

Repercussões do Banho no leito nos sinais vitais do paciente crítico: ações de enfermagem

Impact of bed bath on the vital signs of critical patients: nursing actions

Impacto del baño en cama sobre los signos vitales del pacientes críticos: acciones de enfermería

Original Recebido em: 09/01/2025
Aceito para publicação em: 23/05/2025

Tháisa Orona Machado
Enfermeira.

Instituição de formação: Universidade Veiga de Almeida
Endereço: (Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, Brasil)

E-mail: thaisa_orona@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6335-4816>

Yasmim Pereira De Oliveira

Enfermeira

Instituição de formação: Universidade Veiga de Almeida
Endereço: (Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, Brasil)

E-mail: yasmimoliveira@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-5989-8041>

Thallita de Albuquerque Silva

Enfermeira

Instituição de formação: Universidade Veiga de Almeida
Endereço: (Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, Brasil)

E-mail: thallitalbuquerque9@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-0652-4899>

Andrezza Serpa Franco

Doutora em Enfermagem

Instituição de formação: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Endereço: (Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, Brasil)

E-mail: dezza.franco@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5008-1345>

Roberto Carlos Lyra da Silva

Doutorado em Enfermagem

Instituição de formação: Universidade Federal do Rio de Janeiro

Endereço: (Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, Brasil)

E-mail: roberto.c.silva@unirio.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9416-9525>

Josiana Araújo De Oliveira

Doutorado em Enfermagem

Instituição de formação: Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Endereço: (Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, Brasil)

E-mail: Josiana.oliveira@uva.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6625-4685>

Priscilla Oliveira da Silva

Doutora em Saúde Coletiva

Instituição de formação: Escola Nacional de Saúde Pública

Endereço: (Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, Brasil)

E-mail: priscillaods@yahoo.com.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6960-9899>

Marcio Tadeu Ribeiro Francisco

Doutorado em Saúde Coletiva - Administração, Planejamento em Saúde

Instituição de formação: Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Endereço: (Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, Brasil)

E-mail: marciotadeu2025@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1362-7809>

Cristiano Bertolossi Marta

Doutorado em Enfermagem

Instituição de formação: Universidade Federal do Rio de Janeiro

Endereço: (Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, Brasil)

E-mail: cristianobertol@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0635-7970>

Elson Santos de Oliveira

Doutorado em Enfermagem

Instituição de formação: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Endereço: (Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, Brasil)

E-mail: elsonbaleiro@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9377-0140>

RESUMO

Objetivo: avaliar as possíveis alterações dos sinais vitais durante a realização do banho no leito. **Método:** estudo observacional e descritivo, onde foram analisados os sinais vitais antes e durante a realização do banho no leito, através de testes estatísticos *T-student*, *Wilcoxon* e *Shapiro-Wilk*. **Resultados:** observou-se significância estatística ($p < \text{ou} = 0,05$) nos parâmetros de Saturação parcial de oxigênio, pressão arterial média, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura. Percebeu-se que a maioria dos banhos são realizados por técnicos de Enfermagem, sem a supervisão do enfermeiro, e a maioria destes retira uma ou mais monitorizações dos sinais vitais para a realização do procedimento. **Conclusão:** houve alterações significativas nos parâmetros vitais analisados. Se faz necessário cada vez mais o enfermeiro assumir o seu papel do gestor do cuidado, pois uma avaliação inadequada para um procedimento de alto risco, como o banho no leito, fere diretamente a segurança do paciente.

DESCRIPTORIOS: Banhos, Pacientes, Monitorização hemodinâmica, Cuidados de enfermagem, Unidades de terapia intensiva, Sinais vitais.

ABSTRACT

Objective: to evaluate possible changes in vital signs during bed baths. **Method:** observational and descriptive study, where vital signs were analyzed before and during the bed bath, using *T-student*, *Wilcoxon* and *Shapiro-Wilk* statistical tests. **Results:** statistical significance ($p < \text{or} = 0.05$) was observed in the parameters of partial oxygen saturation, mean arterial pressure, heart rate, respiratory rate and temperature. It was also noticed that most of the baths are performed by Nursing technicians, without the supervision of the nurse, and most of them remove one or more monitoring of vital signs to perform the procedure. **Conclusion:** there were significant changes in the vital parameters analyzed. It is increasingly necessary for nurses to assume their role as care managers, as an inadequate assessment for a high-risk procedure, such as a bed bath, directly affects patient safety.

DESCRIPTORS: Bath, Patients, Hemodynamic monitoring, Nursing care, intensive care unit, vital signs.

RESUMEN

Objetivo: evaluar posibles cambios en los signos vitales durante los baños en la cama. **Método:** estudio observacional y descriptivo, donde se analizaron los signos vitales antes y durante el baño en la cama, mediante las pruebas estadísticas *T-student*, *Wilcoxon* y *Shapiro-Wilk*. **Resultados:** se observó significación estadística ($p < \text{o} = 0,05$) en los parámetros de saturación parcial de oxígeno, presión arterial media, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y

temperatura. También se percibió que la mayoría de los baños son realizados por técnicos de Enfermería, sin la supervisión del enfermero, y la mayoría retira uno o más monitores de signos vitales para realizar el procedimiento. **Conclusión:** hubo cambios significativos en los parámetros vitales analizados. Cada vez es más necesario que los enfermeros asuman su rol de gestores del cuidado, ya que una evaluación inadecuada para un procedimiento de alto riesgo, como un baño en la cama, afecta directamente la seguridad del paciente.

DESCRIPTORES: Baños, Pacientes, Monitorización hemodinámica, Cuidados de enfermería, Unidad de cuidados intensivos, Signos vitales.

INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI'S) são unidades hospitalares de alta complexidade destinadas à assistência de pacientes críticos ou de risco, com o objetivo de recompor a estabilidade das funções vitais que, por descompensações clínicas, traumas, cirurgias complexas e/ou de longa duração, necessitam de cuidados intensivos por uma equipe especializada (STADLER *et al.*, 2019). A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da resolução N° 7, de 24 de fevereiro de 2010, em seu artigo 4° e inciso XVI, descreve o paciente grave/crítico como um “paciente com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua autorregulação, necessitando de uma assistência contínua” (Brasil, 2017).

A internação em UTI torna o paciente vulnerável em decorrência das fragilidades ocasionadas pela hospitalização, afinal, seu estado de saúde depende da equipe do setor, pois ocorre a perda de sua autonomia para o autocuidado. Independentemente de toda tecnologia complexa existente nas UTI'S para a manutenção da vida, os pacientes críticos permanecem com necessidades humanas básicas como higiene e conforto (FERE, 2017).

O banho no leito é a forma de higienização corporal que possibilita um menor esforço do paciente ou nenhum esforço evitando o consumo de oxigênio e gasto energético desnecessário, já que é executado por um ou mais profissionais de enfermagem (Toledo, 2020). Segundo a Lei do exercício profissional de enfermagem N° 7.498/86 e o Decreto N° 94.406/87, é um procedimento privativo do enfermeiro quando se trata de pacientes críticos com risco de morte e maior complexidade técnica, pois exige conhecimentos científicos adequados e capacidade para tomar decisões imediatas (Brasil, 1987).

Para pacientes que possuam alto grau de dependência, seja pelo estado clínico grave, pouca mobilidade e/ou pelos diversos dispositivos invasivos instalados, o banho no leito revela-se como a única opção para a manutenção da higiene corporal. Apesar da palavra “banho” remeter à limpeza da pele e redução de odores corporais, seus benefícios vão além disso, pois promove estimulação da circulação sanguínea, ativação da superfície cutânea e

extremidades, alívio do desconforto, relaxamento muscular com consequente restabelecimento da amplitude de movimento e melhora da autoimagem (Nienon, 2022).

Os benefícios do banho no leito supracitado não devem imperar sobre as condições fisiológicas atuais do paciente gravemente enfermo, é inerente ao trabalho do enfermeiro a responsabilidade de avaliar individualmente as condições clínicas de cada paciente e decidir em que momento realizar este cuidado. Segundo as escassas evidências já elucidadas através de pesquisas científicas a respeito da temática, o banho no leito é realizado como um procedimento de rotina diária de forma acrítica, desconsiderando suas propensões à instabilidade dos parâmetros vitais, como: temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio e pressão arterial sistólica, diastólica e média (Fere, 2017, Nienon, 2022).

Essas variáveis podem constituir indicadores cruciais, capazes de anteceder manifestações de complicações graves e, até mesmo, prognósticos piores, como o óbito. Sendo assim, qualquer intervenção feita em pacientes graves, mesmo que mínimas, são capazes de impactar negativamente em seu estado geral. Apesar da importância clínica das alterações causadas por intervenções em pacientes críticos, há carência na literatura de estudos destinados a avaliá-los no decurso do banho no leito (Toledo, 2021).

Questão Norteadora

O banho no leito altera de maneira significativa os sinais vitais do paciente crítico?

Objetivos

1. Descrever o perfil dos pacientes internados;
2. Avaliar as possíveis variações dos sinais vitais do paciente crítico durante o banho no leito;
3. Analisar as repercussões dos sinais vitais apresentadas durante o banho no leito.

O banho no leito, apesar de ser considerado um procedimento simples e rotineiro, torna-se complexo quando se trata de pacientes críticos, que apresentam instabilidade hemodinâmica à manipulação inadequada ou inoportuna. Um estudo europeu recente publicado pelo Critical Care Medicine (Decormeille *et. al*, 2021), apontou que pelo menos 56% dos pacientes internados em uma UTI passaram por pelo menos um evento adverso grave durante o banho no leito: extubação acidental, parada cardíaca, dessaturação e/ou formação de rolha de muco, hipotensão, arritmia, agitação intensa, dor aguda, desconexão acidental e/ou disfunção de equipamentos, além de queda do paciente.

Considerando os eventos adversos supracitados que envolvem o desequilíbrio da homeostasia do paciente, mesmo que esta seja mantida por dispositivos, medicamentos e/ou procedimentos, uma revisão integrativa realizada no estado do Rio de Janeiro aborda sobre a importância em manter a monitorização dos sinais vitais do paciente durante todo o procedimento de banho no leito com monitor multiparamétrico, pois observou-se que alguns pacientes apresentaram variações na frequência cardíaca (52%), frequência respiratória (54%), dentre outras (Cruz, 2016; Brasil, 2022).

De acordo com os relatos de informações alarmantes encontrados na literatura e o que pudemos vivenciar como acadêmicas e estagiárias de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva, a pesquisa se fundamenta pela indispensabilidade de abordar a associação entre segurança do paciente e o procedimento de banho no leito, o que através de contato direto com a equipe de enfermagem e através de mecanismos de diligência, possibilitará melhoria na assistência. O estudo contribui para os profissionais da unidade de terapia intensiva ao discutir sobre a importância da avaliação dos sinais vitais dos pacientes críticos no processo de banho no leito da UTI, promovendo alterações significativas dos parâmetros vitais.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de campo descritivo de abordagem quanti e qualitativa, desenvolvido na modalidade observacional.

Assim, na presente investigação científica, foram analisados os sinais vitais antes e durante a realização dos banhos no leito, sendo a primeira verificação imediatamente antes da realização do banho e a segunda 15 minutos após o início do banho, para assim mensurar e avaliar as possíveis alterações significativas decorrentes do banho no leito. A coleta de dados foi realizada do mês de setembro a outubro de 2024, através da observação dos monitores multiparamétricos. A marca dos monitores disponíveis nas UTI's é da Mindray. As variáveis analisadas foram: Identificação (iniciais); Idade; Gênero; Data da admissão; Diagnóstico (clínico ou cirúrgico); Tipo de acesso venoso; Cateter de Hemodiálise; Amina vasoativa; Sedação; Analgesia; Antiarrítmico; Bloqueador neuromuscular; Pressão arterial utilizada; Ventilação (mecânica ou ar ambiente); Uso de Sonda gástrica ou intestinal; Uso de Cateter vesical de demora; Uso de sonda retal; Pressão arterial média; Frequência cardíaca; Saturação de oxigênio; Frequência respiratória; Temperatura; Total de Enfermeiros presentes; Total de Técnicos de Enfermagem presentes; Número de leitos ocupados.

As verificações foram registradas de duas formas, a fim de garantir a acurácia de todos os detalhes, sendo o primeiro em um instrumento físico criado em Excel e impresso em papel

branco e preenchido ao passo em que o procedimento era realizado, e durante o tempo de espera para iniciar o próximo banho, os registros físicos foram passados para o segundo instrumento, um formulário virtual criado através da ferramenta Google Forms, e assim se procedeu até o término da coleta dos dados.

Aspectos Éticos

O estudo foi norteado pela Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde que propõem diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), órgão reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, pelo qual foi gerado o parecer consubstanciado do CEP com CAAE de número 60889622.0.0000.0251 e número de parecer 5.615.223.

A pesquisa foi realizada em duas UTI's (UTI 2 e UTI 3) de um hospital público no Estado do Rio de Janeiro que apresentam um perfil misto, sendo clínico e cirúrgico, a UTI 2 possui 8 leitos e a UTI 3 possui 10 leitos em sua totalidade, sendo 1 leito de cada UTI destinada a isolamento e separadas em quartos.

Os banhos que são realizados nas UTI's são divididos por turnos, na UTI 2, pela manhã são realizados os banhos dos pacientes nos leitos de números pares, ficando os banhos dos pacientes nos leitos ímpares para o turno da noite. Na UTI 3 é o oposto, os pacientes nos leitos ímpares recebem o banho pela manhã, e os pacientes nos leitos pares, à noite.

População e Amostra

Os sujeitos do estudo são pacientes internados nas UTI's 2 e 3 durante o período de coleta de dados. Os critérios de inclusão foram: Todos os pacientes maiores de dezoito anos, internados na unidade intensiva. Foram excluídos do estudo pacientes com morte encefálica diagnosticada nas primeiras 24 horas.

Em relação ao tamanho, foi utilizada amostragem por conveniência, composta por amostras que atenderam aos critérios de inclusão internados nas UTI's durante o período de coleta de dados.

Os dados foram coletados na parte da manhã, a chegada na unidade se deu no início do plantão diurno, às 7:00AM, onde primeiramente identificou-se a equipe de Enfermagem presente e a distribuição dos profissionais para cada paciente, seguido da verificação da quantidade de leitos ocupados na unidade no dia. Em cada instrumento físico, a data do dia da coleta foi anotada.

Em seguida, através da avaliação individual a beira leito, identificou-se as amostras por nome (abreviadamente), idade, gênero, data de admissão na UTI, diagnóstico (clínico ou cirúrgico), tipo de acesso venoso (periférico e/ou central), uso de cateter de hemodiálise, se estavam com infusão medicamentosa, dentre as quais: aminas vasoativas, sedação, analgesia, antiarrítmicos e bloqueadores neuromusculares, se faziam uso de cateter vesical de demora, cateter de hemodiálise, pressão arterial invasiva e/ou não invasiva, ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, drenos e sensor de temperatura.

A coleta dos sinais vitais foi realizada em dois momentos, após a identificação da amostra, aguardava-se um período para o início do primeiro banho do dia, que variava de acordo com cada plantão e era identificado pela movimentação dos profissionais para organização do material do banho em cada leito, a partir desta movimentação e imediatamente no início do procedimento, o primeiro registro dos parâmetros vitais era realizado, configurando o primeiro momento. A partir do primeiro registro, um temporizador portado pelas pesquisadoras era configurado para alarmar quando passasse 15 minutos, onde era procedido o registro dos sinais vitais no segundo momento.

O procedimento era acompanhado até o final. No diário de campo, anotamos todas e quaisquer ocorrências que aconteceram durante o período de coleta, bem como as observações tomadas como relevantes para a pesquisa.

ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

Para proceder com a análise dos dados coletados na pesquisa, foram utilizados testes estatísticos. Primeiramente, para verificar a normalidade da distribuição das variáveis, utilizamos o teste de *Shapiro-Wilk*. Depois, foram aplicados dois testes de hipóteses para verificar se houve variabilidade de significâncias, os testes *T-student* de amostras pareadas e o *Wilcoxon*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análise Quantitativa

Identificação da Amostra

No período de estudo, participaram 29 pacientes dos quais foram observados 80 banhos.

A idade dos participantes variou de 23 a 86 anos de idade, com média de aproximadamente 59 anos e mediana de 62. Observou-se prevalência de pacientes do sexo masculino, com um total de 65,5%, e 34,5% do sexo feminino. Dentre a divisão de diagnósticos

em clínicos ou cirúrgicos, 62% foram cirúrgicos, sendo os mais frequentes que levaram à internação nas UTI's, já os clínicos ficaram em 38%. A variação de dias de internação da população estudada foi entre 6 e 168 dias, tendo uma média de dias de 87 e uma mediana de 18,5.

As variáveis relacionadas ao uso de dispositivos invasivos e não invasivos utilizados na população estudada estão representadas na Tabela a seguir:

Tabela 1 - Quantificação do uso de dispositivos invasivos e não invasivos. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2025

VARIÁVEIS	N (%)
TIPO DE ACESSO VENOSO	
CATETER CENTRAL	73 (91,25)
CATETER VENOSO DE INSERÇÃO PERIFÉRICA	5 (6,25)
CATETER DE HEMODIÁLISE	2 (2,5)
PRESSÃO ARTERIAL	
INVASIVA	49 (61,25)
NÃO INVASIVA	31 (38,75)
O2 SUPLEMENTAR	
VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA	54 (67,5)
AR AMBIENTE	19 (23,79)
MÁSCARAS	6 (7,5)
CATETER NASAL	1 (1,25)
SONDAS PARA ALIMENTAÇÃO	
SIM	65 (81,25)
NÃO	15 (18,75)
DRENOS	
SIM	24 (30)
NÃO	56 (70)
CATETER VESICAL DE DEMORA	
SIM	77 (96,25)
NÃO	3 (3,75)

Fonte: Autores, 2025.

Na Tabela 1, evidencia-se que o tipo de acesso venoso mais utilizado é o cateter central, com uma prevalência de 91,25%. Referente ao tipo de monitorização da pressão arterial, prevaleceu com 61,5% a pressão arterial invasiva.

Considerando a gravidade clínica dos pacientes internados nas unidades de terapia intensiva, a interpretação acurada dos valores de pressão arterial auxilia no diagnóstico,

orienta os cuidados a serem implementados, antecipa e previne agravamentos do quadro clínico, com isso, a cateterização para obtenção da pressão arterial apresenta-se como uma tecnologia essencial para a obtenção de valores fidedignos (Ferreira, 2018).

No tocante da ventilação utilizada, a maioria dos participantes estavam em uso de ventilação mecânica invasiva (67,5%). Um estudo observacional realizado em 40 UTI's brasileiras para demonstrar os aspectos epidemiológicos da forma como a ventilação mecânica vem sendo utilizada no país, evidenciou que mais da metade dos pacientes estavam em uso desta terapia ventilatória, tendo se assemelhado com o achado no presente estudo (Oliveira, 2011).

As outras formas de ventilação utilizadas nestas UTI's são formas não invasivas, opções preferíveis à ventilação mecânica invasiva, pela ausência do risco de desenvolvimento de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), contudo, tratando-se de terapia intensiva, são métodos menos encontrados (Brasil, 2017). Observou-se que 23,79% dos pacientes internados estavam ventilando em ar ambiente, 7,5% em uso de máscaras como máscara de Hudson e máscara de Venturi, e 1,25% com cateter nasal.

Quanto aos outros dispositivos invasivos, 96,25% dos pacientes estavam em uso de cateter vesical de demora, 81,25% estavam alimentados por sondas nasogástricas ou nasoenterais e 30% em uso de drenos que variaram em drenos de tórax, derivação ventrículo peritoneal (DVP) e drenos de Penrose. Associando a Tabela 1 com a Tabela 2, os pacientes em UTI' geralmente possuem infusões medicamentosas para manter seus parâmetros vitais dentro do ideal, nas UTI's estudadas, os dados são os seguintes:

Tabela 2 - Quantificação dos medicamentos infundidos. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2025

VARIÁVEIS	N (%)
AMINAS VASOATIVAS	52 (65)
SEDAÇÃO	55 (68,75)
ANALGESIA	65 (81,25)
BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES	11 (13,75)
ANTIARRÍTMICOS	6 (7,5)

Fonte: Autores, 2025.

Os pacientes em uso destas medicações demandam o uso de dispositivos como os supracitados, que os possibilite manter suas funções orgânicas, o cateter vesical de demora é mandatório para pacientes em uso de aminas vasoativas e outras medicações que requeiram

controle rigoroso do volume urinário. A sonda nasoenteral para alimentação, administração de medicamentos e soluções, dentre outros usos, considerando que pacientes sedados não conseguem se alimentar por via oral (Vianna, 2017). Os analgésicos se correlacionam com os sedativos no quesito da promoção do conforto e redução da dor e do estresse causado pelo ambiente hospitalar, o paciente sedado não é automaticamente dessensibilizado para a dor, é preciso unir estas medicações.

Os benefícios do uso destas medicações, como melhora do quadro clínico, redução de consumo metabólico, redução de retirada acidental dos dispositivos invasivos pelo paciente e manutenção da terapia ventilatória invasiva, não devem mascarar os malefícios, o uso criterioso é indeclinável para o sucesso do tratamento dos pacientes. Delirium, pneumonia associada à ventilação mecânica, aumento do tempo de ventilação mecânica por depressão respiratória e prolongamento da estadia na UTI, são alguns dos malefícios descritos na literatura que devem prevenidos (Silva, 2019).

A utilização de estratégias para avaliação da sedação, como a escala de RASS que é a mais utilizada, auxiliam objetivamente a eficácia da terapêutica empregada, adaptando as doses infundidas de acordo com a necessidade de cada paciente. Quando a analgesia e a sedação não apresentam efeitos satisfatórios, quando há dissincronia do paciente com o ventilador mecânico, hipoxemia grave e refratária, entre outros, o uso de bloqueadores neuromusculares se faz necessário. É um medicamento de uso restrito, que requer cautela e avaliação constante por parte da equipe multidisciplinar por apresentarem riscos de complicações (Santos, 2022; Silva, 2019).

As aminas vasoativas auxiliam em manter a estabilidade hemodinâmica dos pacientes críticos, a equipe de enfermagem é responsável pelo preparo e administração destas medicações, devendo atentar-se com a farmacodinâmica e farmacocinética, a fim de evitar efeitos colaterais como: arritmias cardíacas, hipotensão, hipertensão arterial, bradicardia, taquicardia e alterações do débito urinário (Queiroz, 2022).

Antiarrítmicos foram os medicamentos em infusão encontrados em menor quantidade nas UTI's estudadas, segundo a diretriz sobre uso de antiarrítmicos da *European Society of Cardiology* (ESC), a toxicidade e as interações medicamentosas são os maiores problemas causados por eles. A toxicidade comumente cursa com dois mecanismos: bradicardia e prolongamento do intervalo QT. Já a interação medicamentosa, a equipe precisa se atentar para o uso concomitante de: antibióticos macrolídeos, antipsicóticos, antidepressivos, anticonvulsivantes, varfarina e digoxina (Costa, 2018).

Análise dos Sinais Vitais

Dos 80 banhos observados, 1,25% (1) não foi realizado pois o paciente apresentou instabilidade hemodinâmica, tendo a Enfermeira o considerado como não elegível. Para a análise dos sinais vitais dos pacientes no banho no leito, foi conveniente e comparar as alterações encontradas em dois momentos, antes e durante o banho.

Por se tratar de amostras pareadas não comparáveis, ou seja, não estávamos comparando populações distintas, fez-se necessário aplicar dois testes para verificar a existência ou não da variabilidade de significância. Para esta avaliação, aplicamos os testes *T-student* pareado e o *Wilcoxon*. Valores de P elevado a potências negativas como apresentados nas Tabelas 3, significam que são menores que 0,05.

A Tabela 3 apresenta as alterações dos sinais vitais durante o banho no leito quando comparados seus valores nos dois momentos, antes e durante o banho no leito. Nos resultados encontrados após a análise, observamos significância estatística nos parâmetros de PAM, FC e SpO2. As alterações na saturação de oxigênio foram as mais significantes em ambos os testes, seguido da pressão arterial média e depois a frequência cardíaca.

Tabela 3 - Alterações dos sinais vitais durante o banho - T-Test. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2025

Measure 1	Measure 2	Test	Statistic	z	df	p
PAM	PAM1	Student	-2.79		78	6.58×10^{-3}
		Wilcoxon	904.00	-2.89		3.81×10^{-3}
PAM1	PAM2	Student	-1.35		78	0.18
		Wilcoxon	1107.50	-1.51		0.13
FC	FC2	Student	-1.57		78	0.12
		Wilcoxon	1029.50	-2.40		0.02
FC1	FC2	Student	1.89		78	0.06
		Wilcoxon	1787.00	2.40		0.02
SatO2	SatO21	Student	3.84		78	2.51×10^{-4}
		Wilcoxon	1535.50	4.25		2.01×10^{-5}

Fonte: Autores, 2025.

As alterações nos parâmetros vitais durante a higiene corporal levam a riscos de comprometimento clínico, causados pelo aumento do consumo metabólico de oxigênio, evidenciado pelas alterações concomitantes de aumento da frequência cardíaca, pressão arterial e diminuição da saturação de oxigênio (Santos, 2022).

As repercussões destas variações durante o procedimento de banho no leito podem levar a necessidade do aumento das doses de drogas vasoativas, bloqueadores neuromusculares e outras drogas para estabilização, resultando no aumento de tempo de internação. O enfermeiro da terapia intensiva é um fator decisivo para a manutenção da vida dos pacientes críticos, avaliando, interpretando a clínica, e prevenindo complicações. (Fere, 2017)

Uma revisão sistemática da literatura demonstrou que os pacientes tendem a ser beneficiados com algumas ações específicas: realização do banho em um período inferior a 20 minutos, otimização do tempo de posicionamento do paciente em decúbito lateral, não realização do banho de pacientes com menos de 4 horas de pós-operatório de cirurgia cardíaca, dentre outros (Bastos, 2019).

Para avaliarmos as alterações da normalidade dos sinais vitais aplicamos o teste de *Shapiro-Wilk*, pois através dele podemos mensurar os desvios da normalidade e sua significância estatística. Valores de P elevado a potencias negativas como apresentados na Tabela 4, significam que são menores que 0,05.

Tabela 4 - Alterações de normalidade dos sinais vitais - Shapiro-Wilk. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2025

		w	p
PAM	PAM1	0.97	0.05
PAM1	PAM2	0.98	0.14
FC	FC1	0.89	5.98×10^{-6}
FC1	FC2	0.95	6.44×10^{-3}
SatO2	SatO21	0.70	2.37×10^{-11}
SatO21	SatO22	0.79	2.63×10^{-9}
FR	FR1	0.66	3.52×10^{-12}
FR1	FR2	0.60	2.76×10^{-13}
Tax	Tax1	0.61	3.48×10^{-13}
Tax1	Tax2	0.57	7.26×10^{-14}

Fonte: Autores, 2025.

Os desvios da normalidade das variáveis também foram significantes ao aplicar o teste de *Shapiro-Wilk*. A temperatura axilar e a frequência respiratória foram os parâmetros com maiores alterações e merecem destaque, seguidos da saturação de oxigênio e frequência cardíaca.

Os desvios da normalidade das variáveis também foram significantes ao aplicar o teste de *Shapiro-Wilk*. A temperatura axilar e a frequência respiratória foram os parâmetros com maiores alterações e merecem destaque, seguidos da saturação de oxigênio e frequência cardíaca.

De acordo com a RDC n. 50/2002 da ANVISA, a temperatura ambiente das UTI's deve se manter entre 21° e 24°C, é uma temperatura que possibilita a redução da temperatura corporal com a exposição para o banho no leito, principalmente se a temperatura da água não for monitorada, levando em consideração a temperatura do paciente e a do ambiente, visto que facilmente resfria a água utilizada para o banho, trazendo riscos para o equilíbrio orgânico (Brasil, 2002).

Os tremores causados pela diminuição da temperatura corporal devido ao não monitoramento da temperatura da água, é um fator que também aumenta o gasto energético, e causam variações na saturação de oxigênio. Estas alterações estão relacionadas com as encontradas na frequência respiratória.

Um aspecto importante voltado à organização do processo é a junção dos materiais para o banho de forma correta, bem como a divisão de tarefas entre a equipe, evitando deixar o paciente exposto por tempo prolongado. Faz-se necessário o uso de técnicas de higienização corporal que otimizem o tempo para a realização do procedimento, como o uso de toalhas de algodão pré-umedecidas em solução emoliente de pH ácido, que não requer enxágue e contribuem com a hidratação da pele, favorecendo a recuperação de lesões por pressão (Santos, 2022).

Análise Qualitativa

Para proceder com discussão deste estudo, dados brutos do diário de campo foram utilizados, analisados e transformados em dados qualitativos. Sucedeu-se com a separação em categorias, a fim de facilitar a interpretação dos achados.

Critérios de Elegibilidade Para o Banho no Leito

Nos 80 banhos observados, apenas 1,25% (1) não recebeu indicação da enfermeira para o banho, com a justificativa de instabilidade hemodinâmica, 19% (15) dos banhos foram realizados em pacientes com instabilidade evidente, identificadas pelas pesquisadoras e registradas no diário de campo, tais como a junção de: hipotensão (PAS < 90mmHg e PAD < 60mmHg), pressão intracraniana elevada (>20mmHg), saturação parcial de oxigênio baixa (<93%), taquipneia (>20irpm) dentre outros.

Observou-se também que dentre os 15 pacientes instáveis que tiveram o banho iniciado, 2 dos banhos não foram finalizados devido à descompensação do paciente e parada cardiorrespiratória (PCR). Ainda dentro dos 19% (15) dos banhos realizados em pacientes instáveis, 1 paciente foi a óbito poucas horas após o procedimento, este paciente manifestava hipotermia e SpO₂ baixa antes do início do banho. A American Heart Association (2020) traz dentro dos 5h's, a hipotermia como uma das causas de parada cardiorrespiratória, sendo então, importante considerar para este procedimento. Estes achados nos permitem criar uma relação da falta de critérios para eleger o paciente para o banho, com os eventos adversos ocorridos.

Os banhos nas UTI's participantes do estudo são separados por turnos, onde na UTI 2 no turno da manhã são leitos pares e no turno da noite nos leitos ímpares, e na UTI 3 o inverso, mas isto não impediu que houvesse adiantamentos dos banhos da noite pela equipe da manhã. Dentre os motivos para os adiantamentos da higienização dos pacientes encontrados e registrados no diário de campo, estão: eliminações vesicais e intestinais, sujidades, vazamentos de drenos, de sondas nasoenterais, vazamento do acesso da PAI após coleta de sangue arterial.

A organização da rotina da equipe de Enfermagem para os banhos no leito somente com a divisão de leitos por turnos, foi um dos fatores que observamos a necessidade de cumprimento de uma rotina de avaliação pré-banho orientada por protocolos que sustentem a elegibilidade ou não deste procedimento no paciente crítico, considerando sua duração, as múltiplas invasões, a gravidade do paciente e a conseqüente necessidade de mais profissionais para o procedimento, assim como as individualidades no cuidado de cada paciente (Brasil, 2021; Queiroz, *et. al*, 2022).

A prática baseada em evidências aumenta a visibilidade acerca dos erros cometidos buscando a implementação de práticas seguras, e assim, criando oportunidades para cada vez mais incentivos e realização de pesquisas buscando uma assistência segura e de qualidade. A monitorização visualizada de parâmetros vitais deve ser mantida em todo tempo que o paciente estiver internado na UTI, mesmo mediante procedimentos de higiene corporal, possibilitando intervenções precoces se houver ocorrência de complicações (Costa, 2018; Ouchi, 2018).

Fidedignidade dos Parâmetros Hemodinâmicos

Dos 80 banhos realizados, 58,75% (47) dos pacientes não obtiveram a zeragem após a mobilização da cabeceira ou banho no leito, sendo considerado um número expressivo quando

comparado ao total de banhos observados. Apesar da não inclusão da monitorização da PIC na Tabela 3, observou-se que 5% (4) dos pacientes que estavam com monitorização contínua da PIC, também não tiveram o sistema zerado após alterações na altura do leito para o procedimento.

Por serem métodos invasivos, a PAI e a PIC possuem uma maior acurácia dos valores dos parâmetros hemodinâmicos a beira leito, possibilitando uma tomada de decisões de maior qualidade da equipe multiprofissional, contudo, a instalação e manutenção exige que a equipe de enfermagem possua um elevado grau de conhecimento para a interpretação dos dados, a fim de planejar e implementar os cuidados mantendo a integridade do método.

Em relação a PIC, Viana (2017) aponta que os cuidados de enfermagem que levam tempo maior do que 15 minutos, resultam em um aumento gradativo e contínuo da PIC. Sendo assim esses cuidados devem ser realizados de forma fragmentada, com pequenos intervalos, evitando o aumento da PIC (Vianna, 2017).

Outro fator importante é o nivelamento do transdutor, a equipe deve observar o posicionamento do paciente no leito, onde o transdutor de pressão precisa estar nivelado ao forame auricular interno (forame de Monroe), com o intuito de manter os valores fidedignos. O mesmo ocorre na PAI, o posicionamento transdutor pressórico ao eixo flebostático, no 4º espaço intercostal na linha hemiclavicular média, é de extrema importância. Durante o manuseio esse alinhamento pode ser alterado causando interpretações incorretas se não percebido acarretando danos desnecessários pacientes (Vianna, 2017).

Em ambos os métodos é importante a realização da zeragem do sistema, para que não haja desnível entre as duas extremidades do circuito que possa alterar o valor pressórico. As pressões fisiológicas são medidas em relação à pressão atmosférica e o transdutor deve ser zerado justamente à pressão atmosférica para eliminar a interferência dessa pressão (Vianna, 2017).

O Enfermeiro e o Banho no Leito

Dos 80 banhos assistidos durante a coleta de dados, 86,25% (69) foram realizados por técnicos de enfermagem em duplas ou sozinhos sem a supervisão do enfermeiro, 6,25% (5) por acadêmicos acompanhados dos professores, e apenas 7,5% (6) tiveram a participação efetiva dos enfermeiros.

Percebeu-se que o percentual de banhos realizados sem a presença do enfermeiro é significativo, isso levanta um questionamento, pois segundo a lei do exercício profissional de enfermagem Nº 7.498/86 e o Decreto Nº 94.406/87, é privativo do enfermeiro o planejamento, organização, coordenação, execução, e avaliação da assistência.

Considerando que são habilidades essenciais para a realização dos cuidados ao paciente crítico, incluindo o banho no leito, é de extrema importância a presença do enfermeiro durante este procedimento, seja na assistência direta ou na avaliação à beira leito (Brasil, 2014; Vianna, 2017).

Um estudo realizado na UTI em um hospital de Goiânia demonstra que apesar da presença do enfermeiro ajudar na melhora qualidade dos cuidados de higiene realizados pela equipe, ele não se faz presente em grande parte desses momentos, achados evidenciados também no presente estudo. Essa ausência pode estar relacionada com o fato de o profissional de enfermagem estar constantemente sobrecarregado com as demandas do trabalho, por carência de recursos humanos, e pelo contínuo distanciamento dessas práticas consideradas básicas (Bastos, 2019).

No que concerne à enfermagem no Brasil, estudos têm demonstrado que o sistema de saúde não é desenhado para promover boas práticas de enfermagem, a escassez de recursos materiais e humanos exige da equipe de enfermagem um malabarismo entre desgaste físico e mental, desvalorização e baixa remuneração e atuação em locais com infraestrutura inadequada. Todo esse cenário impacta diretamente nos cuidados com os pacientes, que acaba assim, prolongando sua internação e aumentando a exposição aos riscos proporcionados pelos hospitais (Brasil, 2013; Brasil, 2017; Brasil, 2020).

CONCLUSÃO

Nesse trabalho, comprovou-se que houve alterações dos sinais vitais durante o banho quando comparados aos valores antes do banho. Entendemos que se faz necessário cada vez mais o enfermeiro assumir o seu papel do gestor do cuidado do paciente crítico, pois uma avaliação inadequada ou até mesmo uma não avaliação para um procedimento de alto risco, como o banho no leito, fere diretamente a segurança do paciente, bem como o entendimento da importância da monitorização dos parâmetros vitais durante o procedimento.

Mesmo com um número de profissionais adequado, conforme a legislação vigente, é notório que tal legislação não abrange a gravidade dos pacientes críticos visto que sua variabilidade oscila, logo, há necessidade da presença do enfermeiro à beira leito. É preciso rever o papel do enfermeiro na terapia intensiva. O cuidado em si é inseguro, independentemente de onde praticado, seja na unidade pública ou privada. Essa constatação se dá por este cuidado ser executado por seres humanos, que por questões de necessidade de sobrevivência, atuam sobrecarregados, seja pelo trabalho onde destacamos jornadas exaustivas entre dois ou três vínculos de emprego, que conseqüentemente reduzem a atenção sobre as práticas a serem executadas, como por exemplo o banho no leito.

É necessário muito além de condições de trabalho, precisamos transpassar essa barreira, pois além de condições de trabalho, é mister condições de descanso, boa remuneração, lazer e entretenimento. A experiência proporcionada na confecção deste trabalho, nos direciona a um olhar crítico-reflexivo, onde ao concluir a graduação, entendemos que rotinas precisam ser estabelecidas, *check-lists* confeccionados de maneira a serem seguidos que proporcionam uniformização dos procedimentos e respaldo científico para o profissional que atualmente precisa basear sua tomada de decisão para o banho no leito apenas em bom senso e critérios próprios construídos em sua experiência profissional.

Há uma forte necessidade em organizar capacitações e treinamentos em educação continuada para construir barreiras de segurança aos pacientes, e o enfermeiro precisa retornar às suas atividades assistenciais junto ao paciente crítico, pois seu papel sempre será de tomar decisões em favor deste paciente, minimizando falhas, reduzindo riscos e garantindo uma assistência segura e livre de danos.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília, 2017. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/07/Caderno-4-Medidas-de-Preven%C3%A7%C3%A3o-de-Infec%C3%A7%C3%A3o-Relacionada-%C3%A0-Assist%C3%Aancia-%C3%A0-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 04 de janeiro de 2025.
2. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução -RDC N° 50, DE 21 DE Fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/sau.delegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html. | Acesso em: 08 de janeiro de 2025
3. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2012. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências**. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/sau.delegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em: 05 de dezembro 2024.
4. BRASIL, Ministério da saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. Linha de Cuidado do Adulto com hipertensão arterial sistêmica**, 2021. Disponível em: [https://linhasdecuidado.sau.de.gov.br/portal/hipertensao-arterial-sistemica-\(HAS\)-no-adulto/](https://linhasdecuidado.sau.de.gov.br/portal/hipertensao-arterial-sistemica-(HAS)-no-adulto/). Acesso em: 12 de dezembro de 2024.

5. BRASIL. Decreto n°94.406, de 08 de junho de 1987. **Regulamenta a Lei n° 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências.** Diário oficial da união: seção 1, p. 8853-8855, Brasília, DF, 09 jun. 1987. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm. Acesso: 26 de dezembro de 2024.
6. BRASIL. Resolução n°2.271/2020. **Define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário.** Diário Oficial de união Seção 1, p 90, Brasília, DF, Abr.2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-2.271-de-14-de-fevereiro-de-2020-253606068>. Acesso em; 20 de dezembro de 2024.
7. BRASIL. Ministério da saúde. Portaria GM n°529, de 1 de abril de 2013. **Institui o Programa nacional de segurança do paciente (PNSP).** Diário oficial da união, seção 1, p. 43, Brasília, DF. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html Acesso: 05 de julho de 2024.
8. BRASIL. Ministério da saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Agência nacional de vigilância sanitária - Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** 1 ed. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 10 de novembro de 2024.
9. BRASIL. Secretaria de saúde. Governo do estado do Paraná. **Analgesia, sedação e bloqueadores neuromusculares na pandemia COVID-19,** 2022. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-03/Protocolo%20seda%C3%A7%C3%A3o%20analgesia%20bnm.pdf. Acesso em: 30 de novembro de 2024.
10. BASTOS, S.R.B, *et. al.* Banho no Leito: Cuidados Omitidos pela Equipe de enfermagem. **Rev Fund Care Online.** 2019; 11(3): 627-633. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.627-6>.
11. COSTA, F.S.; COSTA, L.C. **Avaliação da pressão do cuff em pacientes internados no centro de terapia intensiva adulto como forma de prevenção de pneumonia associada a ventilação mecânica.** Rio de Janeiro, Universidade Veiga de Almeida (UVA), 2018.
12. COSTA, G.S.; SOUZA, C.C.; DIAZ, F.B.B.S; TOLEDO, L.V. Banho no leito em cuidados críticos: uma revisão integrativa. **Rev baiana de enferm.** 32(1):e20483, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20483/15706>. Acesso em: 07 de agosto de 2024.

13. CRUZ, I. F.C.; MARINS, I. F. A segurança do paciente na higienização corporal em pacientes de CTI: revisão sistematizada da literatura para um protocolo clínico. 2016. Disponível em: <http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/2808/682>. Acesso em: 05 de Dezembro de 2024.
14. FERREIRA, F.; ROQUE, H. Diretriz da sociedade brasileira de cardiologia e da sociedade brasileira de hemodinâmica e cardiologia intervencionista sobre intervenção coronária percutânea. **Arq. Bras. Cardiol.** 109 (suppl 1). 2017. <https://doi.org/10.5935/abc.20170111> Acesso: em 19 de outubro de 2024.
15. DECORMEILLE, G. RN. *et. al* - Eventos Adversos em Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Continuados Durante Procedimentos no Leito: O Estudo Observacional Prospectivo da Enfermagem durante os Cuidados Críticos (NURSIE). **Medicina de Cuidados Intensivos: 2021 - Volume 49 - Edição 1 - p e20-e30** doi: 10.1097/CCM.0000000000004745. Acesso em: 5 de Dezembro de 2024.
16. FERREIRA, A. M.; ANDRADE, D. Revisão integrativa da técnica limpa e estéril: consensos e controvérsias na realização de curativos. 2018. **Rev Acta Paul Enferm;** 21(1):117-21. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/sgz9cRgCxbLzRYK5K4Nm3f/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 de novembro de 2024.
17. KROEF, R.F.S.; GAVILLON, P.Q.; RAMM, L.V. Diário de Campo e a Relação do(a) Pesquisador(a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Porto Alegre, vol. 20, n.2, p. 464-480, 2020. Disponível: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812020000200005 Acesso em: 12 de Outubro de 2024.
18. NIENON, O; CAPP, E. *et al*. Bioestatística quantitativa aplicada. Porto Alegre, UFGS. 2022.
19. OUCHI, J. D *et. al*. O Papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de Novas Tecnologias em saúde. **Revista Saúde em Foco.** e. 10. 2018. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/07/054_O_PAPEL_DO_ENFERMEIRO_NA_UNIDADE_DE_TERAPIA_INTENSIVA.pdf. Acesso em: 15 de Outubro de 2024.
20. QUEIROZ, A. G. S.; PINHEIRO, F. A.; SOARES, S. C. de L. *et. al*. Monitorização não invasiva ao paciente grave vs. Falsos alarmes: até que ponto (des)confiar? / Non-invasive monitoring of the critically ill patient vs. False alarms: how much (un)trust?. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 2193-2206, 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n1-142. Acesso em: 25 de Outubro de 2024.

21. SANTOS, F. *et. al.* Parametrização dos alarmes de frequência respiratória em ventiladores mecânicos de pacientes durante o banho. **Cogitare Enfermagem**, PR, v. 27, n. 78748, s/p, 2022. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.78748>. Acesso em: 29 de Novembro de 2024.
22. SILVA, V.S et al. Uso de bloqueadores neuromusculares em hospitais do sul de Minas Gerais. **Rev Med Minas Gerais** 2019;29 (Supl 11): S20-S25. Disponível em : <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1930> Acesso em: 01 de Dezembro de 2024.
23. STADLER, G.P. *et. al.* Sistematização da assistência de Enfermagem em unidade de terapia intensiva: Implementação de protocolo de banho no leito para pacientes adultos críticos, **Porto Alegre**, v. 10, n. 7, p. 109-114, jun./set. 2019. DOI:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n7.2809>..Acesso em: 05 Maio de 2024.
24. TOLEDO, L.V.; SAMPAIO, N.V.; BRINATI, L.M.; *et. al.* Diferentes tipos de banho em pacientes críticos e fatores associados ao banho no leito. **REME - Rev Min Enferm.** 2021 DOI: 10.5935/1415.2762.20210001. Acesso em: 05 de Dezembro de 2024.
25. TOLEDO LV. *et. al.* Changes in body temperature of critically ill patients submitted to bed bathing: a crossover clinical trial. **Rev Bras Enferm.** 2021;74(2):e20200969. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0969>. Acesso em: 05 de Dezembro de 2024.
26. VIANA, R. A. P. P; TORRE, M. **Enfermagem em terapia intensiva: Práticas integrativas.** Barueri: Manole, 2017.