

## Banho no Leito: Cuidados Omitidos pela Equipe de Enfermagem

Bed-Bath: The Care-Omitting Behavior of the Nursing Team

Baño en Cama: Cuidados Omitidos por el Personal de Enfermería

Sara Rellin Borges Bastos<sup>1</sup>; Fernanda Alves Ferreira Gonçalves<sup>2</sup>; Bárbara Ribeiro Miquelin Bueno<sup>3</sup>; Gércica Sampaio Silva<sup>4</sup>; Kaiomax Renato Assunção Ribeiro<sup>5\*</sup>; Virginia Visconde Brasil<sup>6</sup>

### Como citar este artigo:

Bastos SRB, Gonçalves FAF, Bueno BRM, *et al.* Banho no Leito: Cuidados Omitidos pela Equipe de Enfermagem. Rev Fund Care Online.2019. abr./jun.; 11(3): 627-633. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.627-633>

### ABSTRACT

**Objective:** The study's goal has been to assess the completion of the bed-bath procedure and the main care provided by the nursing team before, during and after it. **Methods:** It is a cross-sectional and observational study that was carried out in the Intensive Critical Unit of a teaching hospital with the participation of eight nurse technicians. Data collection was performed through an instrument structured type checklists over 30 times of observation from 1,080 actions. **Results:** There were observed 10 care before and 28 during and after bed-bath procedures. The bath was carried out technically without prior notice, without considering the individuality and privacy of patients, especially those undergoing mechanical ventilation. There was no participation of nurses and most of the actions taken by the nursing staff did not meet the literature recommendations. **Conclusions:** There is need to improving the quality of bed-bath procedures performed by the nursing team and adoption of evidence-based practices in the care process.

**Descriptors:** Bath, Nursing Care, Critical Care, Intensive Care Unit, Personal Hygiene.

<sup>1</sup> Enfermeira Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Área de concentração: Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Goiânia – Goiás. E-mail: Sararellin@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira Doutoranda em enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás. Enfermeira Intensivista do Hospital das Clínicas de Goiás-HC/UFG, Goiânia-Goiás. E-mail: fernandanurse31@hotmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás. Goiânia-Goiás. E-mail: barbaramiquelin@hotmail.com

<sup>4</sup> Enfermeira Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Área de concentração: Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Goiânia – Goiás. E-mail: gersica\_sampaio@hotmail.com

<sup>5</sup> Enfermeiro Especialista em cardiologia e Hemodinâmica, Residente do programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Área de concentração: Unidade de Terapia Intensiva (UTI) - Brasília-DF. kaiomaxribeiro@hotmail.com

<sup>6</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Goiás (Mestrado e Doutorado). Goiânia – Goiás. E-mail: virginia@fen.ufg.br

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar o processo de realização do banho no leito e os cuidados realizados pela equipe de enfermagem antes, durante e após o banho no leito. **Métodos:** estudo transversal e observacional, realizado na Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital/Escola, com oito técnicos de enfermagem. Para a coleta de dados foi utilizado instrumento estruturado tipo checklists em 30 momentos de observação de 1080 ações. **Resultados:** foram observados 10 cuidados antes e 28 durante e após o banho no leito. O banho foi realizado de forma automática sem comunicação prévia, sem considerar a individualidade e privacidade do paciente, principalmente naqueles submetidos a ventilação mecânica. Não houve participação do enfermeiro e a maioria das ações realizadas pela equipe de enfermagem não atendeu às recomendações da literatura. **Conclusões:** há necessidade de melhoria da qualidade do banho no leito realizado pela enfermagem e adoção de práticas baseadas em evidências no processo de cuidar.

**Descritores:** Banhos, Cuidados de Enfermagem, Cuidados Críticos, Unidade de Terapia Intensiva, Higiene Corporal.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar el proceso de finalización del baño de la cama y los principales cuidados que proporciona el personal de enfermería antes, durante y después del baño en la cama. **Métodos:** Transversal, observacional realizado en la UCI de un hospital / escuela con ocho técnicos de enfermería. Para la recolección de datos se utilizó instrumento de tipo estructurado listas de control 30 veces observación de 1080 la acción. **Resultados:** en el 10 y 28 de atención médica antes durante y después del baño en la cama. El baño se llevó a cabo técnicamente sin previo aviso, sin tener en cuenta la individualidad y la privacidad de los pacientes, especialmente aquellos sometidos a ventilación mecánica. No hubo participación de las enfermeras y la mayoría de las acciones llevadas a cabo por el personal de enfermería no cumplía con las recomendaciones de la literatura. **Conclusiones:** Existe la necesidad de mejorar la calidad de baño de la cama llevada a cabo por la enfermería y la adopción de prácticas basadas en la evidencia en el proceso de atención.

**Descriptores:** Baño, Cuidados de Enfermería, Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intensivos, Higiene Pessoal.

## INTRODUÇÃO

O grau de dependência para cuidados relacionados à higiene corporal está diretamente relacionado à gravidade dos pacientes.<sup>1-4</sup> Na Unidade de Terapia Intensiva indivíduos podem apresentar o déficit no autocuidado e necessitar de auxílio da equipe de enfermagem para diversas atividades devido à restrição física ou patológica, e o banho no leito é exemplo<sup>(1)</sup>. Pacientes com alta dependência frequentemente são diagnosticados por enfermeiros com “Déficit no autocuidado para banho (00108)” e “Déficit no autocuidado para higiene íntima (00110)”<sup>5</sup>.

O banho no leito (BL) pode ser realizado de forma tradicional com água e sabão ou com toalhas descartáveis, sendo o segundo mais eficiente e menos lesivo a pele, sob a perspectiva de profissionais e pacientes, apesar de ambos terem custos semelhantes.<sup>6</sup>

Além de uma rotina de enfermagem, o BL é um cuidado terapêutico, por estar associado aos melhores resultados

do paciente durante o período de internação, como por exemplo, a facilitação no processo de desmame da ventilação mecânica.<sup>7</sup> Outro aspecto positivo desse cuidado é a maior aproximação do contato entre o profissional e o paciente, além de ser momento oportuno para a avaliação física do paciente, devido à exposição da superfície corporal. A realização do procedimento permite a redução da colonização por microrganismos multirresistentes, e é útil para prevenir e controlar infecções.<sup>8-10</sup>

Entretanto, a equipe parece não aproveitar o BL, seja pela sobrecarga de trabalho, pois é desgastante devido ao esforço físico, por problemas estruturais e organizacionais da unidade, ou simplesmente por se considerar o banho no leito um cuidado pouco importante.<sup>4,11</sup> A sua realização está associada ao imprevisto, falta de manutenção da privacidade do paciente e de forma geral à pouca satisfação para os pacientes e para a equipe de enfermagem.<sup>11-13</sup> A perda da privacidade é considerada condição adicional de estresse e sofrimento durante a hospitalização.<sup>14</sup>

O enfermeiro tem papel fundamental na condução deste procedimento, precisa ter envolvimento e demonstrar a sua disponibilidade frente a esse cuidado e não apenas valorizar a execução da técnica. Os pacientes devem ser orientados pelos enfermeiros antes e durante o cuidado, pois o banho pode ocasionar ansiedade.<sup>15</sup>

A proximidade do enfermeiro pode melhorar a qualidade do BL realizado pelos membros da equipe no que se refere a técnica e a interação humana, pois o BL pode ser uma experiência difícil para o paciente. Faz-se necessário que o enfermeiro analise o paciente no que se refere às condições psíquicas e clínicas durante a realização do BL pela equipe de enfermagem.<sup>15</sup>

Na terapia Intensiva como o BL é normalmente executado pelo técnico de enfermagem, cabe ao enfermeiro supervisionar a equipe de enfermagem durante a realização desse cuidado com o intuito de avaliar em que momento será oportuno realizar o BL, quantos membros são necessários para a realização desse cuidado e quais os materiais essenciais para manter a qualidade da assistência, visando a preservação da integridade humana.<sup>16</sup> Diante disso, esse estudo objetivou avaliar o processo de realização do banho no leito na Unidade de Terapia Intensiva e os cuidados realizados pela equipe de enfermagem antes, durante e após o banho no leito.

## MÉTODOS

Estudo transversal e observacional realizado no mês de maio de 2016 na UTI clínica de um hospital de ensino de grande porte, localizado no município de Goiânia/GO. A UTI é de pequeno porte, conta com cinco leitos e um isolamento.

A equipe da UTI é composta por 19 técnicos de enfermagem, entretanto 05 deles estavam de licença médica ou

férias. Nessa UTI a maioria dos pacientes internados estão sob ventilação mecânica invasiva, instáveis hemodinamicamente e requerem cuidados de alta complexidade e exigem maior tempo de cuidado da equipe de enfermagem.

A amostra foi de conveniência, não probabilística e constou de 8 técnicos de enfermagem com tempo de atuação maior que seis meses, que executaram o banho no leito durante o período da coleta de dados. Os enfermeiros não foram incluídos pois esse cuidado nesse serviço é realizado rotineiramente por técnicos de enfermagem.

A pesquisadora responsável abordou os participantes individualmente e explicou sobre os objetivos e método de coleta de dados e a seguir foram convidados a participar e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) antes do início das observações.

A caracterização dos pacientes sob os cuidados da equipe de enfermagem durante o BL não foi realizada nesse estudo. O foco desse estudo foram as ações da equipe de enfermagem durante a realização do cuidado. Nesse serviço não há protocolo específico do BL realizado na UTI.

A unidade organiza seus banhos por turnos; quatro deles são realizados por técnicos de enfermagem no período diurno e dois no período noturno. No período em que o paciente não é submetido a esse procedimento, são realizadas a higiene íntima e a higiene oral. Todas as observações foram realizadas no período diurno. Muitas vezes os banhos foram iniciados simultaneamente, o que reduziu o número de observações. O tempo do banho foi medido desde o seu preparo até a finalização com cronômetro digital.

A coleta de dados foi realizada por meio de observação não participante. Foram realizados 30 momentos de observação de 1080 ações executadas antes, durante e após o banho no leito.

Para a coleta de dados foi utilizado instrumento estruturado com duas partes. A primeira parte continha dados relacionados às características sociodemográficas dos profissionais (idade, sexo, tempo de atuação em UTI, tempo de atuação na profissão e formação profissional).

A segunda parte constava de 36 itens, tipo *checklists*, discriminando os cuidados realizados antes, durante e após o banho no leito:

-Cuidados observados antes do procedimento - avaliação das condições do paciente (nível de consciência, sinais vitais, oximetria de pulso, uso de drogas sedativas e/ou vasoativas, uso de tubo orotraqueal ou traqueostomia, em ventilação mecânica (VM) invasiva ou em VM não invasiva, necessidade de aspiração de vias aéreas, uso de oxigenoterapia sob cateter ou máscara facial, em hemodiálise ou diálise peritoneal).

-Cuidados observados antes do procedimento - organização dos materiais necessários (Jarra e bacia de banho, tecidos para ensaboar ou para secagem, lençol protetor do paciente, lençol protetor do colchão, impermeável, hamper, biombo, escova de dente, limpador lingual, água filtrada,

clorexidina a 0,12% ou pasta dental, sugador de boca descartável, hidratante labial, sonda de aspiração, sabão em líquido ou barra, clorexidina degermante, xampu, condicionador, pente/escova, barbeador, hidratante corporal, desodorante, cortador de unhas, fraldas descartáveis, eletrodos, fita adesiva, saco coletor, fixador de tubo e sondas), número de técnicos de enfermagem ou enfermeiros para a execução do BL, comunicação com o paciente, preparo do ambiente (pegar mesa de *mayo* e hamper, fechar janelas), para manutenção da privacidade (uso de biombos), higiene das mãos e desinfecção de superfícies, cuidado com a temperatura da água e ambiente (não existe o uso de termômetro na unidade para o controle), uso de equipamentos de proteção individual (EPI), cuidados para evitar micro e macroaspirações brônquicas e manutenção do conforto respiratório.

-Cuidados observados durante o procedimento - realização da higiene dos olhos, narinas e oral, técnica em sentido cefalocaudal, proteção da privacidade, enxágue completo, secagem e hidratação da pele, retirada dos excessos de fezes e urina e troca de luvas após a higiene íntima, inspeção de pele e anexos, e valorização da dor.

- Cuidados observados depois do procedimento (realização da troca de roupa de cama, desinfecção concorrente do colchão, troca de fixações, manutenção do paciente em posição anatômica e confortável, hidratação da pele e lábios).

O instrumento foi elaborado pelas pesquisadoras a partir de evidências da literatura<sup>1,4,14-15;17-20</sup> e utilizado após validação por três juízes quanto a clareza, objetividade, facilidade de leitura e compreensão do conteúdo. Foi realizado teste piloto que constou de cinco observações e permitiu ajustes quanto a itens não pertinentes e inclusão de outros. Os dados coletados durante o teste piloto não foram analisados.

Os dados coletados foram digitados no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 11.5 para Windows e conferidos por dois pesquisadores e procedeu-se a análise descritiva, utilizando medidas de tendência central.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (CEP/HC/UFG), parecer nº 1.523.207/2016. Os participantes receberam os esclarecimentos sobre os objetivos e procedimentos do estudo, sendo esclarecidos de que seriam observados. As observações só foram iniciadas após a anuência registrada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram seguidas todas as exigências na Resolução 466/12. CAAE número: 52899316.6.0000.5078

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes tinham idade média de 48 anos, desvio padrão de 8,43. A maioria era do sexo feminino (75%); tempo

médio de profissão e na atuação em UTI de 14 a 19,8 anos, respectivamente; 62,5% possuía pós-graduação *lato sensu*.

Foram avaliados 10 cuidados realizados antes do início do banho no leito (**Tabela 1**), e 28 cuidados realizados durante e após o banho (**Tabela 2**). O tempo médio gasto desde o preparo do banho até seu término foi de 48 minutos, sendo o menor tempo de 27 minutos e o maior de 70 minutos.

Antes do início do banho, os técnicos de enfermagem avaliaram as condições dos pacientes e estabeleceram a ordem de execução dos banhos, os materiais disponíveis e a temperatura da água a ser usada.

A comunicação ao paciente antes de realizar o procedimento ocorreu em 56,7% dos casos (**Tabela 1**), porém de forma imperativa, sem autorização prévia naqueles pacientes que estavam orientados. Nos pacientes intubados ou traqueostomizados em ventilação mecânica (VM) não ocorreu essa comunicação.

A necessidade de aspiração das vias aéreas superiores ou inferiores foram realizados pelos técnicos de enfermagem antes do banho, sem a prévia avaliação do enfermeiro (**Tabela 1**).

**Tabela 1** - Cuidados realizados por técnicos de enfermagem antes do banho no leito a pacientes internados na UTI de um hospital escola. Goiânia, GO, Brasil, 2016 (n=30).

| Cuidados  | N  | %    |
|---|----|------|
| Reuniu todo material necessário                         | 28 | 93,3 |
| Pegou água próximo ao início do banho                   | 27 | 90,0 |
| Avaliou condições para o banho                          | 26 | 86,7 |
| Realizou aspiração de VAI**quando necessário            | 11 | 73,3 |
| Fechou janelas e desligou ar condicionado               | 18 | 60,0 |
| Realizou aspiração de VAS* quando necessário            | 12 | 57,1 |
| Comunicou ao paciente o banho                           | 17 | 56,7 |
| Preparou o ambiente e manteve a privacidade do paciente | 07 | 23,3 |
| Higienizou as mãos antes do procedimento                | 05 | 16,7 |
| Realizou desinfecção da mesa de Mayo                    | 02 | 6,6  |

\*Vias aéreas superiores \*\*Vias aéreas inferiores

Para manter a privacidade, antes do banho foram utilizados biombos, e como apoio para lençóis foram utilizadas cadeiras, mas não foram submetidas à desinfecção prévia. Naqueles pacientes que estavam em VM houve menor preocupação com a privacidade, e predominou a execução do banho por apenas um técnico de enfermagem. O controle da temperatura da água foi efetivado pelo tato do profissional sem a avaliação prévia da temperatura por meio de termômetro.

Os cuidados realizados pelos técnicos de enfermagem durante e após o banho são destacados na **tabela 2**.

**Tabela 2** - Cuidados realizados por técnicos de enfermagem durante e após o procedimento de banho no leito a pacientes internados na UTI de um hospital escola. Goiânia, GO, Brasil, 2016 (n=30).

| Cuidados   | N  | %    |
|--|----|------|
| Executou o banho sozinho   | 14 | 46,7 |
| Executou o banho sozinho nos pacientes em VM*                                      | 05 | 23,8 |
| Manteve cabeceira elevada até ser necessária a mudança de decúbito                 | 08 | 26,6 |
| Realizou higiene oral  | 14 | 46,7 |
| Realizou cuidados com cabelos  | 06 | 20,0 |
| Protegeu e manteve protegidas as partes do corpo que não estavam sendo manipuladas | 12 | 40,0 |
| Secou região ventral após enxágue  | 26 | 86,6 |
| Secou região dorsal após enxágue   | 23 | 76,6 |
| Manipulou corretamente os circuitos do ventilador mecânico                         | 11 | 36,7 |
| Manteve paciente em posição confortável  | 24 | 80,0 |
| Hidratou região ventral  | 11 | 36,7 |
| Hidratou lábios  | 02 | 6,7  |
| Trocou fixações de sondas e tubos  | 05 | 20,0 |
| Desinfetou a mesa de Mayo após o término do banho                                  | 04 | 13,3 |

Foram considerados como manipulação correta dos circuitos do VM quando os mesmos não foram tracionados ou manuseados adequadamente de forma a garantir que não fossem contaminados durante o BL. A hidratação da pele foi inadequada, pois em 36,7% das vezes ela foi realizada apenas em uma parte do corpo (**Tabela 2**).

Em relação à participação do paciente durante o banho, não houve avaliação prévia sobre a sua capacidade de auxílio; a decisão era tomada pelo técnico de enfermagem, considerando a disponibilidade ou a capacidade física do próprio profissional em realizar tal esforço.

Em 50% das vezes o técnico de enfermagem aguardava o outro colega com o paciente molhado, até que ele pudesse auxiliá-lo.

Dentre as intercorrências associadas, foram identificadas a virada brusca (16,7%), tração do cateter venoso central (10%) e da sonda vesical de demora (6,7%), bem como queda da bolsa coletora no chão (3,3%). Foi observado também a desconexão de circuito ventilatório (3,3%) e, da bolsa coletora de urina (3,3%) com reconexão imediata do cateter urinário (3,3%), sem comunicação ao enfermeiro. Em 6,7% das vezes o técnico de enfermagem visualizou que o curativo com cateter venoso central foi molhado durante o banho e comunicado ao enfermeiro que o trocou posteriormente. Em nenhuma das vezes o paciente foi mantido monitorizado durante o banho.

Algumas ações realizadas são relacionadas à prevenção de infecções; a cabeceira foi mantida elevada em 26,6 % das vezes e apenas uma vez a cabeceira do paciente em VM foi mantida elevada até o momento de virá-lo. A mensuração da pressão do *cuff* das cânulas traqueais antes de realizar esse cuidado não foi realizada.

A higiene oral (HO) foi realizada em 46,7% das vezes e ocorreu de forma diferente nas diversas observações; frequentemente (80%) foi utilizado creme dental e quando não havia disponível usava-se a clorexidina a 0,12% (20%). Para o enxágue da cavidade bucal utilizou-se a mesma água usada no banho, água destilada estéril, ou soro fisiológico

que se encontrava na cabeceira, que normalmente já havia sido utilizado para curativos ou aspiração traqueal, principalmente em pacientes em VM.

Ocorreu a troca total de roupa de cama em 96,6% das vezes e os lençóis foram esticados. Em nenhuma das observações houve desinfecção concorrente do colchão. O banho foi realizado em sentido cefalo-caudal em 93,3% das vezes. O enxágue completo do sabão ocorreu em 100% das vezes, com preferência para utilização de somente água (53,3%), água e compressas úmidas - principalmente na higienização da face (36,6%), e em 10% das vezes foram utilizadas somente compressas úmidas.

Em 13,3% das observações os profissionais utilizaram os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) completos; avental - 81% das vezes; luvas - 100% das vezes; máscara - 80% das vezes; gorro - 60 % das vezes; óculos de proteção - 16,7%; troca das luvas para continuar o banho após a retirada do excesso de fezes e urina - 13,3 % das vezes.

Observou-se neste estudo que não houve participação do Enfermeiro no planejamento e execução do banho no leito. Participar do BL é parte essencial do seu trabalho,<sup>11</sup> e contrasta com a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que direciona os cuidados e assegura a qualidade e segurança em sua execução.<sup>21</sup> Esse distanciamento pode ser causado, entre outros problemas, pela sobrecarga de trabalho do enfermeiro e seu distanciamento contínuo da prática desse cuidado.

Não houve a preocupação da equipe de enfermagem antes do cuidado com aqueles pacientes com comunicação prejudicada,<sup>5</sup> principalmente naqueles sob VM, que mesmo sedados a equipe precisa reconhecer a importância da comunicação visto que o BL é desconfortável e gera ansiedade nos pacientes.<sup>15</sup>

A comunicação insatisfatória evidenciada com os pacientes pode afetar a aproximação paciente-profissional e gerar insatisfação para o paciente.<sup>22</sup> Orientar o paciente em relação ao procedimento do banho no leito previamente à sua realização é efetivo para redução da ansiedade.<sup>15</sup> Este fato reafirma a predileção da enfermagem por cuidados biológicos, ignorando necessidades relacionadas à interação humana durante esses cuidados.<sup>4,21</sup>

Deve-se manter a privacidade do paciente,<sup>11</sup> seja com proteção do ambiente (cortinas, divisórias, biombo) ou diretamente nele<sup>23</sup> mantendo descobertas apenas a parte manipulada e ainda, realizar orientação prévia ao banho, para garantir maior qualidade no procedimento.<sup>14</sup> Os profissionais associam o ambiente organizacional, a estrutura da UTI e a forma como lidam com a proteção da privacidade dos pacientes e relatam que o nível de consciência reduzido justifica a realização de menor proteção da privacidade,<sup>23</sup> o que é reforçado pelo fato do banho no leito ser fator de aumento da carga horária de trabalho.<sup>11</sup>

Profissionais e pacientes na UTI tem objetivos e perspectivas diferentes em relação ao cuidado. Os profissionais

se sentem autorizados a manipular o corpo do paciente, realizam os cuidados mecanicamente como tarefa e por isso pacientes sentem sua privacidade invadida.<sup>23</sup> O respeito à vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões fazem parte dos princípios fundamentais da profissão, o artigo 19 do código de ética da enfermagem, destaca que o profissional da equipe de enfermagem deve “respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano, em todo seu ciclo vital, inclusive na situação de morte e pós-morte”.<sup>24</sup>

Falta literatura que aborda a temática sobre a invasão da privacidade do paciente. A enfermagem depara com essa questão frequentemente em sua rotina de trabalho, porém pouco se discute sobre o tema. Há um sentimento de despersonalização pelos pacientes durante sua internação, eles perdem sua identidade, intimidade e privacidade, porém pouco questionam pois acham necessário para sua recuperação, fato que não exclui o constrangimento e vergonha. Algumas atitudes por parte da equipe de enfermagem podem minimizar o constrangimento e o estresse da internação como o respeito a individualidade, humildade, tolerância, tranquilidade e solidariedade.<sup>25</sup>

No que se refere ao tempo gasto pelos profissionais para realizarem o banho no leito, os dados realçam ainda mais a despreocupação com a exposição do paciente. Vale ressaltar que a literatura indica que tempo superior a 20 minutos é fator de risco para repercussões oxihemodinâmicas.<sup>19</sup> Contudo, em 50% o BL foi realizado por apenas um profissional o que pode ter influenciado no tempo gasto.

No que se refere à ausência de controle da temperatura da água e do ambiente e a exposição prolongada do paciente molhado ao ambiente, é preciso lembrar que a temperatura do ambiente durante o banho no leito influencia positiva ou negativamente nas condições clínicas do paciente, sendo evidenciada a diminuição da saturação parcial de oxigênio (SpO<sub>2</sub>) proporcionalmente à temperatura ambiental. Para minimizar e prevenir complicações é necessária a monitorização da temperatura e SpO<sub>2</sub>.<sup>20</sup> A manutenção da temperatura da água a 40°C é fator protetor ao paciente.<sup>19</sup>

O fato dos pacientes não serem mantidos monitorizados durante o banho pode significar que o BL é um cuidado negligenciado em pesquisas e nas rotinas de trabalho da enfermagem.<sup>19</sup> Se o banho no leito pode acarretar alterações oxihemodinâmicas, as avaliações dos parâmetros no monitor são imprescindíveis.<sup>19-20</sup>

É fator fundamental ainda, antes e após o banho, a higiene das mãos (HM). É menos executada antes do contato com o paciente, em relação aos demais momentos onde ela é indicada,<sup>11; 26-27</sup> mas quando realizada antes do banho, pode reduzir Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).<sup>28</sup>

Além disso, as superfícies, materiais e equipamentos em UTI são colonizados por microrganismos com alta patogenicidade. A limpeza e desinfecção corretas de mesas, biombo e cadeiras promovem o controle de microrganismos no ambiente e, se associadas a demais medidas como a HM, podem ser eficazes para diminuir as IRAS.<sup>4,9,22,29</sup>

Verificou-se ainda o risco de deslocamento de dispositivos e risco de infecção. Esses riscos podem estar associados principalmente à sobrecarga de trabalho e à indisponibilidade de pessoal de nível técnico para auxiliar os colegas, sendo solicitados apenas para a mobilização do paciente. A isenção do Enfermeiro a esse cuidado pode comprometer a segurança do paciente,<sup>11</sup> porém o enfermeiro também depara-se com limitações no que se refere a infraestrutura, recursos humanos e materiais.

A hidratação da pele ocorreu parcialmente, em apenas parte do corpo, a utilização de hidratantes após o banho evita o ressecamento da pele.<sup>12</sup> A hidratação cutânea com óleos como Ácidos Graxos Essenciais (AGE) e azeite de oliva é eficaz na prevenção das lesões por pressão, sendo este o agravamento à saúde mais frequente em UTI.<sup>30-33</sup>

Considerando a susceptibilidade dos pacientes críticos à pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV), a falta de condutas indicadas para sua prevenção foi alarmante. Com o intuito de prevenir a PAV deve-se promover cuidados como manter a cabeceira elevada acima de 30°; avaliar a pressão de *cuff*; aspirar as secreções subglóticas; realizar a higiene oral com clorexidina a 0,12%; esses cuidados diminuem o risco de macro e microaspirações.<sup>34-35</sup>

A HO não deve ser subestimada, como foi evidenciado no presente estudo, pois previne a PAV.<sup>17-18;36-37</sup> O enxágue bucal realizado com fluidos potencialmente contaminados e inadequados como água destilada já aberta e soro fisiológico resseca a mucosa. É necessário o uso de escova de dentes, água estéril para enxágue bucal e de materiais exclusivos para tal fim,<sup>38</sup> os produtos utilizados devem ser padronizados em protocolo institucional, baseado em evidências.<sup>17,39</sup>

O uso de EPI foi baixo. A não adesão ao uso de precauções padrão está diretamente relacionada à disponibilidade de materiais adequados, cultura profissional e clima organizacional que favoreçam essa atitude, assim como sua segurança.<sup>40</sup>

## CONCLUSÕES

Apesar do BL, ser um cuidado de enfermagem comumente realizado no cotidiano da terapia intensiva, parte das ações foram omitidas pelos técnicos de enfermagem. Deve-se enfatizar o quanto são importantes essas ações nos pacientes com déficit do autocuidado internados na UTI que necessitam do banho no leito. Há a necessidade de melhoria da qualidade do banho no leito realizado pela equipe de enfermagem e adoção de práticas baseadas em evidências no processo de cuidar.

Destaca-se a importância da reaproximação do enfermeiro junto a equipe durante a realização desse cuidado e a necessidade de padronização dos cuidados para a melhoria da prática clínica.

Destaca-se como limitações do estudo o tempo de coleta, o número reduzido de observações e a falta de caracterização dos pacientes, o que impossibilitou a associação entre o cuidado e a gravidade do paciente.

Sugere-se novos estudos que avaliem a infraestrutura, o dimensionamento da equipe de enfermagem, recursos materiais e ainda os dados clínicos dos pacientes como fatores que influenciam o BL.

## REFERÊNCIAS

1. Gvozdz R, Oliveira WTD, Jenal S, Vannuchi MTO, Haddad MdCL, Fortes FC. Grau de dependência de cuidado: pacientes internados em hospital de alta complexidade. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2012; 16(4):775-80.
2. Inoue K, Matsuda L. Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI-adulto de um hospital ensino. *Rev eletrônica enferm.* 2009; 11(1):55-63.
3. Urbanetto JdS, Marco R, Carvalho SM, Creutzberg M, Oliveira KF, Magnago TBdS. Grau de dependência de idosos hospitalizados conforme o sistema de classificação de pacientes. *Rev bras enferm.* 2012; 65(6):950-4.
4. Fonseca EF, Penaforte MHdO, Martins MMFPdS. *Hygiene care - bath: meanings and perspectives of nurses.* Referência. 2015; Série IV(5):37-44.
5. North American Nursing Diagnosis Association -NANDA International. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015- 2017.* Porto Alegre: Artmed; 2015.
6. Schoonhoven L, van Gaal BGI, Teerenstra S, Adang E, van der Vleuten C, van Achterberg T. Cost-consequence analysis of "washing without water" for nursing home residents: A cluster randomized trial. *Int j nurs stud.* 2015; 52(1):112-20.
7. Sereika SM, Tate JA, DiVirgilio-Thomas D, Hoffman LA, Swigart VA, Broyles L, et al. The association between bathing and weaning trial duration. *Heart Lung.* 2011; 40(1):41-8.
8. Sievert D, Armola R, Halm MA. Chlorhexidine gluconate bathing: does it decrease hospital-acquired infections? *Am j crit care.* 2011; 20(2):166-70.
9. Donskey CJ. Does improving surface cleaning and disinfection reduce health care-associated infections? *Am j infect control.* 2013; 41(5):12-9.
10. Viray MA, Morley JC, Coopersmith CM, Kollef MH, Fraser VJ, Warren DK. Daily Bathing with chlorhexidine-based soap and the prevention of *Staphylococcus aureus* transmission and infection. *Infect control hosp epidemiol.* 2014; 35(3):243-50.
11. Möller G, Magalhães AMM. Nursing staff workload and patient safety. *Texto & contexto enferm.* 2015; 24(4): 1044-52.
12. Chiang C, Eichenfield LF. Quantitative assessment of combination bathing and moisturizing regimens on skin hydration in atopic dermatitis. *Pediatr dermatol.* 2009; 26(3):273-8.
13. Maciel SSA, Bocchi SCM. Understanding the gap between practice and the technical-scientific evolution of the bed-bath. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2006; 14(2):233-42.
14. Baggio MA, Pomatti DM, Bettinelli LA, Erdmann AL. Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. *Rev bras enferm.* 2011; 64(1):25-30.
15. Lopes JdL, Barbosa DA, Nogueira-Martins LA, Barros ALBLd. Orientação de enfermagem sobre o banho no leito para redução da ansiedade. *Rev bras enferm.* 2015; 68(3): 437-43.
16. Marins IF, Cruz ICFd. Patient safety in personal hygiene of ICU patients: systematic literature review for a clinical protocol. *J spec nurs care.* 2016; 8(1):1-1.
17. Atay S, Karabacak Ü. Oral care in patients on mechanical ventilation in intensive care unit: literature review. *Int J Res Med Sci.* 2014; 2(3): 822-9.
18. Cutler LR, Sluman P. Reducing ventilator associated pneumonia in adult patients through high standards of oral care: A historical control study. *Intensive crit care nurs.* 2014; 30(2):61-8.
19. Lima DVMD, Lacerda RA. Repercussões oxihemodinâmicas do banho no paciente em estado crítico adulto hospitalizado: revisão sistemática. *Acta paul enferm.* 2010; 23(2):278-85.
20. Oliveira APd, Lima DVMD, Lacerda RA, Nascimento MADL. O banho do doente crítico: correlacionando temperatura ambiente e parâmetros oxihemodinâmicos. Referência. 2009; série II(1):61-8.
21. Freitas JSd, Silva AEBdC, Minamisava R, Bezerra ALQ, Sousa MRGd. Quality of nursing care and satisfaction of patients attended at a teaching hospital. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2014; 22:454-60.
22. Moraes C, Ribeiro N, Costa D, Furlan V, Palos M, Vasconcelos L. Contaminação de equipamentos e superfícies de Unidades de

- Terapia Intensiva de uma maternidade pública por *Staphylococcus coagulase negativa*. *Rev patol trop*. 2013; 42(4): 387-94.
23. Bettinelli LA, Pomatti DM, Brock JB. Invasão da privacidade em pacientes de UTI: percepções de profissionais. *Rev Bioethikos*. 2010; 4(1): 44-50.
  24. Conselho Federal de Enfermagem (COFEM). Resolução Nº 311 de 08 de janeiro de 2007. Revoga a resolução COFEN Nº 240/2000 e aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN; 2007.
  25. Pupulim J, Sawada N. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: um questão ético-moral. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2002; 10(3):433-8.
  26. Souza LMd, Ramos MF, Becker ESds, Meirelles LCds, Monteiro SAO. Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos. *Rev gaúch enferm*. 2015; 36(4): 21-8.
  27. Salmon S, Pittet D, Sax H, McLaws ML. The 'My five moments for hand hygiene' concept for the overcrowded setting in resource-limited healthcare systems. *J hosp infect*. 2015; 91(2):95-9.
  28. Kirkland KB, Homa KA, Lasky RA, Ptak JA, Taylor EA, Splaine ME. Impact of a hospital-wide hand hygiene initiative on healthcare-associated infections: results of an interrupted time series. *Qual saf health care*. 2012; 21(12):1019-26.
  29. Cordeiro ALAO, Oliveira MMC, Fernandes JD, Barros CSMA, Castro LMC. Contaminação de equipamentos em unidade de terapia intensiva. *Acta paul enferm*. 2015; 28(2):160-5.
  30. Campanili TCGF, Santos VLCDG, Strazzieri-Pulido KC, Thomaz PDBM, Nogueira PC. Incidência de úlceras por pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva cardiopneumológica. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(Esp):7-14.
  31. Rogenski NMB, Kurcgant P. Avaliação da concordância na aplicação da Escala de Braden interobservadores. *Acta paul enferm*. 2012; 25(1):24-28.
  32. Díaz-Valenzuela A, Valle Cañete MJV, Carmona Fernández PJ, García-Fernández FP, Pancorbo-Hidalgo PL. Eficacia en la prevención de úlceras por presión del aceite de oliva virgen extra frente a los ácidos grasos hiperoxigenados: resultados intermedios de un estudio de no inferioridad. *Gerokomos (Madr Ed impr)*. 2014; 25(2):74-80.
  33. Medrano JCR, Rojas JG, Gómez MAG. Uso de ácidos grasos en la prevención de úlceras por presión y de extremidad inferior. *Av enferm*. 2015; 33(1):133-41.
  34. Blot SI, Poelaert J, Kollef M. How to avoid microaspiration? A key element for the prevention of ventilator-associated pneumonia in intubated ICU patients. *BMC infect dis*. 2014; 14(119):1-6.
  35. Zolfaghari PS, Wyncoll DLA. The tracheal tube: gateway to ventilator-associated pneumonia. *Crit care*. 2011; 15(5):1-8.
  36. Shi Z, Xie H, Wang P, Zhang Q, Wu Y, Chen E, et al. Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (8):1-125.
  37. Gupta A, Gupta A, Singh TK, Saxsena A. Role of oral care to prevent VAP in mechanically ventilated Intensive Care Unit patients. *Saudi J Anaesth*. 2016; 10(1):95-7.
  38. Par M, Badovinac A, Plancak D. Oral hygiene is an important factor for prevention of ventilator-associated pneumonia. *Acta Clin Croat*. 2014; 53(1):72-8.
  39. Bagheri-Nesami M, Amiri-Abchuyeh M, Gholipour-Baradari A, Yazdani-Cherati J, Nikkhah A. Assessment of Critical Care Provider's Application of Preventive Measures for Ventilator-Associated Pneumonia in Intensive Care Units. *J Clin Diagn Res*. 2015; 9(8):5-8.
  40. Quan M, Wang X, Wu H, Yuan X, Lei D, Jiang Z, et al. Influencing factors on use of standard precautions against occupational exposures to blood and body fluids among nurses in China. *Int j clin exp med*. 2015; 8(12):22450-9.

Recebido em: 08/07/2017

Revisões requeridas: Não Houveram

Aprovado em: 03/11/2017

Publicado em: 02/04/2019

**\*Autor Correspondente:**

Kaiomakx Renato Assunção Ribeiro

Rua 03 Norte, lote 04

Águas Claras, Brasília, DF, Brasil

E-mail: kaiomakxribeiro@hotmail.com

Telefone: +55 62 9 9320-5105

CEP: 71.928-720