (f) Empregada (g) Vizinhos/amigos
- (h) Família de acolhimento (I) Lar (j) Irmãos/cunhados (L) Só
9. Internamentos anteriores: Sim Quantos _____ Local _____
- Não

INTERNAMENTO HOSPITALAR

10. Data de internamento: ____ / ____ / ____
11. Motivo do internamento: Doença Agressão Acidente Cirurgia Outros
12. Costumava ter visitas: Sim Quem: _____
- Não Porque: _____
13. A nível da sua higiene pessoal, necessitou de cuidados de enfermagem para tomar banho? SIM NÃO
- Se sim, foi (especifique):
- (a) Para dar banho completo (b) Para lavar algumas partes do corpo (c) Para vestir e despir (d) para sair da cama
- (e) para a aproximação das coisas (f) para preparação da água (g) porque tinha soros, drenos, algália (h) para fazer tratamentos e pensos (I) porque não podia sair da cama (J) porque tinha sido operado
- Outro motivo _____

PARTE - II

SUCEH₂₁ - Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no banho durante o internamento no serviço

As questões que lhe vamos colocar dizem respeito unicamente aos **cuidados de enfermagem que recebeu "no momento do banho"** durante o seu internamento em

Se estes factos aconteciam:		Faça um círculo no			
		Sempre	3		
		Às vezes	2		
		Nunca	1		
		Não se aplica/Sem opinião	0		
1	Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados "no banho", os enfermeiros forneceram-lhe (toda, alguma ou nenhuma) informação?	3	2	1	0
2	Sentiu que os enfermeiros se preocuparam em fazer os ensinamentos que necessitava para lidar com as suas necessidades, em cuidados de enfermagem, "no/durante o banho"?	3	2	1	0
3	Relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como o podiam ajudar "no banho" quando necessitava)?	3	2	1	0
4	Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre o que tem à sua disposição no serviço "para o banho"?	3	2	1	0
5	Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os recursos do serviço "no/para o banho" (como e quando os pode utilizar)?	3	2	1	0
7	Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?	3	2	1	0
8	Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem (e se necessário, "exemplificavam" ou voltavam a repetir a informação)?	3	2	1	0
9	Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre o que informavam ou explicavam "acerca do banho" (panfletos, "guias, cartas", ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para a si, para o seu familiar ou pessoa mais próxima)?	3	2	1	0
10	Os enfermeiros preocupavam-se em explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam "no banho" (e porque era necessário fazê-los)?	3	2	1	0
12	Quando esteve internado, os enfermeiros preocupavam-se em lhe apresentar os outros doentes e o serviço (a localização do WC, refeitório, "salas dos enfermeiros, dos tratamentos, hora dos banhos, da visita médica, dos exames"...)?	3	2	1	0
15	Quando esteve internado, e necessitou de apoio "no banho" era fácil obter ajuda dos enfermeiros?	3	2	1	0
18	Os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados "no banho"?	3	2	1	0
19	Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados "no banho" preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros, "não atender outros doentes ao mesmo tempo", mantendo-o confortável)?	3	2	1	0
23	Sentiu que os enfermeiros atenderam-no com simpatia no momento "do banho"?	3	2	1	0
24	Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas, "durante o banho"?	3	2	1	0
25	Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos doentes "durante o banho"?	3	2	1	0
Se está:		Faça um círculo no			
		Satisfeito	3		
		Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	2		
		Insatisfeito	1		
		Não se aplica/Sem opinião	0		
6	Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas "sobre o banho" (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido "e exemplificação do uso das coisas")?	3	2	1	0
11	Relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros "no banho"?	3	2	1	0
16	Relativamente ao tempo que os enfermeiros demoraram a dar resposta às suas solicitações/pedidos "para e no banho"?				
17	Relativamente à preocupação dos enfermeiros em preservar a sua intimidade quando prestam cuidados "durante o banho" (não o destapar, ou quando é necessário colocar biombos, "correr cortina, manter porta fechado, falar baixo"...)?				
20	Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros "no banho" (para o ouvir, para "o deixar participar nos cuidados ao seu corpo, para lhe dar ajuda num cuidado que lhe fosse difícil de fazer a si próprio, ou mesmo lhe resolver alguma situação relacionada com o banho")?	3	2	1	0
28	Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava "no momento do banho"?	3	2	1	0

Muito Obrigado pelo tempo dispensado ao responder a este inquérito.

Sempre (3), às vezes (2); Nunca (1) e aplica/sem opinião (0)

14	No internamento tem algum enfermeiro que esteja mais ligado a si (que mostra conhecer melhor a sua situação e " quem se dirige quando vai tomar banho ")?	3	2	1	0
26	Sentiu que os enfermeiros o colocavam à vontade para pôr as suas dúvidas?	3	2	1	0
27	Os enfermeiros tinham em conta a sua opinião relativamente aos cuidados de enfermagem "no banho" que lhe prestavam?	3	2	1	0
30	Sentiu que os enfermeiros demonstraram ser profissionais actualizados e bem informados nos cuidados que lhe prestavam "no banho"?	3	2	1	0

ANEXO VIII.

Valores de Wilcoxon-Mann-Whitney para Comparação de Frequências

Tabela 1 - Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para comparação da frequência dos cuidados de enfermagem no banho durante o internamento nas duas fases

Questões	Estatística	Valor-p
1-Os enfermeiros forneceram-lhe informação para lidar com as suas necessidades?	10728.0	0.000
2-Os enfermeiros se preocupavam-se em fazer os ensinamentos que necessitava para lidar com as suas necessidades?	9730.5	0.000
3-Os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares?	13710.0	0.058
4-Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre o que tem a sua disposição no serviço, para o banho?	10.080.0	0.000
5-Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os recursos do serviço no/para o banho?	10309.5	0.000
7-Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?	10320.0	0.000
8-Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem (e se necessário, exemplificavam ou voltavam a repetir a informação)?	11028.0	0.000
9-Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre o que informavam ou explicavam acerca do banho?	9607.5	0.000
10-Os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam no banho (e porque era necessário fazê-los)?	9442.5	0.000
12-Os enfermeiros preocuparam-se em apresentar-lhe os outros doentes e o serviço ?	9291.5	0.000
14-No serviço, tem algum enfermeiro que esteja mais ligado a si, a quem se dirige?	13625.5	0.002
15-Quando necessitou de apoio no banho era fácil obter ajuda dos enfermeiros?	10109.0	0.000
18-Os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados no banho?	11025.5	0.000
19-Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados no banho preocupavam-se em manter um ambiente calmo, mantendo-o confortável?	10286.5	0.000
23-Os enfermeiros atenderam-no com simpatia no momento do banho?	11747.5	0.000
24-Os enfermeiros davam importância aos seus problemas, durante o banho?	10580.5	0.000
25-Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos doentes durante o banho?	11221.5	0.000
27-Os enfermeiros tinham em conta a sua opinião relativamente ao banho que lhe prestavam?	10134.5	0.000
30-Os enfermeiros demonstraram ser profissionais actualizados e bem informados nos cuidados que lhe prestavam no banho?	13339.0	0.041

ANEXO IX.

Análise Factorial e Estrutura Conceptual da Escala

A)

Primeira Fase - Dimensões Subjacentes à Escala da Frequência da Administração dos Cuidados de Enfermagem no Momento do Banho

Factor 1 – Atendimento e ambiente no banho	Carga factorial
Questão	
7-Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?	0.698
14-Neste serviço, tem algum enfermeiro que esteja mais ligado a si (a quem se dirige quando vai tomar banho e que mostra conhecer melhor a sua situação)?	0.640
18-Os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados no banho?	0.576
19-Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados no banho preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros, não atender outros doentes ao mesmo tempo, mantendo-o confortável)?	0.570
25-Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos doentes durante o banho?	0.692
27- Os enfermeiros tinham em conta a sua opinião relativamente ao banho que lhe prestavam?	0.725
Factor 2 – Explicação/informação e ajuda	Carga factorial
Questão	
8-Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem (e se necessário, exemplificavam ou voltavam a repetir a informação)?	0.755
9-Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre o que informavam ou explicavam acerca do banho (panfletos, guias, cartas, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para a si, para o seu familiar ou pessoa mais próxima)?	0.447
10-Os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam no banho (e porque era necessário fazê-los)?	0.819
15-Quando esteve internado neste serviço, e necessitou de apoio no banho era fácil obter ajuda dos enfermeiros?	0.450
24-Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas, durante o banho?	0.567
Factor 3 – Informação sobre recursos do serviço	Carga factorial
Questão	
4- Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre o que tem à sua disposição no serviço, para o banho?	0.827
5- Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os recursos do serviço no/para o banho (como e quando os pode utilizar)?	0.827
12-Quando esteve internado neste serviço, os enfermeiros preocuparam-se em lhe apresentar os outros doentes e o serviço (a localização do WC, refeitório, salas dos enfermeiros, dos tratamentos, hora do banhos, ...)?	0.534
Factor 4 – Informação e ensino	Carga factorial
Questão	
1-Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades no banho, os enfermeiros forneceram-lhe (toda, alguma ou nenhuma) informação?	0.651
2-Sentiu que os enfermeiros se preocuparam em fazer os ensinamentos que necessitava para lidar com as suas necessidades, em cuidados de enfermagem, no/durante o banho?	0.656
3-Relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como o podiam ajudar no banho quando necessitava, aqui, ou quando tiver alta)?	0.571
23-Sentiu que os enfermeiros atenderam-no com simpatia no momento do banho?	-0.588
Factor 5 – Qualidade dos profissionais	Carga factorial
Questão	
30- Sentiu que os enfermeiros demonstraram ser profissionais actualizados e bem informados nos cuidados que lhe prestavam no banho?	-0.758

Segunda Fase - Dimensões Subjacentes à Escala da Frequência da administração dos Cuidados de Enfermagem no Momento do Banho: Segunda fase

Factor 1 – Informação sobre recursos e ajuda		Carga factorial
Questão		
5- Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os recursos do serviço no/para o banho (como e quando os pode utilizar)?		0.849
15-Quando esteve internado na Cirurgia 3, e necessitou de apoio no banho era fácil obter ajuda dos enfermeiros?		0.565
27- Os enfermeiros tinham em conta a sua opinião relativamente ao banho que lhe prestavam?		0.569
Factor 2 – Atendimento e integração		Carga factorial
Questão		
10-Os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam no banho (e porque era necessário fazê-los)?		0.405
12-Quando esteve internado na Cirurgia 3, os enfermeiros preocuparam-se em lhe apresentar os outros doentes e o serviço (a localização do WC, refeitório, salas dos enfermeiros, dos tratamentos, hora do banhos, da visita médica, dos exames...)?		0.536
23-Sentiu que os enfermeiros atenderam-no com simpatia no momento do banho?		0.670
24-Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas, durante o banho?		0.758
25-Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos doentes durante o banho?		0.642
Factor 3 – Ambiente no banho		Carga factorial
Questão		
8-Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem (e se necessário, exemplificavam ou voltavam a repetir a informação)?		0.657
18-Os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados no banho?		0.776
19-Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados no banho preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros, não atender outros doentes ao mesmo tempo, mantendo-o confortável)?		0.715
Factor 4 – Ensino e informação		Carga factorial
Questão		
1-Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades no banho, os enfermeiros forneceram-lhe (toda, alguma ou nenhuma) informação?		0.698
2-Sentiu que os enfermeiros se preocuparam em fazer os ensinamentos que necessitava para lidar com as suas necessidades, em cuidados de enfermagem, no/durante o banho?		0.690
4- Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre o que tem à sua disposição no serviço, para o banho?		0.580
7-Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?		0.582
Factor 5 – Profissionais actualizados e prestação de informação		Carga factorial
Questão		
3-Relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como o podiam ajudar no banho quando necessitava, aqui, ou quando tiver alta)?		0.463
9-Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre o que informavam ou explicavam acerca do banho (panfletos, guias, cartas, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para a si, para o seu familiar ou pessoa mais próxima)?		0.421
30- Sentiu que os enfermeiros demonstraram ser profissionais actualizados e bem informados nos cuidados que lhe prestavam no banho?		0.827
Factor 6 – Ligação especial com enfermeiro		Carga factorial
Questão		
14-No Cirurgia 3, tem algum enfermeiro que esteja mais ligado a si (a quem se dirige quando vai tomar banho e que mostra conhecer melhor a sua situação)?		0.869

B) Estrutura Factorial da Escala da Frequência da Administração dos Cuidados de Enfermagem no Momento do Banho

Questões	1ª Fase					Questão	2ª Fase					
	Cargas Factoriais						Cargas factoriais					
	Fact. 1	Fact. 2	Fact. 3	Fact. 4	Fact. 5		Fact. 1	Fact. 2	Fact. 3	Fact. 4	Fact. 5	Fact. 6
1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
	0.032	0.402	0.059	0.651	0.046		0.221	0.179	0.206	0.698	0.011	0.049
2	0.436	0.154	0.105	0.656	0.030	2	-	-	-	-	-	-
							0.028	0.209	0.089	0.690	0.121	0.145
3	0.276	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-
							0.341	0.205	0.357	0.196	0.463	0.297
4	0.217	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-
							0.519	0.036	0.065	0.580	0.171	0.057
5	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-
	0.245	0.134	0.827	0.015	0.119		0.849	0.102	0.060	0.055	0.034	0.065
7	0.698	0.217	0.258	0.147	0.090	7	-	-	-	-	-	-
							0.244	0.257	0.281	0.582	0.144	0.085
8	0.279	0.755	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-
							0.028	0.103	0.657	0.365	0.128	0.140
9	-	-	-	-	-	9	-	-	-	-	-	-
	0.389	0.447	0.441	0.122	0.274		0.280	0.382	0.104	0.092	0.421	0.374
10	0.063	0.819	0.039	0.197	0.054	10	-	-	-	-	-	-
							0.133	0.405	0.345	0.199	0.090	0.295
12	0.274	0.095	0.534	-	-	12	-	-	-	-	-	-
							0.485	0.536	0.295	0.027	0.155	0.045
14	-	-	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-
	0.640	0.245	0.047	0.158	0.354		0.048	0.108	0.005	0.048	0.045	0.869
15	0.264	0.450	0.198	0.413	0.176	15	-	-	-	-	-	-
							0.565	0.132	0.262	0.277	0.023	0.020
18	0.576	0.119	0.100	-	-	18	-	-	-	-	-	-
							0.386	0.071	0.776	0.064	0.086	0.101
19	0.570	0.110	0.367	0.068	0.381	19	-	-	-	-	-	-
							0.164	0.179	0.715	0.151	0.092	0.215
23	0.443	0.172	-	-	-	23	-	-	-	-	-	-
							0.224	0.670	0.244	0.144	0.126	0.230
24	0.226	0.567	0.034	0.045	0.113	24	-	-	-	-	-	-
							0.085	0.758	0.115	0.243	0.057	0.017
25	0.692	0.254	-	-	-	25	-	-	-	-	-	-
							0.344	0.642	0.158	0.221	0.138	0.074
27	0.725	0.045	0.062	0.259	0.039	27	-	-	-	-	-	-
							0.569	0.290	0.252	0.283	0.155	0.044
30	0.083	0.127	0.018	-	-	30	-	-	-	-	-	-
							0.029	0.021	0.120	0.020	0.827	0.053

A) Valores Próprios e Variância Explicada dos Factores da Escala da Frequência da Administração dos Cuidados de Enfermagem no Momento do Banho

Factor	1ª Fase			Factor	2ª Fase		
	Valor Próprio	% da Variância	% Acumulada		Valor Próprio	% da Variância	% Acumulada
1	4.414	23.231	23.231	1	5.543	29.172	29.172
2	2.207	11.615	34.847	2	1.694	8.914	38.087
3	1.903	10.017	44.864	3	1.335	7.024	45.111
4	1.526	8.030	52.893	4	1.260	6.634	51.745
5	1.409	7.415	60.308	5	1.064	5.600	57.345
6	1.178	6.199	66.507	6	1.012	5.324	62.669
7	0.971	5.112	71.619	7	0.923	4.860	67.529
8	0.821	4.321	75.940	8	0.857	4.508	72.037
9	0.769	4.046	79.986	9	0.785	4.131	76.168
10	0.666	3.506	83.493	10	0.681	3.582	79.750
11	0.592	3.114	86.607	11	0.620	3.263	83.013
12	0.532	2.799	89.406	12	0.606	3.188	86.201
13	0.490	2.578	91.983	13	0.515	2.713	88.913
14	0.355	1.870	93.854	14	0.482	2.539	91.452
15	0.318	1.674	95.527	15	0.409	2.155	93.608
16	0.276	1.453	96.980	16	0.379	1.993	95.600
17	0.241	1.267	98.247	17	0.317	1.666	97.266
				18	0.284	1.496	98.762
				19	0.235	1.238	100.000

ANEXO X.

Satisfação com a Administração dos Cuidados de Enfermagem no Momento do Banho

A)

Primeira fase - Dimensões Subjacentes à Escala da Satisfação com a Administração dos Cuidados de Enfermagem no Momento do Banho

Factor 1 – Conhecimento sobre cuidados		Carga factorial
Questão		
17-Relativamente à preocupação dos enfermeiros em preservar a sua intimidade quando prestam cuidados durante o banho (não o destapar, ou quando é necessário colocar biombos, correr cortina, manter porta fechado, falar baixo ...)?		0.542
28-Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava no momento do banho?		0.647
Factor 2 – Disponibilidade na administração		Carga factorial
Questão		
16-Relativamente ao tempo que os enfermeiros demoraram a dar resposta às suas solicitações/pedidos para e no banho?		0.704
20- Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros no banho (para o ouvir, para o deixar participar nos cuidados ao seu corpo, para lhe dar ajuda num cuidado que lhe fosse difícil de fazer a si próprio, ou mesmo lhe resolver alguma situação relacionada com o banho)		0.859
Factor 3 – Explicação e atendimento		Carga factorial
Questão		
6-Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas sobre o banho (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido e exemplificação do uso das coisas) ?		0.925
11-Relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros no banho?		0.579

Segunda Fase - Dimensões Subjacentes à Escala da Satisfação com a Administração dos Cuidados de Enfermagem no Momento do Banho

Factor 1 – Disponibilidade e intimidade		Carga factorial
Questão		
17-Relativamente à preocupação dos enfermeiros em preservar a sua intimidade quando prestam cuidados durante o banho (não o destapar, ou quando é necessário colocar biombos, correr cortina, manter porta fechado, falar baixo ...)?		0.753
20- Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros no banho (para o ouvir, para o deixar participar nos cuidados ao seu corpo, para lhe dar ajuda num cuidado que lhe fosse difícil de fazer a si próprio, ou mesmo lhe resolver alguma situação relacionada com o banho)		0.847
Factor 2 – Explicação e tempo de resposta		Carga factorial
Questão		
6-Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas sobre o banho (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido e exemplificação do uso das coisas) ?		0.592
16-Relativamente ao tempo que os enfermeiros demoraram a dar resposta às suas solicitações/pedidos para e no banho?		0.801
Factor 3 – Atendimento e conhecimento		Carga factorial
Questão		
11-Relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros no banho?		0.686
28-Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava no momento do banho?		0.897

B) Valores de Alfa de Cronbach das Sub-escalas

1ª Fase		2ª fase	
Sub-escala	Alfa	Sub-escala	Alfa
1 – Conhecimento sobre cuidados	0.49	1 – Disponibilidade e intimidade	0.69
2 – Disponibilidade na administração	0.49	2 – Explicação e tempo de resposta	0.56
3 – Explicação e atendimento	0.51	3 – Atendimento e conhecimento	0.64

C) Valores Próprios e Variância Explicada dos Factores da Escala da Satisfação com a Administração dos Cuidados de Enfermagem no Momento do Banho

1ª Fase				2ª Fase			
Factor	Valor Próprio	% da Variância	% Acumulada	Factor	Valor Próprio	% da Variância	% Acumulada
1	2.243	37.388	37.388	1	2.865	47.747	47.747
2	1.207	20.125	57.513	2	1.040	17.331	65.078
3	0.905	15.089	72.602	3	0.656	10.930	76.007
4	0.750	12.507	85.109	4	0.590	9.832	85.839
5	0.490	8.164	93.273	5	0.436	7.274	93.112
6	0.404	6.727	100.000	6	0.413	6.888	100.000