

# BANHO INTERVENCIONISTA NO LEITO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

## INTERVENTIONIST BATH IN BED IN A INTENSIVE CARE UNIT

RENATA MOSER BARBOSA DA SILVA<sup>1\*</sup>, KELLY CRISTINA INOUE<sup>2\*\*</sup>

1. Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da FACULDADE UNINGÁ/INGÁ; 2. Professora Doutora do Curso de Graduação em Enfermagem da FACULDADE UNINGÁ/INGÁ.

\* Rua Quintino Bocaiúva, 1154, apto. 33, Zona 7, Maringá, Paraná, Brasil. CEP 87020-160. [kellyelais@hotmail.com](mailto:kellyelais@hotmail.com)

\*\* Avenida Américo Baelay, 1819, Parque Das Grevileas, Maringá, Paraná, Brasil. CEP 87025-210. [renatamoser@live.com](mailto:renatamoser@live.com)

Recebido em 18/12/2015. Aceito para publicação em 30/01/2016

### RESUMO

O banho no leito intervencionista vem para melhorar a qualidade de assistência da equipe de enfermagem, e melhor a integridade hemodinâmica, física e emocional do paciente em estado crítico, já que não consegui e nem pode executar sua higiene pessoal. **Objetivo:** Analisar a duração do banho intervencionista no leito em UTI. **Objetivo específico:** Analisar custo e benefício ao paciente crítico em UTI na realização do banho no leito realizado por lenços umedecidos. **Método:** Pesquisa descritiva e exploratória de dados secundários do Projeto de Pesquisa denominado "Tecnologias para o cuidado em Unidade de Terapia Intensiva: análise de custos com segurança e qualidade assistencial", realizado na UTI de um hospital de ensino brasileiro, no período de outubro de 2013 a março de 2014. **Resultados / Conclusão:** Dentre os sete procedimentos de banho intervencionista no leito observados, com exceção de dois casos, os demais foram efetuados por uma dupla de técnicos de enfermagem. O tempo do banho no leito variou de 13 a 37 minutos (média=23,3 minutos; desvio padrão=7,5 minutos); mas, a higiene corporal com compressas descartáveis consumiu apenas 3,4 a 7,8 minutos da duração total do banho (média=5,5 minutos; desvio padrão=1,6 minutos). O banho intervencionista em comparação ao convencional traz maior conforto, segurança, estabilidade e menos agravos, minimiza tempo, e não faz sujeiras e malhadeiras ao redor de cama e materiais do paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Banhos, intervenção, assistência de enfermagem, unidades de terapia intensiva.

### ABSTRACT

The bath in interventional bed is to improve the quality of care of nursing staff, and better hemodynamic integrity, physical and emotional patient in critical condition, since I could not and can perform personal hygiene. **Objective:** To assess the duration of the interventional suite the bed in ICU. **Specific objective:** Analyze cost and benefit to critically ill patients in intensive care in making the bed bath conducted by wet wipes. **Method:** a descriptive and exploratory research of secondary

data from the research project entitled "Technologies for care in the Intensive Care Unit: security with cost analysis and quality of care", conducted in the ICU of a Brazilian teaching hospital, between October 2013 to March 2014. **Results / Conclusion:** Among the seven inter-ventionista bath procedures observed bed, but two cases, the rest were made by a pair of nursing technicians. Bath time in bed varies 13-37 minutes (mean = 23.3 minutes, SD = 7.5 minutes); but hygienic with disposable packs consumed only 3.4 to 7.8 minutes of total bath duration (mean = 5.5 minutes; standard deviation = 1.6 minutes). The interventionist bath compared to conventional brings comfort, security, stability and less aggravation, minimizes time and does dirt and fishing nets around the bed and material of the patient.

**KEYWORDS:** Steam bath, intervention, nursing care, intensive care units.

### 1. INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é reconhecida como uma área crítica destinada à internação de pacientes graves, que demandam atenção profissional especializada de forma contínua, bem como materiais específicos e tecnologias sofisticadas para o diagnóstico, monitorização e terapia (ANVISA, 2010).

O Neste tipo de setor, comumente estão hospitalizados doentes de alta complexidade assistencial e que se encontram incapazes ou impossibilitados para o autocuidado.

Considera-se, portanto, que os profissionais da UTI não devem se restringir aos procedimentos de suporte de vida, sendo igualmente importante a priorização das necessidades de conforto e bem-estar dos pacientes (OLIVEIRA; LIMA, 2010), como o banho no leito.

O banho no leito é o procedimento de enfermagem para a higiene corporal de pacientes acamados, que visa a remoção de sujidades e odores, bem como a estimulação da circulação, com remoção de células mortas e microrganismos, proporcionando conforto e bem-estar (KA-

WAMOTO, 2011). Trata-se de uma das ações de cuidado de enfermagem mais frequentes em UTI e que representa ainda, uma oportunidade ao enfermeiro intensivista para realização de exame físico e identificação precoce de comprometimento tissular, já que neste momento há exposição de todas as áreas do corpo.

Convencionalmente, o banho no leito tem sido realizado com água e sabão, que podem causar impacto direto sobre a epiderme, ameaçando a integridade da pele e sua função de barreira (VEJE; LARSEN, 2014), além de potencializar alterações de sinais vitais e da oxihemodinâmica (OLIVEIRA; LIMA, 2010).

Em substituição ao banho no leito convencional, tem sido proposto o banho intervencionista no leito, realizado com o uso de compressas ou lenços descartáveis contendo produtos que reduzem o ressecamento e a descamação da pele (VEJE; LARSEN, 2014), e que tem se mostrado como uma alternativa vantajosa por ser menos onerosa e despende menor tempo para realização da higiene corporal em relação ao banho com água e sabão (NODDESKO *et al.*, 2015).

O advento de novas tecnologias para o cuidado de enfermagem, tal como o uso de compressas higiênicas descartáveis para o banho no leito, pode contribuir para a melhoria da qualidade da assistência e maior segurança do paciente em UTI. Afinal, durante o banho no leito podem ocorrer eventos adversos, tal como a extubação acidental (RAMALHO NETO *et al.*, 2014).

Diante ao contexto apresentado, torna-se importante qualificar o cuidado de enfermagem, para a realização do banho no leito em UTI. Desse modo, questiona-se: Como é realizado o banho intervencionista no leito em UTI? E, para responder a esta questão, o presente estudo teve como objetivo analisar a duração do banho intervencionista no leito em UTI.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa descritiva e exploratória de dados secundários do Projeto de Pesquisa denominado “Tecnologias para o cuidado em Unidade de Terapia Intensiva: análise de custos com segurança e qualidade assistencial”, realizado na UTI de um hospital de ensino brasileiro, no período de outubro de 2013 a março de 2014.

Após consentimento livre e esclarecido dos responsáveis pelos pacientes, procedeu-se à coleta de dados mediante a observação de sete banhos intervencionistas no leito. Para isso, foram cronometrados: o tempo total do banho, tempo efetivo de uso do higienizador e protetor cutâneo, tempo em decúbito lateral e tempo com cabeceira do leito a zero grau. Além disso, verificou-se a altura da cabeceira durante o período do banho e após término deste procedimento, bem como a quantidade e a categoria profissional dos executores do banho. Intercorrências e atividades de cuidados de enfermagem realizadas durante o banho no leito foram listadas.

Para realização do banho no leito, utilizou-se o higienizador e protetor cutâneo (BagBath<sup>®</sup>, com 8 compressas, APODAN NORDICS A/S, Copenhagen, Dinamarca), tal como indicado nas instruções de uso do produto. Assim, procedeu-se à higiene com uma compressa para cada uma das seguintes áreas corporais: 1. face, pescoço, tórax e abdômen; 2. braço e axila direitos; 3. braço e axila esquerdos; 4. períneo; 5. perna direita; 6. perna esquerda; 7. dorso; e 8. nádegas (APODAN, 2015).

Os dados coletados foram compilados e tratados em planilhas eletrônicas do programa *Microsoft<sup>®</sup> Office Excel* para Mac 15.13.1 e, apresentação dos resultados está na forma de quadros.

As exigências éticas e legais foram cumpridas e a aprovação para realização desta pesquisa está registrada sob o CAAE n<sup>o</sup>. 13426113.4.0000.5220.

## 3. RESULTADOS

A realização do banho no leito na UTI investigada é uma atividade desenvolvida pelos técnicos de enfermagem, sob supervisão direta do enfermeiro responsável pelo turno. Dentre os sete procedimentos de banho intervencionista no leito observados, com exceção de dois casos, os demais foram efetuados por uma dupla de técnicos de enfermagem.

O tempo do banho no leito variou de 13 a 37 minutos (média=23,3 minutos; desvio padrão=7,5 minutos); mas, a higiene corporal com compressas descartáveis consumiu apenas 3,4 a 7,8 minutos da duração total do banho (média=5,5 minutos; desvio padrão=1,6 minutos), como se observa no Quadro 1.

**Quadro 1.** Tempo cronometrado para o banho intervencionista no leito em UTI (n=7).

Banho	Duração do banho (minutos)	Tempo para uso do higienizador (minutos)
1	37	13,5 <sup>a</sup>
2	13	7,8
3	25	3,4
4	23	7,9 <sup>b</sup>
5	26	6,4
6	18	4,4
7	21	5,8

<sup>a</sup> Uso do higienizador descartável por um único profissional de enfermagem, mas as demais atividades foram realizadas em dupla.

<sup>b</sup> Banho no leito realizado por um único profissional de enfermagem.

Destaca-se que, nos banhos 2, 3 e 5 foram observadas intercorrências, mas em nenhum deles ocorreu evento adverso relacionado ao cuidado.

No banho 2 o paciente apresentou agitação. Já no banho 3, foi observada evacuação líquida contínua durante uso do higienizador e protetor cutâneo descartável,

não sendo contabilizado 4,5 minutos de tempo de espera dos profissionais de enfermagem para dar continuidade à higiene do paciente. Por fim, no banho 5, foi necessária a remoção de fezes com compressas reutilizáveis antes da higiene íntima, sem descontos de tempo de uso do higienizador descartável.

No Quadro 2 estão apresentados dados relacionados ao posicionamento do paciente durante o banho no leito.

**Quadro 2.** Características de posicionamento durante o banho intervecionista no leito em UTI (n=7).

Banho	Decúbito lateral (minutos)	Decúbito horizontal (minutos)	Menor ângulo da cabeceira no banho (°)	Elevação da cabeceira ao término (°)
1	12,5	30	0	31,8
2	3,7	0	4	28,5
3	20,4	0	27,6	27,6
4	6,6	0	15,4	15,4
5	6,3	27	0	35,2
6	6,3	0	14,2	30
7	8,6	0	15	20,4

Em todos os banhos (n=7) foram observadas as seguintes atividades de cuidado: retirada da monitorização para o banho e remonitorização do paciente ao término; uso de fralda descartável; troca de fixações de sondas gastrintestinais, tubos endotraqueais e/ou sondas vesicais; desinfecção do leito e superfícies adjacentes; e troca de roupa de cama.

Também foram constatadas atividades de cuidado específicas a determinados pacientes, quais sejam: troca de curativos (banhos 2, 3, 5 e 7); hidratação corporal (banhos 1 e 7) e vestimenta (banho 1).

#### 4. DISCUSSÃO

Apesar da falta de uma orientação padronizada para banho no leito em pacientes de UTI, uma revisão sistemática recente demonstrou que estes pacientes parecem se beneficiar de algumas ações: evitar o banho em menos de 4 h após cirurgia cardíaca; tentar ser breve ao posicionar o paciente em decúbito lateral; completar o banho dentro de 20 minutos (LIMA; LACERDA, 2010). Com isso, é necessário um planejamento eficiente do procedimento, considerando, entre outros, a duração e mudanças na posição do paciente.

O banho no leito é uma atividade que consome tempo de enfermagem e expõe o paciente a eventos adversos. No entanto, constatou-se que o uso do higienizador e protetor cutâneo descartável é prático e de curta duração, sendo influenciado pela quantidade de profissionais envolvidos em sua realização (Quadro 1).

A higiene do corpo requer habilidades e conhecimentos adicionais em UTI, que diferem de outras uni-

dades de internação hospitalar, em razão do uso de dispositivos específicos à monitorização e manejo do doente grave. Por isto, a implantação do POP, com destaque aos fatores importantes à execução de cada passo que compõe o banho no leito, deve ser considerada como um dos aspectos que podem cooperar com a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem neste tipo de setor.

Para garantir maior segurança ao paciente e à saúde do trabalhador, evitando extubação acidental ou outros eventos adversos como tração e perda de drenos, sondas e cateteres e facilitando a ergonomia para sua execução, é recomendável que, pelo menos dois profissionais de enfermagem estejam envolvidos nesta atividade.

Ao exemplo da afirmativa anterior, sabe-se que a extubação pode ocorrer durante a lateralização do corpo e isso é explicado pela perda da centralização da cabeça, sendo que a orientação junto à enfermagem é de que, um profissional fique responsável por manter a cabeça em posição de segurança, enquanto o outro realiza o procedimento higiênico (MOONS *et al.*, 2004).

Outro dado importante pertinente à segurança do paciente em UTI, durante o banho no leito, é o seu posicionamento. Afinal, pacientes sob ventilação mecânica e/ou em uso de dieta enteral devem ser mantidos com cabeceira a 30°, a fim de evitar broncoaspiração (BARBAS *et al.*, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Nesse sentido, todos os pacientes ficaram com o ângulo da cabeceira inferior ao recomendado durante o banho, mas principalmente, verificou-se que os pacientes dos banhos 1 e 5, foram mantidos por período prolongado em decúbito horizontal, e, portanto, sob maior risco de aspiração passiva (Quadro 2).

Durante a lateralização, os pacientes podem apresentar alteração hemodinâmica por diferença gravitacional sobre as diferentes partes do corpo (BRINDLE *et al.*, 2013), o que torna importante mantê-los menor tempo possível lateralizados em vigência de condições agudas graves quando o banho é indispensável. Desse modo, o higienizador e protetor cutâneo descartável parece ser uma alternativa viável ao banho de pacientes críticos, pois, com exceção dos pacientes dos banhos 1 e 3, os demais pacientes não excederam 10 minutos lateralizados (Quadro 2).

Considera-se que o higienizador e protetor cutâneo descartável permite curtos períodos de sustentação do paciente em decúbito lateral por não molhar o leito como acontece no banho convencional e, também, porque em uma única aplicação substitui a lavagem, enxague e secagem da superfície higienizada. Além disso, após a aplicação do produto sob a pele seca rapidamente (APO-DAN, 2015).

É importante destacar que, o produto aqui investigado, traz um benefício à integridade tissular por conter agentes para a limpeza da pele, mantendo-a hidratada.

O banho intervencionista é mais tranquilo e menos agressivo ao paciente em comparação ao convencional, ocorre menos risco de acidente com o paciente como verificamos em outras literaturas a extubação, perca de drenos e cateteres devido a menor mobilização com o paciente evitando estes riscos.

## 5. CONCLUSÃO

O banho intervencionista em UTI mostrou achados importantes aos pacientes em estado críticos com relação ao seu estado hemodinâmico, com minimização de tempo do banho e mobilizações realizadas com o paciente. Demanda menos tempo com paciente em decúbito horizontal, lateral e zero grau que pode fazer com que ocorra instabilidade, devido à dor, desconforto e o próprio posicionamento, além de potencial para acidentes com o paciente e equipe de enfermagem.

O banho intervencionista em comparação ao convencional traz maior conforto, segurança, estabilidade e menos agravos, minimiza tempo, e não faz sujeiras e malhadeiras ao redor de cama e materiais do paciente.

O banho intervencionista traz uma maior praticidade para a equipe de enfermagem, já que o lenço umedecido é de aplicação rápida e fácil. Houve casos demorados e com intercorrências (banhos 1, 2, 3 e 5), mas em nenhum deles ocorreu evento adverso relacionado ao cuidado.

É preciso avaliar o custo-benefício do uso de tecnologias como o banho intervencionista com lenços descartáveis.

## REFERÊNCIAS

- [1] AGÊNCIA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC 7, de 24 de fevereiro de 2010. Brasília (DF): DOU; 2010.
- [2] APODAN NORDIC. BagBath Cleansing Wipes [Product information]. [cited 2015 Aug 30]. Available from: <http://www.apodan.dk/uk/products/hygiene/bagbath/bagbath-cleansing-wipes.aspx>
- [3] Oliveira AP, Lima DVM. Evaluation of bedbath in critically ill patients: impact of water temperature on the pulse oximetry variation. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(4):1034-40.
- [4] BARBAS CSV, et al. Recomendações brasileiras de ventilação mecânica 2013. Parte I. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2014;26(2):89-121.
- [5] Brindle CT, Malhotra R, O'Rourke S, et al. Turning and repositioning the critically ill patient with hemodynamic instability. *J. Wound Ostomy Continence Nurs*. 2013; 40(3): 254-67.
- [6] COYER FM, O'SULLIVAN J, CADMAN N. The provision of patient personal hygiene in the intensive care unit: a descriptive exploratory study of bed-bathing practice. *Aust Crit Care*. 2011; 24(3): 198-209.
- [7] KAWAMOTO EE. Fundamentos de Enfermagem. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
- [8] LIMA DVM, LACERDA RA. Hemodynamic oxygenation effects during the bathing of hospitalized adult patients critically ill: systematic review. *Acta paul. enferm*. 2010; 23(2): 278-85.
- [9] MINISTÉRIO DA SAÚDE. MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE. BRASÍLIA (DF); 2013.
- [10] MOONS P, SELS K, DE BECKER W, DE GEEST S, FERDINANDE P. Development of a risk assessment tool for deliberate selfextubation in intensive care patients. *Inten Care Med* 2004; 30(7): 1348-55.
- [11] 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; 29(2): 347-52.
- [12] RAMALHO NETO JM, NASCIMENTO LB, SILVA GNS, MENEZES MS, NÓBREGA MML. Accidental extubation and intensive care nursing. *J Nurs UFPE on line*. 2014 [cited 2015 Aug 31]; 8(11): 3945-52. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/5139>.
- [13] VEJE P, LARSEN P. The effectiveness of bed bathing practices on skin integrity and hospital-acquired infections among adult patients: a systematic review protocol. *JB I Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 2014; 12(2): 71-81.