

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTU SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

GRAZIELA PEREIRA FLORES

**CRITÉRIOS PARA BANHO DE LEITO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
ADULTO: CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO ASSISTENCIAL**

PORTO ALEGRE

2016

GRAZIELA PEREIRA FLORES

**CRITÉRIOS PARA BANHO DE LEITO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
ADULTO: CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO ASSISTENCIAL**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Área de concentração: Enfermagem

Linha de pesquisa: Cuidado em Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dra. Karin Viégas

PORTO ALEGRE

2016

F634c Flores, Graziela Pereira

Cr terios para banho de leito em unidade de terapia intensiva adulto : contru o de um protocolo assistencial / por Graziela Pereira Flores. – 2016.

73 f. : il., 30 cm.

Disserta o (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de P s-Gradua o em Enfermagem, 2016.

Orienta o: Profa. Dra. Karin Vi gas.

1. Banho de leito. 2. Paciente cr tico. 3. Protocolo.
4. Cuidado de enfermagem. 5. Higiene. I. T tulo.

CDU 614.253.5-053.8

FOLHA DE APROVAÇÃO

GRAZIELA PEREIRA FLORES

CRITÉRIOS PARA BANHO DE LEITO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO: CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em 22 de janeiro de 2016.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Luzia Fernandez Milão – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – RS.

Profa. Dra. Lísia Maria Fensterseifer - Universidade do Vale do Rio dos Sinos – RS.

Profa. Dra. Karin Viegas – Universidade do Vale do Rio dos Sinos – RS.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas mais presentes em minha vida:

À minha mãe Cirlei e meu pai Otávio, que sempre priorizaram e oportunizaram a educação e o crescimento, abrindo mão de seus sonhos, pelos nossos. Sempre com muito amor e simplicidade de vida.

À minha mana Gabriela, que escolheu a mesma trajetória profissional, motivo de muito orgulho e sempre apoiando em todos os momentos.

Ao meu amor Daniel, por estar ao meu lado, apoiando, incentivando e propiciando a realização dessa importante etapa para nossas vidas.

Aos meus amados filhos, Pedro e Vicente, meus maiores presentes de vida, motivo de alegria e felicidade diária.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida e por colocar pessoas tão especiais em meu caminho, assim como me guiar na escolha de uma profissão que tanto amo.

Aos pacientes e colegas de uma jornada de treze anos de Terapia Intensiva, a qual me deu subsídios e questionamentos sobre a teoria e prática do cuidado.

Aos meus pais pelo amor e cuidado incondicional, sempre respeitando minhas escolhas e apoiando nas mesmas. Pela simplicidade genuína em crer que a melhor herança para os filhos é o conhecimento e saber lidar com as adversidades que a vida nos apresenta.

À minha irmã querida Gabriela, também enfermeira, que sempre está tão próxima me apoiando. Orgulho de ti!

Não posso deixar de agradecer meus pais e minha sogra, que em alguns domingos garantiram a segurança e diversão dos meus guris amados, com carinho especial.

Ao meu esposo Daniel, grande incentivador em todos os sentidos, na realização desse meu sonho que se tornou nosso. Obrigada por ser sempre tão positivo, alegre e por garantir a minha tranquilidade para estudar, enquanto cuidava dos nossos amores.

Aos amigos de ontem e hoje, assim como os demais familiares que torceram por mim e acreditaram no meu potencial, entendendo minhas ausências.

Aos meus filhos amados, queridos, razão da minha vida, Pedro e Vicente que me inspiram a querer ser melhor a cada dia, não apenas como mãe, mas como ser humano e profissional também.

À Coordenadora do Programa de pós-graduação em Enfermagem Simone Chaves, por sua compreensão, acolhimento e norteamto das situações. Sempre

com um carinho especial.

Às professoras da banca examinadora, Lísia e Luzia pela disponibilidade e oportunidade de aprendizado.

À minha orientadora, Karin Viégas, que me acolheu com a firmeza que eu precisava para a realização desse trabalho. Acreditou no meu potencial, que mesmo eu não acreditava ter capacidade de corresponder. Foi em todos os momentos presente e disponível. Você não foste somente minha orientadora, mas conselheira e amiga, trazendo tudo para o eixo. Obrigada por estar ao meu lado e acreditar em mim! Tenho muita admiração pela profissional que és!

RESUMO

O banho de leito do paciente crítico adulto é uma atividade que necessita planejamento e organização em todas as suas etapas. **OBJETIVO:** elaborar um protocolo assistencial com critérios para o banho de leito em pacientes adultos graves. **MÉTODO:** revisão sistemática utilizando a estratégia de PICO para a definição do problema e para as estratégias de busca utilizaram-se os descritores e *Medical Subject Headings (Nursing Care; Clinical Protocols; Intensive Care/Critical Care; Bath e Hygiene)*. Os artigos foram selecionados conforme critérios de inclusão e exclusão. Foi aplicado o teste de relevância nos estudos selecionados e classificações conforme as evidências preconizadas pela Oxford. O protocolo foi construído utilizando-se as propostas do *Institute of Medicine*. As ideias e autenticidade das informações foram mantidas conforme a legislação. **RESULTADOS:** A busca metodológica nas bases de dados utilizando-se os descritores e MESH resultou em 2.026 artigos. Destes 42 do PUBMED/MEDLINE, 2.026 do ProQuest Enfermagem, 4 do *Web of Science*, 35 do *Scopus* e um do banco de teses da CAPES. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e a análise criteriosa dos artigos selecionados, bem como a exclusão dos artigos repetidos nas bases, resultaram 21 artigos. **CONCLUSÃO:** A construção desse protocolo assegurará a qualidade e padronização da avaliação, critérios e procedimentos de enfermagem, na sistematização do banho de leito em pacientes internados em unidade de tratamento intensivo. Sua efetivação se dará após sua validação e implantação.

Palavras-chave: Banho de leito. Paciente crítico. Protocolo. Cuidado de enfermagem. Higiene.

ABSTRACT

The bed bath of adult critical care patient is an activity that requires planning and organization in all its stages. **OBJECTIVE:** To develop a clinical protocol with criteria for the bed bath in critically ill adult patients. **METHODS:** A systematic review using the PICO strategy for defining the problem and search strategies used the descriptors and Medical Subject Headings (Nursing Care, Clinical Protocols; Intensive Care / Critical Care, Bath and Hygiene). The articles were selected according to inclusion and exclusion criteria. The relevant test was used in selected studies and ratings as evidence advocated by Oxford. The protocol was built using the proposals of the Institute of Medicine. The ideas and authenticity of the information were kept under the law. **RESULTS:** The methodological search in databases using the descriptors and MESH resulted in 2,026 articles. Of these 42 PUBMED / MEDLINE, 2,026 of ProQuest Nursing, 4 Web of Science, Scopus and 35 of the CAPES thesis database. After applying the inclusion and exclusion criteria and careful analysis of the selected articles, as well as excluding items repeated in bases resulted 21 articles. **CONCLUSION:** The construction of this Protocol will ensure the quality and standardization of evaluation criteria and nursing procedures, the systematization of bed bath in patients admitted to intensive care unit. Its effectiveness will take place after its validation and deployment.

Keywords: Bed bath. Critically ill patients. Protocol. Nursing care. Hygiene.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação do grau de recomendação e nível de evidência por tipo de estudo da <i>Oxford Center for Evidence Based Medicine</i>	20
Quadro 2 - Metodologia de busca dos artigos no PUBMED, PROQUEST ENFERMAGEM; WEB OF SCIENCI, SCOPUS, conforme os descritores ou MESH selecionados	26
Quadro 3 - Distribuição dos artigos conforme autor, título, fonte, e nível de evidência	28
Quadro 4 - Distribuição dos artigos conforme autor, título, fonte, e nível de evidência não selecionados pelos descritores/MESH da pesquisa	30
Quadro 5 – Níveis de evidência com enfoque no tratamento, prevenção, etiologia, prognóstico e diagnóstico	36
Quadro 6 - Indicadores sugeridos para controle dos resultados após a implantação do protocolo assistencial de enfermagem para critérios para banho de leito em unidade de terapia intensiva adulto, 2016	53
Quadro 7 – Sugestão para a implantação do treinamento assistencial de enfermagem dos critérios para banho de leito em unidade de terapia intensiva adulto	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGREE	<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation</i>
BH	Balanço hídrico
BI	Bomba de infusão
CAPES	Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior
COREN-RS	Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul
DC	Débito cardíaco
DVE	Derivação ventricular externa
FiO ₂	Fração de inspiração de oxigênio
HDVVC	Hemodiálise venovenosa contínua
IC	Índice cardíaco
IH	Infecção hospitalar
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MRSA	<i>Staphylococcus aureus</i> resistente à meticilina
NPT	Nutrição parenteral total
OF	Oferta de oxigênio
PAM	Pressão arterial média
PaO ₂	Medida da pressão parcial de oxigênio no sangue
PCP	Pressão de capilar pulmonar
PEEP	Pressão positiva expiratória final
pH	Potencial de hidrogênio
PIC	Pressão intracraniana
PPC	Pressão de perfusão cerebral
PVC	Pressão venosa central
SARA	Síndrome da angústia respiratória aguda
SaO ₂	Saturação de oxigênio sanguíneo
SVO ₂	Saturação de oxigênio no sangue venoso misto
TI	Terapia intensiva
UTI	Unidade de terapia intensiva
VM	Ventilação mecânica
VO ₂	Consumo de oxigênio
VRE	<i>Enterococcus</i> resistente à vancomicina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	16
3 MÉTODO	17
3.1 DELINEAMENTO	17
3.2 ETAPAS PARA A CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO ASSISTENCIAL.....	17
3.2.1 Revisão Sistemática.....	17
3.2.2 Organização do protocolo	22
3.2.3 Processo de avaliação do protocolo	23
4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	26
5 RESULTADOS	27
5.1 REVISÃO SISTEMÁTICA	27
5.2 PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE CRITÉRIOS PARA BANHO DE LEITO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO	32
REFERÊNCIAS	65
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	67
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	69
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO ASSISTENCIAL CRITÉRIOS PARA BANHO DE LEITO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO	72
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	75

1 INTRODUÇÃO

O banho na unidade de terapia intensiva (UTI) da maneira como vem sendo realizado ao longo dos tempos, não mudou muito com relação aos materiais e técnicas, uma vez que o procedimento tradicionalmente é com água e sabão.

O cuidado corporal, voltado à higiene e ao conforto físico, tem sido uma atribuição exclusiva da equipe de enfermagem. No que diz respeito ao paciente em estado crítico, a competência técnica e legal para essa técnica é amparada pela Lei 7.498/86 (BRASIL, 1986) e o seu Decreto 94.406/87. (BRASIL, 1987). No artigo oitavo inciso I, alíneas g e h, este Decreto incumbe privativamente de prestar cuidados diretos de enfermagem aos pacientes graves com risco de morte e com maior complexidade técnica, que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas.

É inerente ao trabalho do enfermeiro, conforme prevê a legislação, a responsabilidade de decidir quando e como ministrar o cuidado do banho de leito ao paciente crítico, bem como definir estratégias e recursos a serem aplicados, com o objetivo de preservar o bem-estar e segurança dos pacientes.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BRASIL, 2006) define paciente crítico como sendo aquele paciente grave, com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua autorregulação, necessitando substituição artificial de funções e assistência contínua. Apesar de todo o aparato tecnológico para a manutenção da vida, o paciente crítico segue com a necessidade de higiene e conforto, respeitando suas restrições fisiológicas e procedimentos necessários.

Entre os diversos procedimentos aos quais o paciente é submetido na UTI, o banho pode levar a diferentes efeitos, desde a regulação térmica, no equilíbrio oxihemodinâmico, na microbiologia, nos custos hospitalares, e até na satisfação do cliente.

A motivação para a realização deste estudo deu-se através da prática em terapia intensiva adulto por catorze anos em um hospital de grande porte de Porto Alegre, no turno da noite. Na terapia intensiva os banhos são divididos em turnos, ficando pelo menos metade para o horário noturno, o que não respeitava a vontade ou hábito do paciente com relação ao horário do seu banho. Outro aspecto de grande reflexão é a falta de um critério baseado em evidências, respaldado por

pesquisa e pela instituição hospitalar, que norteasse a realização do banho ou não, o tempo de banho, assim como os cuidados peculiares a cada paciente e suas condições clínicas. Sendo o banho, higiene e conforto tarefas inerentes à prática de enfermagem, trata-se de um assunto relevante para melhorar a qualidade da assistência, documentando no formato de um protocolo, com o objetivo de respaldar cientificamente o profissional, que atualmente tem de decidir sobre o banho de forma totalmente arbitrária, com base apenas na sua experiência e bom senso.

A pele humana é protegida por uma barreira sob a forma de película denominada como manto ácido, com pH (potencial de hidrogênio) entre 4,5 e 5,5. Desta forma constitui numa eficaz barreira antimicrobiana, integrando a chamada imunidade inata. O sabão, utilizado para higienizar a pele, é um desengordurante que emulsiona gorduras e retira os lipídeos da pele. Os lipídeos são gorduras que se ligam à água que, quando retirados resultam em ressecamento da pele, tornando-a mais suscetível a infecções. No ambiente hospitalar é muito importante o uso de produtos para o banho que respeitem o pH da pele, proporcionando limpeza e mantendo a proteção natural. (ABBAS; LICHTMAN; PILLAI, 2011).

Uma preocupação comum dos profissionais de saúde que trabalham na UTI é o direcionamento do cuidado ao conforto físico. Este é associado à prestação de cuidados destinados a amenizar a dor e o sofrimento do paciente por meio da cura física do corpo. O estranho maquinário, as constantes privações, interrupções e privação de sono, a superestimulação sensorial, sede, dores, abstinência de alimentos comuns, a alimentação endovenosa ou nasoenteral, a respiração por ventiladores, a monitorização cardíaca e sua sinalização, os cateteres, os procedimentos invasivos, a imobilização do paciente e ainda a superlotação de equipamentos no local, equivale a desencadeantes para situações que propiciam alterações psicopatológicas e intenso desconforto físico. (CAETANO et al., 2007).

No que diz respeito à enfermagem contemporânea, o banho tem algumas funções (LIMA, 2009, p. 33):

- a) limpeza da pele, remoção da perspiração, de bactérias, de sebo e células epiteliais de revestimento mortas, minimizando a irritação cutânea e risco de infecção;
- b) estimulação da circulação, pela utilização de água e ativação da superfície cutânea e extremidades, contribuindo para a prevenção de trombose venosa profunda e consequente tromboembolia pulmonar.

Também é favorecida a circulação de áreas circunstancialmente (por conta da pouca mobilidade) e/ou patologicamente (insuficiência vascular periférica) isquêmicas, prevenindo o aparecimento de úlceras de pressão, sobretudo em proeminências ósseas, onde a tensão sobre a pele é maior e a vascularização diminuída;

- c) melhora da autoimagem, promoção de relaxamento e o sentimento de estar refrescado e confortável;
- d) redução de odores corporais;
- e) promoção da amplitude de movimento; e
- f) alívio do desconforto e relaxamento muscular.

Quando se trata de pacientes em estado crítico, as tarefas mais simples tornam-se extremamente complexas e as ações de enfermagem necessitam um planejamento prévio, bem como equipe capacitada no saber-fazer, com o objetivo de técnica livre de danos, com melhora funcional, satisfação e conforto do paciente. (LIMA; LACERDA, 2010).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um protocolo assistencial com critérios para o banho de leito em pacientes adultos graves, através de revisão sistemática.

2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Buscar as melhores evidências da prática clínica na avaliação das condições de higiene do paciente grave.
- Elaborar critérios para a realização do banho de leito em pacientes graves.

3 MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO

Estudo exploratório para a elaboração de um protocolo assistencial para definir critérios de banho em pacientes graves, baseado nas melhores evidências clínicas. Esse tipo de estudo tem uma metodologia científica específica que, em seu processo, inclui planejar, desenvolver, testar e disseminar intervenções.

Neste processo, busca-se o entendimento aprofundado da problemática e das pessoas envolvidas na construção da intervenção, tendo um planejamento criterioso e coordenado, além do desenvolvimento teórico da intervenção para nortear a investigação. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

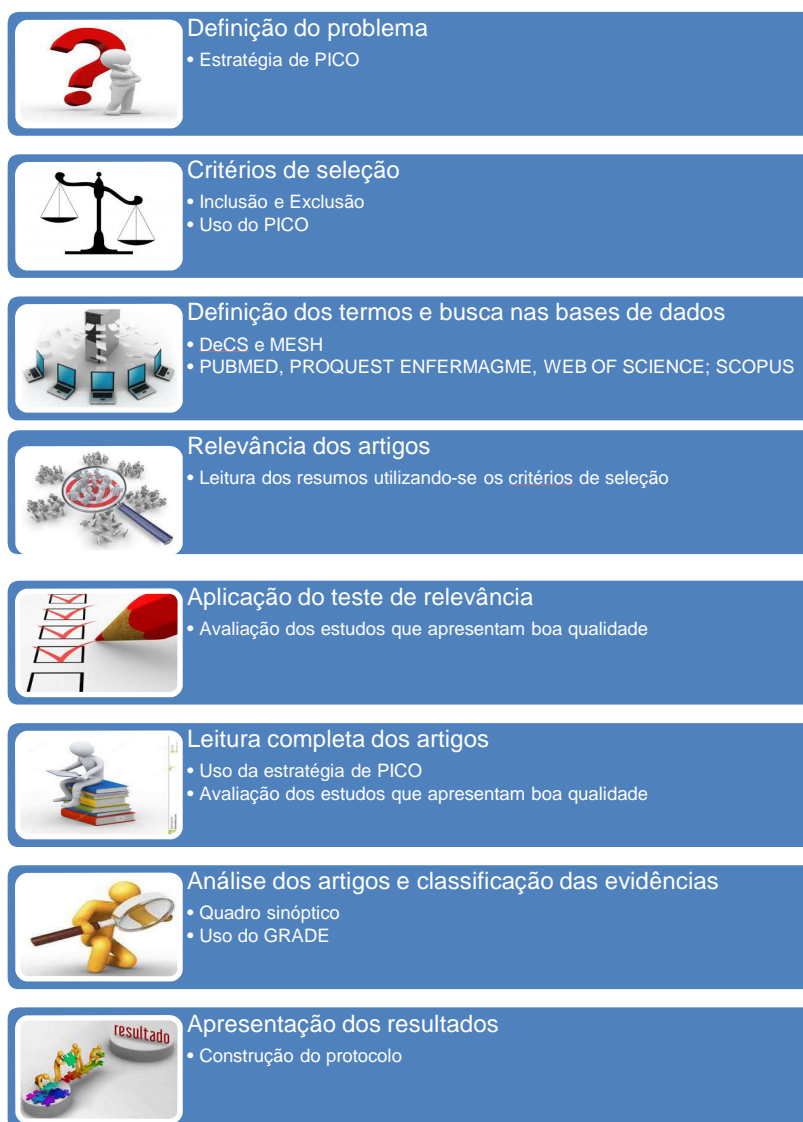
3.2 ETAPAS PARA A CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Para a elaboração de um protocolo assistencial de boa qualidade é necessário rigor metodológico em todas as suas etapas.

3.2.1 Revisão Sistemática

A revisão sistemática da literatura é um método mais apropriado para a elaboração de um protocolo. (ECCLES et al., 2012; INSTITUTE OF MEDICINE, 2011). O fluxograma abaixo demonstra os principais passos seguidos para esta revisão (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma para a busca das referências bibliográficas



Fonte: elaborado pela autora (Flores, 2015).

3.2.1.1 Definição do problema

Para a elaboração da pergunta utilizou-se o método PICO, que representa o acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação e *Outcomes* (desfechos). (AKOBENG, 2005; PEREIRA; BACHION, 2006). Esses elementos foram necessários para a elaboração da pergunta para a busca bibliográfica da melhor evidência. O problema de pesquisa foi definido através da pergunta: **quais os critérios e riscos para realização de banho em pacientes adultos críticos?** Este questionamento guiou a revisão dos estudos que serão incluídos no protocolo.

Tendo em vista que nesta revisão não necessariamente serão analisados

grupos controle, a adaptação à pergunta corresponde apenas à inclusão das letras P, I e O do acrônimo PICO.

3.2.1.2 Critérios de seleção

Para a seleção dos artigos, foram utilizados os seguintes critérios:

Critérios de inclusão:

- a) artigos que retratem o tema do estudo;
- b) estejam disponíveis gratuitamente e na íntegra nas bases de dados pesquisadas;
- c) terem sido publicados a partir do ano de 2005;
- d) teses e dissertações de revisão sistemática ou metanálise.

Critérios de exclusão:

- a) monografias;
- b) resumos e resumos expandidos;
- c) artigos publicados em anais de congressos e que não estejam disponibilizados na íntegra;
- d) livros.

Estes critérios possibilitaram a determinação da validade dos estudos selecionados, os quais foram utilizados na revisão. (PEREIRA; BACHION, 2006). Os que não atenderam os critérios estabelecidos foram excluídos.

3.2.1.3 Definição dos termos e estratégia de busca nas bases de dados

Os descritores (DECs) e *Medical Subject Headings* (MESH) definidos para a busca nas bases de dados foram: *Nursing Care*; *Clinical Protocols*; *Intensive Care/Critical Care*; *Bath e Hygiene*.

Os DECs/MESH e suas combinações possibilitaram a busca de estudos existentes nas seguintes bases de dados (PEREIRA; BACHION, 2006): *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline)*, ProQuest Enfermagem, *Web of Science (ISI)*.

Também foram utilizados os tesauros¹, a truncagem² e as extensões³ (* ou \$) para expandir ou reduzir a abrangência de termos, de acordo com a necessidade. Todo este processo foi realizado por dois pesquisadores independentes.

3.2.1.4 Relevância dos artigos

Foi necessário um teste de relevância preliminar para a primeira seleção dos artigos. Após a busca nas principais bases de dados, dos artigos selecionados, foi realizada a leitura criteriosa dos resumos, utilizando-se os critérios de PICO e os de seleção (inclusão e exclusão), excluindo os estudos de baixa qualidade. Em alguns casos, quando houve alguma discordância da seleção dos estudos excluídos, um terceiro pesquisador foi consultado. (PEREIRA; BACHION, 2006).

Também foi realizada a leitura das referências bibliográficas contidas nos artigos, a fim de identificar outras referências relevantes ao estudo e dos artigos relacionados nas bases de dados pesquisadas.

3.2.1.5 Aplicação do teste de relevância nos estudos selecionados

Após a aceitação dos resumos, foi feita uma leitura de todo o artigo, estabelecendo um segundo teste de relevância.

3.2.1.6 Análise dos artigos e classificação das evidências

A extração dos dados ocorreu em formulário adaptado para esta revisão, com informações relevantes das publicações pré-selecionadas. (Apêndice A).

Para a análise da estratégia de hierarquização e dos níveis de evidência foi utilizado o sistema de classificação de Nível de Evidência do *Oxford Center for Evidence Based Medicine* e a classificação do *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE). (GLASZIOU; DEL MAR; SALISBURY, 2010; GUYATT et al., 2008; MECHANICK et al., 2010; OXFORD CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE, 2009). (Quadro 1).

¹ Vocabulário controlado e dinâmico de descritores relacionados semântica e genericamente, que cobre extensivamente um domínio específico de conhecimento. (TESAURO, 2015).

² Expressão exata ou uma palavra-chave, expressas por aspas ou cifrões. (LOPES, 2002).

³ Para a busca de um radical com diferentes sufixos. (LOPES, 2002).

Quadro 1 - Classificação do grau de recomendação e nível de evidência por tipo de estudo da *Oxford Center for Evidence Based Medicine*

(continua)

Grau de recomendação	Nível de evidência	Tratamento – Prevenção – Etiologia	Prognóstico	Diagnóstico	Diagnóstico Diferencial/ Prevalência de Sintomas
A	1A	Revisão sistemática de ensaios clínicos controlados randomizados.	Revisão Sistemática de Coortes desde o início da doença. Critério Prognóstico validado em diversas populações.	Revisão Sistemática de estudos diagnósticos nível 1. Critério Diagnóstico de estudos nível 1B, em diferentes centros clínicos.	Revisão sistemática de estudos de coorte.
	1B	Ensaio clínico controlado randomizado com intervalo de confiança estreito.	Coorte desde o início da doença, com perda < 20%. Critério prognóstico validado em uma única população.	Coorte validada, com bom padrão de referência. Critério Diagnóstico testado em um único centro clínico.	Estudo de coorte com poucas perdas.
	1C	Resultados terapêuticos do tipo “tudo ou nada”.	Resultados terapêuticos do tipo “tudo ou nada”.	Sensibilidade e especificidade próximas de 100%.	Série de casos do tipo “tudo ou nada”.
B	2A	Revisão Sistemática de Estudos de Coorte.	Revisão Sistemática de coortes históricas.	Revisão Sistemática de estudos diagnósticos de nível >2.	Revisão Sistemática de estudos sobre diagnóstico diferencial de nível >2.
	2B	Observação de resultados terapêuticos (<i>outcomes research</i>). Estudo Ecológico.	Observação de resultados terapêuticos (<i>outcomes research</i>). Estudo Ecológico.	Coorte exploratória com bom padrão de referência. Critério Diagnóstico derivado ou validado em amostras fragmentadas ou banco de dados.	Coorte exploratória com bom padrão de referência. Critério Diagnóstico derivado ou validado em amostras fragmentadas ou banco de dados.
	2C	Observação de resultados terapêuticos (<i>outcomes research</i>). Estudo Ecológico.	Observação de Evoluções Clínicas (<i>outcomes research</i>).		Estudo Ecológico.

(conclusão)

Grau de recomendação	Nível de evidência	Tratamento – Prevenção – Etiologia	Prognóstico	Diagnóstico	Diagnóstico Diferencial/ Prevalência de Sintomas
B	3A	Revisão Sistemática de Estudos Caso-Controle.		Revisão Sistemática de estudos diagnósticos de nível >3B.	Revisão Sistemática de estudos de nível >3B.
	3B	Estudo Caso-Controle.		Seleção não consecutiva de casos, ou padrão de referência aplicado de forma pouco consistente.	Coorte com seleção não consecutiva de casos, ou população de estudo muito limitada.
C	4	Relato de Casos (incluindo coorte ou caso-controle de menor qualidade).	Série de casos (e coorte prognostica de menor qualidade).	Série de casos (e coorte prognostica de menor qualidade).	Série de casos (e coorte prognostica de menor qualidade).
D	5	Opinião de especialistas desprovida de avaliação crítica ou baseada em matérias básicas (estudo fisiológico ou estudo com animais).			

Fonte: OXFORD *Centre for Evidence-Based Medicine* (2009).

3.2.1.7 Apresentação dos resultados dos estudos selecionados

A compilação dos resultados foi realizada em um quadro síntese, contendo as seguintes informações: autor, periódico, delineamento, grau de recomendação e classificação do nível de evidência.

3.2.2 Organização do protocolo

O processo de organização do protocolo implica na correta utilização de critérios, tendo como base *Institute of Medicine* (2011), a *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II* (AGREE II) (BROUWERS et al., 2010) e Pimenta et al. ([2014?]):

- a) **Origem:** identificar qual a instituição que emite o protocolo.
- b) **Objetivo:** identificar para qual situação e quais pacientes o protocolo foi

organizado.

- c) **Grupo de desenvolvimento:** incluir os profissionais que participaram do desenvolvimento do protocolo.
- d) **Conflito de interesse:** identificar se existe qualquer circunstância que crie o risco de julgamento ou ações profissionais a respeito da elaboração do protocolo.
- e) **Evidências:** descrever estrategicamente a busca das evidências, seu grau de recomendação e nível de evidência.
- f) **Revisão do protocolo:** a revisão será realizada por um grupo externo, conforme a ferramenta AGREE, adaptado para este protocolo (Apêndice B). Sua atualização será a cada 2 anos ou quando existir informações relevantes que exijam mudanças imediatas.
- g) **Glossário e Siglário:** lista alfabética de termos e siglas com a definição destes termos e siglas.
- h) **Transcendência:** é dano causado pelo problema.
- i) **Vulnerabilidade:** “índice que depende do estado atual da arte e da tecnologia para atacar determinado dano”. (FALK, 2000, p. 189).
- j) **Magnitude:** índice que se refere à ordenação da doença que leva ao óbito.
- k) **Indicador de resultado:** variável resultante de um processo e que representa o que se quer alcançar, que será monitorado sistematicamente.
- l) **Validação profissional:** Como a ação é específica de enfermagem, a aprovação será da Câmara Técnica do Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS).
- m) **Validação pelo usuário:** a participação do usuário (paciente ou familiar) se dará no momento do uso do protocolo, quando se indagará qual sua preferência em relação ao banho.
- n) **Limitações:** recomendações sobre as práticas não evidenciadas.
- o) **Plano de implantação:** apresentação do plano de implantação e divulgação. Nesta etapa deverá estar previsto o treinamento ou capacitação de todos que utilizarão o protocolo.

3.2.3 Processo de avaliação do protocolo

Esta etapa ocorrerá após a finalização do protocolo e avaliação da banca constituída para a defesa deste trabalho.

A avaliação do protocolo deverá ser realizada por pelo menos dois avaliadores externos e, preferencialmente, quatro, de forma a aumentar a confiabilidade da avaliação, sendo eles da equipe multidisciplinar: enfermeiro, médico, nutricionista e fisioterapeuta.

O instrumento utilizado para a avaliação é o AGREE II, composto por 25 itens, sendo dois itens de avaliação global, e 23 itens organizados em seis domínios de qualidade (Apêndice B).

A avaliação global diz respeito à qualidade global e a recomendação do mesmo. A avaliação dos domínios compreende:

Domínio 1 – Escopo e finalidade: itens 1 a 3.

Domínio 2 – Envolvimento das partes interessadas: itens 4 a 6.

Domínio 3 – Rigor do desenvolvimento: itens 4 a 6.

Domínio 4 – Clareza da apresentação: itens 15 a 17.

Domínio 5 – Aplicabilidade: itens 18 a 21.

Domínio 6 – Independência editorial: itens 22 e 23.

Cada item é avaliado por uma escala de Likert com 7 pontuações, sendo 1 (discordo totalmente) e 7 (concordo totalmente).

Para cada domínio se calcula uma pontuação de qualidade, por meio da soma de todas as pontuações dos itens individuais e escalonado como porcentagem da pontuação máxima possível no domínio.

Pontuação máxima = 7 (concordo totalmente) x nº de itens do domínio x nº de avaliadores = A

Pontuação mínima = 1 (discordo totalmente) x nº de itens do domínio x nº de avaliadores = B

Exemplo (Figura 2):

Figura 2 – Total de pontuação dos avaliadores em cada item do domínio avaliado.

Se quatro avaliadores atribuem as pontuações abaixo para o Domínio 1 (Escopo e Finalidade):

	<i>Item 1</i>	<i>Item 2</i>	<i>Item 3</i>	Total
Avaliador 1	5	6	6	17
Avaliador 2	6	6	7	19
Avaliador 3	2	4	3	9
Avaliador 4	3	3	2	8
Total	16	19	18	53

Fonte: Brouwers et al. (2009).

O cálculo total do domínio será:

$$\frac{\text{Total da pontuação obtida} - \text{Pontuação mínima}}{\text{Pontuação máxima} - \text{Pontuação mínima}}$$

Exemplo (Figura 3):

Figura 3 – Cálculo da porcentagem total do domínio avaliado.

Pontuação máxima = 7 (concordo totalmente) x 3 (itens) x 4 (avaliadores) = 84

Pontuação mínima = 1 (discordo totalmente) x 3 (itens) x 4 (avaliadores) = 12

O cálculo da porcentagem total no domínio será:

$$\frac{\text{Pontuação obtida} - \text{Pontuação mínima}}{\text{Pontuação máxima} - \text{Pontuação mínima}}$$
$$\frac{53 - 12}{84 - 12} \times 100 = \frac{41}{72} \times 100 = 0,5694 \times 100 = 57\%$$

Fonte: Brouwers et al. (2009).

4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todas as ideias e sua autenticidade foram mantidas de acordo com as leis nº. 9.610/98 de 19 de fevereiro de 1998, e na Lei 12.853/13, as quais regulamentam os direitos autorais e gestão coletiva no Brasil. (BRASIL, 1998; 2013).

A revisão do protocolo será realizada por um grupo de avaliadores, os quais assinarão um termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, sendo que uma delas permanecerá com o participante e a outra com o pesquisador, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 2013).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNISINOS sob o número 1.217.750 (Anexo A).

A divulgação dos resultados se deu na forma de defesa desta dissertação de mestrado, bem como à publicação futura de artigos e trabalhos em eventos científicos. Os benefícios da pesquisa serão revertidos na qualificação da equipe de enfermagem e no cuidado ao paciente crítico em unidade de terapia intensiva adulto.

5 RESULTADOS

Os resultados apresentados a seguir se dividem em revisão sistemática e construção do protocolo assistencial.

5.1 REVISÃO SISTEMÁTICA

A pequena publicação de textos que abordam aspectos relacionados com o banho, quando submetido aos cruzamentos com os demais unitermos que geram a especificidade de interesse, se depara com um número ainda mais restrito de artigos.

Os resultados apresentados dividem-se em duas partes: método investigativo e o protocolo assistencial sobre critérios para banho de leito em unidade de terapia intensiva adulto.

5.1.1 Método investigativo

O processo de busca das evidências foi exposto às bases de dados com os unitermos (*Nursing Care; Clinical Protocols; Intensive Care; Critical Care; Bathing; Hygiene*) individual e nos cruzamentos abaixo demonstrados, utilizando os tesouros, truncagens e extensões, tentando expandir ao máximo a abrangência do tema (Quadro 2).

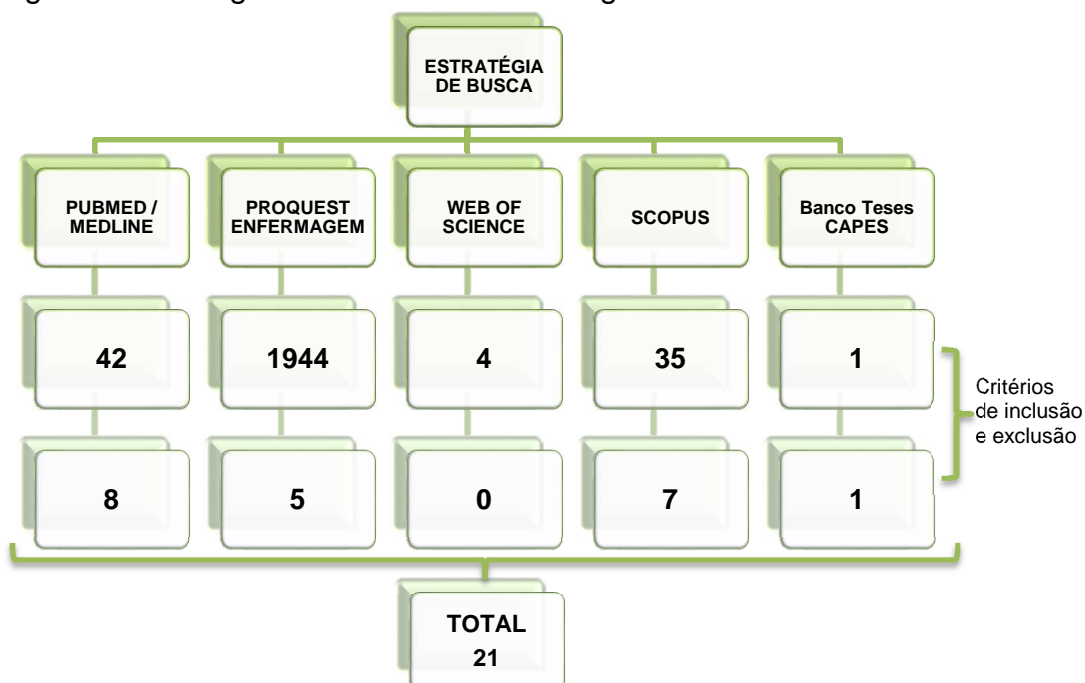
Quadro 2 – Metodologia de busca dos artigos no PUBMED, PROQUEST ENFERMAGEM; WEB OF SCIENCI, SCOPUS, conforme os descritores ou MESH selecionados

BVS / LILACS / CROCHRANE / PROQUEST ENFERMAGEM	
DECS/MESH	<i>Nursing Care; Clinical Protocols; Intensive Care; Critical care; Bathing; Hygiene;</i>
COMBINAÇÕES	(<i>"Bathing"</i>) OR (<i>"Hygiene"</i>) (<i>"Nursing Care"</i> AND <i>"Bathing"</i>) OR (<i>"Nursing Care"</i> AND <i>"Hygiene"</i>) OR (<i>"Bathing"</i> AND <i>"Hygiene"</i> AND <i>"Critical Care"</i> OR <i>"Intensive Care"</i>) OR (<i>"Bathing"</i> OR <i>"Hygiene"</i> AND <i>"Critical Care"</i> OR <i>"Intensive Care"</i>) OR (<i>"Nursing Care"</i> AND <i>"Critical Care"</i> OR <i>"Intensive Care"</i> AND <i>"Bathing"</i>) OR (<i>"Nursing Care"</i> AND <i>"Critical Care"</i> OR <i>"Intensive Care"</i> AND <i>"Hygiene"</i>)
LIMITES	Animals, only items with links to free full text, only items with abstracts, English; year publication 2005 until 2015.

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

A busca metodológica nas bases de dados utilizando-se os descritores e MESH resultou em 2.026 artigos. Destes 42 do PUBMED/MEDLINE, 2.026 do ProQuest Enfermagem, 4 do *Web of Science*, 35 do *Scopus* e um do banco de teses da CAPES. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e a análise criteriosa dos artigos selecionados, bem como a exclusão dos artigos repetidos nas bases, resultaram 21 artigos. O fluxo da busca é apresentado na figura 3.

Figura 3 – Fluxograma da busca metodológica nas bases de dados



Fonte: elaborado pela autora (2015).

Os quadros 3 e 4 apresentam as características dos artigos, conforme os descritores e MESH selecionados.

Quadro 3 - Distribuição dos artigos conforme autor, título, fonte, e nível de evidência
(continua)

N	Autor	Título	Base de Dados	Fonte	GRADE
1	CASSIR, Nadim et al.	<i>Chlorhexidine daily bathing: Impact on health care-associated infections caused by gram-negative bacteria</i>	ProQuest	Am J Infect Control. ; v. 43, n. 6, p. 640-643, Jun. 2015.	B3B
2	CHUNG, Yun K. et al	<i>Effect of daily chlorhexidine bathing on acquisition of carbapenem-resistant Acinetobacter baumannii (CRAB) in the medical intensive care unit with CRAB endemicity</i>	ProQuest	Am J Infect Control. ; v. 43, n. 11, p. 1171-1177, Nov. 2015.	A1C
3	RAFUSE, Kimberly H.	<i>Impact of Daily Universal Chlorhexidine Cloth Bathing on Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus Transmission and Infection</i>	Scopus	Am J Infect Control. ; v. 43, n. 6, p. S18-S73, 2015.	B2C
4	STROUSE, Abigail C.	<i>Appraising the literature on bathing practices and catheter-associated urinary tract infection prevention</i>	PubMed / MedLine	Urologic Nursing ; v. 35, n. 1, p. 11-17, 2015.	B3A
5	CHEN, Wensen et al.	<i>Impact of daily bathing with chlorhexidine gluconate on ventilator associated pneumonia in intensive care units: a meta-analysis</i>	PubMed / MedLine	J Thorac Dis ; v. 7, n. 4, p. 746-753, 2015.	A1A
6	NOTO, Michael J. et al.	<i>Chlorhexidine Bathing and Healthcare-Associated Infections: A Randomized Clinical Trial</i>	PubMed / MedLine	JAMA ; v. 313, n. 4, p. 369-378, Jan 2015.	A1A
7	ARMELLINO, Donna et al.	<i>Modifying the risk: Once-a-day bathing "at risk" patients in the intensive care unit with chlorhexidine gluconate</i>	ProQuest	Am J Infect Control. ; v. 42, n. 5, p. 571-573. May. 2014.	B2B
8	MARTÍNEZ-RESÉNDEZ, Michel Fernando et al.	<i>Impact of daily chlorhexidine baths and hand hygiene compliance on nosocomial infection rates in critically ill patients</i>	Scopus	Am J Infect Control. ; v. 42, n. 7, p. 713-717, Jul. 2014.	B2B
9	BARBAS, Carmen Sílvia Valente et al.	Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica.	PubMed / MedLine	Rev Bras Ter Intensiva. ; v. 26, n. 3, p. 215-239, 2014.	A1A

(continuação)

N	Autor	Título	Base de Dados	Fonte	GRADE
10	CLIMO, Michael W. et al.	<i>Effect of Daily Chlorhexidine Bathing on Hospital-Acquired Infection</i>	PubMed / MedLine	N Engl J Med. ; v. 368, n. 6, p. 533-542, Feb. 2013.	A1B
11	BASS, Pauline et al.	<i>Impact of chlorhexidine-impregnated washcloths on reducing incidence of vancomycin-resistant enterococci colonization in hematology-oncology patients.</i>	Scopus	Am J Infect Control. ; v. 41, n. 4, p. 345-348, Apr. 2013.	B2C
12	MARRA, Alexandre R. et al.	<i>Hand hygiene compliance in the critical care setting: A comparative study of 2 different alcohol hand rub formulations.</i>	Scopus	Am J Infect Control. ; v. 41, n. 2, p. 136-139, Feb. 2013.	B2C
13	MONTECALVO, Marisa A. et al	<i>Chlorhexidine Bathing to Reduce Central Venous Catheter- associated Bloodstream Infection: Impact and Sustainability.</i>	ProQuest	Am J Med. ; v. 125, n. 5, p. 505-511, May. 2012.	B2C
14	DERDE, Lennie P. G.; DAUTZENBERG, Mirjam J. D.; BONTEN, Marc J. M.	<i>Chlorhexidine body washing to control antimicrobial-resistant bacteria in intensive care units: a systematic review.</i>	PubMed / MedLine	Intensive Care Med. ; v. 38, n. 6, p. 931-939, Jun. 2012.	A1A
15	DIXON, Jessica M.; carver, Robin L.	<i>Daily chlorhexidine gluconate bathing with impregnated cloths results in statistically significant reduction in central line-associated bloodstream infections.</i>	ProQuest	Am J Infect Control. ; v. 38, n. 10, p. 817-821. Dec. 2010.	B2B
16	CAMARGO, Luis Fernando Aranha et al.	<i>Low Compliance with Alcohol Gel Compared with Chlorhexidine for Hand Hygiene in ICU Patients: Results of an Alcohol Gel Implementation Program.</i>	Scopus	Braz J Infect Dis. ; v. 13, n. 5, p. 330-334, Oct. 2009	B2C
17	JOHNSON, Debra; LINEWEAVER, Lauri; MAZE, Lenora M.	<i>Patients' bath basins as potential sources of infection: a multicenter sampling study.</i>	PubMed / MedLine	AJCCOnline ; v. 18, n. 1, p. 31-40, Jan. 2009.	B2C

(conclusão)

N	Autor	Título	Base de Dados	Fonte	GRADE
18	LIMA, Dalmo Valério Machado de; LACERDA, Rubia Aparecida	Repercussões oxihemodinâmicas do banho no paciente em estado crítico adulto hospitalizado: revisão sistemática.	PubMed / MedLine	Acta paul. enferm. , São Paulo, v. 23, n. 2, p. 278-285, Apr. 2010	B2A
19	LIMA, Dalmo Valério Machado de	Repercussões oxihemodinâmicas do banho no paciente adulto internado em estado crítico: evidências pela revisão sistemática de literatura.	Banco de Teses CAPES	Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2009, 258 p.	B2A
20	BORER, Abraham et al.	<i>Impact of 4% chlorhexidine whole-body washing on multidrug-resistant Acinetobacter baumannii skin colonization among patients in a medical intensive care unit.</i>	Scopus	J Hosp Infect. ; v. 67, n. 2, p. 149-155, Oct. 2007.	B2C
21	VERNON, Michael O. et al	<i>Chlorhexidine Gluconate to Cleanse Patients in a Medical Intensive Care Unit.</i>	Scopus	Arch Intern Med. ; v. 166, n. 3, p. 306-312, Feb. 2006.	B2B

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

Quadro 4 - Distribuição dos artigos conforme autor, título, fonte, e nível de evidência não selecionados pelos descritores/MESH da pesquisa

N	Autor	Título	Base de Dados	Fonte	GRADE
1	GOULD, Carolyn V. et al.	<i>Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009.</i>	PubMed / MedLine	Infect Control Hosp Epidemiol. ; v. 31, n. 4, p. 319-326, 2010.	A1A
2	BARROS, Luciene de Fátima Neves Monteiro de et al.	Avaliação do tipo de curativo utilizado em cateter venoso central para hemodiálise.	BIREME	Acta Paul Enferm. ; v. 22 (Especial-Nefrologia) p. 481-486, 2009	A1B
3	VALENZA, Franco et al.	<i>Effects of the Beach Chair Position, Positive End-expiratory Pressure, and Pneumoperitoneum on Respiratory Function in Morbidly Obese Patients during Anesthesia and Paralysis.</i>	PubMed / MedLine	Anesthesiology ; v. 107, p. 725-732, 2007.	C4

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

5.2 PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE CRITÉRIOS PARA BANHO DE LEITO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

O protocolo foi construído seguindo a estrutura de organização do *Institute of Medicine* (2011), a *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II* (AGREE II) (BROUWERS et al., 2010) e Pimenta et al. ([2014?]).

Todas as evidências foram identificadas por colchetes em itálico, com o grau de recomendação e o nível da evidência. Algumas evidências com elevado nível de recomendação foram citadas ao longo do protocolo por se tratarem de estudos relevantes, mesmo não apresentando os DeCS/MeSH da busca inicial ou todos os critérios de inclusão, bem como referências bibliográficas relevantes para a construção do mesmo.

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE CRITÉRIOS PARA
BANHO DE LEITO EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA ADULTO**

Graziela Pereira Flores

Karin Viegas

2016

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	34
OBJETIVOS	35
GRUPO DE DESENVOLVIMENTO	35
CONFLITO DE INTERESSE	35
DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE DADOS E CLASSIFICAÇÃO DAS EVIDÊNCIAS	35
REVISÃO DO PROTOCOLO	37
GLOSSÁRIO E SIGLÁRIO	37
TRANSCENDÊNCIA E VULNERABILIDADE	38
MAGNITUDE	39
TIPOS DE BANHO	41
FUNÇÕES E BENEFÍCIOS DO BANHO	42
PACIENTES SUSCEPTÍVEIS A INFECÇÃO DURANTE O BANHO	42
MATERIAL E PRODUTOS PARA O BANHO	43
DURAÇÃO E HORÁRIO DO BANHO	44
MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DURANTE O BANHO	45
TEMPERATURA DA ÁGUA DURANTE O BANHO	46
CUIDADOS ESPECIFICOS NO MOMENTO DA REALIZAÇÃO DO BANHO	46
Pacientes em Ventilação Mecânica	46
Pacientes em Hemodiálise Venovenosa Contínua de 24 horas	49
Repercussões oxi-hemodinâmicas	49
Pacientes com terapia nutricional por via enteral e parenteral	50
Pacientes neurológicos	50
Pacientes com cateteres e drenos	51
Pacientes com curativos especiais	52
Pacientes com lesão do aparelho locomotor	52
INDICADOR DE RESULTADO	53
VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO	53
LIMITAÇÕES	54
PLANO DE IMPLANTAÇÃO	54
REFERÊNCIAS	55

APRESENTAÇÃO

Este protocolo tem o objetivo de estabelecer critérios para banho de leito em unidade de terapia intensiva adulto. Observando a ética e a técnica deste procedimento de enfermagem, também objetiva criar mecanismos para garantir uma assistência segura e eficaz ao paciente criticamente enfermo. Portanto o banho de leito deve ser dispensado para os pacientes que se enquadrarem nos critérios estabelecidos neste protocolo. A aplicação destas recomendações preconiza as principais condutas para efetividade assistencial, assim como a segurança do paciente.

O banho de leito do paciente crítico adulto é uma atividade que necessita planejamento e organização em todas as suas etapas. Toda a tecnologia envolvida junto ao paciente crítico, que auxilia no seu monitoramento, também é fator de dificuldade de mobilização e acesso ao mesmo, bem como o cuidado com as alterações hemodinâmicas.

O banho é uma excelente oportunidade de contato físico do profissional de saúde com o paciente, visando à higiene e o conforto do mesmo. Apesar de ser um dos cuidados mais simples no âmbito dos procedimentos de enfermagem, muitas vezes é realizado de maneira acrítica, por sua incorporação na rotina de cuidados de enfermagem e, por ser parte essencial da assistência à saúde, exige do profissional uma constante avaliação, não só do quadro clínico do paciente, mas de todo o processo que envolve a realização do banho no âmbito hospitalar. Entretanto raramente é um tópico frequente de debates.

A velocidade com que as “velhas tecnologias” se transformam em produtos pretensamente inovadores, atende, de um lado ao anseio da indústria em lançar novos produtos, oferecendo mais e melhores recursos terapêuticos. E de outro lado, este instrumento do cuidado, divide opiniões entre os profissionais.

“O banho no leito não é apenas uma atividade para higiene corporal, mas uma ação terapêutica de Enfermagem, baseado num conjunto de conhecimentos científicos (...)”. (MACEDO et al., 1998).

OBJETIVOS

- a) Determinar os melhores critérios para o banho de leito em pacientes adultos graves.
- b) Identificar o melhor produto utilizado para a higiene corporal e oral em pacientes adultos graves.

GRUPO DE DESENVOLVIMENTO

Graziela Pereira Flores – Enfermeira, Mestranda do Curso de Pós-Graduação *Strictu Sensu* da UNISINOS, Mestrado Profissional em Enfermagem.

Karin Viegas – Enfermeira, Doutora em Gerontologia Biomédica, Professora do Mestrado Profissional em Enfermagem da UNISINOS.

CONFLITO DE INTERESSE

Não há conflito de interesse dos autores em relação a este estudo. Todo o apoio financeiro e material recebido para o desenvolvimento deste trabalho foi custeado pelos próprios pesquisadores.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE DADOS E CLASSIFICAÇÃO DAS EVIDÊNCIAS

O levantamento bibliográfico nas bases de dados foi realizado com rigor metodológico conforme preconizado pelo delineamento de uma revisão sistemática. Todos os artigos selecionados foram analisados quanto a sua confiabilidade e pertinência, e foram classificados conforme seu grau de recomendação e força de evidência (Quadro 5).

Quadro 5 – Níveis de evidência com enfoque no tratamento, prevenção, etiologia, prognóstico e diagnóstico

(continua)

Grau de recomendação	Nível de evidência	Tratamento – Prevenção – Etiologia	Prognóstico	Diagnóstico	Diagnóstico Diferencial/ Prevalência de Sintomas
A	1A	Revisão sistemática de ensaios clínicos controlados randomizados.	Revisão Sistemática de Coortes desde o início da doença. Critério Prognóstico validado em diversas populações.	Revisão Sistemática de estudos diagnósticos nível 1. Critério Diagnóstico de estudos nível 1B, em diferentes centros clínicos.	Revisão sistemática de estudos de coorte.
	1B	Ensaio clínico controlado randomizado com intervalo de confiança estreito.	Coorte desde o início da doença, com perda < 20%. Critério prognóstico validado em uma única população.	Coorte validada, com bom padrão de referência. Critério Diagnóstico testado em um único centro clínico.	Estudo de coorte com poucas perdas.
	1C	Resultados terapêuticos do tipo “tudo ou nada”.	Resultados terapêuticos do tipo “tudo ou nada”.	Sensibilidade e especificidade próximas de 100%.	Série de casos do tipo “tudo ou nada”.
B	2A	Revisão Sistemática de Estudos de Coorte.	Revisão Sistemática de coortes históricas.	Revisão Sistemática de estudos diagnósticos de nível >2.	Revisão Sistemática de estudos sobre diagnóstico diferencial de nível >2.
	2C	Observação de resultados terapêuticos (<i>outcomes research</i>). Estudo Ecológico.	Observação de Evoluções Clínicas (<i>outcomes research</i>).	-	Estudo Ecológico.
	3A	Revisão Sistemática de Estudos Caso-Controle.	-	Revisão Sistemática de estudos diagnósticos de nível >3B.	Revisão Sistemática de estudos de nível >3B.
	3B	Estudo Caso-Controle.	-	Seleção não consecutiva de casos, ou padrão de referência aplicado de forma pouco consistente.	Coorte com seleção não consecutiva de casos, ou população de estudo muito limitada.
C	4	Relato de Casos (incluindo coorte ou caso-controle de menor qualidade).	Série de casos (e coorte prognostica de menor qualidade).	Série de casos (e coorte prognostica de menor qualidade).	Série de casos (e coorte prognostica de menor qualidade).

					(conclusão)
Grau de recomendação	Nível de evidência	Tratamento – Prevenção – Etiologia	Prognóstico	Diagnóstico	Diagnóstico Diferencial/ Prevalência de Sintomas
D	5	Opinião de especialistas desprovida de avaliação crítica ou baseada em matérias básicas (estudo fisiológico ou estudo com animais).	-	-	-

Fonte: OXFORD Centre for Evidence-Based Medicine (2009).

REVISÃO DO PROTOCOLO

A revisão será realizada por grupo externo, conforme a ferramenta AGREE (BROUWERS, 2010), adaptado para este protocolo (Apêndice B). Sua atualização será a cada 2 anos ou quando existir informações relevantes que exija mudanças imediatas.

GLOSSÁRIO E SIGLÁRIO

AGREE	<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation</i>
CAPES	Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior
COREN-RS	Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul
DC	Débito cardíaco
DVE	Derivação Ventricular Externa
FiO ₂	Fração de inspiração de oxigênio
HDVVC	Hemodiálise venovenosa contínua
IC	Índice cardíaco
IH	Infecção Hospitalar
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MRSA	Staphylococcus aureus resistente à meticilina
NPT	Nutrição Parenteral Total
OF	Oferta de Oxigênio
PAM	Pressão Arterial Média
PaO ₂	Medida da pressão parcial de oxigênio no sangue
PCP	Pressão de Capilar Pulmonar

PEEP	Pressão positiva expiratória final
pH	Potencial de Hidrogênio
PIC	Pressão Intra Craniana
PPC	Pressão de perfusão cerebral
PVC	Pressão Venosa Central
SARA	Síndrome da Angústia Respiratória Aguda
SaO ₂	Saturação de Oxigênio Sanguíneo
SVO ₂	Saturação de oxigênio no sangue venoso misto
TI	Terapia Intensiva
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VM	Ventilação Mecânica
VO ₂	Consumo de Oxigênio
VRE	Enterococcus resistente à vancomicina

TRANSCENDÊNCIA E VULNERABILIDADE

O paciente crítico, com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos do organismo, bem como a perda de sua autorregulação, necessita de cuidado contínuo, incluindo sua higiene pessoal.

Ainda existem controvérsias em relação ao banho de leito em paciente adultos em estado crítico, bem como a carência e a dificuldade em publicações científicas sobre sua repercussão no estado clínico do paciente e de um modelo explicativo consensual para execução da técnica.

Os métodos de banho utilizados tradicionalmente giram em torno da utilização de bacias, sabonete e água, existindo pouco conhecimento sobre o potencial de propagação de bactérias relacionadas a estas práticas. [B3A] (STROUSE, 2015). Existe uma relação entre agentes patogênicos no ambiente de cuidados de saúde e no desenvolvimento de biofilme na superfície corporal. A formação do biofilme com a transmissão de organismos, através do contato com itens contaminados, pode criar um reservatório de bactérias que são transferidas para a bacia utilizada durante o banho do paciente. [B2C] (JOHNSON; LINEWEAVER; MAZE, 2009).

O resultado dos estudos de Johnson, Lineweaver e Maze (2009) indicaram que as bacias utilizadas no banho, mesmo removendo a água seguidamente, são uma fonte de crescimento bacteriano. [B2C] Apesar do uso dos produtos

descartáveis de higiene serem relativamente de alto custo, as autoras afirmam que o retorno do investimento se dá com a não reinfecção dos pacientes.

Uma preocupação comum dos profissionais de saúde que trabalham na UTI é o direcionamento do cuidado ao conforto físico. Este é associado à prestação de cuidados destinados a amenizar a dor e o sofrimento do paciente por meio da cura física do corpo. O estranho maquinário, as constantes privações, interrupções e privação de sono, a superestimulação sensorial, sede, dores, abstinência de alimentos comuns, a alimentação endovenosa ou nasoenteral, a respiração por ventiladores, a monitorização cardíaca e sua sinalização, os cateteres, os procedimentos invasivos, a imobilização do paciente e ainda a superlotação de equipamentos no local, equivalem a desencadeantes para situações que propiciam alterações psicopatológicas e intenso desconforto físico. (CAETANO et al., 2007).

Quando se trata de pacientes em estado crítico, as tarefas mais simples tornam-se extremamente complexas e as ações de enfermagem necessitam um planejamento prévio, bem como equipe capacitada no saber-fazer, com o objetivo de técnica livre de danos, com melhora funcional, satisfação e conforto do paciente. [B2A] (LIMA; LACERDA, 2010).

O procedimento do banho na UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) exige do profissional de enfermagem o conhecimento do estado clínico do paciente, bem como a padronização da técnica. A tecnologia presente na unidade, tão peculiar aos pacientes em estado crítico, auxilia a detectar qualquer alteração hemodinâmica, contudo, dificulta o acesso e restringe a mobilização do paciente no leito, tornando essa atividade digna de um bom planejamento prévio. [B2A] (LIMA, 2009).

MAGNITUDE

As práticas básicas de higiene, como lavagem das mãos e banho, no ambiente hospitalar são consideradas as principais causas de disseminação de bactérias multirresistentes. O agravo do paciente internado por causa infecciosa pode se manifestar durante a internação ou após sua alta. (BRASIL, 2005).

No Brasil, estima-se que de 5% a 15% dos pacientes internados contraem alguma infecção hospitalar, acarretando um acréscimo de 10 a 15 dias na internação (MACHADO et al., 2001), além de elevação dos custos, podendo ser até 10 vezes mais caro (SHAH et al., 2016), devido a procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

As taxas de infecção hospitalar (IH) em UTI variam, conforme a estrutura de cada unidade, de 5 a 10 vezes mais que em outras unidades de internação; isto é, de 18% a 54%, sendo responsável por até 35% de todas as infecções dentro do hospital. (BARSANTI; WOELTJE, 2009; ESPÓSITO; LEONE, 2007).

A equipe de enfermagem pode transmitir agentes patogênicos através da água do banho. (LINEWEAVER et al., 2006). A fricção mecânica da pele durante o banho é depositada na água, quando utilizada em bacias, tornando-se uma fonte potencial de contaminação cruzada. (CLARK; JOHN, 2006; EXNER et al., 2005; LARSON et al., 2004; SEHULSTER; CHINN, 2003). Ainda não existe um estudo que identifique qual o patógeno encontrado na água em bacias de banho de pacientes hospitalizados. Em um estudo de Shannon et al. (1999) foi identificado o crescimento de bactérias na água após o banho de rotina, com uma contagem de mais de 105 unidade de colônias/ml, não especificando qual. Clark e John (2006) em uma revisão da literatura identificaram a contaminação da água nas torneiras instaladas em uma instituição, sendo que a mesma torneira é a utilizada para a lavagem das mãos.

Um estudo realizado por Lineweaver et al. (2006) identificou colonização microbiana nas bacias de banho de pacientes hospitalizados por mais de 48 horas. A maioria das amostras produziram níveis de bactérias entre 10 e 99.000 CFU em cada esponja (90,6%), sendo o preconizado entre 100 e 990 UFC/esponja (31,3%). E, duas das 32 amostras excederam 1.000.000 UFC/esponja. O enterococos foi a bactéria mais encontrada (68,8% das amostras) em pacientes sem contaminação multirresistente prévia, sendo que 12,5% deles eram resistentes à vancomicina. Duas amostras foram positivas, sendo uma em paciente colonizado com MRSA (*S. aureus* oxacilino resistente), que contraiu infecção na ferida operatória e foi a óbito por complicações.

Estudos identificaram que a contagem microbiana na pele de pacientes após banho de leito com produtos descartáveis foi menor do que após o banho dado com bacia, embora as diferenças não fossem estatisticamente significativas. [B2B] (LARSON et al., 2004; VERNON et al., 2006).

Outro estudo investigou a taxa de infecções do trato urinário utilizando somente bacias, água da torneira e papel toalha para o procedimento do banho em pacientes internados na UTI. (McGUCKIN; SHUBIN; HUJCS, 2008). Os resultados mostraram um aumento significativo na taxa de infecção urinária, além do aumento

nos custos hospitalares em \$107.741,00 em nove meses.

A recomendação de banhos diários com gluconato de clorexidina 2% para controle de infecção, principalmente de cateter central, é utilizada em situações onde as taxas de infecção são elevadas, podendo reduzir em até 40% esta incidência. (SHAH et al., 2016). Entretanto, um estudo randomizado recente determinou que o banho de clorexidina não reduziu esta taxa.

TIPOS DE BANHO

O banho no paciente crítico, independente de ser terapêutico ou de limpeza, é feito no leito. Assim, todas as características mencionadas devem ser contempladas com o paciente sobre a cama, em técnica denominada banho de leito, realizada de forma rotineira na terapia intensiva.

Os banhos podem ser classificados tais como (POTTER; PERRY, 2013):

- a) **banho completo no leito**, administrado no leito ao paciente totalmente dependente ou em estado crítico e acamado;
- b) **banho parcial no leito**, que consiste em banhar as regiões do corpo que provocariam desconforto quando ficam sem banho, como as mãos, face, axilas e área perineal. O banho parcial também inclui banhar e massagear as costas. É um banho adequado para pacientes que são acamados autossuficientes, mas não alcançam algumas áreas do corpo e, principalmente, para os pacientes em estado crítico e hemodinamicamente instáveis, pois protege a pele e promove o conforto;
- c) **banho de esponja na pia ou bacia**, com o paciente sentado em uma cadeira, sendo capaz de realizar parte do banho de forma independente. A assistência do profissional é necessária para o auxílio de áreas de difícil acesso para o paciente;
- d) **banho de banheira** envolve a imersão do paciente em uma banheira, permitindo a lavagem e enxague mais completos e necessita assistência;
- e) **banho de chuveiro**, no qual o paciente fica em pé ou sentado sob água corrente contínua. O chuveiro fornece limpeza mais eficaz, no entanto pode ser cansativo para alguns pacientes;
- f) **banho seco**, com o uso de surfactantes na limpeza corporal. Esta técnica apresenta-se bastante eficaz na redução do agravamento do paciente, bem

como no tempo da realização do procedimento, nos custos, na umidade da pele e na satisfação do paciente. (SKEWES, 1996).

FUNÇÕES E BENEFÍCIOS DO BANHO (LIMA, 2009, p. 33) [B2A]:

- a) limpeza da pele, remoção da perspiração, de bactérias, de sebo e células epiteliais de revestimento mortas, minimizando a irritação cutânea e risco de infecção;
- b) estimulação da circulação, pela utilização de água e ativação da superfície cutânea e extremidades, contribuindo para a prevenção de trombose venosa profunda e conseqüente tromboembolia pulmonar. Também é favorecida a circulação de áreas circunstancialmente (por conta da pouca mobilidade) e/ou patologicamente (insuficiência vascular periférica) isquêmicas, prevenindo o aparecimento de úlceras de pressão, sobretudo em proeminências ósseas, onde a tensão sobre a pele é maior e a vascularização diminuída;
- c) melhora da autoimagem, promoção de relaxamento e o sentimento de estar refrescado e confortável;
- d) redução de odores corporais;
- e) promoção da amplitude de movimento; e
- f) alívio do desconforto e relaxamento muscular.

PACIENTES SUSCEPTÍVEIS A INFECÇÃO DURANTE O BANHO

O controle de agentes patogênicos deve reduzir o número de micróbios nocivos e proteger os pacientes de alto risco para a infecção. (EXNER et al., 2005). Os pacientes mais susceptíveis são os imunodeprimidos, que possuem cateteres ou drenos, submetidos a procedimentos invasivos, ferimentos extensos (ex. queimaduras) ou com doenças pré-existentes. Além disto, os idosos apresentam maior risco ambiental, tais como a resistência microbiana aos antibióticos e a falta de medidas de controle de infecção e higiene ambiental. (GUINAN; MCGUCKIN; NOWELL, 2003; RUTULA; WEBER, 2015).

A desinfecção e esterilização de objetos no ambiente hospitalar pode reduzir a propagação de bactérias. Os objetos hospitalares são divididos nas seguintes categorias: itens críticos (entram em contato com o tecido estéril ou sistema

vascular), itens semicríticos (entram em contato com membranas mucosas ou pele não intacta) e itens não-críticos. (FAVERO; BOND, 2001).

As mucosas e a pele não intacta, apesar de não serem tecidos estéreis, podem ser susceptíveis à introdução de agentes patogênicos. O banho com material contaminado pode potencialmente expor as mucosas ou a pele não intacta à bactérias. Assim, é razoável considerar que, apesar de uma bacia de banho ser classificada como um produto não crítico, por vezes, é um item semicrítico (JOHNSON; LINEWEAVER; MAZE, 2009), pois se torna frequentemente contaminada com bactérias gram-negativas a partir do ambiente, tornando-se uma potencial fonte de exposição bacteriana. [B2C] (LARSON et al., 2004; SKEWES, 1994).

MATERIAL E PRODUTOS PARA O BANHO

Apesar da água ser um potencial contaminador, o uso de pias e torneiras separadas das de lavagem de mãos são aconselhadas. (LAZZARI; ALLEGRANZI; CONCIA, 2004).

O uso de panos para higiene descartáveis pode reduzir microbiana e evitar a exposição do paciente à água contaminada da torneira. (LARSON et al., 2004; SKEWES, 1994).

O pano de higiene descartável não deve ser utilizado para higienizar o corpo inteiro. Desta maneira diminui o potencial de propagação de bactérias a partir de uma área do corpo para outra. Este método permite a variabilidade na técnica do procedimento. Além de reduzir o tempo utilizado para um banho de leito e evita os efeitos da má secagem da pele quando se utiliza o método convencional com água e sabão. (LARSON et al., 2004; SKEWES, 1994).

O uso de sabão recomendado para o banho deve manter o pH (potencial de hidrogênio) da pele entre 4,5 e 5,5, mantendo a proteção natural da mesma. (ABBAS; LICHTMAN; PILLAI, 2011).

Recomenda-se o uso de banhos diários com clorexidina com uma concentração mínima de 8-64 µg/mL, para redução de infecção por gram-negativos. [A1C] (CHUNG et al., 2015; SHAH et al., 2016) ou uma diluição de 4-8 ou 4-16 µg/mL. (SUWANTARAT et al., 2014). Entretanto, a exposição desnecessária pode resultar no desenvolvimento de resistência a clorexidina a 2% (20.000 µg/mL). [A1A;

B3B] (CASSIR et al., 2015; NOTO et al., 2015). Mesmo com o mínimo de concentração utilizada de clorexidina (0,06%), ainda a concentração tópica seria de 600 µg/mL, o que é acima da concentração bactericida recomendada.

O uso de sabão, água e outros produtos de limpeza líquidos com pH de 5,5 afetam o pH da pele, mas não existe efeito sobre a colonização bacteriana. (BURNS; DAY, 2013).

Os efeitos de banhos de clorexidina a 2% no controle de infecções podem ser causados principalmente por uma redução de sua taxa por bacilos gram-negativos. Este fato pode estar relacionado ao evitar o contato dos dispositivos médicos com torneira água, onde a concentração de cloro na água está fora das recomendações, não para o efeito antisséptico de si da clorexidina. O uso da clorexidina a 2% seria uma opção válida para o controle de infecção em muitos hospitais com maiores taxas de infecção. (SUWANTARAT et al., 2014).

O uso de clorexidina duas vezes por dia, como medida preventiva para a infecção de vias aéreas em pacientes em VM é tido como medida padrão em vários estudos. (ALBERTOS; CARALT; RELLO, 2011; ASKARIAN; GOORAN, 2003; FIELDS, 2008; GHAZVINI et al., 2005). Além disso, recomenda-se que os pacientes entubados precisem escovar os dentes no mínimo duas vezes por dia e manterem a humidade natural da sua boca, uma vez que isso ajuda a preservar a flora bacteriana normal da cavidade oral e faringe, impedindo a colonização de bactérias patogénicas. (BAGHERI-NESAMI et al., 2015; MEHTA et al., 2007).

DURAÇÃO DO BANHO E HORÁRIO DO BANHO

A duração do banho também é preocupação do enfermeiro, pois a interrupção do procedimento pode ocasionar mal-estar, constrangimento e instabilização do paciente. Esse planejamento inclui preparo adequado do material, verificação da agenda de exames ou procedimentos para o horário e também de que não seja horário de visitas. O tempo recomendado de duração do banho de leito para paciente crítico é de 20 minutos a 25 minutos. [B2A] (LIMA, 2009).

Quanto ao melhor horário para a realização do banho de leito na UTI, o mais indicado seria no período diurno, até às 21 horas. Apesar da escala ser dividida entre os turnos, os pacientes que recebem banho à noite frequentemente são interrompidos de seu sono e descanso. (TAMBURRI et al., 2008).

MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DURANTE O BANHO

A manutenção da temperatura corporal do paciente em estado crítico visa manter as reações químicas dentro do padrão de compatibilidade.

O organismo humano necessita de uma temperatura estável entre 36 e 37°C para a manutenção da atividade metabólica celular, e esta temperatura pode variar aproximadamente 0,6°C, para uma variação entre 13°C e 54°C do ambiente. Variações na temperatura do ambiente interferem principalmente na temperatura periférica (da pele). (HALL; GUYTON, 2011).

A temperatura do ambiente ideal para evitar a perda de calor da superfície corporal é de 23°C ou mais. Entretanto, temperaturas acima de 22°C podem ser desconfortáveis para os profissionais de saúde, reduzindo sua atenção e performance. (TAGUZZI; KURZ, 2005).

A temperatura central, melhor verificada por via retal por 4 minutos, decresce com a idade, devido à perda do estrato córneo da pele, e varia durante o dia (menor pela manhã, aumentando a ingestão de alimentos). (HALL; GUYTON, 2011). Todas as alterações significativas na temperatura, seja elevação ou queda, podem causar complicações. (JEVON; EWENS, 2009).

Em repouso e com o ambiente numa temperatura de 21°C, 60% da perda de calor ocorre por meio da irradiação, já que a temperatura cutânea é maior que a dos objetos circunjacentes. (BRANCO; STEINER; BÍCEGO, 2005).

Preconiza-se a climatização de ambientes hospitalares fechados, fornecendo condições de controle de temperatura entre 21°C e 24°C e umidade relativa do ar de 40% a 60%. (BRASIL, 2002; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 1998; 2006).

Outro fator que interfere na temperatura corporal são as moléculas de ar ou de água que estão em contato com o corpo. Quando aquecidas, estas moléculas se distanciam da fonte de calor, fazendo com que aumente a perda do calor. (BRANCO; STEINER; BÍCEGO, 2005).

Um paciente em estado crítico está sujeito a várias intervenções durante o dia, ficando exposto as condições do meio externo. Um indivíduo alerta e sem roupas pode manter controlada sua temperatura corporal com uma temperatura ambiental de 27°C a 33°C. Entretanto, um indivíduo inconsciente apresenta maior disposição para o resfriamento, preconizando que a temperatura ambiental na UTI

varia de 21°C a 24°C. (BRANCO; STEINER; BÍCEGO, 2005).

A hipotermia no paciente crítico (temperatura inferior a 35°C) reduz o transporte de oxigênio no sangue, alterando a saturação de oxigênio (oximetria), ocorre acidose metabólica láctica, podendo apresentar comprometimento da função respiratória. (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2008; DAROVIC, 2002). Por outro lado, a hipertermia no paciente crítico aumenta o metabolismo corporal em 7% para cada grau de temperatura. Além disto, as frequências respiratória e cardíaca aumentam para compensar as exigências metabólicas.

TEMPERATURA DA ÁGUA DURANTE O BANHO

Considera-se a temperatura da água quente entre 45 e 46°C, morna de 43°C e fria de 37°C. [B2A] (LIMA, 2009). A temperatura da água (na bacia) dentro do limite de tempo preconizado (20 a 25 minutos) e uma temperatura ambiente entre 21 e 24°C, para a realização do banho, pode diminuir em 4°C, isto é, hipotermia. (LIMA; NASCIMENTO, 2004).

A temperatura da água de banho acima de 40°C influenciam na diminuição da pressão arterial média em até 5 mmHg, não sendo esta pressão alterada quando o banho é realizado no período da noite. (ISHIKAWA et al., 2015).

CUIDADOS ESPECIFICOS NO MOMENTO DA REALIZAÇÃO DO BANHO

Pacientes em Ventilação Mecânica

A ventilação mecânica (VM) é utilizada comumente na terapia intensiva, o que não impede o paciente de receber o banho de leito, porém alguns parâmetros devem ser observados antes do procedimento.

Para a realização do banho em um paciente em VM, o enfermeiro, juntamente com a equipe multiassistencial, devem verificar as condições e a tolerância do paciente, principalmente quando o paciente está em desmame ventilatório. (HAPP et al., 2010). Cabe ao enfermeiro avaliar o paciente antes de liberar o banho de leito.

Antes de iniciar o banho de leito uma avaliação dos sinais vitais e registros dos parâmetros da VM, com checagem de alarmes e parâmetros clínicos, deve ser realizada. [A1A] (BARBAS et al., 2014).

Recomenda-se manter a monitorização cardíaca e de saturação durante o banho de leito, além da mudança de decúbito, com uma pausa de 5 a 10 minutos antes da mudança de decúbito durante o banho de leito; apesar de que nenhum benefício foi verificado com o repouso. (ATKINS; HAPSHE; RIEGEL, 1994; HAPP et al., 2012; HODGSON et al., 2013).

Sugere-se a terapia de rotação lateral contínua para a mobilização do paciente em VM, com a utilização de cama cinética, quando disponível. (METHENY; FRANTZ, 2013).

A menos que contraindicado, pode-se manter a cabeceira elevada em 45° em pacientes que estão em VM. Se necessário para o conforto do paciente, pode-se diminuir a elevação para 30° periodicamente. (METHENY; FRANTZ, 2013). Apesar das referências serem conflitantes, há uma preferência pela posição de 30°, desde que não exista risco para o paciente ou conflitos com procedimento terapêuticos.

O banho de leito é contraindicado para pacientes em VM com parâmetros altos de PEEP (Pressão Expiratória Final Positiva - superior a 7), FiO₂ (concentrações inspiradas de oxigênio - superior a 60%), SaO₂ (menor que 90%), desconforto e/ou agitação, fazendo recrutamento alveolar e com SARA (Síndrome da Angústia Respiratória Aguda) grave. Porém esses critérios devem ser avaliados pelo enfermeiro, devendo considerar o risco benefício para o paciente, sendo que o banho pode ser realizado em um momento posterior e mais adequado. (METHENY; FRANTZ, 2013).

Pacientes em VM harmônica, com parâmetros fisiológicos, em desmame ventilatório, tem a indicação de receber o banho de leito.

O banho diário deve ser realizado com clorexidina 2% que além de diminuir o risco de infecção subsequente por manipulação do dispositivo associado a VM, também interrompe a infecção cruzada na UTI. [A1A] (CHEN et al., 2015). Entretanto, apesar das evidências em relação ao uso da clorexidina 2% no banho diário dos pacientes em UTI, o uso do produto ainda é questionado. [A1B] (NOTO et al., 2015).

Observa-se maior diminuição da saturação de oxigênio em decorrência do banho no leito em pacientes sob VM em altas concentrações de FiO₂ e PEEP. (NOLL et al., 1991). A recuperação fisiológica do paciente após o banho é relativamente rápida, variando de 3 a 16 minutos, já que o gasto energético durante o procedimento não é grande (ATKINS; HAPSHE; RIEGEL, 1994; NOLL et al., 1991;

WINSLOW et al., 1990), e nenhum benefício foi verificado com o repouso de 10 minutos entre cada movimentação do paciente no leito, nem mesmo em pacientes cirúrgicos. (ATKINS; HAPSHE; RIEGEL, 1994). Entretanto, estudos fisiológicos durante o banho e o desmame do paciente da VM não foram encontrados, ainda permanecendo esta questão a critério do profissional de enfermagem que está realizando o procedimento.

Existe uma atenção em relação a mobilidade do paciente em VM no leito, sendo que isto auxilia nos resultados funcionais a curto prazo. (CHOI; TASOTA; HOFFMAN, 2008; SEREIKA et al., 2011). No entanto, não existe tal orientação para atividades como o banho de leito.

O uso da posição prona, mesmo durante o banho, é recomendado em pacientes com SARA (moderada ou grave) e que apresentam difusão ventricular direita com hipoxemia controlada, e nos pacientes com dificuldade em manter pressão de distensão menor ou igual a 15cm H₂O e pH maior que 7,15. A posição supina deve ser retomada quando a P/F for maior que 150 mmHg com PEEP menor ou igual a 10cmH₂O. [A1A] (BARBAS et al., 2014).

Pacientes com hipertensão intracraniana, fratura de pelve, fratura de coluna, hipertensão intra-abdominal (contraindicação relativa), peritonostomia, gestante (contraindicação relativa), tórax instável, instabilidade hemodinâmica grave é contraindicado a posição prona ou Trendelemburg em qualquer situação. [A1A; C4] (BARBAS et al., 2014; VALENZA et al., 2007).

Já se tratando dos pacientes obesos, exceto nos casos acima citados, a posição de Trendelemburg reversa durante a ventilação e o banho é a mais indicada. Esta posição melhora a PaO₂, a complacência estática do sistema respiratório, o débito cardíaco e também reduz a formação de atelectasias. Nestes pacientes também se deve evitar a posição supina durante o banho, pois reduz a capacidade residual funcional, o débito cardíaco e aumenta o trabalho respiratório. Para facilitar o banho de leito recomenda-se utilizar a posição “*beach chair*” (cadeira de praia). [A1A] (BARBAS et al., 2014).

A fixação do tubo endotraqueal deve ser centralizada e pode-se utilizar fita adesiva ou cadarço. Esta posição garante uma distribuição homogênea da pressão do balonete na traqueia, bem como evita danos na cavidade oral externa e cordas vocais, quando o tubo está posicionado lateralmente. Durante todo o procedimento de banho no leito, o balonete deve estar inflado e a pressão deve ser mantida entre

18 a 22 mmHg ou 25 a 30 cmH₂O. Desta maneira, evita-se vazamento de ar sem compressão excessiva da mucosa traqueal. [A1A] (BARRAS et al., 2013). O controle da pressão do balonete também diminui o risco de lesão, e sua verificação deve ocorrer de acordo com a rotina de cada hospital, sendo medida pelo menos uma vez ao dia.

Durante o banho, deve-se ter cuidado com a tração do circuito do VM no momento da elevação da cama e mudança de decúbito, evitando extubações acidentais. Todas as extensões e equipamento conectados no paciente devem ser verificados para garantir que estão adequadamente presos. Na lateralização do paciente o circuito do VM deve ser solto do suporte. A troca da fixação do tubo endotraqueal deve ser realizada pelo menos uma vez ao dia ou quando necessário. [A1A] (BARRAS et al., 2013).

Pacientes em Hemodiálise Venovenosa Contínua de 24 horas

Outra situação comum, que normalmente está concomitante com a VM, é a hemodiálise venovenosa contínua (HDVVC) de 24 horas, que é um tratamento realizado para pacientes hemodinamicamente instáveis, que não toleram outro método dialítico convencional, que tem duração média de 5 horas.

Pacientes em HDVVC possuem um cateter venoso central de longa permanência implantado. As complicações mecânicas relacionadas a este tipo de cateter não representam 1% das intercorrências. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 200?).

O curativo na inserção do cateter deve ser estéril e semipermeável, utilizando-se gaze estéril e fita adesiva ou curativo estéril transparente com ou sem antimicrobiano. Como o cateter para HVVC é posicionado a 90° em relação a pele, há maior risco de molhar o cateter, bem como infecção por *S. aureus*. [A1B] (BARROS et al., 2009). Durante o banho de leito o curativo deve ser protegido com uma cobertura impermeável. Sendo assim, não existe contraindicação formal no banho de leito para os pacientes que têm um cateter central.

Repercussões oxi-hemodinâmicas

Foram identificadas repercussões hemodinâmicas após o banho de leito em

pacientes adultos críticos, tais como consumo de oxigênio, débito cardíaco (DC), oferta de oxigênio, diferença arteriovenosa e alvéolo-arterial de oxigênio, frequência cardíaca (FC), índice cardíaco (IC), pressão arterial média (PAM), pressão arterial (PA), pressão de artéria pulmonar (PAP), pressão de capilar pulmonar (PCP), pressão venosa central (PVC), resistência vascular sistêmica, respiração, saturação de oxigênio no sangue venoso misto, saturação transcutânea de oxigênio no sangue arterial, temperatura e tensão venosa de oxigênio. [B2A] (LIMA, 2009). Se o paciente apresenta instabilidade hemodinâmica grave, não se realiza o procedimento do banho até que os parâmetros hemodinâmicos estejam restabelecidos.

Pacientes com terapia nutricional por via enteral e parenteral

Durante o banho de leito, a terapia nutricional enteral deve ser suspensa, a fim de evitar refluxo da dieta durante o manuseio do paciente, devido à posição do paciente ao longo do procedimento. Essa pausa garante a diminuição do risco de aspiração. O intervalo deve ser registrado e feito somente o tempo necessário de banho do paciente. (O'MEARA et al., 2008).

Na terapia nutricional parenteral (NPT), realizada por acesso venoso central exclusivo, não há necessidade de interromper a infusão durante o banho de leito do paciente. Os cuidados devem ser os mesmos realizados para cateteres centrais. (MATSUBA; MACEDO; ALVES 2011).

Pacientes neurológicos

Com relação ao banho de leito em paciente neurológico, há uma peculiaridade quando se trata de monitorização de pressão intracraniana (PIC) com ou sem derivação ventricular externa (DVE). A monitorização da PIC visa manter uma pressão inferior a 20 mmHg e uma PPC (pressão de perfusão cerebral) de 60 mmHg a 70 mmHg. O posicionamento do paciente no leito deve ser mantido entre 15 e 30°, em uma posição neutra da cabeça (imobilização de cervical), pois esta posição facilita o retorno venoso pelas veias jugulares, reduzindo a PIC e não interfere na drenagem da DVE. (CHULAY, 2012; DICCINI et al., 2011).

Em pacientes hemodinamicamente estáveis, o banho de leito pode ser realizado, desde que se mantenha a cabeceira em pelo menos 15°. Se o paciente

tiver drenagem da DVE, a mesma deve ser fechada durante o procedimento. O paciente deve ser mantido monitorizado durante todo o procedimento (PIC e sinais vitais). Caso ocorra qualquer alteração nos parâmetros, o banho deve ser interrompido. (CHULAY, 2012; DICCINI et al., 2011).

Pacientes com cateteres e drenos

O paciente de UTI possui um grande aparato tecnológico, vários cabos, fios, sondas, cateteres e tubos. O principal cuidado de enfermagem durante o banho de leito para os pacientes que possuem esta variedade de aparato é a proteção do paciente, ficando um profissional apenas protegendo e segurando os cateteres e sondas durante o manuseio do paciente, enquanto outros profissionais realizam o banho. O objetivo desta superproteção é evitar trações, lesões no paciente, procedimentos desnecessários e a manutenção do conforto do paciente. Não há contraindicações para realização do banho de leito em pacientes com tubos, sondas e cateteres. Para o caso de dreno de tórax, o mesmo não necessita ser clampeado, desde que um profissional controle para que o mesmo mantenha-se com o selo d'água. (MORI; ALVES; WHITAKER, 2011).

Estima-se que 15% a 25% dos pacientes utilizam cateter urinário em algum período da internação, sendo que 38% das cateterizações são desnecessárias. [A1A] (GOULD et al., 2010; MUNASINGHE et al., 2001). As infecções do trato urinário não são elevadas quando associadas à mortalidade, entretanto em relação aos cuidados com os cateteres em geral em pacientes internados na UTI estão relacionados à infecção. (HSU, 2014; MAGGIL et al., 2014).

Na mobilização dos pacientes com sonda vesical de demora durante o banho, é preciso manter o sistema de drenagem aberto e abaixo do nível da bexiga, mesmo que o coletor tenha válvula antirrefluxo. Se for necessário mobilizar o sistema de drenagem da sonda vesical (bolsa coletora), quando a bolsa não possuir sistema antirrefluxo, a mesma deverá ser clampeada. (HSU, 2014; JÚNIOR; NUNES; BASILE-FILHO, 2001). Em caso de ocorrer quebra de uma técnica asséptica, desconexão ou vazamento, substituir o cateter e o sistema coletor.

Há fortes recomendações para a manutenção do sistema de drenagem fechado, sem obstrução e abaixo do nível da bexiga, bem como a limpeza de rotina da superfície do meato. A troca de cateter regularmente, o uso de antissépticos

tópicos no meato urinário e períneo, bem como a irrigação da bexiga e administração de antibióticos sistêmicos não são recomendados. A limpeza do meato urinário deve ser realizada durante o banho diário. [A1A] (GOULD et al., 2010).

Pacientes com curativos especiais

O banho de leito do paciente crítico deve ser planejado também ao que se refere às trocas de curativos necessárias, sendo esse o momento mais indicado para a realização da técnica. O cuidado com a integridade da pele do paciente requer uma abordagem adequada, que se fundamentam em limpeza, hidratação, proteção e continuidade do plano de cuidados. (PAÇO, 2014).

Devido à variedade de feridas e também ao desenvolvimento tecnológico das coberturas indicadas para cada lesão, o processo de planejamento do banho deve ser criterioso, levando em consideração o tipo de curativo a ser realizado. Portanto, todo o material necessário deve estar disposto próximo ao paciente.

Para as feridas com curativos simples, com gaze e soro fisiológico 0,9%, troca-se uma vez ao dia, no momento do banho. Para as feridas com grande quantidade de exsudato, necrose, profundas áreas queimadas, entre outros, são usados materiais especiais de alta absorção e impermeáveis ou semipermeáveis como primeira cobertura no curativo. Os curativos de alta absorção de exsudato podem permanecer até sete dias no leito da ferida ou trocados se saturarem. Pode-se utilizar uma cobertura secundária com gaze e apósito para proteção da cobertura primária. Estes devem ser trocados diariamente, no momento do banho. (AFONSO; AFONSO; MIRANDA, 2014).

Outros curativos especiais que são primários e requerem uma cobertura secundária devem ser trocados diariamente, como os seguintes: carvão ativado (sete dias), hidrocolóide (sete dias) e tules (apósitos impregnados com petrolato, parafina ou lanolina, podem ficar até três dias). (AFONSO; AFONSO; MIRANDA, 2014).

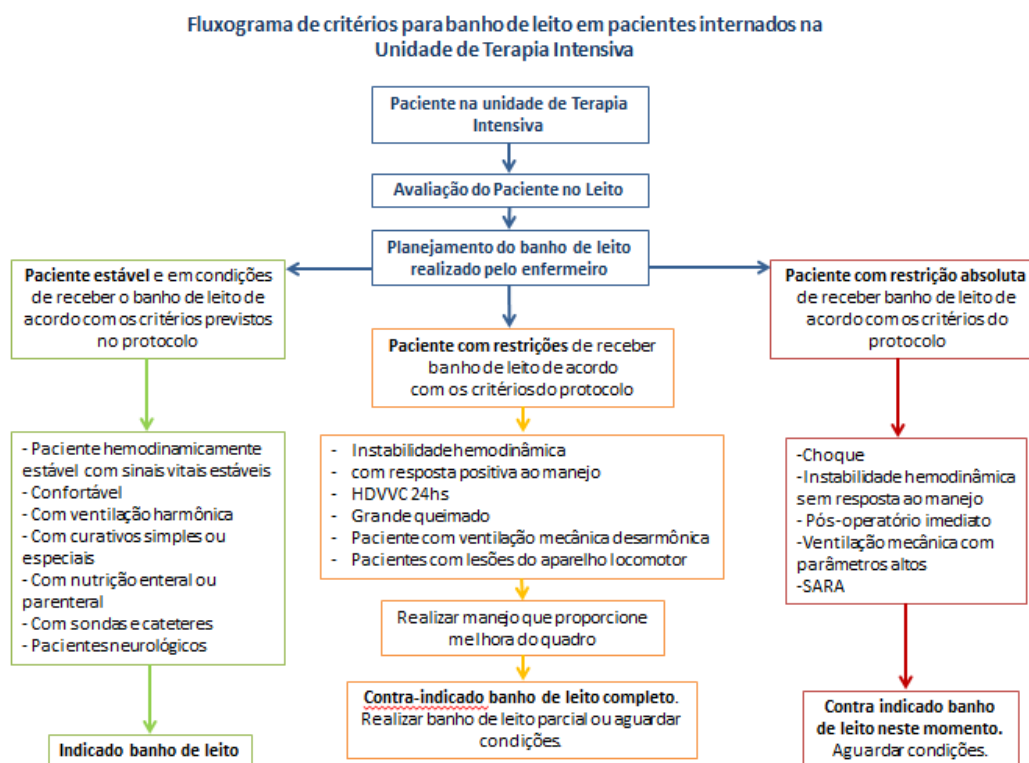
O enfermeiro deve avaliar a ferida e implementar o plano de cuidados sempre que necessário, assim como as trocas poderão ser mais frequentes conforme a necessidade do paciente. (AFONSO; AFONSO; MIRANDA, 2014).

Pacientes com lesão do aparelho locomotor

Pacientes com trações musculoesqueléticas ou gessos têm uma diminuição da mobilidade devido à restrição imposta pelo próprio tratamento e também pela dor, que é comum a pacientes com esse tratamento. A realização do banho pode ser feita, desde que os profissionais atentem para o controle da dor e a administração de medicação analgésica prescrita 30 minutos antes do banho é indicada.

Todas as áreas expostas devem ser lavadas com cuidado, mantidas secas e hidratadas. A mobilidade do paciente durante o procedimento de banho e higiene deve ser com o auxílio de pelo menos dois profissionais, mantendo o alinhamento e imobilização da parte afetada, evitando movimentos bruscos que possam provocar dor. (BOCCHI; MENEGUIN; SANTI, 1996; TASHIRO, 2001). No caso de pacientes com aparelhos gessados indica-se a proteção do gesso com impermeável durante o banho. A pele exposta deve ser limpa, até onde a mão alcançar e nunca se utiliza objetos estranhos para a introdução de panos de limpeza da pele sob o gesso. (TASHIRO, 2001).

FLUXOGRAMA



INDICADOR DE RESULTADO

Os indicadores de resultado compõem o relatório mensal e anual e são analisados para a elaboração de um plano de ação para que as metas assistenciais sejam atingidas. Para o acompanhamento deste protocolo assistencial, dois indicadores foram sugeridos (Quadro 6).

Quadro 6 - Indicadores sugeridos para controle dos resultados após a implantação do protocolo assistencial de enfermagem para critérios para banho de leito em unidade de terapia intensiva adulto, 2016

Indicador	Definição	Numerador	Denominador
Taxa de infecção hospitalar na UTI.	Número de pacientes com infecção na UTI pelo número total de pacientes, multiplicado por 100.	Número total de pacientes com infecção hospitalar.	Número total de pacientes internados na UTI.
Taxa de pacientes internados na UTI que realizaram higiene oral.	Número de pacientes que realizaram higiene oral dividido pelo total de pacientes, vezes 100.	Número total de pacientes que realizaram higiene oral.	Número total de pacientes internados na UTI.

Fonte: elaborado pela autora (2015).

VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO

A validação do protocolo será realizada após a apresentação do mesmo a Câmara Técnica do Conselho Regional de Enfermagem – RS. Para esta avaliação será indicada a metodologia do AGREE II. (BROUWERS et al., 2010).

Para a validação deste protocolo nas instituições de saúde, por um grupo de avaliadores (enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta e médico), o mesmo deverá ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, respeitando a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 2012).

LIMITAÇÕES

O principal desafio na construção deste protocolo foi a escassa busca de evidências relacionadas ao tema. Entretanto, isto não impediu o desenvolvimento do mesmo. Apesar das evidências, ainda existe uma lacuna substancial entre o conhecimento e a implementação da prática assistencial, gerando aumento de custo

e uma ineficiência na qualidade do atendimento, além de aumentar a indução ao risco de resistência microbiana dos pacientes internados.

Os assuntos abordados neste protocolo cobrem a maioria das questões suscitadas, sendo o objetivo maior alertar e conscientizar os profissionais de saúde sobre o tema. Também poderá ser um instrumento de apoio para a segurança do paciente e qualidade do serviço. Entretanto, o conhecimento científico mal interpretado e desatualizado pode gerar a realização de procedimentos ineficazes que colocam em risco a segurança dos pacientes.

De certo modo, as recomendações tentam atender as condições específicas dos pacientes em situação de gravidade e podem ser adaptadas a circunstâncias especiais na prática diária do enfermeiro, principalmente quando envolvem recursos financeiros.

PLANO DE IMPLANTAÇÃO

Este protocolo foi elaborado para atender às necessidades dos profissionais de enfermagem que tratam de pacientes internados em uma Unidade de Tratamento Intensivo quanto aos critérios para a realização do banho de leito.

No Quadro 7 apresenta-se o plano de ação para a implantação dos critérios para banho de leito em unidade de terapia intensiva adulto.

Plano de ação: Montar um plano de treinamento para os enfermeiros que trabalham em unidade de terapia intensiva.

Tema: critérios para banho de leito em unidade de terapia intensiva adulto.

Quadro 7 – Sugestão para a implantação do treinamento assistencial de enfermagem dos critérios para banho de leito em unidade de terapia intensiva adulto

O QUE	QUEM	COMO
Apresentar o protocolo assistencial para a gerência do hospital	Graziela Flores	Apresentação em Power Point, máximo 30 minutos
Fazer a programação da capacitação dos enfermeiros assistenciais da UTI	Graziela Flores	Programar conforme escala de trabalho
Validar o protocolo assistencial	4 profissionais da equipe multidisciplinar da instituição	Utilizando a metodologia do AGREE II

Aprovar a utilização do protocolo	Coordenação de enfermagem	Encaminhar protocolo impresso para Coordenação
Validação técnica pela câmara técnica do CORES/RS	COREN/RS	Encaminhar protocolo impresso para o COREN/RS
Capacitar os enfermeiros assistenciais sobre TEV	Graziela Flores	Notebook Palestra

Fonte: elaborado pela autora (Flores, 2015).

REFERÊNCIAS

ABBAS, Abul K.; LICHTMAN, Andrew H.; PILLAI, Shiv. **Cellular and molecular immunology**. 2nd ed. Philadelphia: Saunders, 2011.

AFONSO, Cristina; AFONSO, Gustavo; MIRANDA, Marta. Apósitos com ação terapêutica. In: AFONSO, Cristina et al. **Prevenção e tratamento de feridas: da evidência à prática**. 1. ed. Portugal: Hartmann. 2014. p. 89-104.

ALBERTOS, Raquel; CARALT, Berta; RELLO, Jordi. Ventilator-associated pneumonia management in critical illness. **Curr Opin Gastroenterol.**, London, v. 27, n. 2, p. 60-66, 2011.

ASKARIAN, Mehrdad; GOORAN, Narjes R. National nosocomial infection surveillance system-based study in iran; additional hospital stay attributable to nosocomial infections. **Am J Infect Control.**, New York, v. 31, n. 8, p. 65–68, 2003. DOI: 10.1016/S0196-6553(03)00673-4

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6401**: Instalações centrais de ar condicionado para conforto – parâmetros básicos de projetos. Rio de Janeiro, 1980.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 7256**: Tratamento de ar em unidades médico-assistenciais. Rio de Janeiro, 2006.

ATKINS, Paul J.; HAPSHE, E.; RIEGEL, Barbara. Effects of a bed bath on mixed venous oxygen saturation and heart rate in coronary artery bypass graft patients. **Am J Crit Care**, Stanford, v. 3, n. 2, p. 107–115, 1994.

BAGHERI-NESAMI, Masoumeh et al. Assessment of Critical Care Provider's Application of Preventive Measures for Ventilator-Associated Pneumonia in Intensive Care Units. **J Clin Diagn Res.**, Delhi, v. 9, n. 8, p. IC05–IC08, 2015.

BARBAS, Carmen Sílvia Valente et al. Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica. **Rev Bras Ter Intensiva**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 215-239, 2014.

BARROS, Luciene de Fátima Neves Monteiro de et al. Avaliação do tipo de curativo utilizado em cateter venoso central para hemodiálise. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 22, (Especial-Nefrologia), p. 481-486, 2009.

BARSANTI, Mary C.; WOELTJE, Keith F. Infection prevention in the intensive care unit. **Infect Dis Clin North Am.**, Maryland Heights, v. 23, n. 3, p. 703-725, 2009. doi: 10.1016/j.idc.2009.04.012.

BOCCHI, Silvia Cristina Mangini; MENEGUIN, Silmara; SANTI, Regina Célia de. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com luxação de coluna cervical: estudo de caso. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, p. 113-129, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691996000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 jan. 2016.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691996000200009>.

BRANCO, Luiz Guilherme S.; STEINER, Alexandre A.; BÍCEGO, Kênia Cardoso. **Regulação Neuroendócrina da Temperatura Corporal**. In: ANTUNES-RODRIGUES, José et al. (Org.) *Neuroendocrinologia Básica e Aplicada*. São Paulo: Guanabara, 2005, p. 64-80.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pediatria: prevenção e controle de infecção hospitalar/** Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 116 p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 50**, de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento técnico para o planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistências de saúde. Disponível em: <http://anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf>. Acesso em: 21 dezembro 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2013.

BROUWERS, Melissa et al. AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. **Can Med Assoc J.**, Ottawa, v. 182, p. E839-E842, 2010. doi: 10.1503/cmaj.090449.

BURNS, Suzanne M.; DAY, Tina. A return to the basics: "Interventional Patient Hygiene". **Intensive Critical Care Nurs**, Chennai, v. 29, n. 5, p. 247-249, 2013.

CAETANO, Joselany Áfio et al. Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Apr. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000200022>.

CASSIR, Nadim, et al. Chlorhexidine daily bathing: Impact on health care-associated infections caused by gram-negative bacteria. **Am J Infect Control.**, New York, n. 43, n. 6, p. 640-643, Jun. 2015.

CHEN Wensen et al. Impact of daily bathing with chlorhexidine gluconate on ventilator associated pneumonia in intensive care units: a meta-analysis. **J Thorac Dis**, Sheung Wan, v. 7, n. 4, p. 746-753, 2015.

CHOI, JiYeon; TASOTA, Frederick J.; HOFFMAN, Leslie A. Mobility interventions to improve outcomes in patients undergoing prolonged mechanical ventilation: a review of the literature. **Biol Res Nurs.**, Las Vegas, v. 10, n. 1, p. 21-33, 2008.

CHULAY, Marianne. **Fundamentos de enfermagem em cuidados críticos da AACN**. 2. Porto Alegre: AMGH, 2012, p. 313-338.

CINTRA, Eliane de Araújo; NISHIDE, Vera Médice; NUNES, Wilma Aparecida. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 81-106.

CLARK, Angela P.; JOHN, Lauri D. Nosocomial infections and bath water: any cause for concern? **Clin Nurse Spec.**, Philadelphia, v. 20, n. 3. p. 119-123, 2006.

DAROVIC, Gloria Oblouk. **Hemodynamic monitoring**: invasive and noninvasive clinical application. 3. ed. Atheneu 2002.

DICCINI, Solange. Paciente neurológico e suas peculiaridades. In: VIANA, Renata Andréa Pietro Pereira et al. **Enfermagem em terapia intensiva**: práticas e vivências. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 466-479.

ESPÓSITO, Silvano; LEONE, Sebastiano. Antimicrobial treatment for Intensive Care Unit (ICU) infections including the role of the infectious disease specialist. **Int J Antimicrob Agents**, Philadelphia, v. 29, n. 5, p. 494- 500, 2007.

EXNER, Martin et al. Prevention and control of health care associated waterborne infections in health care facilities. **Am J Infect Control.**, New York, v. 33, n. 5, p. S26-S40, 2005.

FAVERO, Martin S.; BOND, Walter W. **Chemical disinfection of medical and surgical materials**. In: BLOCK, Seymour Stanton. Disinfection, Sterilization, and Preservation. Lippincott Williams & Wilkins, 2001, p. 881-916.

FIELDS, Lorraine B. J. Oral care intervention to reduce incidence of ventilator-associated pneumonia in the neurologic intensive care unit. **Neurosci Nurs.**, Chicago, v. 40, n. 5, p. 291-298, Oct 2008.

GHAZVINI, Kiarash et al. Incidence of nosocomial pneumonia and bacterial agents causing this infection in intensive care unit in Qaem university hospital in Mashhad. **Journal of Ilam University of Medical Sciences**, Ilam, v. 13, n. 4, p. 55–61, 2005.

GOULD, Carolyn V. et al. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. **Infect Control Hosp Epidemiol.**, Arlington, v. 31, n. 4, p. 319–326, 2010.

GUINAN, John L.; MCGUCKIN, Maryanne; NOWELL, Peter C. Management of healthcare-associated infections in the oncology patient. **Oncology** (Williston Park), Manhasset, v. 17, n. 3, p. 415-420, 2003.

HALL, John E.; GUYTON, Arthur C. **Tratado de fisiologia médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HAPP, Mary Beth et al. Wash and wean: Bathing patients undergoing weaning trials during prolonged mechanical ventilation. **Heart Lung**, New York, v. 39, n. 6, suplemento, p. S47-S56, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2010.03.002>

HODGSON, Carol L. et al. Clinical review: Early patient mobilization in the ICU. **Crit Care**, London, v. 17, n. 1, p. 207, Feb 2013. doi:10.1186/cc11820

HSU, Vicent. Prevention of health care-associated infections. **Am Fam Physician**, Leewood, v. 90, n. 6, p. 377-382, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER. **Procedimentos e cuidados especiais.**

Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap8.pdf>>. Acesso em 04 janeiro 2016.

ISHIKAWA, Joji et al. Reduction in central blood pressure after bathing in hot water.

Blood Press Monit.; n. 00, p. 000–000, 2015. Disponível em: <

[http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-](http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.18.0b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=NCAMFPEIIGDDCHENNCJKNHOBHDEMAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3fMain%2bSearch%2bPage%3d1%26S%3dNCAMFPEIIGDDCHENNCJKNHOBHDEMAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.tx.ovid.com%2fovftpdfs%2fFPDDNCOBNHENIG00%2ffs047%2fovft%2flive%2fgv031%2f00126097%2f00126097-900000000-99639.pdf&filename=Reduction+in+central+blood+pressure+after+bathing+in+hot+w)

[3.18.0b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=NCAMFPEIIGDDCHENNCJKNHOBHDEMAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3fMain%2bSearch%2bPage%3d1%26S%3dNCAMFPEIIGDDCHENNCJKNHOBHDEMAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.tx.ovid.com%2fovftpdfs%2fFPDDNCOBNHENIG00%2ffs047%2fovft%2flive%2fgv031%2f00126097%2f00126097-900000000-](http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.18.0b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=NCAMFPEIIGDDCHENNCJKNHOBHDEMAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3fMain%2bSearch%2bPage%3d1%26S%3dNCAMFPEIIGDDCHENNCJKNHOBHDEMAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.tx.ovid.com%2fovftpdfs%2fFPDDNCOBNHENIG00%2ffs047%2fovft%2flive%2fgv031%2f00126097%2f00126097-900000000-99639.pdf&filename=Reduction+in+central+blood+pressure+after+bathing+in+hot+w)

[99639.pdf&filename=Reduction+in+central+blood+pressure+after+bathing+in+hot+w](http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.18.0b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=NCAMFPEIIGDDCHENNCJKNHOBHDEMAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3fMain%2bSearch%2bPage%3d1%26S%3dNCAMFPEIIGDDCHENNCJKNHOBHDEMAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.tx.ovid.com%2fovftpdfs%2fFPDDNCOBNHENIG00%2ffs047%2fovft%2flive%2fgv031%2f00126097%2f00126097-900000000-99639.pdf&filename=Reduction+in+central+blood+pressure+after+bathing+in+hot+w)

[ater.&navigation_links=NavLinks.S.sh.22.1&link_from=S.sh.22%7c1&pdf_key=FPDDNCOBNHENIG00&pdf_index=/fs047/ovft/live/gv031/00126097/00126097-900000000-99639&D=ovft&link_set=S.sh.22|1|sl_10|resultSet|S.sh.22.23|0>.](http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.18.0b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=NCAMFPEIIGDDCHENNCJKNHOBHDEMAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3fMain%2bSearch%2bPage%3d1%26S%3dNCAMFPEIIGDDCHENNCJKNHOBHDEMAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.tx.ovid.com%2fovftpdfs%2fFPDDNCOBNHENIG00%2ffs047%2fovft%2flive%2fgv031%2f00126097%2f00126097-900000000-99639.pdf&filename=Reduction+in+central+blood+pressure+after+bathing+in+hot+w) Acesso em 04 janeiro 2016.

JEVON, Philip; EWENS, Beverley. **Monitoramento da temperature.** In: JEVON, Philip; Ewens, Beverley. Monitoramento do paciente crítico. Porto Alegre: Artmed. 2009, p. 237-250.

JOHNSON, Debra; LINEWEAVER, Lauri; MAZE, Lenora M. Patients' bath basins as potential sources of infection: a multicenter sampling study. **Am J Crit Care**, Stanford, v. 18, n. 1, p. 31-40, 2009.

JÚNIOR, Gerson Alves Pereira; NUNES, Taciana Leonel; BASILE-FILHO, Aníbal. Transporte do paciente crítico. **Medicina**, Ribeirão Preto; v. 34, p. 143-153, 2001.

LARSON Elaine L. et al. Comparison of traditional and disposable bed baths in critically ill patients. **Am J Crit Care**., Stanford, v. 13, n. 3, p. 235-241, 2004.

LAZZARI, Stefano; ALLEGIANZI, Benedeta; CONCIA, Ercole. Making hospitals safer: the need for a global strategy for infection control in health care settings. **World Hosp Health Serv.**, Voltair, v. 40, n. 2, p. 32, 34, 36-42, 2004.

LIMA, Dalmo Valério Machado de; NASCIMENTO, Maria Aparecida de Luca. Resgatando e inovando visões de uma técnica de enfermagem: a calorimetria e seus efeitos no banho. **Enf Brasil**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 17-23, 2004.

LIMA, Dalmo Valério Machado de. **Repercussões oxí-hemodinâmicas do banho no paciente adulto internado em estado crítico:** evidências pela revisão sistemática de literatura. Tese [Doutorado]. Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009. 258 p.

LIMA, Dalmo Valério Machado de; LACERDA, Rubia Aparecida. Repercussões oxí-hemodinâmicas do banho no paciente em estado crítico adulto hospitalizado: revisão sistemática. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 Mar. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000200020>

LINEWEAVER, Lauri et al. **Bugs be gone**: identify potential source of HAIs, the basin. 2006. Disponível em: <http://sageproducts.com/wp-content/uploads/2015/08/21041_Bugs_Be_Gone_Identify_Potential_Source_of_HAIs_the_Basin_poster.pdf>. Acesso em 20 dezembro 2015.

MACEDO, Maria do Carmo dos Santos et al. Banho no leito: Um Ritual de Iniciação para o Enfermeiro. **Rev. Bras. Enfermagem.**, Brasília, v. 51, n. 2, p. 291-304, 1998.

MACHADO; Adão et al. **Prevenção de Infecção Hospitalar**. Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina 2005.

MAGILL, Shelley S. et al. Emerging Infections Program Healthcare-Associated Infections and Antimicrobial Use Prevalence Survey Team. Multistate point-prevalence survey of health care-associated infections. **N Engl J Med.**, Waltham, v. 370, n. 13, p. 1198–1208, 2014.

MATSUBA, Claudia Satiko Takemura; MACEDO, Lilian de Carla Sant'Anna; ALVES, Elisângela. Terapia e manutenção nutricional. In: VIANA, Renata Andréa Pietro Pereira et al. **Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 288-306.

McGUCKIN, Maryanne; SHUBIN, Arlene; HUJCS, Marianne. Interventional patient hygiene model: infection control and nursing share responsibility for patient safety. **Am J Infect Control.**, New York, v. 36, n. 1, p. 59-62, 2008.

MEHTA, Ajita et al. Device-associated nosocomial infection rates in intensive care units of seven Indian cities. Findings of the International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC). **Journal of Hospital Infection**, Philadelphia, v. 67, n. 2, p. 168–174, 2007.

METHENY, Norma A.; FRANTZ, Rita A. Head-of-bed elevation in critically ill patients: a review. **Crit Care Nurse**; v. 33, n. 3, p. 53-66, 2013.

MORI, Satomi; ALVES, Jane Cristina Dias; WHITAKER, Iveth Yamaguchi. **Transporte intra-hospitalar de pacientes graves**. In: VIANA, Andréa Pietro Pereira et al. **Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 334-341.

MUNASINGHE, Rajika L. et al. Appropriateness of use of indwelling urinary catheters in patients admitted to the medical service. **Infect Control Hosp Epidemiol.**, New York, v. 22, n. 10, p. 647–649, 2001.

NOLL, Mary Lou et al. The effect of activities on mixed venous oxygen saturation (SvO₂) in critically ill patients. **Heart Lung**, New York, v. 20, n. 3, p. 301, 1991.

NOTO, Michael J., et al. Chlorhexidine bathing and health care-associated infections: a randomized clinical trial. **JAMA**, Chicago, v. 313, n. 4, p. 369–378, 2015. doi: 10.1001/jama.2014.18400.

O'MEARA, Debra et al. Evaluation of delivery of enteral nutrition in critically ill patients receiving mechanical ventilation. **Am J Crit Care**, Stanford, v. 17, n. 1, p. 53-61, 2008.

OXFORD Centre for Evidence-Based Medicine. **Levels of Evidence and Grades of Recommendation**, 2009. Disponível em: <<http://www.cebm.net/>>. Acessado em: 5 Abr. 2015.

PAÇO, Ricardo. Anatomia e fisiologia da pele. In: AFONSO, Cristina et al. *Prevenção e tratamento de feridas – da evidência à prática*. 1. ed. Portugal: Hartmann. 2014. p. 38-39.

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de Enfermagem**. 8. ed. 2013. p. 849-906.

RUTALA, William A.; WEBER, David J. Disinfection, sterilization, and control of hospital waste. In: BENNETT, John E.; DOLIN, Raphael; BLASER, Martin J. Mandell, Douglas, and Bennett's *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 4. ed. Philadelphia, PA: Elsevier/ Churchill Livingstone, 2015, p. 3294-3309.e4.

SEHULSTER, Lynne; CHINN, Raymond Y. W. Guidelines for environmental infection control in healthcare facilities: recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). **MMWR Morb Mortal Wkly Rep.**, Atlanta, v. 52, p. 1-42, 2003.

SEREIKA, Susan M. et al. The association between bathing and weaning trial duration. **Heart Lung**, New York, v. 40, n. 1, p. 41–48, 2011.

SHAH, Harsh N. et al. Bathing With 2% Chlorhexidine Gluconate: Evidence and Costs Associated With Central Line-Associated Bloodstream Infections. **Crit Care Nurs Q.**, Philadelphia, v. 39, n.1, p. 42-50, 2016. doi: 10.1097/CNQ.000000000000096.

SHANNON, Robert et al. Patient bath water as a source of nosocomial microbiological contamination: an intervention study using chlorohexidine. **J Healthcare Safety, Compliance, and Infect Control**, Weston, v. 3, n. 4, p. 180-184, 1999.

SKEWES, Susan M. No more bed baths. **RN**; v. 57, n. 1, p. 34-35, 1994.

SKEWES, Susan. Skin care rituals that do more than good. **Am J Nus.**, New York, v. 96, n. 10, p. 32-35, 1996.

STROUSE, Abigail C. Practices and catheter-associated urinary tract infection prevention. **Urologic Nursing**, Pitman, v. 35, n. 1, p. 11-17, 2015.

SUWANTARAT, Nuntra et al. High Prevalence of Reduced Chlorhexidine Susceptibility in Organisms Causing Central Line–Associated Bloodstream Infections. **Infect Control Hosp Epidemiol.**, Arlington, v. 35, n. 9, p. 1183-1186, 2014.

TAMBURRI, Linda M. et al. Nocturnal care interactions with patients in critical care units. **Am J Crit Care**, Stanford, v. 13, n. 2, p. 102–115, 2004.

TAGUCHI, Akiko; KURZ, Andrea. Thermal management of the patient: where does the patient lose and/or gain temperature? **Curr Opin Anaesthesiol.**, London, v. 18,

n. 6, p. 632-639, 2005.

TASHIRO, Marisa Toshiko Ono. Tração cutânea e esquelética: processo de cuidar. In: TASHIRO, Marisa Toshiko Ono. **Assistência de enfermagem em ortopedia e traumatologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001. p. 137-156.

TASHIRO, Marisa Toshiko Ono. Aparelho gessado: processo de cuidar. In: TASHIRO, Marisa Toshiko Ono. **Assistência de enfermagem em ortopedia e traumatologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001. p. 121-136.

VALENZA, Franco et al. Effects of the beach chair position, positive end-expiratory pressure, and pneumoperitoneum on respiratory function in morbidly obese patients during anesthesia and paralysis. **Anesthesiology**, Schaumburg, v. 107, p. 725-732, 2007.

VERNON, Michael O, et al. Chicago Antimicrobial Resistance Project (CARP). Chlorhexidine gluconate to cleanse patients in a medical intensive care unit: the effectiveness of source control to reduce the bioburden of vancomycin-resistant enterococci. **Arch Intern Med.**, Chicago, v. 166, n. 13, p. 306-312, 2006.

WINSLOW, Elizabeth H et al. Effects of a lateral turn on mixed venous oxygen saturation and heart rate in critically ill adults. **Heart Lung**, New York, v. 19, n. 5, p. 557-561, 1990.

REFERÊNCIAS

AKOBENG, Anthony Kwaku. Principles of evidence based medicine. **Archives of Disease in Childhood**, London, v. 90, n. 8, p. 837-840, 2005.

ANJOS, Claudia Nogueira dos et al. O potencial da hipotermia no tratamento do paciente crítico. **O Mundo da Saúde São Paulo**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 74-78, 2008.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Consulta pública n. 21, de 27 de abril de 2006**. Dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento de Unidade de Terapia Intensiva e Unidade de Cuidados intermediários. Disponível em: <http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP%5B14558-1-0%5D.PDF>. Acesso em 14 abr 2015.

_____. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a argumentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da república federativa do Brasil, Brasília, 26 jun. 1986.

_____. **Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987**. Regulamenta a lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário oficial da república Federativa do Brasil, Brasília, 8 jun. 1987.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Justiça. **Lei nº. 9.610 de 19 de fevereiro de 1998**. Lei do direito autoral. Brasília: Diário Oficial da União, 1998.

_____. **Lei nº 12.853, de 14 de agosto de 2013**. Brasília: Presidência da República. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12853.htm> Acesso em 11.06.2015.

BROUWERS, Melissa et al. Instrumento para avaliação de diretrizes clínicas. AGREE II: Appraisal of Guidelines Research & Evaluation. Consórcio AGREE, Maio 2009.

BROUWERS, Melissa et al. AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. **Can Med Assoc J.**, Ottawa, v. 182, p. E839-E842, 2010. doi: 10.1503/cmaj.090449

ECCLES, Martin P. et al. Developing clinical practice guidelines: target audiences, identifying topics for guidelines, guideline group composition and functioning and conflicts of interest. **Implementat Sci.**, London, v. 7, 8 p., 2012.

FALK, João Werner. **Mortalidade em Municípios de Médio Porte**: o caso de Venâncio Aires Rio Grande do Sul. Brasil. 2000. 238f. Dissertação (Mestrado) – Curso de pós graduação em Medicina - Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

GLASZIOU, Paul; DEL MAR, Chris; SALISBURY, Janet. **Prática clínica baseada em**

evidências: livro de exercícios. Porto Alegre: Artmed, 2010.

GUYATT, Gordon H. et al. and for the GRADE Working Group. Rating quality of evidence and strength of recommendations GRADE: an **emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations**. **BMJ**, London, v. 336, n. 7650, p. 924-926, 2008.

INSTITUTE OF MEDICINE. IOM. **Finding what works in health care. Standards for systematic reviews**. Rep Brief. 2011. Disponível em: <<http://www.iom.edu/Reports/2011/Finding-What-Works-in-Health-Care-standards-for-Systematic-Reviews/Report-Brief.aspx>>. Acesso em: 07 de abril 2015.

MECHANICK, Jeffrey I. et al. American Association of Clinical Endocrinologists Protocol for Standardized Production of Clinical Practice Guidelines – 2010 Update. **Endocrine Practice**, Jacksonville, v. 16, n. 24, p. 270-283, 2010.

OXFORD Centre for Evidence-Based Medicine. **Levels of Evidence and Grades of Recommendation** (2009). Disponível em: <<http://www.cebm.net/>>. Acesso em: 5 Abr. 2015.

PEREIRA, Angela Lima; BACHION, Márcia Maria. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendações de evidência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p. 491-498, 2006.

Disponível em:

<<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4633/2548>>. Acesso em: 31 maio 2014.

PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos et al. Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem. Gestão Coren-SP 2012-2014. [2014?], 46p.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T., HUNGLER, Bernadete P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CRITÉRIOS PARA BANHO DE LEITO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO: CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Pesquisador: Graziela Pereira Flores

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 45676715.0.0000.5344

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.217.750

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa vinculada ao PPG Enfermagem desta Unisinos que pretende elaborar um protocolo assistencial para banho de leito à pacientes internados em UTI (unidade de tratamento intensivo) adulto.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos são adequados e exequíveis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos e os benefícios irão qualificar a assistência de enfermagem à pacientes internados em UTI adulto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de revisão sistemática para buscar as melhores evidências da prática clínica na avaliação das condições de higiene do paciente grave para elaboração do protocolo assistencial. É de interesse para os profissionais que atendem pacientes internados em UTI adulto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está adequado aos participantes do estudo.

Recomendações:

Endereço: Av. Unisinos, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)3591-1198

Fax: (51)3590-8118

E-mail: cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 1.217.750

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme "Parecer Consubstanciado do CEP", projeto está aprovado.

A documentação de aprovação (a Resolução e o TCLE carimbado e assinado pelo CEP) será encaminhada, posteriormente, ao email do pesquisador responsável.

Com a nova versão Plataforma Brasil, deve fazer a busca do parecer consubstanciado do CEP, no histórico de apreciações. Deve abrir todas as setas para baixo, que permitirá visualizar o parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	01/09/2015 11:12:38	Karin Viegas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	01/09/2015 11:12:59	Karin Viegas	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTO.pdf	01/09/2015 11:32:57	Karin Viegas	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_503521.pdf	01/09/2015 11:33:18		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS IDENTIFICAÇÃO	
Título do Artigo: _____ Identificação do Periódico: Nome: _____ volume: _____ número: _____ páginas: _____ - _____ ano: _____	
Método de busca: DECs/MESH e Operadores Boleanos:	
P: I: O:	
GRADE	
GRAU DE RECOMENDAÇÃO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
A ()	1A [] 1B [] 1C []
B ()	2A [] 2B [] 2C [] 3A [] 3B []
C ()	4 []
D ()	5 []
OBJETIVOS:	

Desenho:	
Características dos participantes: Informação da idade: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Informação do sexo: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Informação da etnia: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Amostra	Seleção: <input type="checkbox"/> Randômico <input type="checkbox"/> Conveniência <input type="checkbox"/> Outro
	Tamanho do n ^o Inicial Final <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/> </div>
	Critérios de Inclusão:
	Critérios de Exclusão:
Controle de vieses de seleção: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Local do estudo:	
Tratamento dos dados:	
Intervenções Realizadas (descrever qual intervenção realizada, duração, frequência, técnica, quem realizou, onde, etc.)	
Teve alguma intervenção adicional? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. Descreve se sim.	
Grupo controle? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Descreva o número de participantes do grupo controle, o tipo de comparação ou intervenção realizada.	

Análise dos dados	
Tratamento Estatístico:	
Nível de Significância: _____	
Rigor metodológico	
Clareza na metodologia utilizada:	
Método	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Sujeitos	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Crterios de seleção	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Intervenção	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Resultados	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

Resultados/Desfechos:

Identificação de limitações ou vieses: não sim. Qual?

Fonte: Adaptado de GRADE WORKING GROUP, 2008.

Domínio 3. Rigor do desenvolvimento	1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
7. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências?							
8. Os critérios de seleção de evidência estão claramente descritos?							
9. Os pontos fortes e limitações do conjunto de evidências estão claramente descritos?							
10. Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos?							
11. Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações?							
12. Existe uma ligação explícita entre as recomendações e a respectiva evidência de suporte?							
13. O protocolo foi revisado externamente por experts antes da sua publicação?							
14. O procedimento para atualização da diretriz está disponível?							
Comentários:							
Domínio 4. Clareza da apresentação	1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
15. As recomendações são específicas e sem ambiguidade?							
16. As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas?							
17. As recomendações-chave são facilmente identificadas?							
18. O protocolo traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática?							
Comentários:							

Domínio 5. Aplicabilidade	1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
19. O protocolo descreve as facilidades e barreiras para sua aplicação?							
20. Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da utilização das recomendações?							
21. O protocolo apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria?							
Comentários:							
Domínio 6. Independência editorial	1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
22. Existe órgão financiados? Se sim, o parecer do órgão financiador não exerce influência sobre o conteúdo da diretriz?							
23. Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveu o protocolo?							
Comentários:							

Fonte: Adaptado de Brouwers et al. (2009).

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Graziela Pereira Flores mestranda do Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional em Enfermagem da UNISINOS, sob orientação da prof^a Dr^a Karin Viégas, estou realizando uma pesquisa sobre pesquisa **“Critérios para banho de leito em unidade de terapia intensiva adulto”**. O objetivo deste estudo foi elaborar um protocolo assistencial com critérios para o banho de leito em pacientes adultos graves, através de revisão sistemática. Se você concordar em participar deste estudo, sua participação será avaliar o protocolo assistencial, juntamente com outros membros do grupo avaliador, todos enfermeiros que atuam na área de terapia intensiva adulto há pelo menos 5 anos. O instrumento de avaliação apresenta 23 questões, divididas em seis domínios e duas questões da avaliação global. A avaliação é composta por uma escala de Likert com 7 pontuações, sendo 1 (discordo totalmente) e 7 (concordo totalmente), para as quais solicito que indique o seu nível de concordância. A duração desta avaliação é estimada em no máximo duas horas para a leitura do protocolo assistencial e preenchimento do instrumento de avaliação. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, não acarretando qualquer penalidade ou dano pessoal ou profissional e não há qualquer despesa ou compensação financeira. Todas as informações colhidas e/ou resultados serão analisadas em caráter estritamente científico, e em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados.

Eu, _____ (ou responsável legal por) fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima, de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei contatar o pesquisador Graziela Pereira Flores no telefone (51) 9211-1085 ou pelo e-mail grazipfiores@gmail.com. Declaro que concordo em participar desse estudo e que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido.

_____ Assinatura do participante	_____ Data
Graziela Pereira Flores _____ Nome do responsável pelo estudo	_____ Assinatura
Karin Viégas _____ Nome do orientador	_____ Assinatura