



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

JAIZA SOUSA PENHA

ANÁLISE DO BANHO NO LEITO: repercussões psicobiológicas ao
paciente em terapia intensiva

São Luís

2017

JAIZA SOUSA PENHA

**ANÁLISE DO BANHO NO LEITO: repercussões psicobiológicas ao
paciente em terapia intensiva**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Me. Flávia Danyelle Oliveira Nunes.

São Luís
2017

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Penha, Jaiza Sousa.

ANÁLISE DO BANHO NO LEITO : repercussões
psicobiológicas ao paciente em terapia intensiva / Jaiza
Sousa Penha. - 2017.

53 p.

Orientador(a): Flávia Danyelle Oliveira Nunes.
Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

1. Banhos. 2. Enfermagem. 3. Higiene da pele. 4.
Segurança do paciente. 5. Unidades de Terapia Intensiva.
I. Nunes, Flávia Danyelle Oliveira. II. Título.

JAIZA SOUSA PENHA

ANÁLISE DO BANHO NO LEITO: repercussões psicobiológicas ao paciente em
terapia intensiva

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de
Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: _____ de _____ de _____

Nota: _____

Banca Examinadora:

Orientadora: Prof.^a Me. Flávia Danyelle Oliveira Nunes
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Dr.^a. Patrícia Ribeiro Azevedo
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Dr.^a. Líscia Divana Carvalho Silva
Universidade Federal do Maranhão

Dedico este trabalho à mulher que me deu a vida e o significado do amor e proteção. Sou grata, mãe, por nunca ter medido esforços para ajudar-me e oferecer o seu apoio, em todos os momentos da minha vida. Obrigada por ter sonhado e vivido comigo todas as etapas desta conquista, e por ser um exemplo de garra e doçura frente aos desafios desta vida!

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me amparar em seu colo; por me manter firme, me fazendo não perder a fé e a esperança; por ter me dado o dom da vida por mais de uma vez; por guiar os meus passos e me proteger; por cuidar de mim e ter me permitido chegar até aqui.

À Universidade Federal do Maranhão, por me acolher durante estes cinco anos e proporcionar educação de qualidade. Aos professores do Departamento de Enfermagem e de todos os outros departamentos vinculados a este, por exercerem brilhantemente a função de educadores.

À minha orientadora, Prof.^a Flávia Danyelle Oliveira Nunes, pela sua dedicação, paciência, determinação e amizade. Pela sua delicadeza e carinho, pelo trabalho em equipe, estando sempre presente e disponível, contribuindo para a conclusão exitosa deste trabalho.

À banca de professores avaliadores deste trabalho, por terem aceitado o convite para participar deste momento e contribuírem com suas opiniões e sugestões.

Ao Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, por me receber como graduanda durante este período e permitir a minha capacitação e prática na clínica hospitalar, bem como todos os estabelecimentos de saúde nos quais fui recebida. Ainda, a todos os colaboradores da UFMA e do Hospital Universitário, por contribuírem para o pleno funcionamento dessas instituições.

À minha mãe, Felícia Sousa, por todo o seu zelo, cuidado e imenso amor, por ter aberto mão de alguns sonhos e vontades, pelos meus. Por ensinar-me que a educação é um bem de valor inestimável.

À minha irmã, Patrícia Sousa, pelo companheirismo, cuidado e incentivo para que eu chegasse até aqui.

Ao meu pai, Ademir Penha, e aos meus irmãos, que sempre torceram e demonstraram o seu orgulho por mim e pela minha escolha.

À minha avó, Herculana Débora Leite, pelo seu imenso amor, pelos seus abraços e bênçãos cheios de carinho, pelos afagos apertados e por torcer pela minha felicidade sempre.

À minha família, que é a melhor dentre as quais conheço, pelo apoio, incentivo, orgulho, união e amor, por compartilharem comigo a conclusão de mais esta etapa em minha vida.

Aos meus amigos de infância, da universidade, do curso, da turma, da vida, da igreja, dos grupos de trabalho, dos projetos e da escola. Sou grata por todo amor, por entenderem minha ausência quando foi necessário e pelo carinho a mim dedicado.

Ao projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) Brasil – São Luís e São José de Ribamar, pela sua importância na minha vida pessoal e profissional. Sou imensamente grata pelos laços e conhecimentos construídos.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que estiveram e àquelas que permanecem em meu caminho, por terem contribuído direta ou indiretamente para a conclusão desta primeira grande conquista.

“O entusiasmo é a maior força da alma.
Conserva-o e nunca te faltará poder para
consequires o que desejas.”

Napoleão Bonaparte

RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva é local de internação de pacientes criticamente doentes e, por essa razão, tornam-se parcial ou totalmente dependentes da equipe de Enfermagem para a realização de cuidados básicos. Entre estes se insere o banho no leito, que objetiva a higiene, promove conforto e bem estar, mas assim como qualquer outro cuidado, pode causar danos ao paciente. Portanto, teve-se como objetivo analisar a produção científica publicada acerca das repercussões psicobiológicas aos pacientes em terapia intensiva relativas à execução do banho no leito. Realizou-se uma revisão integrativa, utilizando-se como critérios de inclusão: artigos científicos completos disponíveis online, publicados entre os anos de 2006 a 2016, nos idiomas inglês, português e espanhol, levando em consideração o problema de pesquisa. As buscas foram feitas nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Base de Dados de Enfermagem (BDENF), por meio dos descritores em saúde: banhos, higiene da pele, unidades de terapia intensiva e cuidados críticos, além da palavra chave “banho no leito”. A amostra desta pesquisa foi composta por 5 artigos. Todos os estudos foram publicados no Brasil, entre 2010 e 2012. Três estavam em português e dois em inglês. Três artigos foram encontrados na LILACS, um na BDENF e um na MEDLINE. Dentre as repercussões psicológicas, constatou-se a percepção negativa dos pacientes acerca do banho no leito, além do constrangimento, nível aumentado de ansiedade e influência do sexo do profissional de enfermagem na percepção do paciente frente ao banho. As alterações biológicas envolveram oscilações nas frequências cardíaca e respiratória, pressão arterial e saturação de oxigênio, sofrendo, esta última, impacto negativo quando o procedimento é prolongado. A temperatura da água, quando variável, favorece a queda acentuada da saturação, apesar de os pacientes se recuperarem após a conclusão do cuidado. Desta forma, conclui-se que o banho no leito gera desfechos negativos, biológicos e psicológicos, ao paciente crítico; sendo escassas as evidências na literatura acerca das repercussões que envolvem esse cuidado.

Descritores: Higiene da pele. Banhos. Unidades de Terapia Intensiva. Segurança do Paciente. Enfermagem.

ABSTRACT

The Intensive Care Unit is a place of hospitalization for critically ill patients and, for this reason, they become partially or totally dependent on the Nursing team for basic care. These it is include bathing in the bed, which targets hygiene, promotes comfort and well-being, but just like any other care, it can cause harm to the patient. Therefore, the objective was to analyze the published scientific production about the psychobiological repercussions for intensive care patients regarding bathing in the bed. An integrative review was carried out using as inclusion criteria: complete scientific articles available online, published between the years 2006 and 2016, in the English, Portuguese and Spanish languages, taking into account the research problem. The searches were done in the databases of Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and the Nursing Database (BDENF), Through the descriptors in health: baths, skin care, intensive care units and critical care, as well as the keyword "bath in bed". The sample of this research consisted of 5 articles. All studies were published in Brazil between 2010 and 2012. Three studies were in Portuguese and two in English. Three articles were found in LILACS, one in BDENF and one in MEDLINE. Among the psychological repercussions it was the negative perception of the patients about the bath in the bed, besides the embarrassment, increased level of anxiety and influence of the sex of the nursing professional in the patient's perception of the bath. The biological changes involved oscillations in the heart and respiratory frequencies, blood pressure and oxygen saturation, with the latter having a negative impact when the procedure is prolonged. The water temperature, when variable, favors a marked fall in saturation, even though the patients recover after the completion of the care. Thus, it is concluded that bathing in the bed generates negative biological and psychological outcomes to the critical patient; With little evidence in the literature about the repercussions that involve this care.

Descriptors: Skin care. Baths. Intensive Care Units. Patient safety. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Esquema do cruzamento dos Descritores em Saúde referentes à coleta dos dados. São Luís, Maranhão, 2017.....	28
Gráfico 1 - Distribuição dos artigos selecionados conforme ano de publicação. São Luís, Maranhão, 2017.....	30
Gráfico 2 - Distribuição dos artigos científicos conforme a base de dados. São Luís, Maranhão, 2017	30
Gráfico 3 - Distribuição dos artigos quanto ao tipo de estudo. São Luís, Maranhão, 2017	31
Quadro 1 – Repercussões psicológicas e biológicas em pacientes em terapia intensiva decorrentes do banho no leito. São Luís, Maranhão, 2017	32
Tabela 1 - Número de artigos encontrados conforme descritores e bases de dados. São Luís, Maranhão, 2017	49
Tabela 2 - Número de artigos selecionados após análise do título e resumo de acordo com os descritores e bases de dados. São Luís, Maranhão, 2017	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
CFM	Conselho Federal de Medicina
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NHB	Necessidades Humanas Básicas
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVO	17
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 Unidade de Terapia Intensiva: passado e presente	18
3.2 O paciente crítico e suas necessidades de cuidado: o papel da enfermagem e segurança do paciente	20
3.3 Os cuidados de higiene desenvolvidos pela equipe de Enfermagem	22
4 METODOLOGIA	27
4.1 Tipo de estudo	27
4.2 Busca na Literatura	27
4.3 Coleta de dados	28
4.4 Análise crítica dos dados	29
4.5 Aspectos éticos	29
5 RESULTADOS	30
6 DISCUSSÃO	33
6.1 Repercussões psicológicas do banho no leito	33
6.2 Repercussões biológicas do banho no leito	36
7 CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICE A – Distribuição dos artigos nas bases de dados após cruzamentos dos DeCS.....	49
APÊNDICE B – Quadro sinóptico para coleta de dados	50
APÊNDICE C – Distribuição dos artigos nas bases de dados após aplicação dos critérios de inclusão	51
ANEXO A – Parecer de aprovação do colegiado do curso de Enfermagem da UFMA	53

1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é caracterizada como área crítica, destinada à internação de pacientes graves que requerem atenção especializada, de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2010).

Esta unidade hospitalar foi instituída no Brasil em 1967, no Rio de Janeiro e, em seguida, em 1968, em Santa Catarina (MORITZ et al, 2010). Na época, a população era assolada por uma epidemia de poliomielite que resultou em pacientes gravemente acometidos (NOVARETTI; QUITÉRIO; SANTOS, 2015), exigindo suporte avançado para monitorização e terapia.

Com características peculiares, as UTIs ocupam espaço apropriado e, usualmente, dispõem de intervenções médicas de difícil execução em enfermarias, como ventilação mecânica, monitorização cardíaca, utilização de drogas vasopressoras e bloqueadores neuromusculares (FAVARIN; CAMPONOVARA, 2012).

Por este motivo e em razão da complexidade das patologias tratadas nessas unidades, há a necessidade da presença de profissionais com nível técnico-científico elevado, capazes de tomar decisões imediatas, realizar avaliações clínicas constantes, procedimentos e o manuseio de equipamentos sofisticados (ALVES et al, 2014).

Dentre esses profissionais, está a equipe de Enfermagem, que desenvolve atividades que variam desde a administração de medicações, a procedimentos complexos; a isso, soma-se a necessária atenção aos familiares. Sendo assim, devem lidar, de forma integrada, com inúmeros fatores determinantes do prognóstico do paciente crítico (FAVARIN; CAMPONOVARA, 2012), que geralmente está em situação de sofrimento, ansiedade, vulnerável a qualquer tipo de contaminação, acamado e incapaz de realizar o seu autocuidado (BACKES et al, 2012).

Por todo esse quadro que permeia a hospitalização, e que pode ser potencializado devido à patologia e as condições orgânicas, é que estes pacientes tornam-se altamente dependentes dos cuidados da equipe para realização de atividades consideradas simples como alimentação, higiene e mobilidade física (PASSOS; SADGUSKY, 2011). São ações definidas como necessidades humanas

básicas ou fisiológicas, que incluem o ato de beber, vestir-se e relacionar-se, por exemplo (SILVEIRA; ROBAZZI, 2014).

Enfatiza-se aqui a higiene, como uma entre as mais importantes das necessidades descritas acima, definida como um cuidado que está para além do seu objetivo, que é a limpeza corporal, promovendo conforto e bem estar ao paciente (LIMA, 2009).

Os benefícios da higiene corporal não estão relacionados apenas aos pacientes, mas também ao profissional que a realiza, pois se caracteriza como momento propício para a avaliação da extensão corporal e a oportunidade para fazer um exame físico minucioso do indivíduo, por meio de olhares atentos da equipe (MOLLER; MAGALHÃES, 2015).

Isso é possível em razão da maioria das pessoas internadas em UTI necessitarem de repouso absoluto, permanecendo restritas e acamadas, inviabilizando o banho de chuveiro, sendo então feito no próprio leito do indivíduo. Este ato é realizado pela equipe de enfermagem, responsável por prestar os cuidados de higiene e conforto, zelando pela segurança dessas pessoas, além de permitir aos profissionais que conheçam o seu paciente, identificando o seu estado emocional, suas necessidades e queixas (COFEN, 1986; LIMA, 2008).

Apesar de descrito há muitas décadas, os cuidados corporais de higiene nem sempre são realizados de acordo com a técnica estabelecida:

“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” (MACIEL; BOCCHI, 2006, p.234).

Por este motivo é que o procedimento pode ser investigado como uma prática cotidiana das atividades de enfermagem que, como quaisquer outras, não estão livres de causar danos ao paciente. Esses danos advêm de erros resultantes de um ato não intencional provocado por falha ou algum outro problema durante o desenvolvimento da assistência (COSTA et al, 2016).

A baixa temperatura do ambiente, por exemplo, somada a alguns fatores como o uso de água fria, trás a possibilidade de ocorrência de hipotermia, que pode levar o indivíduo a apresentar tremores e quadro de acidose metabólica (LIMA, 2009).

Outros estudos confirmam que o desfecho do banho pode ser negativo, causando alterações em parâmetros vitais, incluindo pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio, regulação térmica e equilíbrio oxi-hemodinâmico (OLIVEIRA et al, 2011; LIMA; LACERDA, 2010).

Além das alterações fisiológicas, o banho no leito pode ocasionar efeitos psicológicos aos pacientes, pois é um momento permeado de estresse e de acometimento da autoestima, de difícil superação, que evidencia a perda da autonomia do indivíduo sob o seu autocuidado, há exposição do seu corpo e sua intimidade, sendo caracterizado, entre outras coisas, como desagradável e desconfortável (MACIEL; BOCCHI, 2006; LOPES et al, 2010).

Assim, a equipe multiprofissional deve atentar-se para a segurança do ser cuidado, que tem como finalidade reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de danos desnecessários associados ao cuidado em saúde (BRASIL, 2013).

Diante desse contexto, este trabalho buscou responder à seguinte questão norteadora: quais repercussões psicobiológicas podem advir da realização do banho no leito em pacientes em cuidados intensivos?

Levando-se em consideração estudos que apontam o banho como procedimento capaz de trazer alguns desfechos negativos para o indivíduo, dá-se a justificativa deste trabalho, que possui o objetivo de analisar a produção científica acerca do tema e identificar quais alterações psicobiológicas são manifestadas em razão dos cuidados de higiene.

A escassez de referências específicas sobre o tema abordado e a necessidade real pela melhoria na qualidade do atendimento em enfermagem, bem como os fatores relacionados à realização do banho, constituem-se em aspectos relevantes para a realização deste estudo.

Por ser de extrema relevância para o restabelecimento e manutenção da saúde dos pacientes, executado exclusivamente pela equipe de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva, o banho no leito é uma tecnologia que precisa de constante avaliação e estudos, com a finalidade de trazer benefícios principalmente aos indivíduos gravemente acometidos e dependentes para o autocuidado de higiene.

Assim, realizou-se uma revisão integrativa da literatura existente sobre o assunto, nos últimos dez anos, a fim de aprofundar os conhecimentos acerca do

tema, beneficiando a comunidade acadêmico-científica, profissionais, gestores e os pacientes que necessitam deste cuidado.

2 OBJETIVO

Analisar a produção científica publicada acerca das repercussões psicobiológicas aos pacientes em terapia intensiva relativas à execução do banho no leito.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Unidade de Terapia Intensiva: passado e presente

O Ministério da Saúde, de acordo com a Resolução nº 07 de fevereiro de 2010, define a Unidade de Terapia Intensiva como sendo área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia (BRASIL, 2010).

Considera-se que a primeira UTI do mundo foi criada em 1926, em Boston, pelo médico neurocirurgião Walter Dandy, que desenvolveu várias técnicas cirúrgicas e estabeleceu uma unidade com três leitos para assistir pacientes no pós-operatório de neurocirurgias (SANTOS, 2009).

A partir daí, e com o advento de novas tecnologias, as UTIs foram ganhando força e melhor estrutura. Em 1927 foi criado o primeiro ventilador mecânico não invasivo, conhecido como pulmão de aço, por Philip Drinker. Em 1950, Peter Safar, primeiro médico intensivista, elaborou o suporte básico de vida, com a técnica ventilatória artificial (boca a boca) e a massagem cardíaca externa (ressuscitação cardiopulmonar); além disso, Safar estabeleceu em 1962 a primeira UTI cirúrgica, na cidade de Baltimore (FERRARI; AUTÍLIO, 2004).

No Brasil, o Instituto de Ortopedia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo foi o pioneiro em oferecer cuidados intensivos. Contudo, estudos afirmam que a primeira UTI surgiu no Rio de Janeiro, em 1967, e em Santa Catarina foi inaugurada em 1968 (MORITZ et al, 2010). Somente em 1980 foi criada a Associação de Medicina Intensiva Brasileira, a AMIB (AMIB, 2012).

Historicamente, o ato de agrupar os pacientes graves em um único ambiente foi instituído por Florence Nightingale, durante a guerra da Crimeia. A enfermeira selecionava os feridos mais graves, acomodando-os de modo que recebessem maior atenção e observação contínuas, reduzindo a mortalidade dos soldados (SANTOS, 2009).

Assim, “o conceito de UTI teve como fundamento a necessidade de oferecer um suporte constante de alta complexidade para pacientes graves, instáveis e/ou agudamente doentes, dependendo de assistência avançada para ter chance de sobreviver” (NOVARETTI; QUITÉRIO; SANTOS, 2015, p.19). A

internação nessas unidades exige cuidados heterogêneos e dinâmicos, equipamentos tecnológicos e profissionais especializados para diagnosticar e tratar algum desequilíbrio orgânico (RIBEIRO, 2010).

Em decorrência do grau de complexidade da assistência oferecida, “a equipe deve ter preparo e inclinação para o atendimento do tipo de doente em questão e, obviamente, conhecimentos teóricos relacionados à área específica da terapia intensiva” (FAVARIN; CAMPONOGARA, 2012, p.321). Na unidade devem estar alocados profissionais com nível técnico-científico elevado e direcionado, em razão da gravidade dos pacientes, para a tomada de decisões imediatas, avaliações clínicas constantes, procedimentos e manuseio de equipamentos sofisticados (ALVES et al, 2014).

Nesse contexto, a mudança atual no acesso à saúde, aliada a outros fatores, como a longevidade populacional e a descoberta de novas terapias e medicamentos, tem contribuído para maior sobrevivência dos pacientes com as mais diversas doenças; isso concorre para um elevado número de pessoas com complicações de longo prazo e que, quando graves, necessitam de cuidados intensivos (NOVARETTI; QUITÉRIO; SANTOS, 2015).

Pesquisa realizada na UTI de um hospital público em Santa Catarina evidenciou, em concordância com outros estudos brasileiros, que a maioria dos indivíduos que necessita de cuidados intensivos é do sexo masculino, em razão do baixo interesse em cuidar da saúde, e com idade entre 40 a 69 anos de idade confirmando que o envelhecimento populacional aumenta a frequência de pacientes com algum agravo que exige tratamento intensivo (RODRIGUEZ et al, 2016).

É com base nesses aspectos que os índices de internação e procura por leitos intensivos no Brasil tem aumentado progressivamente, levando a estatísticas preocupantes. O Conselho Federal de Medicina (CFM) em maio de 2016, revelou que as UTIs brasileiras são insuficientes e estão mal distribuídas. Dos 5.570 municípios do país, as unidades estão presentes em apenas 505 deles; o Sistema Único de Saúde (SUS) conta com 0,95 leitos de cuidados críticos para cada dez mil habitantes, quando o ideal seria uma média de um a três leitos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2016).

Apesar desse déficit, são notórios os avanços da terapia intensiva em todo o mundo, inclusive no Brasil. Graças ao desenvolvimento científico, tecnológico e de formação profissional, hoje 80% dos pacientes atendidos nessas unidades

conseguem sobreviver, em comparação aos anos 90, em que a mortalidade chegava a 50% (PACHECO, 2010).

3.2 O paciente crítico e suas necessidades de cuidado: o papel da enfermagem e segurança do paciente

O paciente grave é definido como aquele com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos e com perda de sua autorregulação (BRASIL, 2010). Geralmente estão debilitados, sob sedação, entubados, desorientados quanto ao tempo e espaço, evacuam no leito, sentem dor e estão distantes dos familiares. São destituídos temporariamente da sociedade, de suas atividades laborais e rotinas, tendo que se relacionar com desconhecidos e submeter-se a situações embaraçosas (BACKES et al, 2012; MEZZAROBA; FREITAS; KOCHLA, 2009).

Por esses fatores, passam a depender de uma equipe multidisciplinar instruída ao atendimento em cuidados críticos, que realize atividades como o acolhimento, vínculo, a escuta, atenção, exercitando a autonomia do cidadão e do profissional, desenvolvendo habilidades de comunicação, enfrentamento e tomada de decisão (CAMPOS; MELO, 2011).

Fazendo parte dessa equipe, o enfermeiro exerce funções importantes, pois é responsável e habilitado em prestar assistência, gerenciar a unidade nos recursos materiais e de pessoal, entender e apoiar o paciente e a sua família (SOARES; REIS; SOARES, 2014); Tais cuidados devem ser realizados de modo ordenado, com uma visão humanizada e holística.

A resolução nº 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) define a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como um dispositivo para organização, planejamento, execução, implantação e avaliação dos cuidados. É um mecanismo que permite ao profissional atuar desde o atendimento inicial ao seu cliente até o acompanhamento de sua evolução clínica (CAMELO, 2012).

Relaciona-se a isso o fato de que o cuidado tem dimensões biopsicológicas, espirituais, políticas, econômicas e sociais, e que quanto maior o número de necessidades afetadas, maior é a exigência de se planejar a assistência, visando a sua ordenação, eficiência e validade (CAMPOS; MELO, 2011; BITAR; PEREIRA; LEMOS, 2006).

Estudos realizados em UTIs identificaram como principais diagnósticos de enfermagem as alterações nutricionais; riscos para infecção e aspiração; perfusão tissular, troca de gases, integridade da pele, comunicação e mobilidade prejudicadas; déficit para o autocuidado (banho e eliminação); ansiedade; dor; entre outros. Assim, é importante a elaboração e implementação de um plano assistencial capaz de suprir as necessidades dos pacientes (SALOMÉ, 2011; SALGADO; CHIANCA, 2011; LUCENA et al, 2010; PASINI et al, 1996).

Nesse plano assistencial, são muitos os cuidados a serem realizados pela equipe, a fim de contribuir com o restabelecimento da condição de saúde desses indivíduos. Incluem a verificação constante de sinais vitais, equilíbrio hídrico, necessidade quanto ao uso de drogas vasopressoras, administração de antibioticoterapia e outras medicações, coleta adequada e acompanhamento de materiais biológicos para exames laboratoriais, cuidados de higiene, avaliação acurada do nível de consciência, curativos, entre outros. Isso demonstra que o enfermeiro deve lidar, de forma integrada, com inúmeros fatores determinantes do prognóstico do paciente crítico (FAVARIN; CAMPONOGARA, 2012).

Chama-se atenção para uma entre essas atividades: os cuidados de higiene, prática corriqueira desenvolvida pela enfermagem no ambiente da terapia intensiva, relacionada ao diagnóstico “déficit no autocuidado: banho”, presente em 98,1% dos pacientes internados em UTI, conforme relata Lucena et al (2010).

Esses cuidados, inclusive os que objetivam a limpeza do corpo, devem ser planejados e aplicados levando-se em consideração um contexto que envolva o paciente como um todo, bem como seus valores, crenças, esperanças, aspectos culturais e as preocupações de cada um, atentando ainda para a sua segurança (VIEIRA; MAIA, 2013).

Torna-se importante tratar da segurança em unidades de terapia intensiva, uma vez que os pacientes internados nesses setores estão particularmente vulneráveis a complicações, em razão da gravidade e labilidade dos estados clínicos, associadas a um número elevado de procedimentos e intervenções (NOVARETTI et al, 2014).

A segurança do paciente sob cuidados intensivos está relacionada à prevenção de erros durante a assistência prestada e, conseqüentemente, a eliminação dos danos causados por eles. Esses erros são resultantes de um ato não intencional provocado por falha ou algum outro problema durante o desenvolvimento

da assistência, cometido a qualquer momento, por qualquer membro da equipe (COSTA et al, 2016).

Destaca-se então o papel da enfermagem, pois o ambiente exige a execução de ações rápidas e a observação constante em todas as atividades realizadas e coordenadas. Em pesquisa realizada por Novaretti et al (2014), identificou-se que 78% dos incidentes sem lesão e eventos adversos em pacientes da UTI estiveram relacionados à enfermagem, além de reforçar que os ocorridos eram passíveis de prevenção.

Desse modo, é possível inferir que os profissionais que compõem essa equipe devem oferecer um cuidado seguro e livre de danos, buscando identificar a ocorrência de falhas, estabelecendo medidas e soluções que visem à efetividade da assistência.

3.3 Os cuidados de higiene desenvolvidos pela equipe de enfermagem

É dever da equipe de Enfermagem prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente, zelando por sua segurança, de acordo com a lei nº 7.498 de Junho de 1986, cabendo a esses profissionais decidir quando e como realizar essas tarefas, estabelecendo estratégias e materiais a serem utilizados, preservando o bem estar e garantindo proteção ao ser cuidado (FLORES, 2016).

Mesmo com uso de um aparato tecnológico, capaz de substituir as funções básicas do organismo, faz-se necessário instituir medidas de higiene (FLORES, 2016), definidas como um conjunto de práticas que promovem saúde e conforto por meio do asseio do corpo, mantendo ou restabelecendo o tegumento, incluindo seus anexos (NEPOMUCENO et al, 2014).

Wanda Horta, pesquisadora e teórica na área de Enfermagem, em 1970, desenvolveu a teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), que tem como objeto o ser humano no atendimento de suas necessidades fisiológicas afetadas, com a finalidade de torná-lo independente da assistência da equipe, através do ensino do autocuidado (SILVEIRA; ROBAZZI, 2014).

As NHB são hierarquizadas de acordo com a prioridade, em cinco níveis: as fisiológicas, de segurança, de amor, de autoestima e de autorrealização. Entre as necessidades fisiológicas estão elencadas a oxigenação, eliminação, nutrição,

hidratação, higiene ou integridade da pele e sexualidade (HORTA apud TRUPPEL, 2008).

Como já foi dito, a higiene do corpo é uma demanda caracterizada como imprescindível ao ser humano, principalmente para àqueles que estão em internação hospitalar, contribuindo no seu processo de recuperação da saúde:

A higiene corporal é uma necessidade humana básica da maior importância, tanto para pessoas saudáveis quanto para doentes que necessitam de repouso absoluto, ou seja, que estão sem capacidade para se locomover. O fato de o indivíduo estar doente pode levar a uma diminuição da resistência às infecções e, o fato de estar em um ambiente hospitalar, onde a presença de bactérias patogênicas é comum, acarreta risco constante de adquirir uma infecção (LIMA, 2008, p. 53).

Não sendo possível para a maioria dos pacientes internados na UTI a realização da higiene do corpo através do banho de aspersão, este é realizado em seu próprio leito. Segundo Maciel e Bocchi (2006), é uma experiência que se configura como de difícil superação, permeada de estresses e de acometimento da autoestima, mediante a 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.

O banho no leito é um cuidado realizado pela equipe de enfermagem que tem como objetivo proporcionar a higiene corporal, além de ser um momento terapêutico, por promover conforto e segurança. Foi descrito há muitas décadas, e citado por vários autores importantes para a enfermagem, entre eles, Florence Nightingale. “Na sua visão, o banho não significa apenas limpeza, mas também, o tornar “puro”, “purificar”, promovendo aconchego e alívio do utente de forma a favorecer o seu restabelecimento físico ou a manutenção da sua saúde” (MARTINS, 2009, p.95).

De acordo com Fonseca (2013, p. 20), Florence se referia à higiene pessoal como “[...] essencial e defendia que a enfermeira nunca deveria protelar a assistência à higiene da pessoa sob a alegação de que pode ser algo oferecido mais tarde”. Para além de alcançar a limpeza, é durante esse cuidado que o profissional de Enfermagem tem a oportunidade de fazer um exame físico minucioso, sendo momento propício para a avaliação da extensão corporal do doente. Para isso, são necessários olhares atentos da equipe (MOLLER; MAGALHÃES, 2015), a fim de

obter informações acerca do estado clínico do indivíduo durante o momento do banho.

De maneira organizada, durante esse cuidado, o enfermeiro tem a oportunidade de ver, ouvir e sentir um conjunto de fatores face às necessidades da pessoa que cuida de forma a elaborar um plano, para posteriormente intervir de modo eficaz frente as suas limitações (FONSECA, 2013). Proporciona ao cuidador uma das maiores oportunidades para conhecer seu paciente, identificar seu estado emocional e suas carências, permitindo verificar as condições da pele, as áreas que estão sofrendo pressão, além de ouvir queixas de dores e desconforto (LIMA, 2008).

Além de todos os benefícios já citados, o banho estimula a circulação, proporciona melhora da autoimagem e relaxamento, reduz os odores corporais, favorece a promoção da amplitude do movimento, alívio do desconforto e relaxamento muscular (LIMA, 2009). É ainda considerado um cuidado de manutenção, como referem Passos e Sadigusky (2011, p. 599):

Os cuidados de manutenção são os quotidianos, que representam todos aqueles mais simples e básicos, como, beber, comer, evacuar, lavar-se, levantar-se, mexer-se, deslocar-se, bem como tudo que contribui para o desenvolvimento e sobrevivência do ser humano [...]. Os cuidados de manutenção ou cuidados básicos são os mais evidentes e importantes para a prática da enfermagem como profissão autônoma.

Apesar da importância desse cuidado, e mesmo descrito há muitas décadas, nem sempre é realizado de acordo com a técnica estabelecida. O banho no leito ensinado na graduação tem sofrido modificações na prática, ferindo princípios técnico-científicos importantes (MACIEL; BOCCHI, 2006).

Isto ocorre, em grande parte das vezes, por esta técnica ser entendida como trivial e descomplicada, como referem Nóbrega e Silva (2009) ao constatar que os cuidados ligados à satisfação das necessidades fundamentais são muitas vezes classificados como extremamente simples, não necessitando de conhecimento científico, realizados de modo automático e habitual, muitas vezes negligenciados pelos enfermeiros.

Na UTI, o banho no leito, normalmente, é executado pelo técnico de enfermagem (NAKATANI et al, 2004). Esta atividade, que outrora foi vista como das mais importantes, hoje é delegada aos outros elementos da equipe de enfermagem, sem a supervisão e avaliação crítica do enfermeiro acerca do procedimento. Deste

modo, constata-se que existem interferências para que tal momento não usufrua de um processo de intervenção do profissional na pessoa (MACIEL; BOCCHI, 2006; FONSECA, 2013).

O banho pode ser investigado como uma prática cotidiana das atividades de enfermagem que tal como quaisquer outras, não estão livres de ocasionar danos ao paciente; pode levar a alterações psicológicas e/ou fisiológicas, incluindo a regulação térmica e o equilíbrio oxi-hemodinâmico (LOPES et al, 2010; LIMA; LACERDA, 2010).

Estudo realizado com pacientes internados em UTI, onde se analisou os parâmetros vitais durante os cuidados de higiene, demonstrou alterações na pressão arterial, frequência cardíaca e saturação de oxigênio (OLIVEIRA et al, 2011). Baggio et al (2011) identificaram que reações como medo, ansiedade, insegurança e fragilidade são comuns em pacientes submetidos ao procedimento.

Diante do que foi evidenciado, percebe-se que os cuidados corporais de higiene/banho no leito, apesar de considerado simples, exige habilidades, conhecimento e sensibilidade em sua execução. Representa momento ímpar na assistência, requerendo aproximação do saber científico com sensibilidade. Requer preparação do paciente, do ambiente, de equipamentos e suprimentos necessários, como também observação criteriosa das condições do indivíduo (SEBOLD et al, 2013).

Ao realizar o banho no leito, o enfermeiro não deve apenas considerar a execução da técnica do procedimento, mas também demonstrar envolvimento e disponibilidade para o atendimento do paciente sob seus cuidados (LOPES et al, 2015). “[...] É um momento propício enquanto tempo de contato, entre enfermeiro/pessoa, onde o profissional tem a competência para perceber alterações físicas ou emocionais, sendo importante a sua capacidade de percepção e reconhecimento” (FONSECA, 2013, p.57).

Para além do conhecimento técnico-científico, o profissional de Enfermagem precisa utilizar-se de recursos complementares para a execução do procedimento, criatividade, por exemplo, a fim de proporcionar, ao paciente, sensações semelhantes ao banho no chuveiro, através do relacionamento terapêutico, contribuindo para o enfrentamento e atendendo às suas demandas (MACIEL; BOCCHI, 2006; NEPOMUCENO et al, 2014) .

Desse modo, percebe-se o quão relevante é este cuidado, tanto para a autonomia da Enfermagem como profissão, quanto para a recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos. Tem o objetivo de atender uma importante NHB, que é a higiene, direcionando-se principalmente àqueles que precisam de repouso absoluto ou tem déficit para mobilizar-se ou locomover-se, necessitando então da ajuda total ou parcial para realizá-lo, de forma satisfatória e digna (DIAS et al, 2016).

Ademais, é um cuidado que está para além da técnica realizada. “Salientamos que o banho deve ser encarado como uma atitude nobre de enfermagem que permite prestar um cuidado individualizado, indo de encontro às necessidades individuais de cada pessoa” (FONSECA, 2013, p. 65), corroborando a ideia da humanização da assistência.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, metodologia ampla que permite a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para a compreensão completa de um fenômeno a ser analisado. Tem por objetivos: definir conceitos, revisar teorias e evidências e analisar problemas metodológicos de um tópico particular (SOUSA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Esta metodologia apresenta seis fases distintas: formulação da pergunta norteadora do estudo; busca na literatura, que deve ser ampla e diversificada; a coleta de dados, por meio de um instrumento previamente elaborado; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados; e apresentação da revisão integrativa, que deve ser clara e completa, permitindo ao leitor avaliar criticamente os resultados (SOUSA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A revisão integrativa é capaz de sintetizar resultados de pesquisas já realizadas, com ênfase nas conclusões da coletânea literária analisada, permitindo a obtenção de dados resumidos e que, quando comparados, inferem conclusões gerais sobre o problema de pesquisa. É um método que pode subsidiar o desenvolvimento e a acurácia da prática clínica em enfermagem, objetivando a segurança do paciente (CROSSETTI, 2012).

Considerando as etapas supracitadas, a questão norteadora proposta para esta revisão foi: quais repercussões psicobiológicas podem advir do banho no leito em pacientes em cuidados intensivos?

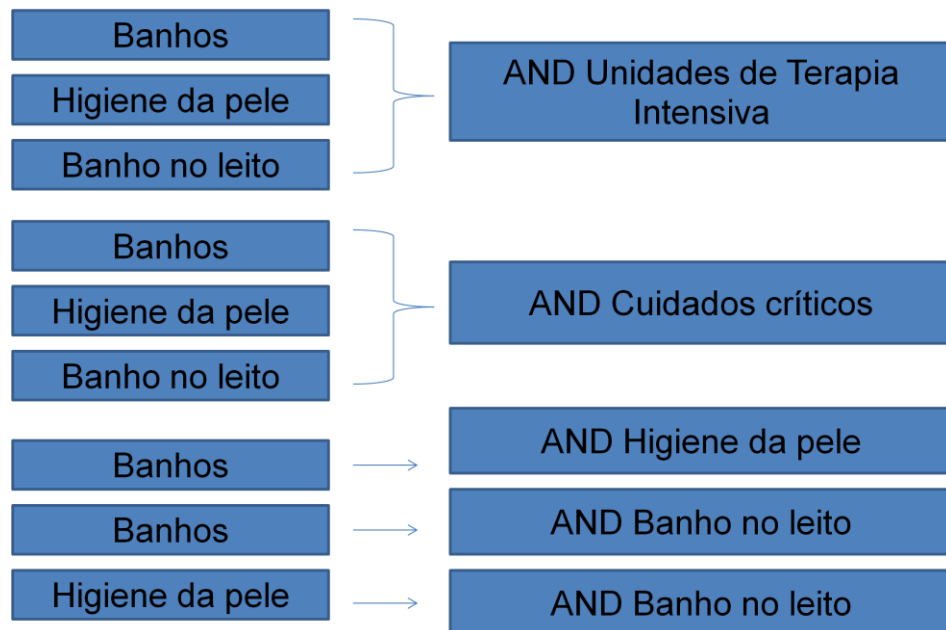
4.2 Busca na literatura

Os artigos foram pesquisados nas seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

Para a busca utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): banhos, higiene da pele, unidades de terapia intensiva e cuidados críticos, além da palavra chave “banho no leito”. Todos os DeCS foram monitorados no idioma inglês,

após verificar-se que o número de publicações encontradas era maior, quando comparado à língua portuguesa ou espanhola. Foram realizados nove cruzamentos, utilizando-se o operador booleano AND, conforme a figura 1:

Figura 1 - Esquema do cruzamento dos Descritores em Saúde referentes à coleta dos dados. São Luís, Maranhão, 2017.



Como critérios de inclusão levou-se em consideração os artigos publicados nos idiomas inglês, português e espanhol, entre os anos de 2006 e 2016, disponíveis online, com texto completo e que contemplaram a pergunta norteadora deste estudo (Apêndice A).

As buscas foram executadas por dois revisores, de modo independente, a fim de evitar distorções nos resultados. Foram excluídos os artigos que não atenderam aos objetivos pré-estabelecidos ou que estavam no formato de editoriais, cartas ao editor ou opiniões de especialistas, bem como os artigos que trataram do banho no leito em outros setores hospitalares que não a Unidade de Terapia Intensiva, além daqueles duplicados nas bases de dados.

4.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre os meses de maio e junho de 2017, sendo os artigos categorizados por meio de um quadro sinóptico, composto dos

seguintes itens: nome dos autores, título da pesquisa, idioma, país, ano de publicação, periódico, base de dados, método, objetivos, resultados e conclusões ou considerações (Apêndice B).

Foram identificados 1688 artigos, que foram analisados por meio da leitura completa dos títulos e resumos, levando-se em consideração a pergunta norteadora, restando 53 artigos (Apêndice C).

Dos 53 selecionados, 34 foram excluídos por repetição em um ou mais dos cruzamentos, restando 19 trabalhos. Após a leitura na íntegra desses 19 artigos, foram excluídos 14 trabalhos: dois deles por não terem sido realizados na UTI; nove artigos por não atenderem a pergunta norteadora deste estudo; dois por não estarem sob a forma de artigo científico e um não foi encontrado na íntegra. Assim, restaram cinco artigos que constituíram a amostra desta pesquisa (n=5).

4.4 Análise crítica dos estudos

Para a análise do material selecionado, foram estabelecidas duas etapas. Na primeira, realizou-se a caracterização dos artigos eleitos, por meio de estatística descritiva apresentando as frequências absolutas e relativas dos dados: ano de publicação, idioma, país, base de dados, periódico e método.

No segundo momento, os artigos foram divididos por similaridade de conteúdo, em duas categorias temáticas: repercussões biológicas e repercussões psicológicas. Os resultados estarão a seguir representados sob as formas de gráficos e tabelas.

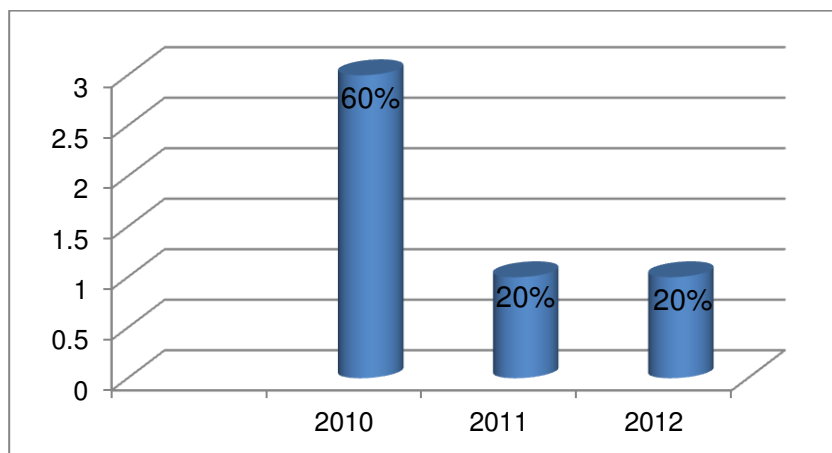
4.5 Aspectos éticos

Foi assegurada a autoria dos artigos selecionados, sendo os mesmos referenciados ao longo do texto. Considerando tratar-se de uma revisão integrativa e, portanto, não envolve seres humanos, tornou-se dispensável a aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa; obteve-se parecer de aprovação pelo Colegiado do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, conforme Anexo A.

5 RESULTADOS

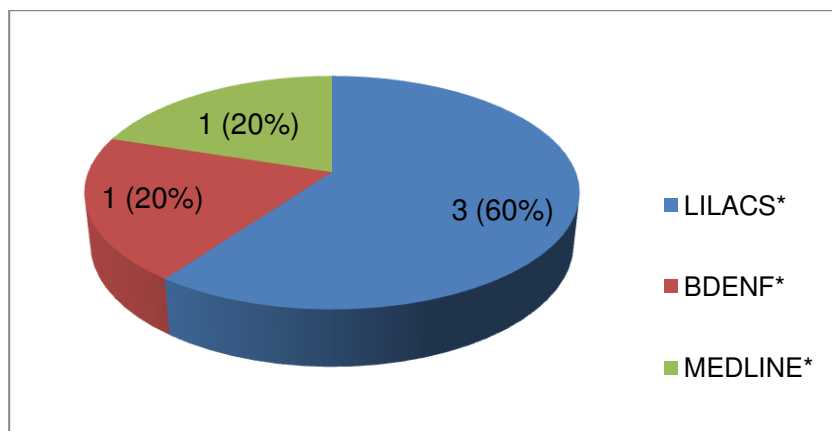
Dentre os cinco artigos selecionados, 60% (n=3) estavam no idioma português e 40% (n=2) em inglês. Todos os estudos foram realizados no Brasil, nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. O período de publicação variou entre os anos de 2010 e 2012, como exposto no gráfico 1:

Gráfico 1 - Distribuição dos artigos selecionados conforme ano de publicação. São Luís, Maranhão, 2017.



Com relação às bases de dados, três artigos (60%) foram selecionados na LILACS, um (20%) na BDENF e um (20%) na MEDLINE (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição dos artigos científicos conforme a base de dados. São Luís, Maranhão, 2017.

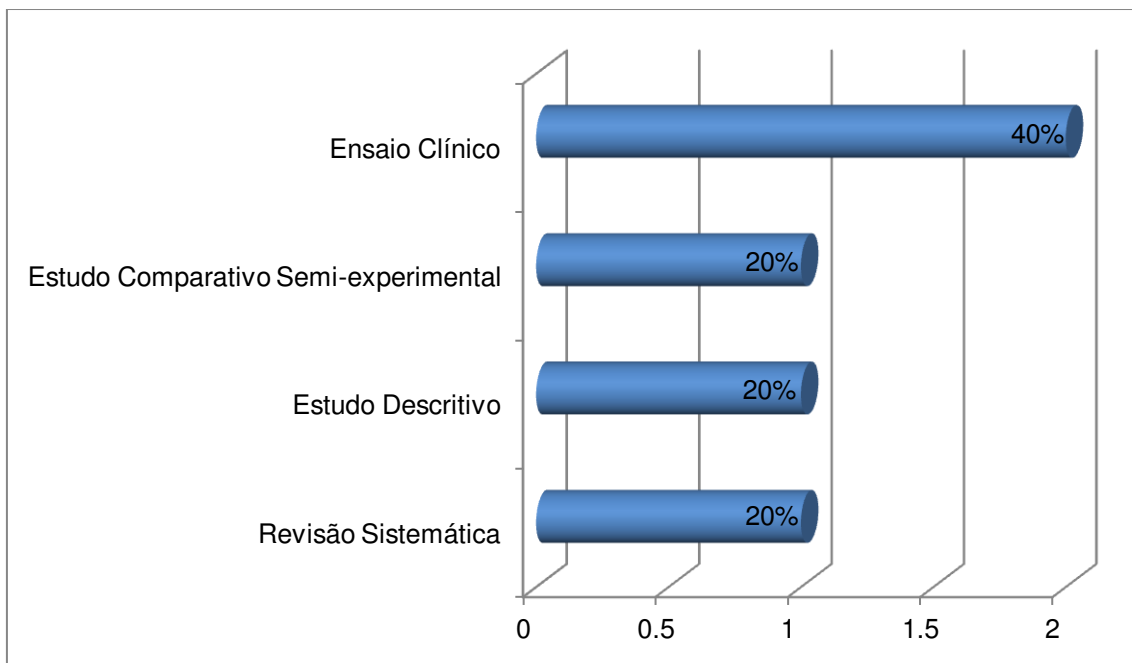


*LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; BDENF: Base de Dados de Enfermagem; MEDLINE: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*.

Os artigos elencados nesta pesquisa foram identificados em cinco periódicos diferentes: Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online; Acta Paulista de Enfermagem; Revista da Escola de Enfermagem da USP; *Journal of Clinical Nursing* e Revista Latino Americana de Enfermagem.

Dentre os tipos de estudo, foram encontrados um (20%) estudo do tipo revisão sistemática, um (20%) estudo descritivo, um (20%) comparativo semi-experimental e dois (40%) ensaios clínicos do tipo *cross-over*, conforme gráfico 3:

Gráfico 3 - Distribuição dos artigos quanto ao tipo de estudo. São Luís, Maranhão, 2017.



Sobre as categorias temáticas, os estudos foram divididos em repercussões psicológicas, sendo duas (40%) pesquisas encontradas sobre esse tema e três (60%) trabalhos referentes às repercussões biológicas do banho no leito (quadro 1).

Quadro 1 - Repercussões psicológicas e biológicas em pacientes em terapia intensiva decorrentes do banho no leito. São Luís, Maranhão, 2017.

CATEGORIA TEMÁTICA	TÍTULO DA PESQUISA E AUTOR	REPERCUSSÕES ADVINDAS DO BANHO NO LEITO
Repercussões psicológicas	Comparação do nível de ansiedade entre o banho de chuveiro e o de leito em pacientes com infarto agudo do miocárdio (LOPES et al, 2010).	Ansiedade; Influência do sexo do profissional que realiza o cuidado de higiene no nível de ansiedade.
	Bed and shower baths: comparing the perceptions of patients with acute myocardial infarction (LOPES; MARTINS; BARROS, 2012).	Percepção negativa do banho no leito; embaraço; constrangimento. Percepção menos negativa entre os pacientes que puderam escolher o sexo do profissional responsável pela sua higiene corporal.
Repercussões biológicas	Avaliação dos parâmetros visualizados de monitorização durante o banho terapêutico (OLIVEIRA et al, 2011).	Variações nas frequências cardíaca, respiratória e pressão arterial;
	Repercussões oxihemodinâmicas do banho no paciente em estado crítico adulto hospitalizado: revisão sistemática (LIMA; LACERDA, 2010).	Tempo médio de duração do banho de vinte minutos; temperatura da água a 40°C; O tempo prolongado do banho e temperatura gera impacto negativo na saturação de oxigênio.
	Evaluation of bedbath in critically ill patients: impact of water temperature on the pulse oximetry variation (OLIVEIRA; LIMA, 2010).	Queda na saturação de oxigênio quando a temperatura da água utilizada no banho foi variável, sendo menor quando a temperatura se manteve constante durante o procedimento. Os pacientes se recuperam após o término do banho.

6 DISCUSSÃO

6.1 Repercussões psicológicas do banho no leito

No que concerne às repercussões psicológicas advindas da realização do banho no leito, os dois artigos selecionados reportaram a ansiedade como presente entre pacientes em estado crítico. Uma dentre essas pesquisas buscou identificar o nível de ansiedade dos pacientes com relação aos tipos de banho, sendo significativamente maior naqueles que receberam os cuidados de higiene no leito, causada pela ameaça à segurança, em razão da invasão da privacidade (LOPES et al, 2010).

Sucintamente, a ansiedade é gerada no organismo em situações de exposição a algo novo ou ameaçador, capaz de levar a alterações fisiológicas como agitação, nervosismo, taquicardia, tônus muscular aumentado, entre outras, provocando uma reação de fuga (BOHNEBERGER et al, 2016).

Uma das causas para esse fenômeno é a internação na unidade de terapia intensiva, por esta ser percebida como um ambiente entre os “mais agressivos, tenso e traumatizantes do hospital, devido a tecnologia avançada, a restrição da família, os sons dos alarmes e a rotina da própria unidade, que perturbam os pacientes” (D’ALFONSO JÚNIOR et al, 2015, p.4), sendo pouco humanizado, intolerável e capaz de gerar medo na maioria das pessoas, pela associação do local com a morte.

Ademais, como referem Nepomuceno et al *apud* Baggio et al (2011), as características e rotinas da UTI geram isolamento social, desconforto, dependência da tecnologia, falta de privacidade e perda da autonomia, princípio que deixa de ser exercido até em situações como higiene, alimentação e eliminações, fazendo com que o indivíduo se torne parcial ou totalmente dependente da equipe.

Somando-se a isso, a falta de controle sobre si mesmo, ambiente desconfortável, a insônia e a dor, estão entre os principais fatores estressantes na UTI, de acordo com pesquisa realizada por Magalhães et al (2014); que identificaram também o exame físico efetuado pela equipe constantemente, a observação do cuidado realizado em outros pacientes, o ruído do toque do telefone e a presença da enfermagem à beira do leito, ainda que em menor proporção que os primeiros, como fatores que incomodam os doentes.

O estudo de Lopes, Martins e Barros (2012) constatou que a percepção dos pacientes internados em uma unidade coronariana frente ao banho no leito foi significativamente menos positiva quando comparada ao banho no chuveiro, concordando com outras pesquisas, ao concluir que esse cuidado é percebido como desagradável e constrangedor, além de causar vergonha (SEVERO; PERLINI, 2005; LOPES et al, 2010). Baggio et al (2011) reforçam ao afirmar que, na visão dos profissionais, reações como medo, insegurança, ansiedade, fragilidade e invasão também são comuns entre os doentes.

Esse fato está relacionado principalmente à exposição corporal, que se faz indispensável durante o cuidado, causando embaraço, uma vez que a privacidade em muitas ocasiões não é resguardada, por falta de condições, de acordo com a vontade do indivíduo, tornando o momento delicado (BETTINELLI; POMATTI; BROCK, 2010). Ademais, entende-se que, por uma questão cultural vivida desde o contexto familiar, expor o corpo não é conveniente, subentendendo-se que o “estar nu” é relacionado à sensualidade e a sexualidade (GUIMARÃES; DOURADO, 2013).

A nudez, comum no ambiente de terapia intensiva, é justificada principalmente por facilitar o manuseio do paciente em situações de emergência, exigindo da equipe de Enfermagem a manutenção do respeito e da dignidade humana, através de atitudes e expressões que demonstrem preocupação com a privacidade, transmitindo segurança ao paciente (PUPULIM; SAWADA, 2005; BETTINELLI; POMATTI; BROCK, 2010).

Outro ponto identificado na pesquisa é que o sexo do profissional influencia diretamente na percepção dos pacientes sobre os cuidados de higiene; aqueles que tiveram suas preferências atendidas e puderam escolher o sexo do profissional para realizar o banho apresentaram um menor grau de constrangimento quando comparados aos que não tiveram suas preferências atendidas, corroborando com o estudo de Pupulim e Sawada (2010) que, além disso, perceberam que este fato ocorre principalmente entre pessoas do sexo feminino. Os trabalhos de Baggio et al (2011), Martins (2009), Severo; Perlini (2005), Guimarães; Dourado (2013, entre outros, também evidenciaram essa relação.

Assim, a diferença de gênero pode se tornar uma barreira quando se pretende atingir aspectos mais íntimos do paciente o que, de acordo com Martins

(2009), possui como causa o tabu sexual, que leva a sentimentos de mal estar e incômodo aos doentes e provoca também receio e pudor ao enfermeiro.

Percebe-se, então, que é responsabilidade do profissional garantir a integridade moral do indivíduo, preservando tanto a sua exposição física quanto a sua intimidade, prestando um cuidado seguro, uma vez que o não cumprimento dessas medidas pode acarretar em punições de acordo com o Código de Ética da Enfermagem (DIAS JUNIOR et al, 2014).

Já os fatores estressores podem ser evitados e mesmo a privacidade dos pacientes pode ser salvaguardada tomando-se medidas simples, como o uso de biombos ou a manutenção de portas fechadas, quando possível, durante a realização de cuidados como o banho, curativos e outros procedimentos à beira do leito (SOARES, 2010), promovendo segurança durante a assistência.

Outra medida que deve ser utilizada com o objetivo de reduzir ou atenuar a ansiedade dos pacientes é a comunicação acerca do procedimento, uma vez que quanto mais ansiosos, maiores os riscos de repercussões psíquicas e fisiológicas (LOPES et al, 2015). A orientação sobre o cuidado é um dos primeiros passos incluídos na execução da técnica do banho no leito, segundo Miranda (2016), e que deve ser seguido em todos os cuidados realizados pela equipe de saúde.

Bettinelli e Erdman (2009) identificaram que a comunicação é pouco existente na UTI, mesmo sendo primordial para diminuir ou evitar fatores estressantes, tanto para os pacientes, quanto para suas famílias, devendo ser clara, honesta e adequada.

Pott et al (2013) confirmaram esse fato ao identificarem que 60% dos banhos realizados em uma unidade semi-intensiva aconteceu sem comunicação prévia, ou seja, os pacientes não foram orientados quanto ao cuidado e como o mesmo seria efetuado. Ainda segundo os autores, isso é ocasionado pela mecanização do trabalho na UTI, onde os profissionais direcionam-se para o tratamento e cura do doente, esquecendo as outras dimensões que o compõem e por entenderem que a sedação induz a incapacidade auditiva dos pacientes, o que é um equívoco.

Assim, entende-se que os profissionais devem utilizar de toda a tecnologia disponível para o desenvolvimento da assistência, sendo empáticos, conciliando isso a um cuidado baseado no relacionamento interpessoal, objetivando

um cuidado ético, responsável e seguro aos indivíduos criticamente doentes (REIS; SENA; FERNANDES, 2016).

6.2 Repercussões biológicas do banho no leito

Como visto, as repercussões psicológicas causadas pelo banho no leito podem resultar em alterações biológicas no organismo. Além disso, outros fatores como a temperatura da água, o tempo do banho e a técnica realizada também podem ocasionar desfechos ao paciente, como identificado nos artigos selecionados nesta pesquisa.

Dois dos estudos incluídos correlacionaram a temperatura da água com a saturação de oxigênio, afirmando que esta sofreu menores alterações quando a temperatura se manteve constante. Concluíram ainda que o estado ideal para a água utilizada no banho deve ser de 40°C, devendo o procedimento durar em média vinte minutos (OLIVEIRA et al, 2011; LIMA; LACERDA, 2010).

Guyton (2006) explica que o corpo humano possui receptores para frio e calor, sendo o primeiro em quantidade dez vezes maior que o segundo, localizados imediatamente abaixo da pele, em pontos discretamente separados; e ainda, que as sensações extremas, tanto do frio excessivo, quanto do calor abrasador, são capazes de gerar dor ao indivíduo.

Nesse contexto, é válido considerar que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) determina na RDC nº. 50 as normas do espaço físico das UTIs, onde se encontra que a temperatura nesses setores deve variar entre 21° e 25°C (BRASIL, 2002). Esse fato leva o indivíduo a perder calor invariavelmente, independente de manipulações, em razão da baixa temperatura do ambiente (LIMA, 2009), levando a alterações do quadro clínico e, conseqüentemente, ao retardo na recuperação do doente. Segundo Clevenger *apud* Oliveira et al (2009), esse fato é ainda mais perigoso no paciente grave, uma vez que o contato de sua pele com superfícies úmidas pode induzir a uma perda de calor de 30%.

Essa perda de calor para o ambiente reduz também a quantidade de oxigênio a ser transportada pelo sangue, ocasionando prejuízos ao paciente, que geralmente já sofre comprometimentos relacionados à função respiratória (OLIVEIRA et al, 2009).

Estudo realizado por Silva et al (2016) com pacientes internados em unidade coronariana identificou que, mesmo influenciada pela temperatura e sendo variável, a saturação de oxigênio retorna aos parâmetros normais, havendo a recuperação do indivíduo 15 minutos após o procedimento.

Esse mesmo autor identificou que a água a um nível de 42.5°C exerceu influência sobre outro parâmetro, a frequência cardíaca, reduzindo-a. Isso contribui significativamente para garantir a diminuição na demanda metabólica e, conseqüentemente, a necessidade de oxigênio pelo miocárdio (SILVA et al, 2016).

Apesar da literatura não apresentar um consenso a respeito dos valores exatos da temperatura da água a ser utilizada no banho, ela deve permanecer constantemente aquecida, já que os extremos, para mais ou para menos, são prejudiciais, pois em ambos os casos provocam um aumento na demanda de oxigênio (LIMA, 2009). Isto se justifica pelo fato de que quando a temperatura da pele está caindo ativamente, a pessoa sente muito mais frio do que quando a temperatura permanece fria a uma constante (GUYTON, 2006).

Em se tratando da duração do banho no leito, o tempo estimado por Lima e Lacerda (2010) foi de 20 minutos, em média. Já Moller (2014) constatou em pesquisa que essa variável atingiu a média de 26,06 minutos. De tal modo, o profissional deve planejar esse cuidado, uma vez que há a necessidade de preparo do material antes de iniciá-lo, bem como o seu descarte, atentando ao fato de que o banho prolongado é capaz de gerar impacto negativo na saturação venosa de oxigênio (MOLLER, 2014; LIMA; LACERDA, 2010).

O terceiro artigo utilizado neste estudo apontou para variações em parâmetros vitais, incluindo frequências cardíaca e respiratória e pressão arterial média, durante a realização do banho no leito. Em decorrência disso, concluiu que a monitorização dos pacientes em cuidados intensivos deve ser mantida mesmo durante os cuidados de higiene (OLIVEIRA et al, 2011).

Rangil et al (2002) avaliaram a ocorrência de efeitos adversos ocasionados pelo banho, concluindo que a sua frequência atingiu 48% de todos os procedimentos realizados; dentre estes, 12% perduravam por até uma hora após a realização do banho. Os eventos mais encontrados foram queda na saturação, alterações respiratórias e oscilações na pressão arterial, para mais ou para menos.

Alguns desses parâmetros foram avaliados no estudo de Silva et al (2014), realizado com pacientes após cirurgia cardíaca e submetidos ao banho no

leito. Inferiu-se que houve alterações nos níveis pressóricos, porém, sem maiores prejuízos fisiológicos. Já a frequência respiratória apresentou oscilações durante a realização do procedimento, retornando aos padrões fisiológicos após a sua conclusão.

Como os cuidados corporais de higiene exigem a movimentação do paciente no leito, destaca-se que os estudos acima corroboram com a pesquisa de Mota e Silva (2012), onde foram identificados os principais fatores adversos relacionados à mobilização precoce do paciente em UTI. Dentre as ocorrências, estiveram presentes as variações da pressão arterial, hipoxemia e a desaturação de oxigênio, sendo esta última o desfecho mais encontrado na literatura. Apesar disso, essas variáveis não contribuíram para a interrupção da mobilização dos doentes.

Diante do contexto, faz-se necessária a avaliação clínica do enfermeiro para decidir sobre a realização do banho no paciente crítico e a sua mobilização, atentando para os critérios respiratórios, circulatórios e neurológicos (MOTA; SILVA, 2012). Não foi encontrado na literatura o grau do dano causado pelas oscilações nos parâmetros vitais, sendo apenas evidenciado que retornam aos padrões considerados fisiológicos após o término do procedimento (SILVA et al, 2016; LIMA; LACERDA, 2010; RANGIL et al, 2002).

Alguns estudos enfatizam a importância da manutenção da monitorização multiparamétrica nos pacientes, mesmo durante a higiene, bem como a criação de um protocolo de enfermagem para nortear a prática do banho no leito em pacientes críticos, baseado nas ocorrências dos principais eventos adversos, assim como a aplicação de medidas preventivas e corretivas eficazes, objetivando a segurança do paciente (OLIVEIRA et al, 2011; RANGIL et al, 2002).

7 CONCLUSÃO

Os achados na literatura corroboram a ideia de que o banho no leito é um cuidado bastante conhecido pela comunidade científica e tem o seu ensino estimulado durante a graduação, porém, pouco investigado sobre os seus efeitos no estado clínico e a relação da sua execução com a segurança do paciente.

Por ser um procedimento capaz de proporcionar inúmeros benefícios ao doente, principalmente àqueles em estado crítico, são poucos os estudos que evidenciam riscos à sua execução, principalmente se comparado a outros cuidados. Isso pode estar relacionado à desvalorização da técnica propriamente dita ou ainda à escassez de pesquisas acerca das repercussões do banho no leito aos pacientes.

Analisando-se os desfechos psicológicos decorrentes desse cuidado, foi possível identificar que a percepção dos pacientes é de desagrado e constrangimento, que reações como medo, insegurança, fragilidade e invasão são comuns, bem como a ansiedade, que foi significativamente maior comparando-se ao banho realizado no chuveiro.

Entre as principais causas para esses achados estão: a invasão da privacidade; a exposição corporal, comum na terapia intensiva; as características e rotinas no ambiente, capaz de gerar estresse e temor e; o sexo do profissional que realiza o procedimento. Diante disso, é responsabilidade da equipe de enfermagem garantir a integridade física e moral, preservando-se a segurança dos pacientes durante a prestação dos cuidados.

Entre as repercussões biológicas do banho, todos os estudos mencionaram alterações na saturação de oxigênio. As oscilações nesse parâmetro foram maiores quando a temperatura da água sofreu variação, ocorrendo o efeito contrário quando a temperatura foi constante. Observou-se que a água deve estar em 40°C durante o procedimento, porém, não há um consenso que confirme esta proposição na prática. A baixa temperatura do ambiente induz a perda de calor, aumenta a necessidade do consumo de oxigênio, alterando a saturação. Portanto, são necessárias medidas de controle, tanto dos fatores ambientais, quanto dos materiais utilizados no banho.

Outras medidas como a frequência cardíaca, respiratória e a pressão arterial também sofrem variações, retornando aos valores fisiológicos normais após o término do procedimento. A literatura encontrada recomenda a manutenção da

monitorização multiparamétrica durante o banho, bem como a criação de um protocolo que norteie a sua execução, com o objetivo de garantir a segurança dos doentes.

Diante do exposto, ficou perceptível a importância dos cuidados corporais de higiene, por trazerem inúmeros benefícios, envolvendo não só a limpeza, mas o bem estar, a satisfação e a segurança no momento do cuidado. Em contrapartida, assim como qualquer outra intervenção de enfermagem, o banho é capaz de causar danos ao paciente, levando a repercussões psicobiológicas negativas.

Nesse contexto, sugere-se a realização de pesquisas envolvendo a temática, uma vez que a sua escassez caracterizou-se como um fator limitante deste estudo. A produção de investigações sobre os desfechos psicobiológicos do banho no leito é iminente, devendo ser criteriosa, planejada e com níveis de evidência capazes de embasar as práticas de enfermagem.

Assim, por ser uma intervenção realizada especificamente por esses profissionais, é crucial que tenham posse de conhecimento científico, habilidades e um olhar clínico, estando sensíveis e dispostos para a sua execução, por ser um momento ímpar na relação do cuidador e ser cuidado.

REFERÊNCIAS

- ALVES, M. V. M. F. F. et al. Perfil dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva pediátrica de um hospital escola do interior de São Paulo. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Botucatu, v.13, n. 2, p. 294-301, 2014.
- ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. (Brasil). **AMIB: Nossa história**. 2012. Disponível em: <http://www.amib.org.br/institucional/nossa-historia/>. Acesso 10 jun 2017.
- BACKES, M.T.S. et al. O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 16, n. 4, p.689-696, dez. 2012. FapUNIFESP.
- BAGGIO, M. A. et al. privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 1, p. 25-30, Brasília, 2011.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 07, de 24 de fevereiro de 2010. **Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências**.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 259 de 1º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**.
- BETTINELLI, L. A.; ERDMANN, A. L. Internação em unidade de terapia intensiva e a família: perspectivas de cuidado. **Avances em Enfermería**, v. 27, n. 1, p. 15-21, 2009.
- BETTINELLI, L.; POMATTI, D. M.; BROCK, J. invasão da privacidade em pacientes de uti: percepções de profissionais. **Revista Bioethicos**, n. 4, v. 1. p.44-50, Centro Universitário São Camilo – 2010
- BITTAR, D. B.; PEREIRA, L. V.; LEMOS, R. C. A. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.4, p.617-628, 2006.
- BOHNEBERGER, G. et al. Alterações fisiológicas da ansiedade e do medo e implicações na odontologia. **Ação Odonto**, [S.l.], n. 2, mar. 2016.
- CAMELO, S.H.H. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. jan.-fev. 2012.

CAMPOS, L. F.; MELO, M. R. A. C. Assistência em enfermagem na perspectiva da clínica ampliada em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n.1, p. 189-193, Porto Alegre (RS) 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **5065 municípios brasileiros não possuem leitos de UTI, aponta estudo do CFM**. 2016. Acesso 10 jun 2017.

Disponível em:

https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26167:2016-05-16-12-15-52&catid=3. Acesso em: 10 jun 2017.

COFEN. Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências**.

COSTA, D. V. S. et al. Contribuições da enfermagem na segurança do paciente da unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem: UFPE On Line**, Recife, v. 6, n. 10, p.2177-2188, nov. 2016.

CROSSETTI, M. G. O. Revisão integrativa da pesquisa na Enfermagem – o rigor científico que lhe é exigido [editorial]. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v.33, n.2, p.8-9, 2012.

D'ALFONSO JÚNIOR, G. et al. Humanização em unidades de terapia intensiva: uma visão do ponto de vista do profissional de enfermagem. **Revista Itinerarius Reflectiones**, v. 11, n.1, Goiás, 2015.

DIAS JUNIOR, D. et al. The nurses' understanding about patient safety and medication errors. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 4, p.866-873, 2014. GN1 Genesis Network.

DIAS, J. A. A. et al. O banho no leito na óptica de estudantes de graduação em enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 8, n. 4, p.5087-5094, 4 out. 2016. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO.

FAVARIN, S. S.; CAMPONOGARA, S. Perfil dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva adulto de um hospital universitário. **Revista Enfermagem UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 2, p. 320-329, 2012.

FERRARI, D.; AUTÍLIO, S. C. **SAFI: Suporte Avançado em Terapia Intensiva**. 2004. SOBRATI. Disponível em: <<http://www.sobrati.com.br/trabalho13-julho-2004.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

FLORES, G. P. **Crerios para banho no leito em Unidade de Terapia Intensiva Adulto: construção de um protocolo assistencial**. 2016. 75 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos, Porto Alegre, 2016.

FONSECA, E. F. **Cuidados de higiene - banho: significados nos cuidados de enfermagem. Perspectiva dos enfermeiros**. 2013. 141 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade do Porto, Porto, 2013.

GUIMARÃES, C. M.; DOURADO, M. R. Privacidade do paciente: cuidados de enfermagem e princípios éticos. **Revista estudos**, Goiânia, v. 40, n. 4, p. 447-460, out./dez. 2013.

GUYTON, A. HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. Rio de Janeiro, Elsevier, 2006.

LIMA, D. V. M. **Repercussões oxo-hemodinâmicas do banho no paciente adulto internado em estado crítico: evidências pela revisão sistemática de literatura**. 2009. 258 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Enfermagem na Saúde do Adulto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

LIMA, D. V. M.; LACERDA, R. A. Repercussões oxo-hemodinâmicas do banho no paciente em estado crítico adulto hospitalizado: revisão sistemática. **Revista ACTA PAUL Enfermagem**, v.23, n.2, p. 278-285, Rio de Janeiro, 2010.

LIMA, T. C. **Revelando o processo de recriação do banho no leito no cenário da terapia intensiva: produto da suscetibilidade da enfermagem em incorporar o conhecimento êmico a sua práxis**. 2008. 215 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2008.

LOPES, J. L. et al. Comparação do nível de ansiedade entre o banho no chuveiro e o de leito em pacientes com infarto agudo do miocárdio. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p.80-88, abr. 2010.

LOPES, J. L. et al. Orientação de enfermagem sobre o banho no leito para redução da ansiedade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 68, n. 3, p.497-503, jun. 2015.

LOPES, J. L.; MARTINS, L. N.; BARROS, A. L. Bed and shower baths: comparing the perceptions of patients with acute myocardial infarction. **Journal Of Clinical Nursing**, [s.l.], p.1-8, nov. 2012.

LUCENA, A. F. et al. Intervenções de enfermagem utilizadas na prática clínica de uma unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 18, núm. 5, outubro, 2010, p. 1-9. Universidade de São Paulo, São Paulo.

MACIEL, S. S. A.; BOCCHI, S. C. M. Compreendendo a lacuna entre a prática e a evolução técnico-científica do banho no leito. **Rev. Latino Americana de Enf.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p.233-242, mar./abr. 2006. Bimestral.

MAGALHÃES, F. M. N. M. et al. Avaliação dos estressores para o paciente em uma unidade de terapia intensiva cardiológica. **Revista Foco**, v. 5, n.2, p. 8-12, 2014.

MARTINS, S. I. A. **O banho no leito em contexto de internamento hospitalar: vivências de pessoas idosas**. 2009. 272 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2009.

MEZZAROBA, R. M.; DE FREITAS, V. M.; KOCHLA, K. R. A. O cuidado de enfermagem ao paciente crítico na percepção da família. **Cogitare Enfermagem**, vol. 14, núm. 3, 2009, p.499-505 Universidade Federal do Paraná. Curitiba.

MIRANDA, R. P. R. **Desempenho dos estudantes de enfermagem na realização do banho no leito em treino de habilidade e em cenário simulado: um ensaio clínico controlado randomizado**. 150 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Alfenas, 2016.

MOLLER, G. **Cuidados com o banho de leito: implicações na carga de trabalho da equipe de enfermagem**. 2014. 41 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014

MÖLLER, G.; MAGALHÃES, A. M. M. BED BATHS: nursing staff workload and patient safety. **Texto Contexto - Enferm.**, [s.l.], v. 24, n. 4, p.1044-1052, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO).

MORITZ, R. D. et al. Análise das UTIs do Estado de Santa Catarina e avaliação do perfil dos pacientes internados nesses setores. **Rev. Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, Vol. 39, n. 4, p. 51-55, 2010.

MOTA, C. M. SILVA, V. G. A segurança da mobilização precoce em pacientes críticos: uma revisão de literatura. **Revista Interfaces Científicas – Saúde e Ambiente**, Aracaju, v.1, n.1, p. 83-91, 2012.

NAKATANI, A. Y. K. et al. O banho no leito em unidade de terapia intensiva: uma visão de quem recebe. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 3, n. 1, p.13-21, jan./abr. 2004.

NEPOMUCENO, B. C. et al. Banho No Leito: o Discurso do Sujeito Coletivo de Pacientes Hospitalizados. **Revista Ciências em Saúde**, [s.l.], v. 4, n. 1, p.18-25, 2014.

NÓBREGA, S. S.; SILVA, L. W. S. Banho no leito, complexidade ou simplicidade: a óptica do olhar científico. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61, 2009, Ceará. **Anais...** . Bahia: Aben, 2009. p. 3702 - 3019. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01109.pdf. Acesso em: 14 fev. 2017.

NOVARETTI, M. C. Z.; QUITÉRIO, L. M.; SANTOS, E. V. gestão em unidades de terapia intensiva brasileiras: estudo bibliométrico dos últimos 10 anos. **Rahis: Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, São Paulo, p.16-33, 26 maio 2015.

NOVARETTI, M. C. Z. et al. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 67, núm. 5, 2014, p. 692-699. Associação Brasileira de Enfermagem, Brasília, Brasil.

OLIVEIRA, A. P. et al. O banho do doente crítico: correlacionando temperatura ambiente e parâmetros oxihemodinâmicos. **Revista Referência**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p.61-68, dez. 2009.

OLIVEIRA, A.; LIMA, D. V. M. Evaluation of bedbath in critically ill patients: impact of water temperature on the pulse oximetry variation. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 4, n. 44, p.1034-1040, 2010.

OLIVEIRA, R. S. et al. Evaluation of parameters vital signs monitored during the therapeutic bath. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental Online**, v. 3, n. 2, p.1992-1997, jun 2011.

PACHECO, S. Evolução das UTIs transforma a imagem de "antessalas da morte". **Correio Braziliense**. Brasília, 28 out. 2010. Ciência e Saúde. Disponível em: http://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/ciencia-e-saude/2010/10/28/interna_ciencia_saude,220305/index.shtml. Acesso em: 10 jun. 2017.

PASINI, D. et al. Diagnósticos de enfermagem de pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI). **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.30, n.3, p.501-18, dez. 1996.

PASSOS, S. S. S.; SADIGUSKY, D. Cuidados de Enfermagem ao paciente dependente e hospitalizado. **Rev. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p.598-603, out./dez. 2011. Trimestral.

POTT, F. S. et al. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, p. 174-179, Brasília, 2013.

PUPULIM, J. Simone L.; SAWADA, N. O. Exposição corporal do cliente no atendimento das necessidades básicas em uti: incidentes críticos relatados por enfermeiras. **Revista Latino americano de Enfermagem**, n.13, v.3, p. 388-396, 2005.

PUPULIM, J. S. L.; SAWADA, N. O. Privacidade física referente à exposição e manipulação corporal: percepção de pacientes hospitalizados. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, n.19, v. 1, p. 36-44, Florianópolis, 2010.

RANGIL, M. P. R. et al. Frecuencia de eventos adversos durante el aseo del paciente crítico. **Revista Enfermagem Intensiva**, Madrid, v. 2, n. 13, p.47-56, mar. 2002.

REIS, C. C. A.; SENA, E. L. S.; FERNANDES, M. H. Humanização do cuidado nas unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 8, n. 2, p.4212-4222, 4 abr. 2016. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO.

RODRIGUEZ, A. H. et al. Características epidemiológicas e causas de óbitos em pacientes internados em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 69, n. 2, p.229-234, abr. 2016. FapUNIFESP.

RIBEIRO, Y. C. **As dimensões do cuidado da enfermeira na unidade de terapia intensiva**. 2010. 83 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

SALGADO, P. O.; CHIANCA, T. C. M. Identificação e mapeamento dos diagnósticos e ações de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, vol. 4, n. 19. Belo Horizonte, 2011.

SALOMÉ, G. M. Diagnóstico de enfermagem dos pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Saúde Coletiva**, vol. 47, núm. 8, 2011, p. 24-28. Editorial Bolina. São Paulo.

SANTOS, A. C. **Custo com assistência de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva em hospital público de nível terciário, Distrito Federal, 2008**. 2009. 97 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

SEBOLD, L. F. et al. Banho no leito: prática de cuidado na visão de acadêmicos de enfermagem. **Reuol: Revista de Enfermagem**, Recife, v. 7, p.6162-6168, out. 2013. Mensal. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/12252/14879>. Acesso em: 12 fev. 2017.

SEVERO, G.; PERLINI, M. G. Estar internado em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. **Rev. Scientia Medica**, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 1, jan./mar. 2005.

SILVA, C. J. B. et al. Bed bath for infarcted patients: crossover of the hydrothermal control 40°C versus 42.5°C. **Online brazilian journal of nursing**, v. 15, n. 3, p. 341-350, 2016.

SILVA, L. F. da et al. Sinais vitais e procedimentos de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista de Enfermagem: UFPE On Line**, Recife, v. 3, n. 8, p.719-725, mar. 2014.

SILVEIRA, R. C. P.; ROBAZZI, M. L. C. C. Avaliação de enfermagem ao adulto e idoso e teoria das necessidades humanas básicas: uma reflexão. **Reuol: Revista de Enfermagem**, Recife, v. 10, n. 8, p.3525-3532, 2014.

SOARES, L. G.; REIS, M. R.; SOARES, L. G. Humanização na uti: dificuldades encontradas para sua implementação uma revisão integrativa. **Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade de Guiracá**, Maringá, v. 06, n. 01, p.70-86, jul. 2014. Mensal.

SOARES, N. V. **A privacidade dos pacientes e as ações dos enfermeiros no contexto de internação hospitalar**. 104 f. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Porto Alegre. 2010.

SOUZA, M. T; SILVA, M. D; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p.102-106, 2010.

TRUPPEL, T. T. Prática assistencial de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada no referencial teórico de horta. **Revista RENE**, Fortaleza, v.9, n. 3, p. 116-124, 2008.

VIEIRA, C. A.; MAIA, L. F. S. Assistência de enfermagem humanizada ao paciente em UTI. **Recien: Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 3, p.17-22, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Distribuição dos artigos nas bases de dados após cruzamentos dos DeCS.

Tabela 1 - Número de artigos encontrados conforme descritores e bases de dados. São Luís, Maranhão, 2017.

Base de Dados	LILACS*	SciELO*	MEDLINE*	BDENF*	TOTAL
DeCS†					
baths AND intensive care units	04	03	56	03	66
skin care AND intensive care units	36	17	566	23	642
bed baths AND intensive care units	01	01	06	01	09
baths AND critical care	02	01	18	02	23
skin care AND critical care	21	18	684	11	734
baths AND skin care	03	01	103	01	108
baths AND bed baths	10	6	49	07	72
skin care AND bed baths	02	01	05	01	09
TOTAL	81	48	1488	51	1668

*LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; SciELO: *Scientific Electronic Library Online*; MEDLINE: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*; BDENF: Base de Dados de Enfermagem.

†DeCS: Descritores em Ciências da Saúde.

APÊNDICE C – Distribuição dos artigos nas bases de dados após aplicação dos critérios de inclusão.

Tabela 2 - Número de artigos selecionados após análise do título e resumo de acordo com os descritores e bases de dados. São Luís, Maranhão, 2017.

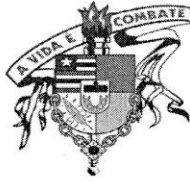
Base de Dados DeCS†	LILACS*	MEDLINE*	SciELO*	BDEF*	TOTAL
baths AND intensive care units	03	03	03	03	12
skin care AND intensive care units	01	01	--	02	04
bed baths AND intensive care units	01	01	01	01	04
baths AND critical care	02	02	01	01	06
skin care AND critical care	--	01	--	01	02
bed baths AND critical care	02	02	--	--	04
Baths AND Skin care	01	--	01	01	03
Baths AND Bed baths	02	03	05	04	14
Skin care AND Bed baths	01	01	01	01	04
TOTAL	13	14	12	14	53

*LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; MEDLINE: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*; SciELO: *Scientific Eletronic Library Online*; BDEF: Base de Dados de Enfermagem.

†DeCS: Descritores em Ciências da Saúde.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer de aprovação do Colegiado do Curso de Enfermagem da UFMA

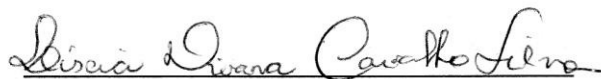


MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CCBS – CURSO DE ENFERMAGEM

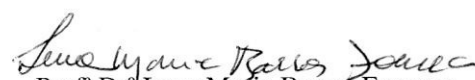
PARECER DO COLEGIADO DE CURSO - PROJETO DE TCC

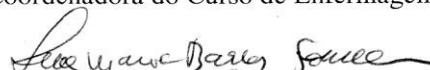
1. **TÍTULO:** ANÁLISE DO BANHO NO LEITO: repercussões psicobiológicas ao paciente em terapia intensiva.
2. **ALUNA:** JAÍZA SOUSA PENHA.
3. **ORIENTADORA:** Profa. Me. Flávia Danyelle Oliveira Nunes.
4. **INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA:** A introdução apresenta-se fundamentada, contextualizada, e problematiza a temática do estudo.
5. **OBJETIVOS:** Explicitam-se os objetivos para a realização do estudo de forma apropriada.
6. **PROCESSO METODOLÓGICO:** Apresenta a questão norteadora com descrição clara da metodologia proposta para uma revisão integrativa, relacionada a busca literária, coleta e análise dos dados e cumprimento aos preceitos éticos.
7. **CRONOGRAMA:** Adequado.
8. **TERMO DE CONSENTIMENTO:** Dispensável por ser uma revisão integrativa.
9. **NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA:** Adequada.
10. **CONCLUSÃO DO PARECER:** Estudo com temática relevante e atual que acrescenta conhecimento a área específica, sendo de parecer favorável a sua execução.

São Luís, 30 de abril de 2017.


Professor(a) Relator(a)

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia ____/____/____.
- Aprovado “ad referendum” do Colegiado de Curso em 03/05/2017.
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia ____/____/____.


Prof^ª Dr^ª Lena Maria Barros Fonseca
Coordenadora do Curso de Enfermagem


Prof^ª Dr^ª Lena M^ª Barros Fonseca