

COMPREENDENDO A LACUNA ENTRE A PRÁTICA E A EVOLUÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA DO BANHO NO LEITO¹

Silaine Sandrini Alves Maciel²
Silvia Cristina Mangini Bocchi³

Maciel SSA, Bocchi SCM. Compreendendo a lacuna entre a prática e a evolução técnico-científica do banho no leito. Rev Latino-am Enfermagem 2006 março-abril; 14(2):233-42.

Trata-se de estudo qualitativo, realizado com pacientes acamados, visando compreender a experiência da pessoa dependente da enfermagem para o banho no leito e desenvolver um modelo teórico representativo dessa experiência. Utilizou-se como referencial teórico o Interacionismo Simbólico e, como referencial metodológico, a Grounded Theory. Dos resultados emergiu o fenômeno – aprendendo a avaliar a vida e a enfermagem, ao tornar-se dependente de seus cuidados para o banho no leito. Isso possibilitou identificar a categoria central - propondo um modelo assistencial de enfermagem para o banho no leito, na perspectiva do processo avaliativo do paciente, que contrapõe a evolução técnico-científica relativa ao procedimento.

DESCRITORES: cuidados de enfermagem; repouso em cama; pacientes

UNDERSTANDING THE GAP BETWEEN PRACTICE AND THE TECHNICAL-SCIENTIFIC EVOLUTION OF THE BED-BATH

The objectives of this qualitative study were to understand the experience of the nursing dependent person for the bed-bath and develop a theoretical model of this experience. The Symbolic Interactionism perspective and Grounded Theory methodology were used to develop the study. Observation and interview were the strategies used for data collection. Based on data analysis, a phenomenon was identified: learning to assess life and nursing when the patient becomes dependent on nursing care for the bed-bath. The theoretical model shows the meaning of the patient experience in the bed-bath, integrated by the core category - proposing a nursing model for the bed-bath according to the patient assessment process, as opposed to the technical-scientific evolution of this procedure.

DESCRIPTORS: nursing care; bed rest; patients

COMPRENDIENDO LA LAGUNA ENTRE LA PRÁCTICA Y LA EVOLUCIÓN TÉCNICO-CIENTÍFICA DEL BAÑO EN LA CAMA

Se trata de un estudio cualitativo, realizado con los pacientes postrados, que procura comprender la experiencia de la persona dependiente de la enfermería para el baño en la cama, y desarrollar un modelo teórico que represente esa experiencia. Fue utilizado como referencial teórico el Interaccionismo Simbólico y como referencial metodológica la Grounded Theory. De los resultados ha emergido el fenómeno – aprendiendo a evaluar la vida y la enfermería al volverse dependiente de sus cuidados para el baño en la cama. A partir de ahí, fue posible identificar la categoría central – proponiendo un modelo asistencial de enfermería para el baño en la cama, desde la perspectiva del proceso evaluativo del paciente, que contrapone la evolución técnico-científica relativa al procedimiento.

DESCRIPTORES: atención de enfermería; reposo en cama; pacientes

¹ Trabalho extraído da pesquisa financiada pela FAPESP, processo nº 03/02854-5; ² Graduando do Curso de Enfermagem, e-mail: silaine78@hotmail.com;

³ Professor Doutor, orientador, e-mail: sbocchi@fmb.unesp.br. Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista - UNESP

INTRODUÇÃO

Observa-se, no decorrer de experiências profissionais, que o banho no leito, como procedimento ensinado em sala de aula, tem sofrido profundas modificações no campo prático, inclusive ferindo princípios técnico-científicos importantes.

Ademais, depara-se frequentemente com comentários, tanto do pessoal de enfermagem de nível médio e até de enfermeiros, quanto de pacientes, que determinados profissionais e, principalmente, os alunos de enfermagem não sabem dar um banho de qualidade no leito, ao seguirem fielmente o procedimento técnico tradicional, ou seja, aquele que respeita os princípios técnico-científicos propostos pelos livros.

Quando se derecorre à literatura, depara-se não só com os trabalhos brasileiros, mas também com os internacionais, analisando o declínio da qualidade do banho no leito no decorrer dos tempos e criticando o distanciamento do enfermeiro acerca do procedimento, quer seja realizando ou supervisionando-o, bem como capacitando a sua equipe⁽¹⁻⁴⁾. A evolução técnico-científica, entretanto, propõe nova modalidade de banho no leito, abolindo o uso de água, bacias, sabões e toalhas⁽⁵⁾, bem como mostrando as vantagens relativas ao custo-benefício, porém ainda distante de nossa realidade⁽⁶⁾.

Entende-se que há necessidade de se responder a algumas questões relativas ao banho no leito, como: qual o processo que vem subsidiando as mudanças no procedimento técnico, além dos já citados por trabalhos como: déficits de recursos humanos e materiais, bem como o distanciamento do enfermeiro da execução e da supervisão do procedimento, ao longo dos tempos?

Na tentativa de se buscar respostas a essa pergunta, delinea-se como objetivos: - compreender a experiência interacional paciente-equipe de enfermagem durante o banho no leito, segundo a perspectiva do paciente e desenvolver e validar um modelo teórico representativo da experiência vivida pelo mesmo.

ABORDANDO O MÉTODO

Escolheu-se a metodologia qualitativa, mediante a pretensão de descrever os fenômenos que compõem a experiência de pacientes dependentes da enfermagem para o banho no leito.

Dentre os principais referenciais teóricos e metodológicos utilizados nos estudos qualitativos, optou-se pelo Interacionismo Simbólico e pela *Grounded Theory*.

Descrevendo os fundamentos teóricos dos referenciais

Interacionismo simbólico

Quatro aspectos importantes distinguem essa abordagem das demais da psicologia: "1 - o interacionismo simbólico cria uma imagem mais ativa do ser humano e rejeita a imagem desse como um organismo passivo e determinado. Os indivíduos interagem e a sociedade é constituída de indivíduos interagindo; 2 - o ser humano é compreendido como um ser agindo no presente, influenciado não somente pelo que aconteceu no passado, mas pelo que está acontecendo agora. A interação acontece neste momento: o que fazemos agora está ligado a essa interação; 3 - interação não é somente o que está acontecendo entre pessoas, mas também o que acontece dentro dos indivíduos. Os seres humanos atuam em um mundo que eles definem. Age-se de acordo com o modo que se define a situação que se está vivenciando, embora essa definição possa ser influenciada por aqueles com quem se interage, ela é também resultado de nossa própria definição, nossa interpretação da situação; 4 - o interacionismo simbólico descreve o ser humano mais ativo no seu mundo do que outras perspectivas. O ser humano é livre naquilo que ele faz. Todos definimos o mundo em que agimos e parte dessa definição é nossa, envolve a escolha consciente, a direção de nossas ações em face dessa definição, a identificação dessas ações e a de outros e a nossa própria redireção"⁽⁷⁾.

Os conceitos do interacionismo simbólico são: símbolo, self, mente, assumir o papel do outro, ação humana e interação social⁽⁷⁾.

- Símbolo

É o conceito central, pois, segundo o Interacionismo Simbólico, sem ele não se pode interagir uns com os outros. É uma classe de objetos sociais usados para representar alguma coisa.

"Os símbolos são desenvolvidos socialmente, por meio da interação; eles não são concordados universalmente dentro dos grupos humanos, mas são arbitrariamente estabelecidos e mudados pela interação dos seus usuários; existe uma linguagem

de sons e gestos que é significativa e inclui regras permitindo que se combine os sons ou gestos em declarações significantes. Para ser simbólico, o organismo cria ativamente e manipula símbolos na interação com os outros"⁽⁷⁾.

- *Self*

No Interacionismo Simbólico o *self* é um objeto social em relação ao qual o indivíduo age. O ator configura o *self* na interação com os outros. O *self* não somente surge na interação, mas como todo objeto social é definido e redefinido na interação. Surge, na infância, inicialmente, por meio da interação com os pais e outros significativos, mudando constantemente na medida em que a criança vivencia novas experiências interagindo com outros. "Como eu me vejo, como eu me defino, o julgamento que faço de mim mesmo é altamente dependente das definições sociais que encontro durante minha vida"⁽⁷⁾.

- *Mente*

"Mente é a ação, ação que usa símbolos e dirige esses símbolos em relação ao *self*. É o indivíduo tentando fazer algo, agir em seu mundo. É a comunicação ativa com o *self* por meio da manipulação de símbolos. O mundo é transformado em um mundo de definições por causa da mente; a ação é resposta não a objetos, mas à interpretação ativa do indivíduo a esses objetos"⁽⁷⁾.

É a interação simbólica do organismo humano com seu *self*.

- Assumir o papel do outro

Esse conceito está intimamente relacionado aos anteriores, porque consiste em atividade mental e torna possível o desenvolvimento do *self*, a aquisição e o uso de símbolos e a própria atividade mental. "É por meio da mente que os indivíduos entendem o significado das palavras e ações de outras pessoas"⁽⁷⁾.

- *Ação humana*

A interação com o *self* e com os outros leva o indivíduo a tomar decisões que direcionam o curso da ação. "As ações são causadas por um processo ativo de tomada de decisão pelo sujeito, que envolve a definição da situação e essa por sua vez, envolve interação consigo mesmo e com os outros. Dessa forma, é a definição da situação feita pelo ator que é central para com a ação ocorrerá"⁽⁷⁾.

- *Interação social*

Conforme apresentado, todos os conceitos básicos para o Interacionismo Simbólico surgem da interação e são parte dela. "Quando interagimos, nós

nos tornamos objetos sociais uns para os outros, usamos símbolos, direcionamos o *self*, engajamo-nos em ação mental, tomamos decisões, mudamos direções, compartilhamos perspectivas, definimos realidade, definimos a situação e assumimos o papel do outro"⁽⁷⁾.

Grounded Theory

Segundo os idealizadores da *Grounded Theory*, essa metodologia consiste na descoberta e no desenvolvimento de uma teoria a partir das informações obtidas e analisadas sistemática e comparativamente⁽⁸⁾.

Para eles, a teoria significa "uma estratégia para trabalhar os dados em pesquisa, que proporciona modos de conceitualização para descrever e explicar"⁽⁸⁾.

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

Esse é um processo descrito como amostragem teórica e o pesquisador decide que dados coletar em seguida, em função da análise que vem realizando. Nesse sentido, a amostragem adotada não é estatística, mas teórica, uma vez que o número de sujeitos ou situações que devem integrar o estudo é determinado pelo que eles denominaram de saturação teórica, ou seja, quando as informações começam a ser repetidas e dados novos ou adicionais não são mais encontrados⁽⁸⁾.

Atores participantes e o local da pesquisa

A saturação teórica foi obtida mediante a análise da 17ª entrevista, com pacientes entre 26 e 82 anos, internados em unidades clínicas e cirúrgicas de um Hospital Universitário e dependentes da enfermagem para o banho no leito há mais de sete dias.

Dos 17 sujeitos entrevistados, sete deles eram do sexo feminino e dez, masculino.

Estratégias para coleta e análise de dados

Realizou-se a coleta de dados por meio de gravações de entrevistas não estruturadas do tipo focalizada, tendo como questão de partida: — como tem sido a sua experiência ao se tornar dependente da enfermagem para o banho no leito?

Tornou-se o cuidado de realizá-la somente após a obtenção do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa e da autorização dos atores que participaram deste estudo.

Para o registro dos dados, foram feitas anotações durante os eventos ou, quando o local não se mostrava apropriado, realizava-os imediatamente após.

A análise dos dados ocorreu de acordo com o método da *Grounded Theory*, conforme as estratégias básicas apresentadas para a formação de categorias⁽⁸⁾.

Categorias são abstrações do fenômeno observado nos dados e formam a principal unidade de análise da *Grounded Theory*. A teoria se desenvolve por meio do trabalho realizado com as categorias, que faz emergir a categoria central, sendo geralmente um processo, como consequência da análise⁽⁸⁾.

As fases da análise dos dados são: descobrindo categorias, ligando categorias, desenvolvimento de memorandos e identificação do processo⁽⁸⁾.

A EXPERIÊNCIA DA PESSOA DEPENDENTE DA ENFERMAGEM PARA O BANHO NO LEITO

O fenômeno identificado

A análise dos dados à luz da *Grounded Theory* permitiu compreender a experiência da pessoa dependente da enfermagem para o banho no leito, ao emergir o fenômeno: aprendendo a avaliar a vida e a enfermagem ao tornar-se dependente de seus cuidados para o banho no leito.

O fenômeno será descrito em forma de conceitos provenientes das experiências dos atores, segundo os elementos que compõem o processo: temas, categorias e subcategorias.

Aprendendo a avaliar a vida e a enfermagem ao tornar-se dependente de seus cuidados para o banho no leito

É o fenômeno que retrata a experiência da pessoa dependente da enfermagem para o banho no leito, por meio de três temas: enfrentando os desafios ao perder a autonomia, desenvolvendo uma modalidade de avaliação de desempenho da enfermagem para o banho no leito e reavaliando a vivência como uma lição de vida.

Enfrentando os desafios ao perder a autonomia

É o primeiro tema que compõe o fenômeno, aprendendo a avaliar a vida e a enfermagem ao tornar-se dependente de seus cuidados para o banho no leito, congregando as categorias que retratam as circunstâncias desfavoráveis que a pessoa hospitalizada e acamada acaba sendo obrigada a enfrentar, mediante a perda da autonomia para o autocuidado e, conseqüentemente, tornando-se dependente dos cuidados de enfermagem para satisfazer as suas necessidades.

Nesse processo, ela acaba sendo obrigada a se sujeitar ao banho no leito, compreendido como um procedimento que não reproduz as mesmas sensações de conforto geradas pelo banho no chuveiro, perante uma circunstância constrangedora de ter seu corpo exposto a profissionais de ambos os sexos, sem a opção, na maioria das vezes, de realizar escolhas que poderiam amenizar o seu desconforto, das limitações impostas pelos déficits de recursos humanos e materiais no hospital. As condições que poderiam ajudá-la no enfrentamento seriam: ter o banho no leito realizado por um profissional do mesmo sexo do paciente e ter a oportunidade de escolher o horário e o número de banhos diários, no planejamento da assistência de enfermagem.

Outra situação adversa é a experiência daqueles idosos, circunscrita de medos condicionados aos seus próprios conhecimentos ou de informações da equipe de saúde, sobre as suas fragilidades fisiopatológicas para a recuperação, fazendo-os pensar nas conseqüências que virão-a-ser, caso não restabeleçam a autonomia, como a possibilidade de maus-tratos ao se tornar uma pessoa dependente e indefesa, sem o suporte familiar.

O tema enfrentando os desafios ao perder a autonomia é composto por duas categorias: tendo que se sujeitar ao banho no leito como uma missão e temendo a dependência e as suas conseqüências perante a fragilidade de recuperação do idoso.

- Tendo que se sujeitar ao banho no leito como uma missão

É um dos processos de enfrentamento da pessoa que perde a autonomia ao se tornar incapaz de realizar o autocuidado, seja por lesões e/ou tratamentos que limitam a funcionalidade dos membros inferiores (MMII), bem como em qualquer situação terapêutica, na qual o repouso absoluto é indicado. Na impossibilidade de ser encaminhada ao banho de aspersão, a opção que lhe resta é a de depender da enfermagem para o banho no leito. É uma experiência que se configura como de difícil superação, permeada de estresses e de acometimento da auto-estima, mediante a própria perda da autonomia para os cuidados de higiene, o constrangimento da exposição corporal, bem como por não lhe conferir as mesmas sensações de limpeza e de conforto proporcionadas pelo banho no chuveiro. Acrescem-se, ainda, os desafios institucionais, relativos aos déficits de recursos humanos e materiais que dificultam a possibilidade de o paciente contar, diariamente, com pessoas do mesmo sexo que o seu para dar o banho, bem como o de recursos materiais que poderiam amenizar seu sofrimento e prevenir complicações. Esta categoria compõe-se de quatro subcategorias: tornando-se dependente da assistência de enfermagem para o autocuidado, preferindo o banho no chuveiro, tendo que superar o constrangimento da exposição corporal e percebendo a falta de materiais e de funcionários.

Voltei a ser criança com 26 anos ... fiquei no hospital dezoito dias e tive que usar fralda ... é difícil essa fase de dependência, mexe com a minha auto-estima. Tem que se pensar positivo. Os dois primeiros meses foram difíceis ... depois comecei a tomar o banho na cadeira de banho e embaixo do chuveiro. (14)

Nada como tomar banho no chuveiro, deixar a água cair no corpo, para a sujeira ir embora. Fazer bastante espuma com sabonete, lavar o cabelo bem lavado. Tomo banho de gato, parece que a sujeira não vai embora, fica aqui comigo, aqui na cama. (9)

O banho no leito teria que ser dado na parte da manhã e na parte da tarde. Mas não têm funcionários para poder fazer isso duas vezes ao dia, porque teria um gasto muito alto. (4)

O esforço do paciente também ajuda os profissionais. Mesmo que ele esteja com dor, sentindo dificuldades, tem que ajudar, porque tem poucos profissionais, às vezes somente um para dar o banho. (13)

Quanto ao sexo oposto dar o banho, você não fica à vontade, fica constrangida ... se for do mesmo sexo e fizer com amor, com toda aquela técnica, sai bom, sem problema. (8)

- Temendo a dependência e as suas conseqüências, perante a fragilidade de recuperação do idoso

É a segunda categoria que compõe o tema enfrentando os desafios ao perder a autonomia e especificamente relativa à experiência daquele idoso que se sente em desvantagem no processo de recuperação, quando comparado às outras faixas etárias, temendo a dependência, principalmente quando não conta com o suporte familiar. Ele expressa o medo de perder a autonomia e de sofrer a rejeição ao ser cuidado na velhice. Esta categoria reúne duas subcategorias: sentindo-se impotente perante o processo de envelhecimento e pensando temeroso nas conseqüências ao vir-a-ser dependente.

Minha sorte é que eu não quebrei o quadril, porque coitados dos velhos! Acho que é o destino deles, porque todo velho acaba se quebrando ... um tombinho de nada e já se quebra ... agora, sabe por que estou caindo assim?... Estou meio cega, meio surda, agora eu caí e quebrei. A gente perde a noção ... Nessa idade a gente não tem mais resistência para agüentar. (1)

Vocês não viram na televisão aquela senhora que tinha uma mulher cuidando dela? Coitadinha! A empregada batia a cabeça dela na parede. Passou cada horror na televisão!(1)

Não é fácil os outros terem que cuidar da gente. É muito melhor a gente se cuidar. Ter saúde para se cuidar. (1)

Desenvolvendo uma modalidade de avaliação de desempenho da enfermagem durante o banho no leito

É o segundo tema que compõe o fenômeno aprendendo a avaliar a vida e o desempenho da enfermagem no banho no leito ao tornar-se dependente dos seus cuidados. Significa que, durante o processo vivenciado do banho no leito, o paciente vai avaliando a enfermagem na execução do procedimento e a classifica dentro de dois conceitos, como: apta e inapta. O tema se compõe de duas categorias: considerando a enfermagem apta a realizar o banho no leito e considerando a enfermagem inapta a realizar o banho no leito.

- Considerando a enfermagem apta a realizar o banho no leito

É um conceito oriundo do julgamento formulado pelo paciente, relativo ao desempenho da enfermagem durante o banho no leito e emitido pelo mesmo, por meio da observação e avaliação das condutas que promovem o seu bem-estar físico e

psíquico durante a experiência. Esses atributos constituirão as habilidades julgadas por ele como essenciais para o seu conforto durante o procedimento, bem como servirão para fundamentar o seu julgamento no processo avaliativo acerca da competência da enfermagem para o banho no leito. A enfermagem apta a realizar um banho no leito é aquela que preenche três critérios: - ser criativa e, portanto, capaz de modificar o procedimento convencional, de maneira a reproduzir no banho no leito as sensações semelhantes às promovidas pelo banho no chuveiro; - ser capaz de estabelecer um relacionamento terapêutico com o paciente durante o procedimento, facilitando-o no enfrentamento de uma experiência difícil; - ser capaz de atender, imediatamente, às suas necessidades. Esta categoria é composta por três subcategorias: enfermagem tentando reproduzir as sensações do banho de chuveiro no banho no leito, enfermagem atendendo às suas necessidades biopsicossociais e enfermagem estabelecendo um relacionamento terapêutico com o paciente.

No outro hospital tomei banho várias vezes na cama. Estava operado fazia quatro meses e tomava banho no leito. Não era igual ao que tomo hoje, era banho de gato mesmo. Eu estava com a barriga aberta e não dava para ter esse banho. Hoje me molham bem, esfregam, ensaboam. Agora é melhor, fecham as portas e as janelas. (11)

O banho está ótimo ... fazem a limpeza de acordo ... A gente fica limpo até melhor que no banheiro. Eles cuidam direitinho. Eles limpam e repassam com sabonete. Eles têm ... agilidade ... experiência técnica ... agradável. Eu tomo um banho limpo e rápido, não tomo friagem. (3)

Quando tocamos a campainha, nos atendem prontamente, a não ser que estejam ocupados ... Não nos atendem com cara feia e nervosos. Nós estamos sentindo dores, mas a enfermeira que, também, é um ser humano, está carregando uma dor, socorrendo todos. (13)

- Considerando a enfermagem inapta a realizar o banho no leito

É um conceito oriundo do julgamento formulado pelo paciente, relativo à comparação entre a experiência desagradável da técnica convencional do banho no leito e aquela já modificada pela equipe de enfermagem, bem como a observação e a avaliação das condutas que promovem a sensação de estar abandonado, transparecendo o descuido biopsicossocial. A enfermagem inapta a dar um banho no leito é aquela que preenche três critérios: - a enfermagem que não reproduz o banho de chuveiro no banho no leito, sendo fiel ao procedimento

convencional, fazendo com que o paciente continue se sentindo como se estivesse apenas espalhado a sujeira por todo o seu corpo; quando não se estabelece um relacionamento terapêutico enfermagem-paciente e - a enfermagem não atendendo prontamente às necessidades do paciente, que se considera abandonado. Esta categoria é composta de três subcategorias: enfermagem executando o procedimento convencional do banho no leito, não estabelecendo um relacionamento terapêutico enfermagem-paciente e enfermagem não atendendo, prontamente, às necessidades biopsicossociais do paciente.

Eu internei e me tratam direitinho ... passam espuma com delicadeza e várias coisas ... Aquele funcionário X, com uma barba. Nota 20 para aquele moço. Tem três ou quatro meninas novas que não sabem o correto ... (4)

O banho no leito depende de quem está dando. Têm pessoas que te dão o banho no leito delicioso e muito bem dado, no capricho e têm pessoas que não dão nem um banho de gato. (8)

Você está aqui totalmente dependente. Você toca a campainha e pede, chamando a pessoa e ela parece não se importar, indo para lá e para cá. (8)

O dia que eu estava nervoso, gritando e falando ... Onde se viu! Eu estava todo cheio de fezes, ninguém veio limpar e falaram: - Depois a gente limpa ... (4)

Eu acho que algumas pessoas da enfermagem deixam muito a desejar: têm que melhorar a parte humana.. (8)

Reavaliando a vivência como uma lição de vida

É o terceiro tema que compõe o fenômeno e significa a conclusão do paciente após auto-avaliar seu processo de hospitalização, entendendo que as mudanças impostas pela doença ao seu plano de vida e pela própria vivência de depender da enfermagem para o banho no leito, como não sendo uma das piores, quando se compara com aquelas vividas por tantos outros companheiros. Essa concepção leva-o a reconsiderar a sua experiência como uma lição para toda a sua vida e, portanto, configurando-se numa estratégia de enfrentamento.

Foi uma experiência grande e com ela pude dar valor para a vida, olhá-la de um modo diferente e refletir bastante. Depois que eu sofri o acidente, mudei a minha vida completamente. Deixei de trabalhar, tornei-me dependente no autocuidado. (14)

Achei essa experiência horrível, porque nunca pensei que ia tomar banho deitado numa cama! Mas a experiência foi boa, porque se pode observar o que os outros podem passar na vida. Eu aprendi muito. (15)

Acho que minha vida é muito boa, mesmo com tudo o que estou passando, não posso me queixar, porque isso aqui é um percurso do destino, mesmo com essa enfermidade que tenho.(17)

Descobrir a categoria central

A estratégia utilizada para descobrir a categoria central foi inter-relacionar os três temas, buscando compará-los e analisá-los para compreender como se dava a interação entre seus componentes. Esta estratégia permitiu identificar que as categorias e subcategorias que compõem o fenômeno empreendem um movimento avaliativo e crítico, a partir da experiência da pessoa dependente da enfermagem para o banho no leito, levando à identificação da categoria central como: *propondo um modelo assistencial de enfermagem para o banho no leito, na perspectiva do processo avaliativo do paciente.*

O processo de descoberta da categoria central começou a corroborar com as primeiras percepções desta pesquisa, quando de posse de todos os diagramas que possibilitavam ver retratados os três temas e todos os seus componentes.

Nesse momento, conseguia-se visualizar, nas cadeias de categorias que compunham o primeiro tema *enfrentando os desafios ao perder a autonomia*, um movimento de significados que levava ao segundo tema: *desenvolvendo uma modalidade de avaliação de desempenho da enfermagem para o banho no leito* e, subsequentemente, ao terceiro tema: *reavaliando a vivência como uma lição de vida.*

Tendo como ponto de partida a inter-relação dos três temas que compõem o fenômeno: *aprendendo a avaliar a vida e a enfermagem ao tornar-se dependente de seus cuidados para o banho no leito* é que permitiu abstração da construção de uma figura que melhor retratasse a categoria central (Figura 1).

Enfrentando os desafios ao perder a autonomia é um dos primeiros processos vivenciados pelo paciente hospitalizado, mediante lesões e/ou tratamentos que limitam a função dos MMII, bem como em qualquer situação terapêutica, na qual o repouso absoluto é indicado. Mediante a incapacidade, o mesmo se torna dependente da enfermagem para os cuidados de higiene, dentre eles o banho no leito.

O paciente avalia o procedimento como não reproduzindo as mesmas sensações de conforto geradas pelo banho no chuveiro, bem como de

exposição de sua privacidade que poderiam ser amenizadas ao ter o banho realizado de forma modificada à técnica convencional.

Mediante a experiência, ele acaba tendo contato com duas técnicas de banho no leito executadas pela equipe: a convencional e a modificada. Na modificada, ele percebe a *enfermagem tentando reproduzir as sensações do banho de chuveiro no banho no leito*, considerada uma técnica dinâmica, ao ter a pele de todo o corpo friccionada com saponáceos e o enxágüe abundante, conferido-lhe a sensação de limpeza e de conforto, quando comparada à convencional. Enquanto, na convencional, ele percebe a restrição na quantidade de saponáceos e de água, deixando-lhe com a impressão de que a sujeira foi apenas espalhada pelo corpo e no leito.

O paciente considera outros atributos como essenciais para ajudá-lo a enfrentar a experiência de tornar-se dependente da enfermagem para o banho no leito como: respeitar a sua privacidade e as limitações de movimento quando com dor, manter o ambiente aquecido, prover número de funcionários necessários para que o banho seja realizado por pessoas de sexo análogo ao seu, bem como a disponibilização de materiais e equipamentos que possam garantir a sua qualidade assistencial. Manifesta, também, o desejo de se constituir como membro participante do processo de planejamento de sua assistência, ao poder escolher o horário e o número de banhos diários. Espera, também, por uma *enfermagem atendendo, prontamente, às necessidades biopsicossociais do paciente*, tendo como um dos fundamentos o relacionamento terapêutico.

Como se pode perceber, no decorrer da experiência o paciente consegue observar, comparar, avaliar e julgar as dimensões procedimentais e atitudinais da enfermagem, acerca de sua assistência, sem perder de vista a participação da instituição no comprometimento da qualidade assistencial.

Dessa forma, ele acaba *desenvolvendo uma modalidade de avaliação de desempenho da enfermagem durante o banho no leito*, classificando-a em dois conceitos: apta e inapta.

Como visto anteriormente, esses conceitos oriundos do processo de julgamento do paciente, por meio da observação, comparação e avaliação das condutas dos elementos que compõem a equipe de enfermagem, durante o desenvolvimento do banho no leito, empreendem um movimento na tentativa

de ter salvaguardado o seu bem-estar físico e psíquico durante a experiência. Esses atributos constituirão as competências julgadas por ele como essenciais para o seu conforto durante o procedimento e subsidiarão o seu processo avaliativo de cada profissional que por ventura vier a fazer o banho no leito, segundo os seguintes indicadores: ter criatividade em reproduzir, durante o banho no leito, as sensações promovidas pelo banho de chuveiro, estabelecer o relacionamento terapêutico com o paciente e ser capaz de atender, imediatamente, às suas necessidades.

Por fim, apesar de o paciente se ver como *tendo que se sujeitar ao banho no leito como uma missão*, ele acaba *reavaliando a vivência como uma lição de vida*, transformando-a em estratégia de enfrentamento, ao compreender que sua experiência é transitória e não se configurando como uma das piores, perante tudo que vê, diariamente, no cenário hospitalar. Entretanto, há que se estar mais atentos, aos idosos, porque eles podem estar convivendo, também, com o medo, mediante a desesperança acerca da relação entre o processo degenerativo do envelhecimento humano e as conseqüências de vir-a-ser uma pessoa dependente, por toda a sua vida, principalmente quando não conta com o suporte familiar.

Sendo assim, apresenta-se a Figura 1 como um símbolo do modelo teórico, tendo sido submetida à avaliação dos atores e validada como representativa de suas experiências, uma vez que a mesma reproduzia tudo aquilo que mais queriam estar ou terem vivenciado ao se tornarem dependentes da enfermagem para o banho no leito.



Figura 1 – Abstração da categoria central – Propondo um modelo assistencial de enfermagem para o banho no leito, na perspectiva do processo avaliativo do paciente

DISCUTINDO OS RESULTADOS

O estudo possibilitou compreender a experiência interacional do paciente dependente dos cuidados da enfermagem para o banho no leito, bem como desenvolver e validar um modelo teórico representativo da mesma.

A opção em fazer este trabalho usando de uma perspectiva teórico-metodológica, amparada pela *Grounded Theory* e pelo Interacionismo Simbólico, permitiu avanços nos conhecimentos sobre o objeto em estudo, ao compará-los àqueles encontrados na literatura.

Compreende-se que as mudanças empreendidas pela equipe de enfermagem ao procedimento convencional do banho no leito não estão relacionadas somente ao déficit de recursos humanos e materiais, mas, também, vem sendo influenciada pelo processo interacional enfermagem-paciente. Veja-se: dentre os critérios de julgamento da enfermagem como apta ou inapta para execução do banho no leito, um dos elegidos pelo paciente é a criatividade da mesma em reproduzir as sensações do banho no chuveiro no de leito.

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

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

A análise do fenômeno, à luz do Interacionismo Simbólico permite compreender que, quando a enfermagem estabelece uma interação efetiva com o paciente, ela passa a considerar o paciente como sujeito ativo no planejamento de sua assistência, empreendendo suas ações de forma

compartilhada com a perspectiva do outro; porém, sem analisá-las, criticamente, na dimensão técnico-científica.

Comparando a proposta modificada de banho no leito, eleita pelo paciente como a ideal e já praticada, rotineiramente, por parte dos integrantes da equipe de enfermagem com a da literatura, observa-se que a mesma contrapõe à evolução técnico-científica relativa ao procedimento.

Em 1994, a enfermeira americana Susan M. Skewes, após oito anos de estudos e aperfeiçoamentos, patenteou como *Bag Bath*[®] o seu método alternativo de banho no leito⁽⁵⁾.

É uma técnica que abole o método tradicional de bacias, água, sabão, luvas de banhos e toalhas. Ela se constitui de um pacote contendo oito pedaços de tecido de poliéster pré-umedecidos em solução emoliente de pH ácido, próximo ao da pele e de hidratante enriquecido com vitamina E, livre de sabão e álcool. Cada pedaço é destinado a uma área do corpo e, subsequente, descartado, dificultando o cruzamento de infecções entre os segmentos do mesmo. Não se faz necessária a secagem com toalhas, porque a solução se evapora naturalmente entre 30 a 45 segundos, deixando a pele hidratada e protegida, sem precisar ser friccionada⁽⁵⁾.

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

Nessa linha, já existe pesquisa corroborando as vantagens do custo-benefício do novo método, quando comparado ao tradicional, por exercer a função de limpeza e proteção da pele do paciente, reduzindo o tempo de execução do procedimento pelo pessoal de enfermagem, do índice de infecção cruzada e os custos com os serviços de lavanderia⁽⁶⁾.

Concorda-se, aqui com George Castledine, consultor e professor de Enfermagem na University of Central England, Birmingham, que houve um declínio da qualidade do banho e a atenção oferecida às necessidades de higiene ao paciente hospitalizado. Esse aspecto essencial do cuidado de enfermagem, que outrora foi visto como um dos mais importantes aspectos das tarefas do enfermeiro, hoje está sendo degradado ao ser delegado aos outros elementos da equipe de enfermagem, sem a supervisão e avaliação crítica do enfermeiro sobre o processo de mudança acerca do procedimento⁽⁴⁾.

Foi de forma crítica que a enfermeira americana implementou sua inovação tecnológica de banho no leito, o *Bag Bath*[®], comentado anteriormente, abolindo o sabão, a fricção, o enxágüe e a toalha, visto que os mesmos causam o ressecamento da pele, principalmente em idosos, piorando a cicatrização de úlceras de pressão. A pele hidratada está menos propensa a lesões e a cicatrização ocorre mais rapidamente que a pele seca. Verificou-se também, que os pHs dos saponáceos eram em torno de 10 a 12, em vez de 4,5 a 5,5, destruindo a barreira natural de propriedades fungicidas e bactericidas⁽⁵⁾. Por isso, com a sua inovação, conseguiu-se o esperado de uma pele limpa e hidratada. Resta saber se o paciente se satisfaz com essa tecnologia, visto que a sua proposta não convém com a mesma que, por sua vez, ainda não se encontra disponível no cenário desta pesquisa.

Concorda-se com o paciente que ainda se faz necessário preservar as condições que o ajudem a enfrentar a difícil experiência de se tornar dependente da enfermagem para o banho no leito como: respeitar a sua privacidade e as limitações de movimento quando com dor, manter o ambiente aquecido, prover número de funcionários necessários para que o banho seja realizado por pessoas de sexo análogo ao seu, bem como a disponibilização de materiais e equipamentos que possam garantir a sua qualidade assistencial. Ademais, o desejo de se constituir como membro participante do processo de planejamento de sua assistência, escolhendo o horário e o número de banhos diários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa, sob a perspectiva da *Grounded Theory* e do Interacionismo Simbólico, permitiu compreender a experiência da pessoa dependente da enfermagem para o banho no leito, culminando com o desenvolvimento e validação junto aos próprios sujeitos de um modelo teórico representativo de suas experiências, denominado: propondo um modelo assistencial de enfermagem para o banho no leito, na perspectiva do processo avaliativo do paciente.

Considera-se este estudo como contribuição para a prática clínica, mediante o aprofundamento na compreensão sobre o objeto, sinalizando que a própria interação da enfermagem com o paciente também tem contribuído com a modificação do

procedimento tradicional do banho no leito. Ao considerar o paciente como sujeito ativo no planejamento compartilhado da assistência, a enfermagem tem acolhido a perspectiva do doente, sem analisá-la e discuti-la, criticamente, junto ao paciente sob a ótica técnico-científica.

O movimento da equipe de enfermagem, modificando a técnica tradicional do banho no leito, na perspectiva do paciente e distanciando-se da evolução técnico-científica, constitui-se em uma variável que pode estar interferindo na preservação da integridade da pele do paciente acamado.

As descobertas só foram possíveis por se estar, aqui, instrumentalizadas por referenciais com raízes interacionistas que, por sua vez, criam uma imagem ativa do ser humano, rejeitando a sua passividade.

De posse desses conhecimentos, sugere-se ao enfermeiro que volte a sua atenção ao banho no leito, porque é durante o mesmo que se julga a

qualidade do cuidado oferecido pelos outros elementos da equipe, analisa-se as condições psicobiológicas do paciente e se interage com o mesmo.

Faz-se necessária a reaproximação do enfermeiro do procedimento, visando melhorar a qualidade do banho no leito oferecido por sua equipe, nas dimensões relacionais e procedimentais, ajudando o paciente a superar uma experiência difícil de ser enfrentada, contudo, amparado na evolução dos conhecimentos técnico-científicos, principalmente, no que tange à preservação da integridade da pele.

Cabe ao enfermeiro participar e promover a capacitação técnico-científica à equipe de enfermagem, exercendo a profissão no domínio legal ao planejar, executar, delegar e supervisionar os cuidados de enfermagem e à instituição zelar pelo dimensionamento de recursos humanos e pela provisão de materiais essenciais para uma assistência de qualidade, visando a preservação da integridade humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ogasawara M. Banho no leito: uma contribuição ao enfermeiro baseada na percepção do paciente/cliente. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Ana Neri/UFRJ; 1989.
2. Lopes CLR, Barbosa MA, Teixeira MEM. Percepção dos pacientes, sem capacidades para autocuidar-se, sobre a operacionalização do banho no leito. *Rev Bras Enfermagem* 1996; 49: 259-66.
3. Viana TA. Avaliação da qualidade do cuidado – banho no leito – prestado ao paciente com câncer do aparelho digestivo. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina/UNIFESP; 1996.
4. Castledine G. Forgotten importance of giving a bed bath. *Br J Nurs* 2003; 12: 519.
5. Skewes SM. Skin care rituals that do more harm than good. *Am J Nurs* 1996; 96: 33-5.
6. Collins F, Hampton S. The cost-effective use of Bag Bath: a new concept in patient hygiene. *Br J Nurs* 2003; 12: 984, 986-90.
7. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory. New York: Aldine; 1967.
8. Charon JM. Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. 3ª ed. New York: Prentice Hall, 1989.
9. Byers PH. Effects of incontinence care cleaning regimens on skin integrity. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 1995; 22: 187-92.