







DIFERENTES TIPOS DE BANHO EM PACIENTES CRÍTICOS E FATORES ASSOCIADOS AO BANHO NO LEITO

DIFFERENT TYPES OF BATH IN CRITICAL PATIENTS AND FACTORS ASSOCIATED WITH BED BATHING

DIFERENTES TIPOS DE BAÑO EN PACIENTES CRÍTICOS Y LOS FACTORES ASOCIADOS AL BAÑO EN CAMA

-  Luana Vieira Toledo¹
-  Nádia Vaz Sampaio²
-  Lídia Miranda Brinati³
-  Camila Santana Domingos¹
-  Patrícia de Oliveira Salgado¹
-  Flávia Falci Ercole⁴

¹Universidade Federal de Viçosa - UFV, Departamento de Medicina e Enfermagem - DEM, Viçosa, MG - Brasil.

²Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Hospital das Clínicas, Belo Horizonte, MG - Brasil.

³Hospital São Sebastião - HSS, Unidade de Terapia Intensiva - UTI, Viçosa, MG - Brasil.

⁴UFMG, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Básica, Belo Horizonte, MG - Brasil.

Autor Correspondente: Luana Vieira Toledo
E-mail: luana.toledo@ufv.br

Contribuições dos autores:

Análise Estatística: Luana V. Toledo, Nádia V. Sampaio, Lídia M. Brinati, Camila S. Domingos, Patrícia O. Salgado, Flávia F. Ercole; **Coleta de Dados:** Luana V. Toledo, Nádia V. Sampaio, Lídia M. Brinati, Camila S. Domingos, Patrícia O. Salgado, Flávia F. Ercole; **Conceitualização:** Luana V. Toledo, Lídia M. Brinati, Camila S. Domingos, Patrícia O. Salgado, Flávia F. Ercole; **Gerenciamento de Recursos:** Luana V. Toledo, Camila S. Domingos, Patrícia O. Salgado, Flávia F. Ercole; **Gerenciamento do Projeto:** Luana V. Toledo, Nádia V. Sampaio, Lídia M. Brinati, Camila S. Domingos, Patrícia O. Salgado, Flávia F. Ercole; **Investigação:** Luana V. Toledo, Nádia V. Sampaio, Lídia M. Brinati, Camila S. Domingos, Patrícia O. Salgado, Flávia F. Ercole; **Metodologia:** Luana V. Toledo, Nádia V. Sampaio, Lídia M. Brinati, Camila S. Domingos, Patrícia O. Salgado, Flávia F. Ercole; **Redação - Preparação do Original:** Luana V. Toledo, Nádia V. Sampaio, Lídia M. Brinati, Camila S. Domingos, Patrícia O. Salgado, Flávia F. Ercole; **Redação - Revisão e Edição:** Luana V. Toledo, Nádia V. Sampaio, Lídia M. Brinati, Camila S. Domingos, Patrícia O. Salgado, Flávia F. Ercole; **Supervisão:** Luana V. Toledo, Flávia F. Ercole.

Fomento: Não houve financiamento.

Submetido em: 18/03/2020

Aprovado em: 25/11/2020

Editores Responsáveis:

-  Allana dos Reis Corrêa
-  Luciana Regina Ferreira Pereira da Mata

Como citar este artigo:

Toledo LV, Sampaio NV, Brinati LM, Domingos CS, Salgado PO, Ercole FF. Diferentes tipos de banho em pacientes críticos e fatores associados ao banho no leito. REME - Rev Min Enferm. 2021[citado em _____];25:e-1353. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415.2762.20210001

RESUMO

Objetivo: identificar o tipo de banho realizado em pacientes críticos à admissão e na saída da unidade de terapia intensiva e avaliar os fatores associados ao banho no leito desses pacientes nesses dois momentos. **Método:** estudo observacional, quantitativo, longitudinal, retrospectivo, realizado com informações de 85 prontuários de pacientes críticos internados em uma unidade de terapia intensiva. Avaliou-se a diferença dos tipos de banho realizados com os pacientes críticos, à admissão e na saída da unidade, a partir do teste de Mc Nemar. Utilizou-se a regressão logística para avaliar os fatores associados à realização do banho no leito nesses dois momentos. **Resultados:** predominaram os pacientes do sexo masculino (56,50%), com média de idade de 65,4 anos. O banho no leito foi o mais realizado, tanto à admissão (88,2%) quanto na saída da unidade (78,8%). Entre os pacientes que receberam alta, houve diferença dos tipos de banho realizados no início e fim da internação ($p = 0,013$). Os pacientes que vieram a óbito receberam apenas o banho no leito. À admissão na unidade de terapia intensiva, a chance de um paciente em oxigenoterapia ter indicação de banho no leito foi maior ($OddsRatio = 6,24$). Por sua vez, na saída desse setor, essa chance foi maior nos pacientes em uso de oxigenoterapia ($OddsRatio = 13,81$) e cateter vesical de demora ($OddsRatio = 5,56$). **Conclusão:** em pacientes críticos o banho no leito foi o mais realizado e sua indicação esteve associada à utilização de dispositivos de oferta de oxigênio e controle urinário.

Palavras-chave: Banhos; Cuidados Críticos; Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Objective: to identify the type of bath done in critically ill patients on admission and when leaving the intensive care unit and to evaluate the factors associated with bathing in the bed of these patients in these two moments. **Method:** observational, quantitative, longitudinal, retrospective study, carried out with information from 85 medical records of critically ill patients admitted to an intensive care unit. The Mc Nemar test assessed the difference in the types of baths performed with critically ill patients, at admission and when leaving the unit. Logistic regression assessed the factors associated with bathing in the bed in these two moments. **Results:** male patients predominated (56.50%), with a mean age of 65.4 years old. The bed bath was the most performed, both on admission (88.2%) and when leaving the unit (78.8%). Among the patients discharged, there was a difference in the types of bath performed at the beginning and end of hospitalization ($p = 0.013$). Patients who died only received the bed bath. Upon admission to the intensive care unit, the chance that a patient undergoing oxygen therapy indicated bed bathing was higher ($Odds Ratio = 6.24$). When leaving this sector, this chance was greater in patients using oxygen therapy ($Odds Ratio = 13.81$) and indwelling bladder catheter ($Odds Ratio = 5.56$). **Conclusion:** in critically ill patients the bed bath was the most frequently performed and its indication was associated with the use of oxygen supply and urinary control devices.

Keywords: Baths; Critical Care; Nursing; Intensive Care Units.

RESUMEN

Objetivo: identificar el tipo de baño realizado en pacientes críticos al ingreso y egreso de la Unidad de Cuidados Intensivos y evaluar los factores asociados al baño en cama de esos pacientes en esos dos momentos. **Método:** estudio observacional, cuantitativo, longitudinal, retrospectivo, realizado con información de 85 historias clínicas de pacientes críticos ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. Se evaluó la diferencia dos tipos de baño realizados con los pacientes críticos, en el ingreso y egreso de la unidad, a partir de lo test de Mc Nemar. Se utilizó la regresión logística para evaluar los factores asociados a la realización del baño en cama en esos dos momentos. **Resultados:** Predominaron los pacientes del sexo masculino (56,50%), con media de edad de 65,4 años. El baño en cama fue lo más realizado, tanto al ingreso (88,2%), como al egreso de la unidad (78,8%). Entre los pacientes que recibieron el alta, hubo diferencia en los tipos de baño realizados al inicio y al final de la hospitalización ($p=0,013$). Los pacientes que murieron solo recibieron el baño en cama. Al ingresar en la Unidad de Cuidados Intensivos, la probabilidad de que un paciente de oxigenoterapia tuviera una indicación para el baño en cama fue mayor ($OddsRatio = 6,24$). A su vez, al egreso de ese sector, esa posibilidad fue mayor en los pacientes en uso de oxigenoterapia ($OddsRatio = 13,81$) y catéter vesical de demora ($OddsRatio = 5,56$). **Conclusión:** En los pacientes críticos el baño en cama fue el más realizado y su indicación se asoció con el uso de dispositivos de suministro de oxígeno y control urinario.

Palabras clave: Baños; Cuidados Críticos; Enfermería; Unidades de Cuidados.

INTRODUÇÃO

As unidades de terapia intensiva (UTIs) destinam-se ao atendimento de pacientes gravemente enfermos, os quais requerem assistência e monitorização contínuas.¹ Esses pacientes frequentemente são diagnosticados com “déficit no autocuidado para banho”, em virtude da existência de limitações para o desempenho das atividades de higiene corporal, tornando-se dependentes da equipe de Enfermagem.^{2,3}

Entre as intervenções de Enfermagem implementadas na assistência aos pacientes para resolver ou minimizar esse problema destaca-se o banho. Essa intervenção é definida pela Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) como a limpeza do corpo com o propósito de relaxamento, asseio e restabelecimento, podendo ser executada sob a forma de banho no leito, de aspersão, de assento ou de banheira, conforme a necessidade e/ou preferência dos envolvidos, desde que apresentem condições clínicas para escolher o procedimento.⁴

Nas UTIs, o banho no leito apresenta-se, muitas vezes, como a única opção de intervenção para a manutenção da higiene corporal dos pacientes com alto grau de dependência, sobretudo devido à gravidade da condição clínica e às barreiras ambientais impostas pelos múltiplos dispositivos invasivos utilizados.^{5,6} Esses pacientes beneficiam-se desse tipo de banho para além da promoção da higiene, já que a fricção cutânea pode ser grande estimuladora da circulação e uma substituta dos exercícios físicos, mesmo que menos eficaz.⁷ No entanto, a execução do banho no leito demanda da equipe de Enfermagem elevado tempo e esforço físico, o que impacta diretamente na sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, na qualidade da assistência e segurança do paciente.⁸⁻¹⁰

Por sua vez, os pacientes críticos e hemodinamicamente estáveis, com melhora do quadro clínico e sem restrições de mobilização podem ser encaminhados para o banho de aspersão. Nesse tipo de banho a equipe de Enfermagem assume a responsabilidade de conduzir o paciente até o banheiro, utilizando ou não o auxílio de uma cadeira de banho, de posicioná-lo sob a fonte de água e acompanhar a atividade, atentando-se para a promoção de estabilidade, segurança e conforto.¹¹

Na prática clínica, os profissionais de Enfermagem devem ser capacitados para realizar intervenções direcionadas à manutenção da higiene corporal dos pacientes nas diversas situações, definindo a forma mais adequada de acordo com o grau de dependência e deficiência para o autocuidado.¹² Antes de intervir, o enfermeiro deve avaliar o paciente, buscando identificar condições

que se associem à deficiência na capacidade de autocuidado como alterações cognitivas, prejuízos musculoesqueléticos e neuromusculares.³ Tais condições, somadas à evolução da doença e às barreiras ambientais impostas pela própria internação na UTI, podem dificultar e até mesmo contra indicar o deslocamento dos pacientes até o banheiro.⁶

Considerando que pacientes críticos são, em sua maioria, totalmente dependentes da equipe de Enfermagem, acredita-se que nesse cenário seja realizado maior número de banhos no leito em comparação aos banhos de aspersão. Todavia, a assistência de Enfermagem direcionada a esses pacientes deve buscar o restabelecimento da condição de saúde, para que eles possam tornar-se menos dependentes e detentores de mais autonomia para o autocuidado.¹³ Acredita-se que a maior autonomia dos pacientes possa contribuir não apenas para o seu próprio desenvolvimento, mas também para a redução da sobrecarga de trabalho dos profissionais de Enfermagem.

Tendo em vista que o banho é uma intervenção de Enfermagem rotineira nas UTIs, com expressiva influência na carga de trabalho da equipe de Enfermagem e que compete ao enfermeiro a definição da forma mais adequada de sua realização, torna-se fundamental reconhecer quais os diferentes tipos de banho que vêm sendo executados em pacientes críticos, bem como os fatores associados à escolha do tipo de banho.

Destaca-se que existe carência na literatura sobre essas informações, por isso este estudo é importante para subsidiar a prática de enfermeiros intensivistas durante a avaliação dos pacientes e o dimensionamento equânime de profissionais para o desempenho das atividades de banho. Apesar da complexidade assistencial nas UTIs, espera-se que os pacientes que inicialmente recebem o banho no leito possam recuperar a sua capacidade de autocuidado e, ao final da internação nesse setor, tenham condições clínicas para receber o banho de aspersão.

Diante disso, realizou-se esta investigação com o objetivo de identificar o tipo de banho realizado em pacientes críticos à admissão e na saída da UTI e avaliar os fatores associados ao banho no leito desses pacientes nesses dois momentos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, quantitativo, longitudinal, retrospectivo, em que foram avaliados os registros dos prontuários de 85 pacientes críticos referentes ao primeiro e último banho realizado na UTI. A referida UTI,

composta de seis leitos, está inserida em um hospital-escola de uma instituição pública federal e atende pacientes crítico sem decorrência de condições clínicas ou cirúrgicas.

Foram avaliados os prontuários de 85 pacientes internados em um período de seis meses e selecionados por meio de amostra de conveniência que incluiu todos aqueles que estiveram internados na referida UTI por pelo menos 24 horas, que foram submetidos a no mínimo duas intervenções de banho pela equipe de Enfermagem e possuíam idade igual ou maior de 18 anos. Excluíram-se os pacientes que receberam alta da UTI ou vieram a óbito antes de receberem o segundo banho.

Para a coleta de dados dos registros dos prontuários dos pacientes foi utilizado um instrumento elaborado pelos próprios pesquisadores para a obtenção das características sociodemográficas e clínicas, tipos de banhos executados, dispositivos invasivos e medicamentos utilizados. Para caracterizar os pacientes, foram registradas as variáveis idade (mensurada em anos), sexo (feminino/masculino), data de internação na UTI (registradas em dia, mês e ano), data da saída da UTI (registradas em dia, mês e ano) e desfecho da internação na UTI (alta ou óbito).

A variável dependente, relacionada aos tipos de banhos realizados com os pacientes à admissão (primeiro banho) e na saída da UTI (último banho antes da alta ou óbito da UTI), foi registrada de forma nominal e posteriormente dicotomizada em banho no leito e banho de aspersão.

As variáveis relacionadas à utilização de dispositivos invasivos incluíram acesso venoso central (AVC), acesso venoso periférico (AVP), cateter nasoentérico (CNE), cateter vesical de demora (CVD), drenos, oxigenoterapia, tubo orotraqueal (TOT) e traqueostomia (TQT). Além disso, avaliou-se também a utilização de medicamentos (analgésicos, sedativos, vasodilatadores). Essas variáveis foram extraídas dos prontuários dos pacientes em dois momentos: à admissão (primeiro dia de UTI) e na saída da UTI (último dia de UTI). Elas foram registradas de forma dicotômica (sim/não) e utilizadas para caracterizar os pacientes no momento de realização dos banhos e verificar a associação destes com os diferentes tipos de banho executados em cada momento.

Realizou-se a dupla digitação dos dados no programa *Microsoft® Excel*. A análise foi realizada utilizando-se o *software Stata* versão 13.0. Empregou-se a estatística descritiva, com apresentação das frequências (relativas e absolutas), medidas de tendência central (média/mediana) e de dispersão (desvio-padrão [dp]/intervalo interquartilico [IIQ]), conforme avaliação da normalidade da distribuição dos dados. Procedeu-se à estatística inferencial,

utilizando-se o teste de McNemar para comparar os diferentes tipos de banho no momento da admissão e da saída da UTI.

Para avaliar a associação de idade, uso de dispositivos invasivos e medicamentos com os diferentes tipos de banho à admissão e na saída da UTI, foi feita a regressão logística binária nos diferentes momentos. A variável desfecho foi categorizada, sendo o banho de aspersão = 0 e o banho no leito = 1. As variáveis que tiveram associação com a realização do banho no leito no nível de significância de 20% ($p < 0,20$) foram incluídas no modelo de regressão logística múltipla final. Utilizou-se o método *backward*, sendo removidas, uma a uma, as variáveis com menor significância ($p > 0,05$) pelo teste de Wald. O procedimento foi repetido até que todas as variáveis presentes no modelo possuíssem significância estatística ($p < 0,05$). Esta análise possibilitou determinar a OR ajustada, a precisão (IC95%) e a significância da estimativa (teste de Wald). Utilizou-se, para verificação do ajuste do modelo final, o teste de Hosmer & Lemeshow.

Este estudo seguiu todos os preceitos éticos previstos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer 2.259.675). Os pacientes inseridos no estudo foram orientados sobre os objetivos da pesquisa e convidados para participar mediante a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nos casos em que os pacientes não foram capazes de assinar o TCLE foi solicitada a assinatura do seu responsável. Foram resguardados o sigilo e o anonimato dos pacientes e dos profissionais envolvidos.

RESULTADOS

Dos 85 pacientes internados, 48 (56,50%) eram do sexo masculino e 37 (43,50%) do sexo feminino. A idade variou de 18 a 94 anos, com média de 65,4 anos ($\pm 17,7$ anos). O tempo de permanência dos pacientes na UTI variou de dois a 49 dias, com mediana de cinco dias (IIQ=5). A maioria dos pacientes, 69 (81,2%), evoluiu positivamente e obteve alta da UTI, entretanto, o óbito foi o desfecho da internação para 16 (18,8%) pacientes.

Durante a internação na UTI todos os pacientes foram diagnosticados com “déficit no autocuidado para banho” e, portanto, foram submetidos aos procedimentos de higiene corporal pela equipe de Enfermagem. O banho no leito e o banho de aspersão foram os tipos de intervenção para a manutenção da higiene corporal realizados pela equipe de Enfermagem.

Ao serem admitidos na UTI, 77 (88,2%) pacientes foram submetidos ao banho no leito, enquanto oito (11,8%) receberam o banho de aspersão. No momento da saída da UTI também houve predomínio de banho no leito - 67 (78,8%). No entanto, houve aumento do número de pacientes que receberam o banho de aspersão como o último banho na UTI, representando 18 (21,2%) pacientes.

Ao avaliar os tipos de banho e os desfechos da internação (alta ou óbito) dos pacientes, observou-se que entre os 69 (81,2%) que receberam alta da UTI, houve diferença na proporção dos tipos de banho realizados no início e no final da internação nesse setor. Em contrapartida, todos os 16 (18,8%) pacientes que vieram a óbito receberam apenas o banho no leito, tanto à admissão quanto na saída da UTI (Tabela 1).

Em relação às características dos pacientes no momento de realização de cada um dos banhos, verificou-se maior frequência de banho no leito entre pacientes idosos e em uso de dispositivos invasivos, tanto à admissão como saída da UTI (Tabela 2).

A partir da análise bivariada apurou-se que, à admissão na UTI, a chance de um paciente em oxigenoterapia ter indicação de banho no leito foi maior (OR 6,24 – IC95% 1,17-33,14) do que daqueles que não faziam uso desse dispositivo (Tabela 3).

Nesse momento, observando-se as variáveis associadas ao último banho na UTI, o banho no leito foi mais realizado em pacientes idosos (OR 3,40–IC95% 1,61–9,97), em uso de CVD (OR 6,48 – IC95% 1,38–30,46) e de oxigênio suplementar (OR 13,78 IC95% 1,73–109,61), conforme Tabela 4.

Tabela 1 - Tipos de banho em pacientes críticos em relação aos diferentes desfechos da internação na UTI (alta ou óbito). Viçosa, Minas Gerais, MG, Brasil, 2018 (n=85)

Tipo de Banho à Admissão UTI	Desfechos da Internação na UTI					
	Alta (n = 69)			Óbito (n = 16)		
	Banho no Leito	Banho de Aspersão	p-valor	Banho no Leito	Banho de Aspersão	p-valor
Banho no Leito	49	12		16	-	-
Banho de Aspersão	02	06	0,013*	-	-	-

UTI: unidade de terapia intensiva; p-valor: resultado da análise de significância estatística do teste McNemar. BL: banho no leito; BA: banho de aspersão; *estatisticamente significativo (p<0,05).

Tabela 2 - Características dos pacientes críticos submetidos ao banho no leito e ao banho de aspersão, à admissão e na saída da UTI. Viçosa, Minas Gerais, MG, Brasil, 2018 (n=85)

Caracterização dos pacientes	Admissão UTI (n=85)		Saída UTI (n=85)	
	BL (n=77)	BA (n=08)	BL (n=67)	BA (n=18)
Idade n (%)				
<60 anos	24 (31,2)	03 (37,5)	17 (25,4)	10 (55,5)
≥60 anos	53 (68,8)	05 (62,5)	50 (74,6)	08 (44,4)
Sexo n (%)				
Feminino	35 (45,5)	02 (25,0)	31 (46,3)	06 (33,3)
Masculino	42 (54,5)	06 (75,0)	36 (53,7)	12 (66,7)
Tempo de permanência n (%)				
≤05 dias	42 (54,5)	07 (87,5)	36 (53,7)	13 (72,2)
>05 dias	35 (45,5)	01 (12,5)	31 (46,3)	05 (27,8)
Dispositivos Invasivos n (%)				
Acesso venoso central	18 (23,4)	01 (12,5)	20 (29,9)	01 (5,5)
Acesso venoso periférico	67 (87,0)	07 (87,5)	50 (74,6)	17 (94,4)
Cateter nasoentérico	29 (37,7)	-	25 (37,3)	-
Cateter vesical de demora	44 (57,1)	02 (25,0)	30 (44,8)	02 (11,1)
Drenos	05 (6,5)	-	05 (7,46)	-
Oxigenoterapia	52 (67,5)	02 (25,0)	32 (47,8)	01 (5,5)
Traqueostomia	01 (1,3)	-	09 (13,4)	-
Tubo orotraqueal	23 (29,9)	-	08 (11,9)	-
Prescrição de medicamentos n (%)				
Analgésicos	20 (30,0)	02 (25,0)	15 (22,4)	02 (11,1)
Sedativos	21 (27,3)	-	10 (14,9)	-
Vasoativos	33 (42,9)	03 (37,5)	15 (22,4)	-

UTI: unidade de terapia intensiva; BL: banho no leito; BA: banho de aspersão.

Tabela 3 - Associação bivariada entre idade, uso de dispositivos invasivos e medicamentos com a realização dos diferentes tipos de banho em pacientes críticos à admissão na UTI. Viçosa, Minas Gerais, MG, Brasil, 2018 (n=85)

Variáveis	Admissão UTI (n =85)				
	BL (n=77)	BA (n=08)	OR bruta	IC 95%	p- valor
Idade ≥60 anos (n)					
Sim	53	05	1,25	0,28-5,64	0,774
Não	24	03	1		
Acesso venoso central (n)					
Presente	18	01	2,13	0,25-18,53	0,491
Ausente	59	07	1		
Acesso venoso periférico (n)					
Presente	67	07	0,96	0,11-8,62	0,969
Ausente	10	01	1		
Cateter vesical de demora (n)					
Presente	44	02	4,00	0,76-21,09	0,102
Ausente	33	06	1		
Oxigenoterapia (n)					
Presente	52	02	6,24	1,17-33,14	0,032*
Ausente	25	06	1		
Medicamentos analgésicos (n)					
Presente	20	02	1,05	0,20-5,64	0,952
Ausente	57	06	1		
Medicamentos vasoativos (n)					
Presente	33	03	1,25	0,28-5,61	0,771
Ausente	44	05	1		

UTI: unidade de terapia intensiva; BL: banho no leito; BA: banho de aspersão; OR: OddsRatio; IC 95%: intervalo de confiança 95%; p-valor: resultado da análise de significância estatística do teste de Wald; *estatisticamente significativo (p<0,05).

Tabela 4 - Associação entre idade, uso de dispositivos invasivos e medicamentos com a realização dos diferentes tipos de banho em pacientes críticos na saída da UTI. Viçosa, Minas Gerais, MG, Brasil, 2018 (n=85)

Variáveis	Saída UTI (n = 85)				
	BL (n = 67)	BA (n = 18)	OR bruta	IC 95%	p-valor
Idade ≥60 anos					
Sim	50	08	3,40	1,61-9,97	0,026*
Não	17	10	1		
Acesso venoso central					
Presente	20	01	7,23	0,90-58,11	0,063
Ausente	47	07	1		
Acesso venoso periférico					
Presente	50	17	0,17	0,02-1,40	0,100
Ausente	17	01	1		
Cateter vesical de demora					
Presente	30	02	6,48	1,38-30,46	0,018*
Ausente	37	16	1		
Oxigenoterapia					
Presente	30	01	13,78	1,73-109,61	0,013*
Ausente	37	17	1		
Medicamentos analgésicos					
Presente	15	02	2,30	0,48-11,18	0,299
Ausente	52	16	1		

UTI: unidade de terapia intensiva; BL: banho no leito; BA: banho de aspersão; OR: OddsRatio; IC 95%: intervalo de confiança 95%; p-valor: resultado da análise de significância estatística do teste de Wald; *estatisticamente significativo (p<0,05).

A partir do resultado do modelo final da análise de regressão logística multivariada, apresentado na tabela 5, percebeu-se que, à admissão, a chance de um paciente em oxigenoterapia ter indicação de banho no leito foi maior (OR ajustada 6,24 – IC95% 1,17–33,14). Na saída da UTI, essa chance foi maior naqueles pacientes que estavam em uso de oxigenoterapia (OR ajustada 13,81 – IC95% 1,70–112,13) e CVD (OR ajustada 5,56 – IC95% 1,12–27,47). A qualidade do ajuste do modelo final foi avaliada pelo teste de Hosmer & Lemeshow, sendo considerado bem ajustado ($X^2=0,243$; $p=0,886$).

DISCUSSÃO

Neste estudo predominaram os pacientes críticos idosos, do sexo masculino, que foram submetidos ao procedimento de banho no leito com a finalidade de manutenção da sua higiene corporal. O maior número de pacientes críticos idosos e do sexo masculino também foi evidenciado em estudo documental desenvolvido em uma UTI do Rio de Janeiro. Entre os 573 prontuários avaliados, 420 (73,0%) pertenciam a pacientes com idade igual ou maior de 60 anos e 305 (53,0%) eram de pacientes do sexo masculino.¹⁴ Naturalmente o processo de envelhecimento é marcado pelo aparecimento de condições de desestabilização orgânica dos indivíduos, as quais levam a acentuados comprometimentos e até mesmo à incapacidade para o seu autocuidado.¹⁵ Nesse contexto, é importante que os profissionais de saúde compreendam as peculiaridades relacionadas a essa etapa vital para concretizar a essência do cuidado.¹⁶

Ao avaliar o primeiro e último banho, buscou-se identificar como se tem manifestado a habilidade de realização dessa atividade básica de autocuidado em pacientes críticos em dois momentos: logo após serem admitidos na UTI e ao final de sua internação nesse setor. O predomínio de banho no leito nos dois momentos in-

dica mais dependência de cuidados, o que já é esperado devido à gravidade do quadro clínico. Adiciona-se a isso o fato de os pacientes que evoluíram para óbito terem recebido, exclusivamente, o banho no leito. De fato, espera-se que na UTI os pacientes estejam mais graves, tendo em vista que a internação nesse setor é, na maioria das vezes, decorrente de expressivas alterações orgânicas.¹⁷ A maior gravidade dos pacientes impacta diretamente na demanda assistencial requerida, sobretudo para as atividades ligadas ao cuidado corporal.¹⁸ Para alguns, essa demanda por cuidados pode permanecer após a alta da UTI e se estender até o domicílio, necessitando de cuidado profissional contínuo, especialmente os idosos.¹⁹

Ao longo da dinâmica dos cuidados de higiene, o paciente pode participar de duas formas distintas, sendo um integrante ativo no cuidado ou apenas como receptora deste.²⁰ Nesse estudo, a maioria dos pacientes não participou ativamente da sua higiene corporal, mas a recebeu da equipe de Enfermagem sob a forma de banho no leito, o que pode estar relacionado à própria rotina da UTI, onde há uma cultura de banhos no leito devido à gravidade dos pacientes. Resultado semelhante foi encontrado em uma UTI do Paraná, cuja prevalência do banho no leito foi de 99,6% entre os pacientes internados.²¹ No entanto, o aumento do número de pacientes que receberam o banho de aspersão na saída da UTI (21,2%) e a maior ocorrência de altas (81,2%) podem ser indicativos da qualidade da assistência oferecida, direcionada ao restabelecimento das principais necessidades afetadas. Estimular os pacientes à potencialidade máxima do autocuidado pode reduzir o tempo de internação a partir de uma reabilitação precoce e direcionada às necessidades humanas.²² Tais achados reforçam a ideia de que a UTI, apesar de ser um ambiente complexo, é também um ambiente de cuidados vivo e dinâmico, em que se tem por objetivo alcançar a melhor recuperação possível dos pacientes ali internados.²³

Tabela 5 - Variáveis associadas à realização do banho no leito em pacientes críticos à admissão e saída da UTI. Viçosa, Minas Gerais, MG, Brasil, 2018 (n=85)

Variáveis	Admissão UTI (n = 85)			Saída UTI (n = 85)		
	OR Ajustada	IC 95%	p-valor	OR Ajustada	IC 95%	p-valor
Oxigenoterapia						
Presente	6,24	1,17-33,14	0,032*	13,81	1,70-112,13	0,014*
Ausente	1	-	-	1	-	-
Cateter vesical de demora						
Presente	-	-	-	5,56	1,12-27,47	0,035*
Ausente	-	-	-	1	-	-

UTI: unidade de terapia intensiva; BL: banho no leito; BA: banho de aspersão; OR: *OddsRatio*; IC95%: Intervalo de Confiança 95%; p-valor: resultado da análise de significância estatística do teste de Wald; *estatisticamente significativo ($p<0,05$).

A prática de higiene corporal é de conhecimento intrínseco à ciência de Enfermagem.²² Realizá-la sob a forma de banho no leito ou de aspersão deve ser uma decisão baseada principalmente nas condições de saúde, grau de independência e preferência dos pacientes.¹² Nesse estudo, em relação ao primeiro banho na UTI, foi maior a chance de um paciente em oxigenoterapia ter indicação de banho no leito (OR ajustada 6,24 – IC95% 1,17-33,14). Tal fato pode estar associado, entre outros, à necessidade de preservar o consumo de oxigênio desses pacientes, mantendo-os restritos ao leito, inclusive durante a sua higiene corporal. Todavia, até mesmo o banho no leito realizado com água e sabão pode provocar elevações significativas na frequência respiratória de pacientes críticos, conforme evidenciado em um estudo clínico.²⁴ Para os enfermeiros, o banho a seco, realizado a partir de lenços pré-umedecidos, pode ser considerado alternativa promissora para a execução de banhos com menos alterações nos parâmetros respiratórios.²⁴

O modelo final de regressão logística apurou que a chance de indicação de último banho no leito executado na UTI foi maior em pacientes em uso de dispositivos para suplementação de oxigênio (OR ajustada 13,81 – IC95% 1,70–112,13) e CVD (OR ajustada 5,56 – IC95% 1,12–27,47). Em geral, logo após os pacientes serem admitidos na UTI realiza-se a cateterização urinária para fins de controle do débito urinário e balanço hídrico.²⁵ No entanto, a necessidade de manter o CVD parece estar relacionada à maior gravidade do paciente, sendo uma possível justificativa para a associação encontrada nesse estudo. Dispositivos invasivos podem ser vistos como barreira para a realização do banho de aspersão, pois muitas vezes impedem a locomoção dos pacientes.²⁶ Ademais, a mobilização desses pacientes durante o banho no leito deve ser feita de forma cuidadosa, a fim de prevenir incidentes como a tração do cateter e desconexão do dispositivo de oxigenoterapia e da bolsa coletora de urina.¹³ Tais intercorrências podem estar associadas principalmente à sobrecarga de trabalho e à indisponibilidade de pessoal, o que gera consequências negativas para a equipe de trabalho e para os pacientes.¹³

Além da influência do banho no leito na sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, na segurança do paciente, há de se considerar que esse procedimento, por si só, expõe os pacientes a múltiplos riscos, como o de quedas, deslocamento de dispositivos invasivos, infecções e alterações em parâmetros fisiológicos.^{8,27,28} Portanto, os enfermeiros, ao assistirem os pacientes com “déficit no autocuidado para banho”, devem intervir de forma eficaz e segura para a manutenção da sua higiene cor-

poral.²⁹ Para o desempenho do banho no leito, um dos grandes desafios consiste na exclusão das condutas automatizadas e assistemáticas, que se colocam na contramão da segurança e gestão do cuidado.¹² Independentemente do método utilizado, é importante que o banho seja compreendido como um cuidado que proporciona um espaço direcionado à pessoa, nos quais deve haver um incentivo aos pacientes para que participem ativamente desse procedimento.²⁰

O presente estudo apresenta limitações devido à sua realização ter ocorrido em uma única UTI, situada em um hospital que não possui uma unidade de cuidados semi-intensivos e que admite pacientes com diferentes níveis de complexidade, e não apenas aqueles com elevada gravidade. Com isso, os resultados encontrados devem ser interpretados com cautela e sua generalização deve ser limitada. Além disso, a obtenção dos dados a partir dos prontuários dos pacientes condiciona os pesquisadores à reprodução das informações registradas, não permitindo a vivência *in loco* e o acompanhamento dos banhos. Contudo, os prontuários utilizados apresentaram informações completas, permitindo a análise associada dos banhos e o uso de dispositivos invasivos e medicamentos. Sugere-se a realização de novos estudos que comparem os tipos de banho com indicadores de gravidade dos pacientes e carga de trabalho da Enfermagem. A partir desses estudos será possível identificar a existência de diferenças entre as intervenções de banho e a gravidade dos pacientes, bem como a carga de trabalho requerida em cada contexto.

CONCLUSÃO

Neste estudo, o banho no leito foi a intervenção de Enfermagem predominantemente adotada, tanto à admissão, quanto na saída da UTI. No entanto, houve aumento na proporção de banhos de aspersão como último banho nesse setor. Constatou-se que o uso de oxigênio suplementar tanto à admissão quanto na saída da UTI e o controle do débito urinário na saída estão associados a maior chance de um paciente ter indicação de banho no leito.

A identificação da frequência dos diferentes tipos de banhos e das características dos pacientes no momento de sua realização permite aos enfermeiros intensivistas realizar melhor planejamento de recursos humanos e materiais. Dessa forma, os resultados desta pesquisa auxiliarão os enfermeiros na avaliação inicial dos pacientes para definição do tipo de banho a ser realizado. Além disso, poderão subsidiá-los no dimensionamento mais equânime dos profis-

sionais para o desempenho da intervenção de banho, tendo em vista que ela é considerada importante fator na sobrecarga de trabalho da equipe de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- Alcantara LS, Sant'anna JL, Souza MGN. Illness and finitude: considerations about the interdisciplinary approach in the oncological Intensive Care Unit. *Ciênc Saúde Colet*. 2013[citado em 2019 set. 10];18(9):2507-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000900004&script=sci_abstract
- Okuma SM, Paula AFM, Carmo GP, Pandolfi MM. Characterization of patients assisted by occupational therapy in adult intensive care unit. *Rev Interinst Bras Ter Ocup*. 2017[citado em 2019 set. 20];1(5):574-88. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/8311>
- Herdman TH, Kamitsuru S. *NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification, 2018-2020*. 11th ed. New York: Thieme Publishers; 2018. 512 p.
- Bulechek GM, Butcher HK, Doeherman JM, Wagner CM. *Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC*. 6^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 640p.
- Noddeskou LH, Hemmingsen LE, Hordam B. Elderly patients' and nurses' assessment of traditional bed bath compared to prepacked single units - randomized controlled trial. *Scand J Caring Sci*. 2015[citado em 2019 nov. 20];29:347-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/scs.12170>
- Toledo LV, Sampaio NV, Salgado PO, Brinati LM, Domingos CS, Souza CC, Ercole FF. Déficit no autocuidado para banho: caracterização do diagnóstico de Enfermagem em pacientes críticos. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2020[citado em 2020 jul. 29];(supl.43):e3284. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3284>. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e3284.2020>
- Lôbo CR, Saraiva TLA. Importância do procedimento banho no leito para atendimento em Enfermagem. *Rev Recien*. 2017[citado em 2020 ago. 01];7(20):82-90. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/228>
- Moller G, Magalhães AMM. Bed baths: nursing staff workload and patient safety. *Texto & Contexto Enferm*. 2015[citado em 2019 out. 10];24(4):1044-52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500003110014>
- Ferreira PC, Machado RC, Martins QCS, Sampaio SF. Classification of patients and nursing workload in intensive care: comparison between instruments *Rev Gaúcha Enferm*. 2017[citado em 2019 nov. 26];38(2):1-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.62782>
- Kraljic S, Zuvic M, Desa K, Blagaic A, Sotosek V, Antoncic D, Robert Likic R. Evaluation of nurses' workload in intensive care unit of a tertiary care university hospital in relation to the patients' severity of illness: A prospective study. *Int J Nurs Stud*. 2017[citado em 2020 jan. 08];76:100-106. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.004>
- Dutra FCM, Gouvinhas RP. Desenvolvimento de protótipo de cadeira de banho para indivíduos com paralisia cerebral tetraparética espástica. *Production [online]*. 2010[citado em 2020 jul. 29];20(3):491-501. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65132010000300016&script=sci_abstract&tlng=pt. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-651320100005000048>
- Prado ARA, Ramos RL, Ribeiro OMPL, Figueiredo NMA, Martins MM, Machado WCA. Bath for dependent patients: theorizing aspects of nursing care in rehabilitation. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2017[citado em 2019 nov. 28];70(6):1337-42. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0258>
- Bastos SRB, Gonçalves FAF, Bueno BRM, Silva GS, Ribeiro KRA, Brasil VV. Bed-Bath: The Care-omitting Behavior of the Nursing Team. *Rev Pesq: Cuidado é Fundamental Online* [Internet]. 2020 Feb 14; [citado em 2019 nov. 12];11(3):627-33. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6634>
- Albuquerque JM, Silva RFA, Souza RFF. Epidemiological profile and monitoring after discharge of patients hospitalized at an intensive care unit. *Cogitare Enferm*. 2017[citado em 2020 jul. 30];(22)3:e50609. Disponível em: <https://revistas.ufrpr.br/cogitare/article/view/50609> DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.50609>
- Melo ACL, Meneguetti MG, Laus AM. Profile of patients in intensive care: considerations for the nursing team. *Rev Enferm UFPE Online*. 2014[citado em 2019 jun. 10];8(9):3142-8. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.5960-55386-1-ED.0809201424>
- Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc Saúde Colet*. 2018[citado em 2019 dez. 11];23(6):1929-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>
- Ferreti-Reustini REL, Bispo NS, Alves WS, Dias TN, Santoro CM, Padilha KG. Level of acuity, severity and intensity of care of adults and older adults admitted to the Intensive Care Unit. *Rev Esc Enferm USP*. 2019[citado em 2020 ago. 02];53:e03416. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reusp/v53/pt_1980-220X-reusp-53-e03416.pdf. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017051403416>
- Silva KS, Echer IC, Magalhães AMM. Patients dependency degree in relation to the nursing team: a management tool. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2016[citado em 2020 jan. 24];20(3):e20160060. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160060>
- Lino VTS, Rodrigues NCP, Camacho LAB, O' Dwyer G, Lima IS, Andrade MKN. *et al*. Prevalence of overburden in caregivers of dependent elderly and associated factors in a poor area of Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2016[citado em 2020 ago. 02];32(6):e00060115. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2016000605001&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00060115>
- Fonseca EF, Penaforte MHO, Martins MMFPS. Hygiene care - bath: meanings and perspectives of nurses. *Referência*. 2015[citado em 2020 jan. 12];4(5):37-45. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14066>
- Inoue KC, Matsuda LM. Dimensionamento da equipe de Enfermagem da UTI-adulto de um hospital ensino. *Rev Eletrônica Enferm*. 2009[citado em 2019 dez. 12];11(1):55-63. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a07.htm>
- Fonseca EF, Martins MMPS, Cardoso MFPT, Riberio MIB. Rehabilitation nursing in hygiene care: an intervention for autonomy. *Rev Ibero-Am Saúde Envelhecimento*. 2020[citado em 2020 ago. 01];6(1):2165-74. Disponível em: http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/429. DOI: [http://dx.doi.org/10.24902/rriase.2020.6\(1\).429.2165-2174](http://dx.doi.org/10.24902/rriase.2020.6(1).429.2165-2174)
- Backes MTS, Erdmann AL, Büscher A. The Living, Dynamic and Complex Environment Care in Intensive Care Unit. *Rev Latino-Am Enferm*. 2015[citado em 2020 jan. 10];23(3):411-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0568.2570>

24. Toledo IV, Salgado PO, Souza CC, Brinati LM, Januário CF, Ercole FF. Effects of dry and traditional bed bathing on respiratory parameters: a randomized pilot study. *Rev Latino-Am Enferm*. 2020[citado em 2020 ago. 01];28:e3264. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v28/pt_0104-1169-rlae-28-e3264.pdf. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3668.3264>
 25. Miranda AL, Oliveira ALL, Nacer DT, Aguiar CAM. Results after implementation of a protocol on the incidence of urinary tract infection in an intensive care unit. *Rev Latino-Am Enferm*. 2016[citado em 2020 ago. 02];24:e2804. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100415&lng=pt&nrm=iso. DOI: [10.1590/1518-8345.0866.2804](https://doi.org/10.1590/1518-8345.0866.2804)
 26. Wiethan JRV, Soares JC, Souza JÁ. Evaluation of functionality and quality of life in critical patients: case series report. *Acta Fisiátrica*. 2017[citado em 2019 out.10];124(1):7-12. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20170002>
 27. Costa GS, Souza CC, Diaz FBBS, Toledo IV. Bed bath in critical care patients: an integrative review *Rev Baiana Enferm*. 2018[citado em 2019 dez. 04];32:e20483. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20483> doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.20483>
 28. Toledo IV, Santos BX, Salgado PO, Souza CC, Brinati LM, Ercole FF. Efeitos oxi-hemodinâmicos de diferentes tipos de banho no leito em pacientes críticos: revisão sistemática. In: Sombra ICN. O conhecimento na competência da teoria e da prática em Enfermagem 3 [Internet]. Ponta Grossa-PR: Atena Editora; 2019[citado em 2020 jan. 10].cap. 6. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/post-ebook/2184>.
 29. Mendes VLPS. Gerenciando qualidade em serviços de saúde. *Rev Bras Enferm*. 1993[citado em 2020 jan. 20];46(3/4):211-25. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71671993000300004>
-