

O BANHO NO LEITO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA VISÃO DE QUEM RECEBE

Adelia Yaeko Kyosen Nakatani *
Adenícia Custódia Silva e Souza *
Ivete Vieira Gomes **
Maria Madalena de Sousa ***

RESUMO

Estudo realizado com 12 clientes internados na Unidade de Terapia Intensiva, de dois hospitais públicos, no ano de 2001 em Goiânia – GO, com o objetivo de verificar a visão do cliente sobre o banho no leito. Os dados foram coletados através de entrevista, utilizando a técnica de incidente crítico. O instrumento foi validado e aplicado, após observação dos aspectos éticos legais. A análise dos resultados mostrou como situações negativas: a falta de respeito à individualidade e a insensibilidade dos profissionais. Como situações positivas: a disponibilidade dos profissionais para o cuidado e a percepção do cuidado para além da técnica.

Palavras-chave: Banho no leito. Unidade de terapia intensiva. Cuidado.

INTRODUÇÃO

A internação do cliente na UTI pode-se constituir em motivo de transtorno. Longe da família, seu contato imediato será com a equipe de saúde, até então desconhecida. Seus hábitos de vida mudam, de indivíduo ativo se torna “passivo”, teme perder a sua personalidade, o seu trabalho, o direito de falar, de solicitar, de questionar, de criticar, de realizar até a sua higienização corporal, que é substituída pelo “banho no leito”.

O banho no leito é um problema inquietante vivido nas UTI. Os clientes assistidos dependem, parcial ou totalmente, da equipe de enfermagem, para o atendimento de suas necessidades humanas básicas (LOPES et al., 1996).

Nas UTI, o banho no leito/higiene corporal, normalmente, é executado pelo auxiliar e/ou técnico de enfermagem. Essa prática vem sendo realizada com percepção limitada do ato em si. A rotina do dia-a-dia tem como meta principal a limpeza integral do corpo, muitas vezes dissociada dos aspectos relevantes, quais sejam, os sentimentos do cliente durante o procedimento. Isso leva ao questionamento sobre a percepção que o cliente tem com relação ao banho no leito.

Diante da importância do banho no leito, e da repulsa, comumente presente, de quem o recebe, realizamos esse estudo com a finalidade de caracterizar os fatores que permeiam esse procedimento no cotidiano das UTI, avaliando a execução do banho no leito, na visão dos clientes.

* Enfermeira. Prof. Dra. da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

** Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva do Hospital de Doenças Tropicais. Goiânia-GO

*** Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva do Hospital Sagrado Coração de Jesus. Nerópolis-GO

OBJETIVO

Caracterizar a visão do cliente com relação ao banho no leito, realizado pelo profissional de enfermagem, na Unidade de Terapia Intensiva.

METODOLOGIA

Estudo exploratório, descritivo, desenvolvido nas UTI de dois hospitais, públicos de referência, da cidade de Goiânia-GO, no ano de 2001. Participaram como sujeitos 12 clientes, que foram submetidos ao banho no leito, em condições de diálogo. O projeto foi submetido à Comissão de Ética, que recebeu parecer favorável quanto aos aspectos éticos de pesquisa em seres humanos (BRASIL, 1996).

A coleta de dados foi realizada através da técnica de incidente crítico, proposta por Flanagan (1973). Para tal, utilizamos uma questão norteadora: relate uma situação ocorrida durante um banho no leito ao qual você foi submetido, no período de sua internação na UTI, descrevendo exatamente como foi a situação, quais foram os comportamentos adotados e qual foi o resultado. Foi solicitado aos clientes que se lembrassem dos banhos no leito aos quais foram submetidos e relatassem todas as situações negativas e positivas. Os dados foram coletados à beira do leito.

O instrumento foi previamente testado pelas pesquisadoras em 3 clientes que não pertenciam a população de estudo, para verificar a sua objetividade e pertinência. Após os ajustes sugeridos, iniciamos a coleta de dados.

As entrevistas ocorreram no momento em que os clientes o consideraram ideal. Solicitamos primeiro o relato de situações negativas ocorridas durante o banho no leito. Depois de concluídos todos os relatos das situações negativas, solicitamos os das situações positivas, utilizando a mesma questão, mudando apenas a polaridade.

Os relatos foram anotados pelas entrevistadoras, que ao final de cada entrevista, procedia a leitura das anotações, para que fossem validadas pelos sujeitos. A coleta de dados foi encerrada devido à ausência de novos dados.

A apresentação dos resultados e sua análise foram realizadas de acordo com a Técnica de Incidente Crítico. As situações positivas e

negativas foram identificadas nas três temáticas que caracterizam o incidente crítico (situação, comportamento e consequência). Consideramos situação - o próprio relato do cliente de como ocorreu o banho no leito; - o comportamento as condutas adotadas pelo cliente diante das situações relatadas e como consequência - o efeito produzido em decorrência da situação e do comportamento por ele adotado. Após esta identificação os incidentes críticos relatados pelos sujeitos foram validados por dois pesquisadores com experiência, na área.

Para as análises, utilizamos recortes de relatos dos sujeitos, que foram identificados pela letra maiúscula "C" de cliente, seguido do número correspondente a ordem da entrevista.

Destacamos que o critério de escolha dos recortes foi por aqueles que melhor caracterizavam a categoria de análise. Fizemos pequenos ajustes quanto à questão lingüística, no sentido de melhorar a compreensão sem, contudo, alterar o seu significado.

RESULTADOS E ANÁLISES DOS DADOS

Foram entrevistados 12 clientes de 2 UTI. Uma UTI com 10 leitos, possuía padronização escrita do banho no leito e a outra, com 6 leitos, não tinha esse procedimento normatizado.

Uma unidade tinha como rotina o banho no leito no período matutino e a outra nos turnos: matutino e noturno.

Dos 12 entrevistados, obtivemos 18 relatos de incidentes críticos, sendo que desses, 11 (61,1%) foram incidentes positivos e 7 (38,9%) negativos.

Após leituras exaustivas, os dados foram categorizados de acordo com as temáticas que caracterizam o incidente crítico, considerando as polaridades positivas e negativas.

A seguir apresentaremos as percepções dos clientes diante dos incidentes críticos negativos e positivos relatados.

A percepção do banho no leito evidenciada pelas situações relatadas

As situações relatadas nos incidentes críticos negativos evidenciaram duas categorias: primeira a falta de respeito à individualidade, evidenciada em 10 (55,6%) e segunda a

insensibilidade profissional, identificada em 8 (44,4%) das situações.

A falta de respeito à individualidade foi característica predominante nas situações de banho.

Percebemos o constrangimento do cliente despido para a realização do banho, e a necessidade de garantir que o procedimento seja efetuado por profissional do mesmo sexo. Vimos ainda, que para o ser humano as condições importantes como: privacidade, não exposição do corpo e autonomia, não são respeitadas, como observamos nas falas a seguir:

Não queria que homem desse banho em mim [...] C5.

Me deixou nua por muito tempo, com a porta aberta e cheia de gente [...] C1.

Elas já chegaram tirando as peças [...] C11.

Ferreira & Figueiredo (1995), referem que para a realização de procedimentos, o constrangimento do cliente despido não é respeitado. Muitas vezes, a enfermagem assiste o cliente como se este fosse dessexualizado. Esse posicionamento parece ser um mecanismo de defesa dos profissionais, que ainda apresentam muitas dificuldades em lidar com sua própria sexualidade e, conseqüentemente, com a do cliente.

Atkinson e Murray (1997) e Dugas (1984), referem que a privacidade do cliente durante o banho deve ser respeitada. Esse respeito implica: pedir autorização para tocar no seu corpo, realizar o banho protegido de olhares alheios, solicitar a sua ajuda, dentre outros.

Percebemos que muitos profissionais adotam atitudes paternalistas, cerceando a autonomia do cliente. Correia (1995), afirma que autonomia é a capacidade do ser humano de decidir, escolher, avaliar e autogovernar-se.

Uma forma de respeitar esse princípio é freqüentemente solicitar a aprovação e/ou a ajuda do cliente, seja através de comunicação verbal ou não.

Outra categoria identificada nas situações dos incidentes críticos negativos foi a insensibilidade do profissional, durante a

realização do banho, como evidenciada nos seguintes exemplos descritos abaixo:

O ruim foram as viradas bruscas, nem conversavam, achei que iria cair [...] C11.

Ela tirou o lençol de supetão, pegou o sabonete e o shampoo, começou lavando o cabelo, esfregando com força [...] C1.

O banho! iniciou já me limpando de qualquer jeito, arrancando aquele pano de mim, mandando eu ficar quieto [...] C7.

Nos relatos constatamos sentimentos de medo e de revolta. Será que durante a higienização, não estamos gerando novos problemas ou retardando a recuperação dos nossos clientes?

As situações de insensibilidades descritas estão relacionadas com a ausência de relacionamento interpessoal, durante a execução do banho, a inobservância da técnica ou execução da técnica pela técnica, desencadeando situações negativas como a citada por Soares (2001, p. 14), em entrevista a um paciente paraplégico que na sua experiência de um banho no leito, relata a seguinte situação:

[...] me lavavam como se estivessem lavando um banheiro é mais um número. Vira de um lado, vira para o outro... e para lavar meu sovaco me puxou pelo ferro ortopédico que tive de colocar no braço esquerdo [...].

Muitas vezes o profissional durante o cuidado está concentrado em executar a tarefa, em tempo hábil, e se esquece de considerar o sentimento do cliente.

Segundo Silva (1996) a percepção do ato em si, também, pode ser modificada, quando o profissional mantém maior relacionamento interpessoal com o seu cliente.

Para que haja um bom relacionamento interpessoal, na realização do banho, exige-se do profissional além do conhecimento técnico-científico da ação a ser desenvolvida, o conhecimento de si mesmo e do outro. Assim, o banho adquire diferentes significados para o

cliente, que apesar da “anormalidade” embutida no banho no leito, o vê como um momento terapêutico.

Quanto às situações positivas, destacamos duas categorias: disponibilidade para o cuidado em 7 (63,3%) situações, e cuidado para além da técnica em 4 (36,4%).

Nos depoimentos a disponibilidade do profissional para o cuidado foi evidenciada resultando em: respeito, confiança, gentileza, interesse, estímulos à independência e autonomia, fundamentais para que o procedimento se tornasse agradável, como referidos a seguir:

Bom, ele chegou animado, com ar respeitador e falou: Bom dia Dona Maria, vamos dar um banho na senhora. C2.

Conversaram comigo, me arrumaram bem arrumadinho. A amizade que sinto pelos profissionais é ótima, sinto confiança. C6.

Ela chegou e perguntou se eu estava melhor, respondi que sim... Vamos banhar o senhor, tudo bem? Banhou direitinho, enxugou, com cuidado para não puxar o soro e dreno. Muito cuidadosas. C7.

Ela falou: José está na hora de você tomar banho. De chuveiro? Ela disse: Não, de paninho. Perguntou se eu dava conta de lavar as minhas partes íntimas, disse que sim. C10.

Chamou-nos a atenção quando os entrevistados reproduziam as situações vivenciadas, referindo que o profissional procurava chamá-los pelo nome, saudando-os e se interessando pela sua saúde.

A percepção do cliente mostra que a satisfação e a qualidade do banho no leito, não dependem apenas da sua execução técnica, mas do envolvimento e da disponibilidade do profissional cuidador, em atendê-lo com atenção e dignidade.

A categoria cuidado para além da técnica foi evidenciada assim:

[...] jogou bastante água com sabão, esfregou, enxugou, trocou e virou para os lados com carinho [...], o banho foi maravilhoso [...] C1.

[...] chegaram com água bem morninha [...] muito atenciosas [...] protegeram ao redor [...] passaram óleo na minha pele [...] C8.

A abundância e a temperatura da água, o toque, o conforto que o banho proporcionava e a forma como eram tratados pelos profissionais, certamente foram componentes preponderantes nessa interação entre cuidador e o Ser cuidado, durante o banho no leito.

O momento de fragilidade do cliente durante o banho no leito pode ser minimizado, quando na sua execução existe o cuidado para além da técnica, cuidado esse que propiciará uma relação profunda, podendo haver comunicação, compreensão e confiança entre seres até então desconhecidos, como citado por Udvarhelyi (2001) em relato da experiência de uma acadêmica do quarto ano de medicina, durante o banho no leito. Ademais, os clientes com atitudes psicológicas positivas, respondem significativamente, melhor que os outros clientes à terapia (SILVA, 2000).

As situações relatadas nos incidentes críticos negativos e positivos evidenciaram que o relacionamento interpessoal e a prestação do cuidado, de forma humanizada, são fundamentais para a realização do banho no leito, fortalecendo o vínculo entre o agente cuidador e o Ser cuidado, gerando sentimento de satisfação do cliente.

O cuidado segundo Boff (1999) é um ato que o ser humano deve receber desde o nascimento até à morte, caso isso não aconteça, a pessoa se define, perde o sentido e morre. As afirmações desse autor nos remetem à reflexão de que a satisfação do Ser cuidado interfere, positivamente, na homeostase, contribuindo para a sua recuperação.

A percepção do banho no leito evidenciada pelos comportamentos relatados

Os comportamentos relatados nos incidentes críticos negativos evidenciaram 3 categorias: as queixas de dor relatadas em 7 (46,7%) incidentes críticos, o descontentamento em 5 (33,3%) e o conformismo em 3 (20,0%).

As queixas de dor foram os comportamentos mais frequentes, como descritos abaixo:

[...] não falei nada. Expressei com a face [...] C11.

[...] queixei de dor quando elas me secaram [...] C1.

[...] gritei de dor [...] C7.

Frente a tais depoimentos devemos refletir quanto ao banho no leito desde as finalidades até à sua execução. Que banho é esse que causa tanta dor, indignação e conformismo ao cliente?

Diante do exposto acima verificamos que o banho no leito que deveria promover o conforto e o relaxamento tem produzido efeitos contrários como: dor e tensão, desencadeadas ou exacerbadas pela inabilidade dos cuidadores.

O descontentamento foi o segundo comportamento enumerado pelos entrevistados, evidenciado pelas condutas de desrespeito de alguns profissionais, durante o banho no leito, que podem ser constatadas pelos depoimentos a seguir:

Estava frio, pedi para fechar a janela [...] ela fechou [...] C1.

Ela puxava com força, pedi para escovar os cabelos mais devagar um pouco [...] C1.

Percebemos que o descontentamento levou o cliente a solicitar mudanças na conduta do profissional.

Acreditamos que o conhecimento técnico aliado à disponibilidade para o cuidar resultaria em cuidado humanizado, com maior satisfação dos clientes. O processo de humanização é uma experiência que envolve as pessoas que estão trabalhando, o ambiente e o cliente. A interação entre estes componentes determina a qualidade do atendimento.

Com relação ao conformismo os relatos mostraram que, muitas vezes, os clientes estavam contrariados com o banho, porém, se conformavam, pois se sentiam impotentes diante do poder autoritário do cuidador.

O comportamento de conformismo estava relacionado principalmente com o preparo do ambiente inadequado e a falta de comunicação

entre profissional e cliente, como observados nos relatos seguintes:

Não falei nada sobre a porta aberta [...] C1.

Não disse nada. Aqui é assim mesmo [...] C5.

Não falei nada, estava num período que acenava e elas não entendiam [...] C6.

Interessante notar que nós, enfermeiros, sentimos um desconforto diante do poder hegemônico de outros profissionais, da área de saúde. Todavia, percebemos que a equipe de enfermagem tem exercido esse mesmo poder sobre “seus clientes”, na medida em que não lhes dão ouvidos e nem lhes conferem voz.

Costa Filho e Barbieri (1996), ressaltam que devemos ajustar todos os fatores interligados ao banho no leito e que a preparação do ambiente físico exerce fator preponderante na satisfação do cliente. Relembrem que devemos informar ao cliente sobre o banho e de como será realizado, contribuindo para uma convivência de amizade e confiança.

Silva (1996), ressalta que o profissional deve estar atento à comunicação não verbal, e assim poderá compreender o cliente na sua totalidade.

A falta de comunicação com o cliente, por parte de alguns profissionais, durante a realização do banho no leito, impede uma avaliação criteriosa que reflete no planejamento da assistência. Entendemos que a comunicação interpessoal entre enfermeiro e cliente, além de promover o bem estar do cliente, contribui para a sua satisfação.

Os comportamentos relatados nos incidentes críticos positivos foram: a participação, a aprovação e a compreensão. Houve 9 (56,3%) relatos que mostraram comportamentos de participação, como alguns citados abaixo:

[...] colaborei durante o banho [...] C8.

[...] fiz uma exigência para ela, pedi água quente [...] C10.

[...] lavei minhas partes íntimas [...] C11.

Observamos que quando há liberdade de escolha e oportunidade de participação como

colaborar com a higienização corporal, optar pela temperatura e a quantidade de água há também a valorização pessoal e o aumento da auto-estima do cliente.

Sadala (1998), enfatiza que o cliente é o sujeito do seu próprio cuidado e o profissional deve estimulá-lo a tomar decisões e responsabilidades sobre si mesmo. O vínculo profissional-cliente deve ser autêntico, possibilitando o respeito ao querer do cliente, que deve se sobrepor ao querer da equipe (BOEMER; SAMPAIO, 1997).

Com respeito à água utilizada para o banho no leito, Atkinson e Murray (1997), referem que em todos os momentos o bom senso deve orientar a conduta. Caso seja necessário, outro método alternativo pode ser utilizado, desde que não infrinja os princípios de assepsia.

É importante refletirmos sobre a quantidade de água utilizada para o banho, considerando não apenas o recomendado pela literatura, mas principalmente, as solicitações dos clientes.

Ogasawara (1989), afirma que os clientes se preocupam muito com a higiene íntima, e quando podem realizá-la, além de se sentirem mais seguros, sem invasão de sua intimidade, ainda se sentem valorizados por participarem do banho.

Os relatos que expressam a aprovação 4 (25,0%) mostram que além de terem as suas necessidades básicas satisfeitas, dão um retorno positivo ao profissional, fundamental para a sua auto-estima:

[...] gostei de ter lavado a cabeça [...] C6.

[...] expressei pela face que achei bom [...] C6.

[...] fiquei encabulada com a rapidez do banho [...] C9.

Segundo Gomes et al. (1987), as necessidades não atendidas, ou atendidas inadequadamente, podem causar desconforto que se prolongado pode provocar ou agravar doenças. Quando o cliente tem essas necessidades atendidas, além de manifestar contentamento, contribui para a melhoria do seu estado de saúde.

Citaremos abaixo 3 (18,7%) relatos que evidenciaram o comportamento de compreensão dos clientes:

[...] em relação à exposição, nunca falei nada [...] C6.

[...] preferia que fosse mais quentinha, mas não falei [...] C9.

[...] conformei com o banho na cama [...] C10.

Percebe-se que, durante a implementação do banho no leito, o cliente valoriza o relacionamento interpessoal. A qualidade desse relacionamento é capaz de superar outras deficiências, como: a falta de material e técnica inadequada.

Vale ressaltar que a categoria compreensão, evidenciada em relatos positivos, também, ocorreu nos incidentes críticos negativos, denominada como conformismo. O fator determinante para a mudança do enfoque é indicativo da qualidade do relacionamento interpessoal.

Silva (1996), informa que para estabelecermos uma relação com o cliente, devemos ter em mente que antes de tudo ele é um ser humano. Embora nosso relacionamento seja apenas profissional, envolve o encontro de dois "EUS", abertos, cegos, secretos e desconhecidos.

A percepção do banho no leito evidenciada pelas conseqüências relatadas

A análise das conseqüências diante dos incidentes críticos negativos evidenciou duas categorias: a insatisfação e o sofrimento.

A insatisfação que apareceu em 6 (50,0%) relatos estava relacionada pela falta de privacidade, insensibilidade do profissional e o banho ter sido executado com pouca água, pela exposição prolongada do corpo durante o banho, como mostram os relatos abaixo:

[...] não fiquei à vontade, ela me deixou pelada o tempo todo. C1.

[...] não gostei do banho [...] C5.

[...] me senti ruim, a gente espera uma coisa e vem outra [...] C7.

Sabemos que os pacientes das UTI, de um modo geral, são cercados de tecnologia avançada, procedimentos invasivos, além da agressão da própria patologia. Se não conseguirmos satisfazer as suas necessidades básicas, não os atenderemos de forma terapêutica.

Verificamos que é necessário rever as técnicas para o banho no leito. Acreditamos que apesar de não ser o banho de escolha dos clientes, se a técnica for corretamente aplicada e atender aos desejos dos clientes as insatisfações serão amenizadas.

O sofrimento evidenciado em 6 (50,0%) estava relacionado com frio, dor, vergonha, ansiedade e medo, durante a execução do banho, segundo os relatos a seguir:

[...] elas deixavam a gente mais depressiva [...] C5.

[...] senti dor, frio e tosse muito [...] C5.E

[...] fiquei com vergonha [...] C6.

Os relatos das conseqüências descritas demonstram que o desrespeito à individualidade do cliente e o relacionamento interpessoal inadequado geram resultados não esperados. Esses dados nos levam a refletir sobre essa prática “simples” que na verdade, possui um nível de exigência como demonstrado nesse estudo, que não tem sido atendido pelos cuidadores.

Os resultados dos incidentes críticos mostram que é necessário aprimorar o banho no leito, imprimindo cuidados para além da técnica. Esses podem não estar descritos, mas deverão surgir da relação entre o Ser cuidado e o Ser cuidador, naquele momento único.

As conseqüências citadas pelos clientes nos incidentes críticos positivos: foram o vínculo com o profissional e o conforto/bem estar e a tranquilidade.

O vínculo com o profissional apareceu em 11 (44,0%) relatos e estão evidenciados em algumas falas transcritas abaixo:

A amizade que sinto pelos enfermeiros é boa, ótima, sinto confiança. C6.

Fui bem tratada [...] C8.

Esse banho eu não esqueço [...] C11.

O sentimento de vínculo está relacionado, principalmente, com a amizade, a confiança, o carinho, à atenção e com a disponibilidade de atender às necessidades.

Lopes et al. (1996), acreditam que para melhorar a qualidade da assistência do banho no leito é preciso discutir: a aceitação, a rejeição e a satisfação, partindo das percepções dos próprios clientes.

Observa-se pelos comportamentos e conseqüências positivas relatadas pelos clientes que o respeito à individualidade, o vínculo estabelecido pelo profissional e o cuidado propriamente dito, propiciaram ao cliente sentimento de satisfação, apesar da execução de uma técnica que foge aos padrões habituais de higienização corporal.

A enfermagem deve promover avaliação periódica da assistência ao banho no leito, a fim de verificar se os objetivos estão sendo atingidos.

Os depoimentos, a seguir, evidenciam como conseqüência do banho: a situação de conforto/bem estar, que foram relatados por 9 (36,0%) dos incidentes críticos:

[...] foi bom, consegui dormir melhor [...] C9.

[...] fiquei tranqüila [...] C11.

[...] esse banho foi melhor, porque jogou muita água [...] C10.

O cliente da UTI, normalmente, apresenta alterações de temperatura, secreções e incontinências. Essas situações aumentam a necessidade de higienização corporal mais freqüente que a habitual. Nos relatos, abaixo, há o sentimento de tranqüilidade descrito pelos clientes:

Não fiquei com vergonha, porque eram enfermeiras [...] C8.

[...] o fato de ser mulher não incomoda [...] C10.

Para alguns, o banho no leito pode ser considerado um procedimento constrangedor. Entretanto, percebemos que alguns clientes se sentiram à vontade, pela maneira como foram assistidos, em virtude de outros aspectos

embutidos no momento de cuidar como: atenção, respeito, carinho e disponibilidade.

As conseqüências adotadas diante das situações nos incidentes críticos negativos e positivos mostraram a importância dos profissionais, em assistir o cliente através de atitudes empáticas, demonstrando solidariedade diante do sofrimento alheio. Os relatos demonstraram ainda que, quando o banho no leito consegue atingir as suas finalidades de conforto e bem estar, o cliente o reconhece e o valoriza através das lembranças positivas, embora esteja vivenciando momentos de muito sofrimento.

Em se tratando de clientes internados em uma UTI, muitas vezes, já sem nenhuma expectativa de vida, o conforto e bem estar representam a última dignidade, que lhes restam.

CONCLUSÃO

Os incidentes críticos negativos mostraram situações nas quais os clientes relataram falta de respeito à individualidade e insensibilidade do profissional.

Estas situações geraram comportamentos como: queixa de dor, descontentamento e conformismo, culminando com sentimentos de insatisfação e de sofrimento durante a realização do banho no leito.

Os incidentes críticos positivos evidenciaram situações nas quais os clientes relataram a disponibilidade dos profissionais

para o cuidado e a percepção do cuidado, para além da técnica.

Como respostas os clientes apresentaram comportamentos de participação, aprovação e compreensão, experimentam conforto e tranquilidade após o banho, e conseqüentemente, maior vínculo com o profissional.

Os incidentes críticos positivos e negativos evidenciaram as exigências críticas necessárias à realização do banho no leito, devendo as mesmas ser consideradas e analisadas.

Observamos que quanto mais se avança no uso de tecnologia de ponta (tecnologias duras) nas UTI, mais se negligencia o uso de tecnologias leves como: o relacionamento interpessoal, o vínculo, e o acolhimento, que são características essenciais do cuidar. O estudo mostra ainda que faltam recursos humanos qualificados, para a execução da técnica do banho no leito, sugerindo a necessidade de capacitação em relação à técnica com enfoque no relacionamento interpessoal.

Observar as exigências críticas mostradas no estudo, direcionarão mudanças que trarão maior conforto e satisfação ao cliente, contribuindo para a sua recuperação.

Consideramos que um estudo sobre a percepção dos profissionais de enfermagem acerca do banho no leito ampliará essa discussão, e permitirá estabelecer através da visão do cuidador e do Ser cuidado as exigências críticas, para o aprimoramento dessa técnica, contribuindo assim, para mudanças da “praxis”, ora vigente.

BATHING ON BED AT THE INTENSIVE CARE UNIT: PERCEPTIONS OF WHOM RECEIVES IT

ABSTRACT

This study was accomplished with 12 hospitalized patients at the Intensive Care Unit of two public hospitals in Goiânia – Goiás (Brazil), in 2001. The aim of this study was to verify the patient's view of “bathing on bed”. Data were collected through interview, using the critical incident technique. The instrument was validated and applied after observing all the legal ethical aspects. The results showed as negative situations: the lack of respect to individuality, and the insensibility of the professional. As positive situations: the availability of the professional to the care and the perception of care beyond the technique.

Key words: Intensive care unit. Bathing on bed. Nursing care.

EL BAÑO EN LA CAMA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: UNA VISIÓN DE QUIEN LO RECIBE

RESUMEN

Este es un estudio realizado con doce clientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva de dos hospitales públicos, en el año 2001, en Goiânia (Estado de Goiás), con el objetivo de verificar la visión del cliente sobre el baño en la cama. Los datos fueron recogidos a través de entrevista, usando la técnica del incidente crítico. El instrumento fue validado y aplicado, después de la observación de los aspectos éticos legales. El análisis de los resultados demostró como situaciones negativas: la falta de respeto a la individualidad y la insensibilidad de los profesionales; y como situaciones positivas: la disponibilidad de los profesionales para el cuidado y la percepción del cuidado más allá de la técnica.

Palabras Clave: El baño en la cama. Unidad de Terapia Intensiva. Cuidado.

REFERÊNCIAS

ATKINSON, Leslie; MURRAY, Mary Ellen.

Fundamentos de Enfermagem: introdução ao processo de Enfermagem. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1997.

BOEMER, Magali Roseira; SAMPAIO, Mauren Alexandra. O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. **Rev Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 33-38, abr. 1997.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar:** ética do humano: compaixão pela terra. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 – sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, Brasília, DF, v. 4, n. 2, p.15-25, 1996.

CORREIA, Francisco de Assis. Alguns desafios atuais da bioética. **Revista Eclesiástica Brasileira**, Petrópolis, v. 55, p. 75, mar. 1995.

COSTA FILHO, Geraldo; BARBIERI, Renato Lamounier. **Enfermagem básica:** teoria e prática. São Paulo: Rideel, 1996.

DUGAS, Beverly Witter. **Enfermagem prática**. 4. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1984.

FERREIRA, Maria de Assunção; FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. A sexualidade velada: representações de enfermeiros sobre o corpo sexual do cliente hospitalizado. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 47., 1995. Goiânia. **Temas livres...** Goiânia: Ed. UFG, 1995. p. 682-683.

FLANAGAN, John G. A técnica do incidente crítico. **Arq Bras Psicol Aplic**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 99- 141, 1973.

GOMES, Gisane Biacchi et al. Aplicação do processo de enfermagem a pacientes inconscientes internados na unidade de terapia intensiva de um hospital de Curitiba. **Rev Paul Enferm**, São Paulo, v.7, n.1, p. 22-27, jan./dez. 1987.

LOPES, Carmen Luci Rodrigues et al. Percepção dos pacientes sem capacidade para autocuidar-se, sobre a operacionalização do banho no leito. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v. 49, n. 2, p. 259-266, abr./jun.1996.

OGASAWARA, Mizue. **Banho no leito:** uma contribuição ao enfermeiro baseada na percepção do paciente/cliente. 1989. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Ana Neri, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1989.

SADALA, Maria Lúcia Araújo. O cuidar que é relação: o olhar fenomenológico. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 6., 1998, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto: EERP-USP, 1998. p. 7-10.

SILVA, Maria Julia Paes. **Comunicação tem remédio:** a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente, 1996.

SILVA, Maria Julia Paes. Humanização em unidade de terapia intensiva. In: CINTRA, Eliane de Araújo; NISHIDE, Vera Médice; NUNES, Wilma Aparecida. **Assistência de enfermagem ao paciente crítico**. São Paulo: Atheneu, 2000. cap.1, p. 1-11.

UDVARHELYI, Beatrix. Auntie Rozi. **J Balint Society**, [S. l.], v. 29, p. 42-43, 2001,

SOARES, Lucila. Vi tudo explodir. **Revista Veja**, São Paulo, n. 2, p. 11-15, jan. 2001. Entrevista.

Endereço para correspondência: Adelia Yaeko Kyosen Nakatani: Rua Platina, 135, Qda. 87, Lote 02. Jardim Guanabara. Goiânia - GO CEP: 74675-670. E-mail: adelia@fen.ufg.br

Recebido em: 05/11/2003

Aprovado em: 15/03/2004