

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
CAMPUS ARAPIRACA
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

CARLLA MARIA CABRAL DA SILVA

**BANHO AO LEITO: GRAU DE SATISFAÇÃO DOS ACOMPANHANTES DE
PACIENTES INTERNADOS EM HOSPITAIS PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE
ARAPIRACA - ALAGOAS**

ARAPIRACA

2019

Carlla Maria Cabral da Silva

Banho ao leito: grau de satisfação dos acompanhantes de pacientes internados em hospitais públicos do município de Arapiraca - Alagoas

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas *Campus* Arapiraca, para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Me. José César de Oliveira Cerqueira

Data de aprovação: 28/11/2019

Banca examinadora



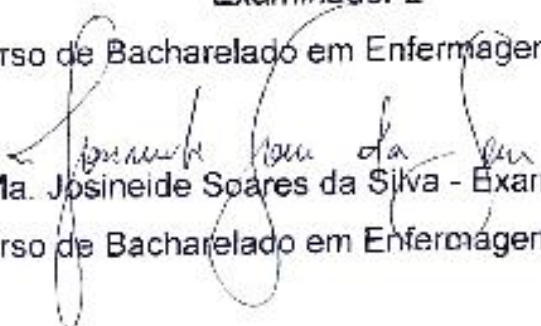
Prof. Me. José César de Oliveira Cerqueira -
Presidente/Examinador 1

Orientador – Curso de Bacharelado em Enfermagem - UFAL



Profa. Ma. Rita de Cássia Batista de Oliveira Peixoto -
Examinador 2

Curso de Bacharelado em Enfermagem - UFAL



Profa. Ma. Josineide Soares da Silva - Examinador 3
Curso de Bacharelado em Enfermagem - UFAL

Ao meu Criador que me conduziu por toda trajetória com Sabedoria e Luz e aos meus pais que me incentivaram e esforçaram-se com amor para que eu pudesse conquistar esse tão sonhado mérito.

AGRADECIMENTOS

À Deus por me permitir chegar até aqui e todos os dias me agraciar com o dom da vida e da sabedoria. Gratidão eterna por me dar forças para enfrentar os obstáculos diários e por colocar anjos em minha vida para me ajudar a superá-los.

Aos meus amados pais, Maria José Cabral da Silva e Cicero Cabral da Silva, por toda dedicação, amor, paciência, incentivo, educação e torcida pelo meu sucesso. Obrigada por todo o esforço de vocês diariamente para me ver bem e feliz. Aos meus irmãos, Carol, Camilla, João Carlos e Cecília, pelo incentivo de sempre e ao meu sobrinho João Antônio por ser minha alegria mesmo nos dias difíceis. E ao meu cunhado Merlânio Damares Silva Rocha pelo ânimo e apoio de todos os dias.

Às minhas amigas e anjos, Danúbia Amorim, Priscila Vieira, Karyne André e Nádia Larissa, que me acolheram tão bem nesta cidade e tornaram a graduação e a vida menos árdua. Obrigada pela força, alegria, apoio, carinho e sustento durante essa jornada, vocês foram fundamentais!

Aos meus anjos e irmãos do coração, Adelyanne Santos Barbosa, José Francisco Santos Barbosa Júnior por cuidarem tão bem de mim, por me acolherem como família, pelo carinho e pela torcida para conquista dos meus méritos. E à minha amiga de infância, Shellsley Aline Alencar Cavalcante, pelos conselhos, carinho, companheirismo e direcionamento em momentos difíceis.

À minha amiga e dedicada enfermeira, Claudia Cristina Rolim da Silva, que me ajudou com suas orientações no caminho da Estatística e da Enfermagem. Obrigada pelos ensinamentos, carinho, incentivo e acolhimento.

Aos acompanhantes que fizeram parte desta pesquisa, minha gratidão pela disponibilidade. Vocês foram imprescindíveis para a formulação deste trabalho!

Ao meu orientador e mestre, José César de Oliveira Cerqueira, pelo apoio fundamental e pelo direcionamento necessário para desenvolvimento deste trabalho. Obrigada pela confiança, paciência e incentivo!

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo identificar o grau de satisfação dos acompanhantes de pacientes internados em hospitais públicos de Arapiraca – Alagoas, acerca do banho ao leito. Trata-se de um estudo transversal com abordagem quanti-qualitativa que ocorreu entre outubro de 2018 e janeiro de 2019 nas clínicas médica/cirúrgica do Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly e do Hospital Regional Nossa Senhora do Bom Conselho. A população foi composta por 156 acompanhantes, com amostra de 80 sujeitos, obtida através do cálculo da população finita, com alfa de 0,01 e desvio padrão de 0,05. A escolha dos sujeitos ocorreu após sorteio, de forma aleatória simples e sem reposição. Para a coleta de dados foi elaborado e utilizado um questionário semiestruturado contendo os materiais utilizados no banho, comunicação, conforto, segurança, privacidade, ordem do procedimento e organização do leito. Foi utilizada como referência principal a técnica do banho descrita no livro Fundamentos de Enfermagem de Patricia A. Potter e Anne Griffin Perry, de 2013, adaptada à realidade local. Os resultados mostraram que uma média de 73,33% estavam satisfeitos com os materiais e 92,5% estavam satisfeitos com a comunicação. Sobre o conforto e segurança, 85% estavam satisfeitos com a temperatura da água (fria), 87,5% satisfeitos com a temperatura da enfermaria durante o banho, 63,75% também satisfeitos com a posição das grades laterais (abaixadas), 85% estavam satisfeitos com a posição da cabeceira (180°) e 92,5% satisfeitos com a mudança de decúbito (decúbito lateral). Na ordem do procedimento, 92,5% estavam satisfeitos com o banho realizado no sentido céfalo-podálico e proximal-distal nos membros, assim como a higiene íntima feminina sendo realizada da região pubiana para a perineal e higiene masculina realizada do meato para a base do pênis. Quanto à privacidade 76,25% estavam satisfeitos mesmo sem utilização do biombo e 88,75% com a exposição do corpo do paciente (despido parcialmente). Sobre a limpeza do colchão, 93,75% afirmaram satisfação e 92,5% também estavam satisfeitos com a troca dos lençóis. Assim, de acordo com a literatura, os materiais estavam adequados, apesar de que o uso de luvas foi de no máximo 2 pares. A comunicação foi efetiva, entretanto, acerca do conforto e segurança, a temperatura da água não estava adequada (aquecida), o ar condicionado não era desligado, as grades estavam na posição correta para iniciar o banho e a cabeceira deveria estar elevada. Sobre a ordem, apenas o sentido distal-proximal não estava sendo seguido. Com relação à privacidade, a ausência do biombo estava em desacordo com a literatura e a exposição do corpo do paciente foi realizada aos poucos, assim como recomendado pelos estudos. Por fim, a limpeza do colchão e a troca dos lençóis foi realizada adequadamente. Conclui-se que os acompanhantes estavam satisfeitos em todos os aspectos, apesar de alguns estarem inadequados, entretanto, fatores como a escolaridade (fundamental incompleto), o possível receio em prejudicar a si ou ao paciente em responder o questionário e a inexperiência em vivenciar a rotina hospitalar podem ter influenciado na satisfação.

Palavras-chave: Higiene. Banho. Acompanhante de paciente. Satisfação do usuário. Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

The present study aims to identify the degree of satisfaction of the companions of patients admitted to public hospitals in Arapiraca - Alagoas, about the bed bath. This is a cross-sectional study with a quantitative and qualitative approach that took place between October 2018 and January 2019 in the medical / surgical clinics of Dr. Daniel Houly Emergency Hospital and Nossa Senhora do Bom Conselho Regional Hospital. The population consisted of 156 companions, with a sample of 80 subjects, obtained by calculating the finite population, with alpha of 0.01 and standard deviation of 0.05. Subjects were chosen after random, simple randomization and without replacement. For data collection a semi-structured questionnaire was elaborated and used containing the materials used in bathing, communication, comfort, safety, privacy, order of procedure and bed organization. The bathing technique described in Patricia A. Potter and Anne Griffin Perry's book, 2013, adapted to the local reality, was used as the main reference. The results showed that an average of 73.33% were satisfied with the materials and 92.5% were satisfied with the communication. Regarding comfort and safety, 85% were satisfied with the water temperature (cold), 87.5% were satisfied with the ward temperature during the bath, 63.75% were also satisfied with the position of the side rails (lowered), 85 % were satisfied with the head position (180°) and 92.5% were satisfied with the change of position (lateral position). In the order of the procedure, 92.5% were satisfied with the cephalopalic and proximal distal limb bath, as well as female intimate hygiene being performed from the pubic region to the perineal and male hygiene from the meatus to the base. of the penis. As for privacy 76.25% were satisfied even without using the screen and 88.75% with the exposure of the patient's body (partially naked). Regarding the cleaning of the mattress, 93.75% stated satisfaction and 92.5% were also satisfied with the change of sheets. Thus, according to the literature, the materials were adequate, although the use of gloves was a maximum of 2 pairs. Communication was effective, however, about comfort and safety, the water temperature was not adequate (heated), the air conditioner was not turned off, the grills were in the correct position to start the bath and the headboard should be raised. About the order, only the distal-proximal sense was not being followed. Regarding privacy, the absence of the screen was in disagreement with the literature and the exposure of the patient's body was gradually performed, as recommended by the studies. Finally, the mattress was cleaned and the sheets changed properly. It was concluded that the caregivers were satisfied in all aspects, although some were inadequate, however, factors such as education (incomplete elementary school), the possible fear of harming themselves or the patient in answering the questionnaire and inexperience in experiencing hospital routine may have influenced satisfaction.

Keywords: Hygiene. Shower. Patient escort. User Satisfaction. Nursing care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Idade, sexo e estado civil dos acompanhantes	19
Tabela 2 – Escolaridade dos acompanhantes	20
Tabela 3 – Profissão e Renda dos entrevistados	20
Tabela 4 – Municípios de residência dos acompanhantes	21
Tabela 5 – Parentesco com o paciente e Auxílio no banho	21
Tabela 6 – Uso de luvas, hidratante e compressas	24
Tabela 7 – Comunicação do procedimento ao paciente	26
Tabela 8 – Conforto e Segurança do banho	27
Tabela 9 – Ordem do procedimento	30
Tabela 10 – Privacidade do banho	32
Tabela 11 – Limpeza do Colchão e Troca de Lençóis	33

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Quantidade de banhos por dia	22
Figura 2 – Materiais utilizados no banho	23
Figura 3 – Grau de Satisfação do uso dos materiais no banho	25
Figura 4 – Grau de Satisfação da Comunicação do Procedimento	26
Figura 5 – Grau de Satisfação do Conforto e Segurança do banho	28
Figura 6 – Grau de Satisfação da Ordem do Procedimento	31
Figura 7 – Grau de Satisfação da Privacidade do Banho	32
Figura 8 – Grau de Satisfação da Limpeza do Colchão e da Troca dos Lençóis	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AL	Alagoas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
EPIs	Equipamentos de Proteção Individuais
Et al.	E colaboradores (do latim, etalli)
http://	Protocolo de Transferência em Hipertexto (do inglês, HyperTextTransferProtocol)
INCA	Instituto Nacional do Câncer
N	Frequência Absoluta
NEP	Núcleo de Educação Permanente
NR	Norma Regulamentadora
R\$	Reais
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	14
3	OBJETIVOS	16
3.1	Objetivo Geral	16
3.2	Objetivos Específicos	16
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS	19
5.1	Perfil dos Acompanhantes	19
5.2	Grau de Satisfação dos acompanhantes de acordo com os aspectos do banho no leito	22
5.2.1	Quantidade de banhos por dia	22
5.2.2	Materiais utilizados no banho	22
5.2.3	Comunicação do procedimento	26
5.2.4	Conforto e Segurança do procedimento	27
5.2.5	Ordem do Procedimento	29
5.2.6	Privacidade do procedimento	31
5.2.7	Limpeza do Colchão e Troca de Lençóis	33
6	DISCUSSÃO	
355		
6.1	Perfil dos Acompanhantes	
355		
6.2	Análise do Grau de Satisfação dos acompanhantes de acordo com os aspectos do banho no leito	
377		
6.2.1	Quantidade de banhos por dia	37
6.2.2	Materiais utilizados no banho	37
6.2.3	Comunicação do procedimento	40
6.2.4	Conforto e Segurança do procedimento	40
6.2.5	Ordem do Procedimento	42

6.2.6	Privacidade do procedimento	44
6.2.7	Limpeza do Colchão e Troca dos Lençóis	45
7	CONCLUSÃO	
477		
	REFERÊNCIAS	49
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO	51
	APÊNDICE B – TÉCNICA DO BANHO AO LEITO DESCRITO POR POTTER E PERRY (2013) ADAPTADA À REALIDADE LOCAL	56
	ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	58
	ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA 1	61
	ANEXO C - CARTA DE ANUÊNCIA 2	62

1 INTRODUÇÃO

O cuidado com a higiene corporal é representado por um conjunto de práticas que promovem a limpeza e o cuidado ao corpo, contribuindo para o bem-estar geral do indivíduo, para o seu restabelecimento, segurança, conforto e manutenção da autoestima. Na perspectiva histórica de Enfermagem, Florence Nightingale compreendia que manter a higiene pessoal era essência do cuidado à pessoa e que, para além da limpeza, proporcionava alívio e conforto, enfatizando a higiene diária do corpo e do ambiente como princípio na formação de Enfermagem¹. Ela considerava que a pele acumulava substâncias que eram nocivas à saúde, necessitando, assim, de banho, especificamente com água morna, sabão e esfregaços².

Em um ambiente hospitalar, o banho do paciente pode ser de aspersão ou chuveiro para aqueles que podem se deslocar até o banheiro, e há o banho no leito, destinado a pacientes com restrição de mobilidade ou locomoção e que possuem grau de dependência total ou parcial³. Para o desenvolvimento do banho no leito, o profissional de enfermagem deve considerar aspectos como privacidade, segurança, aquecimento do ambiente, organização antecipada dos materiais necessários para o banho⁴. Além desses, outros pontos importantes a serem considerados são a ordem em que o procedimento é realizado e a comunicação com o paciente ou o familiar antes de tocar em locais sensíveis ou mais privadas durante o banho⁴.

Com relação à realização do procedimento, o banho no leito deve ser promovido pelo enfermeiro ou mesmo sob sua supervisão, pois compreende um processo com passos predeterminados para atingir objetivos específicos e, com isso, exige uma formação científica do profissional, visto que a Enfermagem é uma profissão que necessita de fundamentos teóricos para que os profissionais desenvolvam sua prática³.

Entretanto, rotineiramente observa-se uma desarticulação entre a formação do profissional de enfermagem e as práticas esperadas com relação aos cuidados de higiene, além de que o enfermeiro distanciou-se mais da execução, supervisão e da capacitação à sua equipe para realiza-lo²⁻⁵, contrapondo-se ao Artigo 13 do Decreto nº 94.406/1987, o qual expõe que todas as atribuições desenvolvidas pelo técnico e auxiliar devem ser realizadas sob supervisão, orientação e direção do enfermeiro, entretanto, na prática atual há necessidade de maior participação do enfermeiro no banho, seja direta ou indiretamente. Ainda assim, a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986 dispõe sobre o exercício da Enfermagem e trata das atribuições privativas do enfermeiro, como a organização dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares; planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar os

serviços da assistência de Enfermagem e; como integrante da equipe de saúde, lhe cabe participar dos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada⁶.

É importante notar que quando o indivíduo adoece e fica impossibilitado de realizar o autocuidado necessitará de apoio familiar e, nesse contexto, o acompanhante deve ser incluído no processo de cuidado, pois o indivíduo acaba desenvolvendo mais apego e dependência dos familiares por lhes proporcionarem mais confiança e atenção, facilitando suas expressões e contribuindo para controlar medos e ansiedades⁷.

Assim, a família passa a ter extrema importância em ajudar o paciente a se adaptar durante esse período crítico de sua vida, pois os acompanhantes auxiliam ou mesmo realizam atividades voltadas principalmente ao atendimento de necessidades básicas, como dar água e comida, pentear o cabelo, trocar fraldas, dar banho, proporcionar apoio emocional, acompanhamento da evolução clínica do paciente, observação e fiscalização da assistência prestada pelos profissionais⁸. Ademais, o acompanhante é considerado como a fonte de conforto e segurança para o paciente, atuando como elo entre a família, equipe de enfermagem e paciente, além de ser um fator preponderante para melhoria da assistência prestada, pois o mesmo favorece o desenvolvimento de ações mais integrais pelos profissionais, em detrimento da tecnologia já instalada no ambiente e nas pessoas⁹.

Dessa maneira, é possível perceber que o interesse do acompanhante em participar do cuidado e a inter-relação dele com a equipe de Enfermagem, são elementos que facilitam o processo de hospitalização, promovendo o bem-estar do doente⁷. Vale salientar, por fim, que não há estudos que abordem a temática em tela, relacionando todo o procedimento do banho no leito com a satisfação do acompanhante. Existem apenas pesquisas científicas que abordam isoladamente a percepção do próprio paciente sobre o procedimento¹⁰ ou mesmo a importância do acompanhante no processo de hospitalização^{7,9,11,12}, visto que, muitas vezes, os acompanhantes auxiliam no banho e observam os aspectos envolvidos nesse processo, trazendo percepções que podem contribuir para a melhoria do trabalho da equipe de enfermagem.

Nesta perspectiva, o presente estudo propôs identificar o grau de satisfação dos aspectos envolvidos no banho no leito dos hospitais públicos de Arapiraca, Alagoas, através da percepção dos acompanhantes.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas, desenvolvida por Wanda de Aguiar Horta, baseada na Teoria de Maslow, visa assistir o homem, através da enfermagem, com a satisfação das suas necessidades básicas, contribuindo para leva-lo ao equilíbrio ou convertendo os desequilíbrios em equilíbrio¹³. Como o ser humano é parte integrante do universo e também agente de mudança, ele está sujeito a esses equilíbrios e desequilíbrios que geram a busca pela satisfação das necessidades, para leva-lo ao completo bem-estar. Quando não são supridas ou são, mas de forma inadequada, geram desconforto e, conseqüentemente, causam a doença¹⁴. Com isso, há exigência do auxílio de um profissional que seja habilitado, principalmente em estados de desequilíbrios e para tal assistência, a enfermagem vale-se de conhecimentos e princípios científicos das ciências físicas, biológicas, químicas e psicossociais.

A teoria de Horta compreende os conceitos de enfermagem, assistir em enfermagem, assistência e cuidados de enfermagem¹³. Para tanto, assistir em Enfermagem é fazer o que o ser humano não consegue fazer por si só naquele momento, ajudar quando ele estiver impossibilitado de auto cuidar-se, orientá-lo, observá-lo e encaminhá-lo a outros profissionais quando necessário, tudo isso com a pretensão de atender suas necessidades e torná-lo apto a cuidar de si¹⁴.

Além desses conceitos, a autora traz o processo de enfermagem como a dinâmica de ações sistematizadas e que estão inter-relacionadas para atuação da prática de enfermagem, são elas, Histórico de Enfermagem, no qual constitui-se de um roteiro sistematizado para o levantamento de dados do indivíduo, significantes para o enfermeiro e necessários para a identificação dos problemas; Diagnóstico de Enfermagem, que é a identificação das necessidades do ser humano, auxiliando para determinar o grau de dependência pelo enfermeiro; Plano Assistencial, que caracteriza-se pela determinação geral da assistência que o ser humano deve receber diante dos diagnósticos identificados; Plano de Cuidados, que é a implementação do plano assistencial, coordenando as ações de enfermagem na execução dos cuidados que satisfarão as necessidades básicas do ser humano; Evolução de Enfermagem, caracterizada pelas anotações diárias das mudanças que podem ocorrer com o indivíduo enquanto estiver sob acompanhamento do profissional e possibilitando o mesmo a observar a resposta do paciente frente à implementação dos cuidados necessários; e o Prognóstico de Enfermagem, que é a estimativa da capacidade do indivíduo em atender suas próprias necessidades após a implementação do plano de assistência¹⁴.

Por fim, é importante salientar que as necessidades humanas básicas são universais, ou seja, comuns a todos os seres humanos, entretanto, a sua manifestação e a maneira de atendê-la é o que varia de um indivíduo para o outro e alguns fatores podem interferir, como: individualidade, idade, sexo, cultura, escolaridade, fatores sociais e econômicos, o ciclo saúde-doença e o ambiente físico¹⁴. Ademais, como citado no início, Wanda de Aguiar Horta tomou como base a teoria de Maslow, que, por sua vez, baseou sua teoria sobre a motivação humana nas necessidades básicas e as hierarquizou em cinco níveis, sendo eles, necessidades fisiológicas, de segurança, de amor, de estima e de auto realização. Para Maslow, um indivíduo só satisfaz as necessidades do nível seguinte após satisfazer o mínimo das do nível anterior, além disso, um dos conceitos fundamentais de sua teoria é de que nunca há satisfação completa ou definitiva de uma necessidade, pois se ocorresse, não haveria mais motivação individual¹⁴.

Dessa maneira, tendo em vista as necessidades fisiológicas do ser humano como as primeiras a serem atendidas, o banho no leito configura-se como uma delas, no que diz respeito à promoção de homeostase, conforto, bem-estar físico, cuidado corporal, integridade cutaneomucosa e integridade física¹⁴. Entretanto, para que esse procedimento de enfermagem seja executado adequadamente, alguns fatores importantes devem ser levados em consideração, como os materiais utilizados, comunicação ao paciente, conforto, segurança, ordem do procedimento, privacidade e aspectos ambientais relacionados, como a limpeza do leito e troca de lençóis, visando, portanto, a satisfação dessa necessidade humana básica.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Identificar o grau de satisfação dos acompanhantes de pacientes da internação sobre o banho ao leito em hospitais públicos do município de Arapiraca – Alagoas

3.2 Objetivos Específicos

- Traçar o perfil dos acompanhantes;
- Caracterizar o banho no leito realizado na internação dos hospitais públicos do município de Arapiraca – Alagoas, de acordo com os aspectos envolvidos: materiais, comunicação, conforto, segurança, ordem do procedimento, privacidade, limpeza do colchão e troca dos lençóis.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa transversal caracteriza-se pela exposição de causas e efeitos em um mesmo momento, ou seja, descreve a situação de uma população em um momento não definido, além disso, é possível identificar desfechos dentro da situação e enumerar fatores que podem ou não influencia-los, em diferentes graus^{15,16}. Já a pesquisa qualitativa não se destina à representatividade numérica, mas aprofunda-se na compreensão de um grupo social, das relações sociais, ou seja, busca explicar o porquê dos fenômenos ocorridos na realidade, sem que haja quantificação de valores¹⁷. Diferentemente, a pesquisa quantitativa compreende a realidade através da linguagem matemática, com dados brutos colhidos através de instrumentos e possui resultados que podem ser quantificados, pois como as amostras geralmente são grandes e representam a população, esses resultados são considerados como um retrato de toda essa população¹⁸. A utilização dos dois tipos de pesquisa permite coletar mais informações do que se poderia conseguir isoladamente, pois tanto uma quanto a outra possui pontos fracos e fortes que se complementam.

A pesquisa ocorreu nos setores de internação do Hospital de Emergência do Agreste Dr. Daniel Houly do Hospital Regional Nossa Senhora do Bom Conselho, no município de Arapiraca – AL. A população do estudo foi composta por 156 acompanhantes de pacientes internados nas clínicas médica/cirúrgica dos hospitais selecionados, definida com base na quantidade de leitos dos respectivos locais, sendo 118 no primeiro e 38 no segundo.

O estudo teve uma amostra de 80 sujeitos obtidos por meio do cálculo de população finita, no qual utilizou-se um alfa de 0,01 e desvio padrão de 0,05. A escolha dos sujeitos ocorreu após sorteio, de forma aleatória simples e sem reposição. A entrevista foi realizada apenas com os sujeitos que se enquadraram nos critérios de inclusão. Foram incluídos os indivíduos com idade igual ou maior que 18 anos, que ajudassem ou não no banho completo ou parcial dos pacientes maiores ou iguais a 18 anos. Foram excluídos do estudo os que acompanhavam pacientes que podiam sair do leito para realizar a higiene e os acompanhantes de crianças. Os acompanhantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o TCLE (ANEXO A) mediante seu esclarecimento e a garantia do sigilo das informações fornecidas.

A coleta de dados ocorreu entre outubro de 2018 e janeiro de 2019 com um formulário semiestruturado elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE A), contendo os aspectos relacionados ao banho, como o uso dos materiais, a comunicação do profissional acerca do procedimento, o conforto, a segurança do paciente, a ordem do procedimento, a privacidade

do banho e a limpeza do leito e troca de lençóis. Para caracterizar o banho no leito, utilizou-se como referência a técnica descrita no livro Fundamentos de Enfermagem das autoras Patricia A. Potter e Anne Griffin Perry, de 2013, respeitando sua essência, porém adaptada à realidade local (APÊNDICE B), de acordo com a disponibilidade de recursos materiais dos locais da pesquisa. Ainda assim, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta foi utilizada como referencial teórico, visto que o banho enquadra-se como necessidade fisiológica humana e é um procedimento essencial, desenvolvido de acordo com o Processo de Enfermagem, abordado na teoria.

Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica do programa Microsoft Excel 2010 para facilitar a leitura e análise. Logo após foi realizada uma análise individual das variáveis que compõem o perfil dos acompanhantes, por meio da distribuição de frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central.

Com relação às variáveis relacionadas aos componentes do banho no leito, foi realizada também uma análise por meio de frequências absoluta e relativa. Para tanto, foram atribuídas pontuações para as respostas, facilitando a leitura e armazenamento dos dados, visto que são variáveis nominais. Assim, para o grau de satisfação haviam 4 respostas com as seguintes pontuações: 1 – Muito Insatisfeito; 2 – Insatisfeito; 3 – Satisfeito; 4 – Muito Satisfeito.

Por fim, a pesquisa foi autorizada pela direção e pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP) das instituições hospitalares, através da assinatura dos termos de autorização (ANEXOS B e C), e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, de acordo com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, sob o parecer de número 2.970.555.

5 RESULTADOS

5.1 Perfil dos Acompanhantes

A amostra foi composta por 80 acompanhantes, com idades entre 18 e 68 anos, uma média de 41,3 anos e predominância da faixa etária entre 40 a 50 anos (N=22), com 27,5% e 18 a 28 anos (N=20), com 25%, como mostra a Tabela 1.

Em relação ao sexo, 81,25% (N=65) eram mulheres e 18,75% eram homens (N=15). Sobre o estado civil, 42,5% (N=34) declararam ser casados e 37,5% (N=30) solteiros.

Tabela 1 - Idade, sexo e estado civil dos acompanhantes

IDADE	N	%
18 até 28 anos	20	25
29 até 39 anos	17	21,25
40 até 50 anos	22	27,5
51 até 61 anos	12	15
62 até 72 anos	9	11,25
TOTAL	80	100
MÉDIA	41,3	
SEXO	N	%
Masculino	15	18,75
Feminino	65	81,25
TOTAL	80	100
ESTADO CIVIL	N	%
Solteiro	30	37,5
Casado	34	42,5
Mora com um companheiro(a)	7	8,75
Separado/Divorciado	7	8,75
Viúvo	1	1,25
Não respondeu	1	1,25
TOTAL	80	100

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Com relação à escolaridade, 52,5% (N=42) afirmaram ter estudado o Ensino Fundamental Incompleto, 21,25% (N=17) concluíram o Ensino Médio e 7,5% (N=6) relataram não ser alfabetizados (Tabela 2).

Tabela 2 – Escolaridade dos acompanhantes

ESCOLARIDADE	N	%
Não Alfabetizado	6	7,5
Fundamental Incompleto	42	52,5
Fundamental Completo	3	3,75
Ensino Médio Incompleto	5	6,25
Ensino Médio Completo	17	21,25
Superior Incompleto	4	5
Superior Completo	1	1,25
Especialização/Pós-Graduação/Mestrado/Doutorado/ Pós-Graduação	2	2,5
TOTAL	80	100

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Quanto à profissão, 35% (N=28) trabalham na agricultura, 28,75% (N=23) realizam atividades no lar e apenas 6,25% (N=5) não trabalham.

Para a renda dos entrevistados, considerou-se o valor do salário mínimo de 2018, dado o início da pesquisa. Cerca de 78,75% (N=63) tinha renda mensal de até um salário mínimo, 10% (N=8) recebia entre 2 e 5 salários, 7,5% (N=6) recebia de 1 a 2 salários e apenas 3,75% (N=3) afirmaram não ter renda mensal, como mostra a Tabela 3.

Tabela 3 - Profissão e Renda dos entrevistados

PROFISSÃO	N	%
Agricultura	28	35
Comércio	6	7,5
Funcionário Público	4	5
Trabalhador fora de casa em atividades informais	8	10
Trabalha em sua casa	1	1,25
Trabalhador doméstico na casa de outras pessoas	5	6,25
No lar	23	28,75
Não Trabalha	5	6,25
TOTAL	80	100
RENDA	N	%
Até 1 salário	63	78,75
1-2 salários	6	7,5
2-5 salários	8	10
Nenhuma Renda	3	3,75
TOTAL	80	100

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Com relação ao município de residência dos acompanhantes, o mais frequente foi Arapiraca, com 35% (N=28), seguida de São Sebastião com 6,25% (N=5) e Palmeira dos Índios com 5% (N=4). Os demais municípios fazem parte do litoral, agreste, sertão de Alagoas e dois do Sudeste corresponderam a 53,75% (N=43), como está descrito na Tabela 4.

Tabela 4 – Municípios de residência dos acompanhantes

CIDADE	N	%
Arapiraca	28	35
São Sebastião	5	6,25
Palmeira dos Índios	4	5
Outras	43	53,75
TOTAL	80	100

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Conforme os dados descritos na Tabela 5, sobre o parentesco dos sujeitos com os pacientes, 26,25% (N=21) afirmaram que eram filhos e 3,75% (N=19) eram outros parentes. Ademais, com relação ao auxílio no banho 93,75% (N=75) afirmaram participar do banho e apenas 6,25% (N=5) não o realizavam e também não apresentaram justificativas.

Tabela 5 - Parentesco com o paciente e Auxílio no banho

PARENTESCO	N	%
Pai/Mãe	9	11,25
Irmã (o)	9	11,25
Esposo (a)/Companheiro (a)	12	15
Filho (a)	21	26,25
Outro Parente	19	23,75
Amigo/Colega	3	3,75
Vizinho/Mora próximo	2	2,5
Outro	5	6,25
TOTAL	80	100
AUXÍLIO NO BANHO	N	%
Sim	75	93,75
Não	5	6,25
TOTAL	80	100

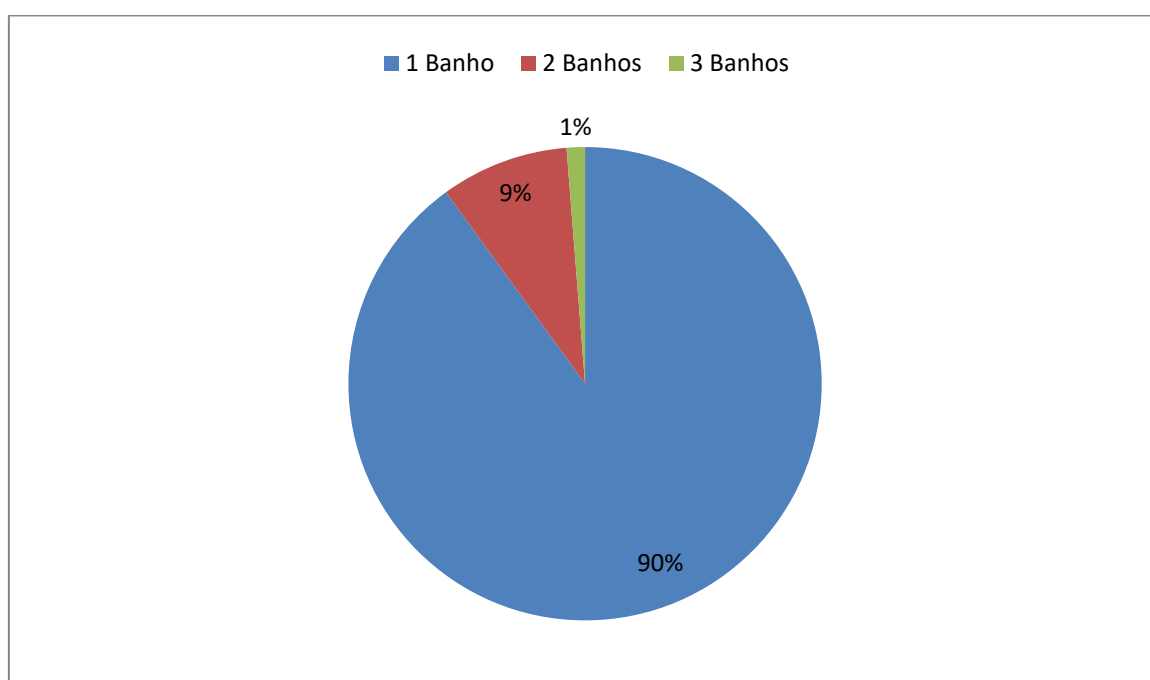
Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

5.2 Grau de Satisfação dos acompanhantes de acordo com os aspectos do banho no leito

5.2.1 Quantidade de banhos por dia

Acerca da quantidade de banhos realizados no paciente, 90% (N=72) dos sujeitos afirmaram apenas 1 banho por dia; 9% (N=7) afirmaram 2 banhos e cerca de 1% (N=1) confirmou que eram realizados 3 banhos, neste último caso, quando o paciente evacuava.

Figura 1 - Quantidade de banhos por dia

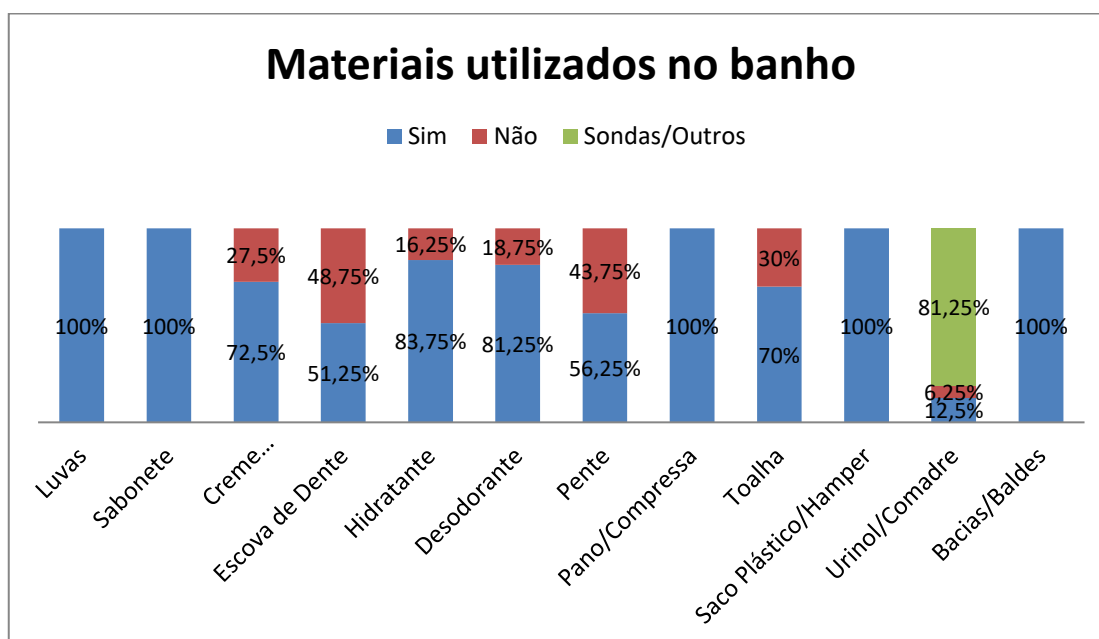


Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

5.2.2 Materiais utilizados no banho

Na Figura 2 estão descritos todos os materiais utilizados no banho e suas respectivas frequências absolutas.

Figura 2 - Materiais utilizados no banho



Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Na Figura acima é possível identificar que o uso das luvas, do sabonete, do saco plástico ou hamper e do balde/bacia/jarra foram mencionados por 100% (N=80) dos entrevistados. O uso do creme dental foi confirmado por 72,5% (N=58) dos acompanhantes. Sobre a escova de dente, 51,25% (N=41) dos acompanhantes afirmaram seu uso, 83,75% (N=67) confirmaram o uso do hidratante, 81,25% (N=65) o uso do desodorante, 56,25% (N=45) o uso do pente e 70% (N=56) afirmaram o uso da toalha.

O uso do urinol ou comadre foi confirmado por apenas 12,5% (N=10) dos entrevistados, pois cerca de 81,25% (N=65) deles afirmaram que os pacientes estavam em uso de sonda vesical de demora, uropen, fralda ou utilizavam um recipiente plástico.

Sobre o uso do impermeável, o qual trata-se de um recorte de material sintético colocado sob o paciente para evitar o excesso de umidade no colchão, foi desconsiderado do questionário, pois verificou-se que todos os colchões já eram revestidos com este material. Além disso, o item lençol também foi desconsiderado, visto que ao final do questionário havia uma pergunta sobre a realização da troca de lençóis, subentendendo-se a sua utilização.

A Tabela 6 traz dados referentes ainda sobre o uso das luvas, pois os acompanhantes especificaram a quantidade utilizada, assim como as compressas. Sobre o hidratante, os entrevistados responderam se foi utilizado em todo o corpo do paciente ou apenas em algumas regiões.

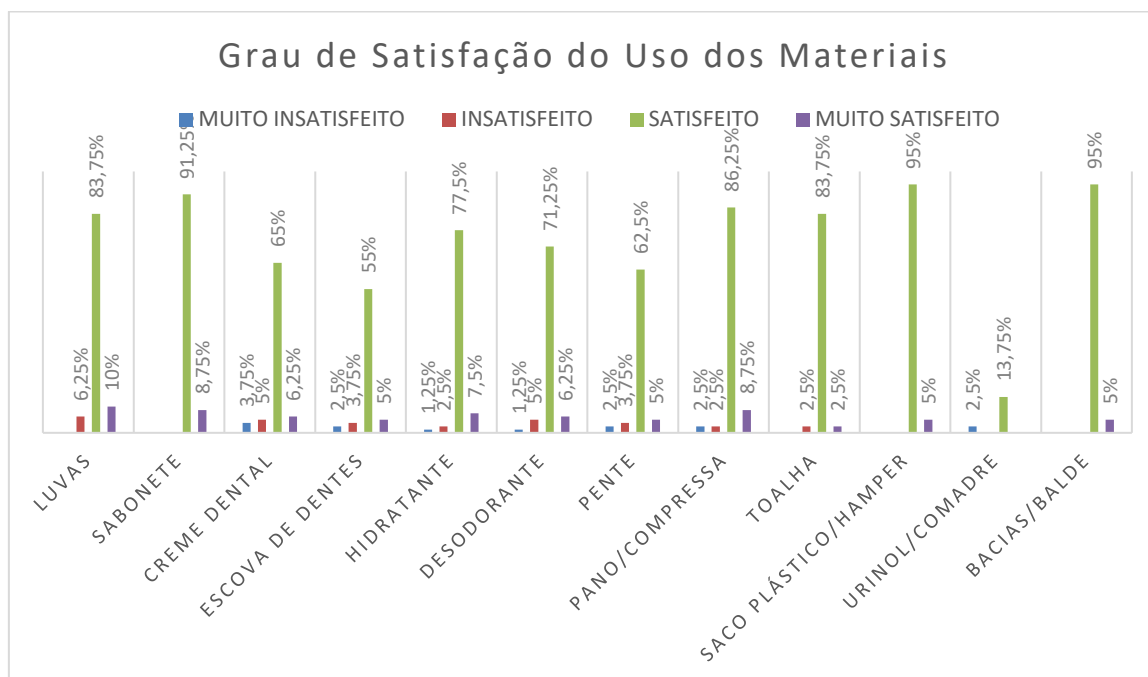
Tabela 6 – Uso de luvas, hidratante e compressas

MATERIAL	USO	N	%
Luvas	Um par	21	26,25
	Dois pares	27	33,75
	Três ou mais	28	35
	Não lembra	4	5
	TOTAL	80	100
Hidratante	Corpo Inteiro	59	73,75
	Partes do Corpo	8	10
	TOTAL	67	83,75
Compressas	Uma	1	1,25
	Duas	3	3,75
	Três ou mais	76	95
	TOTAL	80	100

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Cerca de 26,25% (N=21) dos acompanhantes relataram o uso de apenas um par de luvas, 33,75% (N=27) afirmaram o uso de 2 pares e 35% (N=28) o uso de 3 pares. Com relação ao hidratante, 73,75% (N=59) dos sujeitos afirmaram seu uso em todo o corpo do paciente e 10% (N=8) relataram que foi usado apenas em algumas regiões. Sobre as compressas, 95% (N=76) afirmou o uso de 3 ou mais no banho e apenas 1,25% (N=1) relatou o uso de uma, como mostra a Tabela 6 acima.

Acerca do grau de satisfação, em todos os quesitos os acompanhantes estavam satisfeitos, como mostra a Figura 3 abaixo.

Figura 3 – Grau de Satisfação do uso de materiais no banho

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

De acordo com a Figura 3, sobre o uso de luvas, 83,75% (N=67) dos acompanhantes estavam satisfeitos, apesar de que 60% (N=48) deles afirmaram que o profissional havia utilizado no máximo 2 pares. Com relação ao uso do sabonete, 91,25% (N=73) afirmaram estar satisfeitos e 65% (N=52) também o estavam com o uso do creme dental.

Sobre o uso da escova dental, 55% (N=44) relataram estar satisfeitos, apesar de que 48,75% (N=39) afirmaram que esse material não tinha sido utilizado. A satisfação do uso do hidratante, desodorante e pente foram referidos por 77,5% (N=62), 71,25% (N=57), 62,5% (N=50) dos acompanhantes, respectivamente.

Com relação às compressas, 86,25% (N=69) dos acompanhantes afirmaram estar satisfeitos, sendo que 35% (N=28) se referiam ao uso de 3 ou mais durante o banho. A satisfação do uso da toalha foi apontada por 83,75% (N=67) dos acompanhantes, apesar de 30% (N=24) ter afirmado que a mesma não foi utilizada. Sobre o saco plástico ou hamper, 95% (N=76) dos sujeitos estavam satisfeitos com seu uso.

A figura 3 mostra ainda que apenas 13,75% (N=11) dos acompanhantes estavam satisfeitos com o uso do urinol ou comadre, pois 81,25% (N=65) deles relataram que o paciente estava em uso de sonda, fralda, uropen ou com um recipiente plástico (frasco de soro fisiológico cortado). Ademais, 95% (N=76) estavam satisfeitos com o uso de baldes e/ou bacias durante o procedimento.

5.2.3 Comunicação do procedimento

Na Tabela 7 observa-se que 97,5% (N=78) dos acompanhantes responderam que sim quando perguntado se os profissionais comunicavam a eles e/ou aos pacientes antes de realizarem o banho e 2,5% (N=2) responderam que não.

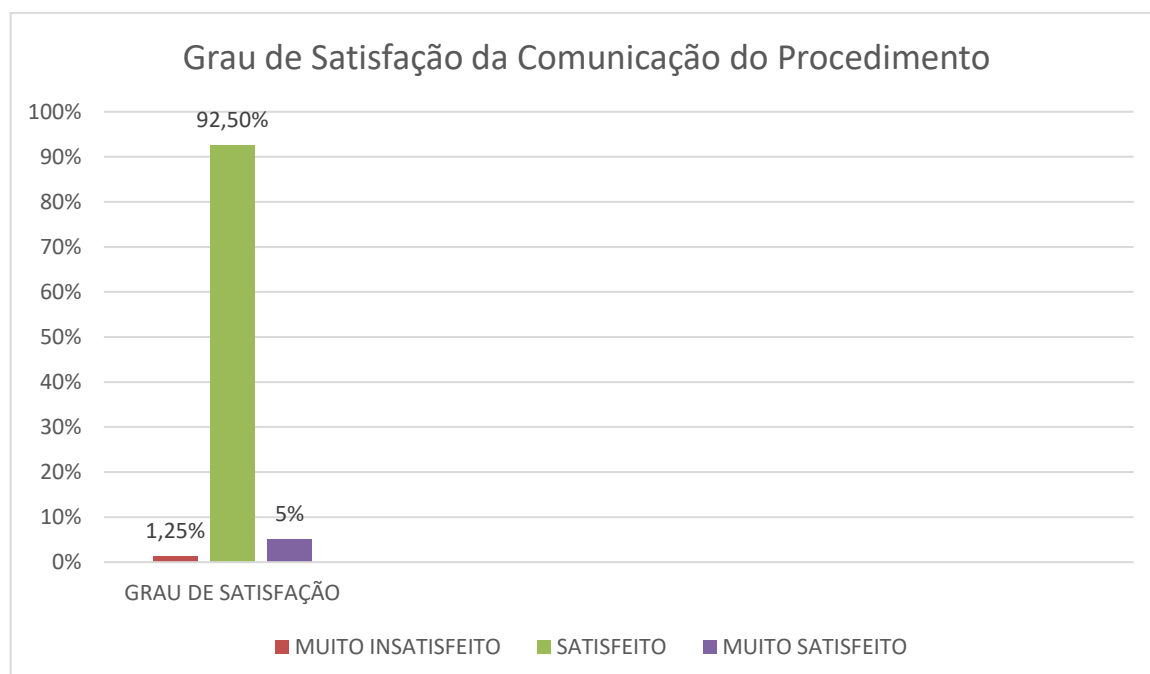
Tabela 7 - Comunicação do procedimento ao paciente

COMUNICAÇÃO	N	%
Sim	78	97,5
Não	2	2,5
TOTAL	80	100

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Na Figura 4 pode-se ver que sobre o grau de satisfação da comunicação, 92,5% (N=74) dos acompanhantes estavam satisfeitos e apenas 1,25% (N=1) relatou muita insatisfação, alegando que o profissional não comunicou antes de realizar o procedimento.

Figura 4 – Grau de Satisfação da Comunicação do Procedimento



Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

5.2.4 Conforto e Segurança do procedimento

Para abordar este tópico, levou-se em consideração que os itens que contemplam o conforto e a segurança do banho são a temperatura da água, do ambiente, o desligamento do ar condicionado ou outro sistema de ventilação no momento do banho, a posição das grades laterais e da cabeceira. Esses itens estão descritos na Tabela 8.

Tabela 8 - Conforto e Segurança do banho

ITENS	RESPOSTAS	N	%
Temperatura da água	Quente	2	2,5
	Fria	40	50
	Aquecida (morna)	38	47,5
	TOTAL	80	100
Temperatura do ambiente	Quente	3	3,75
	Frio	19	23,75
	Normal/Temperatura Ambiente	58	72,5
	TOTAL	80	100
Desligamento do ar condicionado/ventilador	Sim	12	15
	Não	67	83,75
	Às vezes	1	1,25
	TOTAL	80	100
Posição das grades laterais para realização do banho	Elevadas	3	3,75
	Abaixadas	50	62,5
	Não tem	27	33,75
	TOTAL	80	100
Posição da cabeceira para realização do banho	Elevada	29	36,25
	Abaixada	-	-
	À nível do corpo	45	56,25
	Não eleva	6	7,5
	TOTAL	80	100

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Sobre a temperatura da água utilizada no banho, 50% (N=40) dos sujeitos responderam, de acordo com sua percepção, que estava fria e 47,5% (N=38) que estava aquecida.

Com relação à temperatura da enfermaria no momento do banho, 72,5% (N=58) dos acompanhantes afirmaram que estava em temperatura ambiente, entretanto, 83,75% (N=67) dos acompanhantes relataram que o ar condicionado ou ventilador não eram desligados, subtendendo-se que o ambiente estava frio para realização do banho, entretanto, alguns deles justificaram que isso evitaria a proliferação de microrganismos. Além disso, é importante

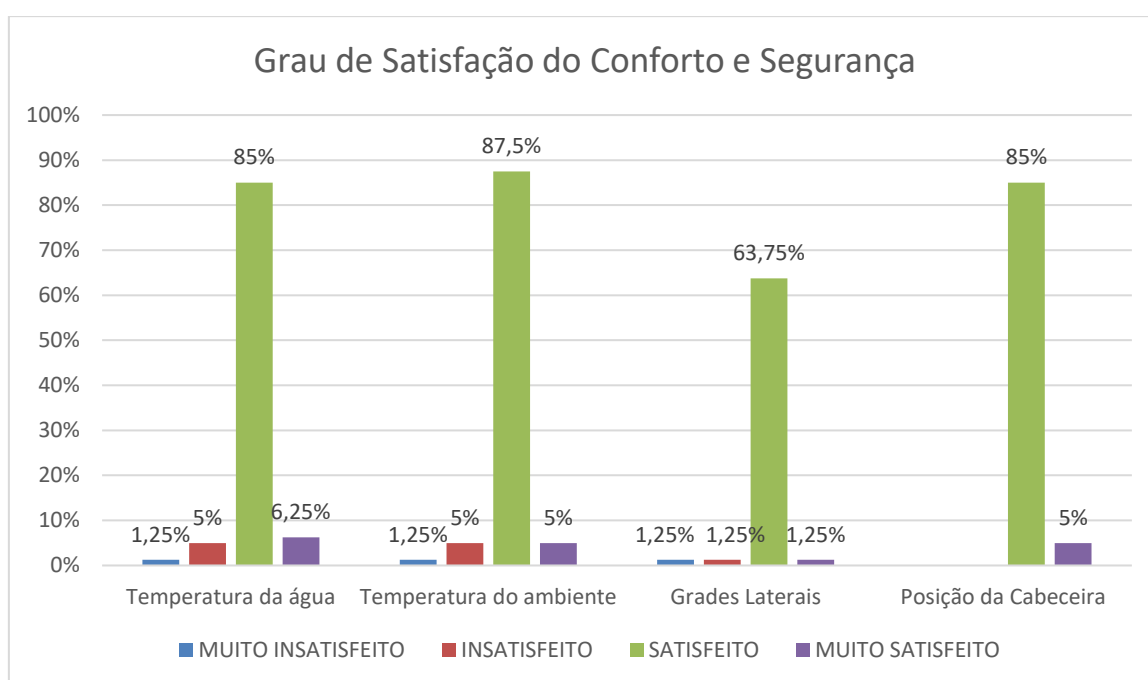
salientar que apenas o Hospital de Emergência dispõe de ar condicionado e o sistema de ventilação do Hospital Regional é suprido com ventiladores

Com relação às camas ou leitos, os do Hospital Regional, em sua grande maioria, não possuíam grades laterais, informação confirmada por 33,75% (N=27) dos acompanhantes. Além disso, 62,5% (N=50) afirmaram que as grades tinham sido ou já estavam abaixadas durante o banho, facilitando o acesso do profissional ao paciente.

Quando perguntado sobre a posição da cabeceira, 56,25% (N=45) das pessoas responderam que estava no mesmo nível do corpo do paciente (180°) e apenas 7,5% (N=6) dos leitos não tinham esse mecanismo de ajuste.

Na Figura 5 observa-se o grau de satisfação dos acompanhantes com relação aos itens que compõem o conforto e segurança do banho e em todos eles os entrevistados afirmaram estar satisfeitos.

Figura 5 – Grau de Satisfação do Conforto e Segurança do banho



Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Sobre o grau de satisfação da temperatura da água, como exposto na Figura 5, 85% (N=68) dos acompanhantes estavam satisfeitos, apesar de que 50% (N=40) afirmou que a mesma estava fria.

Com relação à temperatura da enfermaria no momento do banho e o desligamento do ar condicionado ou ventilador, 87,5% (N=70) dos sujeitos estavam satisfeitos, apesar de que

23,75% (N=19) afirmaram que o local estava frio e 3,75% (N=3) que estava quente. Além disso, 83,75% (N=67) afirmaram que o ar condicionado ou ventilador não eram desligados durante o banho.

Acerca das grades laterais do leito durante o banho, 63,75% (N=51) dos acompanhantes relataram estar satisfeitos, visto que em 62,5% (N=50) das respostas, as mesmas encontravam-se abaixadas. Com relação à posição da cabeceira, 85% (N=68) dos acompanhantes estavam satisfeitos, sendo que 56,25% (N=45) afirmaram que a mesma estava em 180°, assim, depreende-se que essa posição não favorece a realização da higiene oral, aumentando o risco do paciente sofrer broncoaspiração.

5.2.5 Ordem do Procedimento

Com relação à ordem em que o procedimento foi realizado, considerou-se o sentido céfalo-podálico, ou seja, iniciar o banho da cabeça com direção aos membros inferiores. Sobre o sentido distal-proximal, significa dizer que a higiene inicia das extremidades e continua até o centro do corpo. Com isso, os dados sobre o grau de satisfação da ordem em que o banho foi realizado, assim como a higiene íntima do paciente estão descritos na Tabela 9 a seguir.

Tabela 9 - Ordem do procedimento

ORDEM	RESPOSTAS	N	%
Céfalo-podálico	Sim	74	92,5
	Não	6	7,5
	TOTAL	80	100
Distal-proximal	Sim	9	11,25
	Não	71	88,75
	TOTAL	80	100
Limpeza da Genitália Feminina	Região Pubiana para Região Perineal	32	40
	Região Perineal para Região Pubiana	1	1,25
	Acompanhante/paciente realiza	4	5
	Não lembra	2	2,5
	TOTAL	39	48,75
Limpeza da Genitália Masculina	Meato para base do pênis	19	23,75
	Base para meato do pênis	9	11,25
	Acompanhante/paciente realiza	11	13,75
	Não lembra	1	1,25
	Não é realizada	1	1,25
	TOTAL	41	51,25

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Observa-se na tabela acima que 92,5% (N=74) dos acompanhantes afirmaram que o banho era realizado no sentido céfalo-podálico e 88,75% (N=71) dos sujeitos responderam que não ocorria na direção distal-proximal, mas sim na direção oposta.

Quanto à limpeza da genitália feminina, 40% (N=32) dos acompanhantes responderam que era realizada da região pubiana à perineal, entretanto, 1,25% (N=1) respondeu que era realizada na direção oposta. Ademais, 5% (N=4) afirmou que eles ou os pacientes realizaram sua própria higiene.

Por sua vez, a higiene da genitália masculina, realizada do meato até a base do pênis foi confirmada por 23,75% (N=19) dos acompanhantes, enquanto que 11,25% (N=9) afirmaram ser realizada no sentido oposto. Ainda assim, 13,75% (N=11) relataram realizar a higiene ou o paciente a realizava. Entretanto, 1,25% (N=1) afirmou que a higiene não tinha sido realizada.

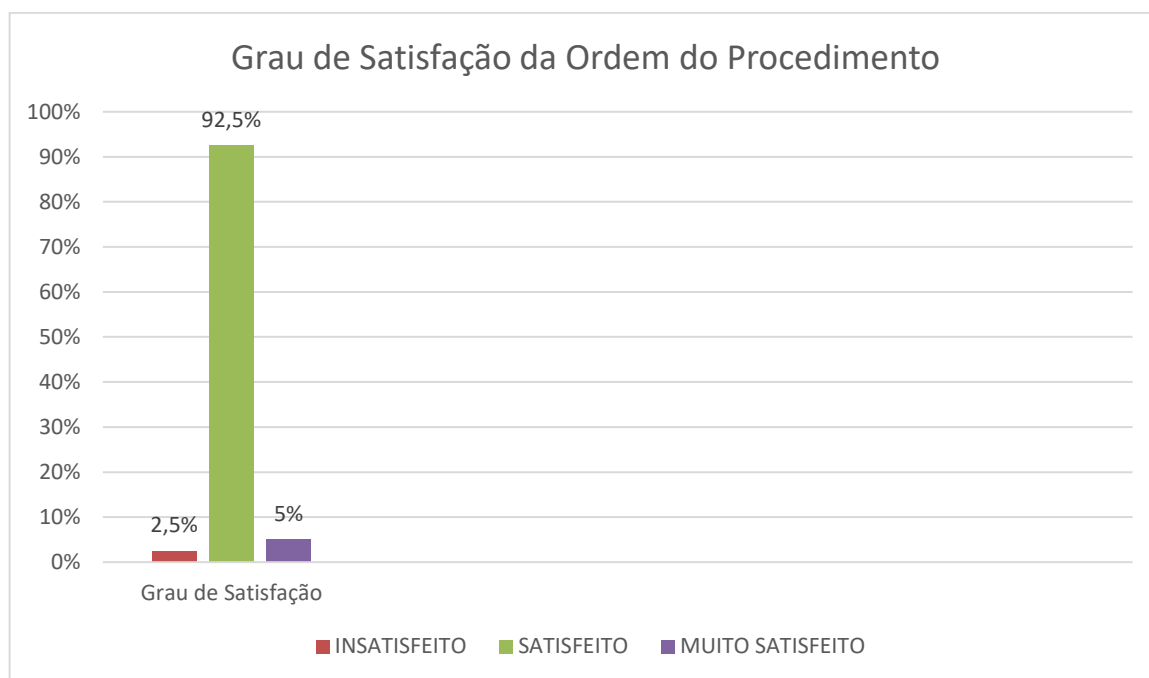
É importante salientar que 26,25% (N=21) dos acompanhantes relataram que apenas 1 par de luvas foi utilizado durante o banho, subtendendo-se que a mesma foi utilizada para a higiene íntima após ter sido usada em todo o corpo do paciente, com isso, possivelmente, os microrganismos do corpo podem ter sido deslocados para a genitália.

Com relação ao grau de satisfação, descrito na Figura 6, cerca de 92,5% (N=74) estavam satisfeitos com a ordem do procedimento, apesar de que 11,25% (N=9) deles relataram que a higiene íntima masculina tinha sido realizada da base do pênis para o meato e

1,25% (N=1) afirmou que a higiene íntima feminina foi realizada da região perineal para a pubiana. Além disso, do total de satisfeitos, 11,25% (N=9) afirmaram que a higiene íntima foi realizada pelo próprio paciente e 6,25% (N=5) pelo acompanhante.

Vale ressaltar que 2,5% (N=2) dos sujeitos estavam insatisfeitos com a ordem da higiene íntima, pois um deles relatou que a mesma não tinha sido realizada e o outro afirmou insatisfação mesmo com a higiene feminina sendo realizada na direção recomendada.

Figura 6 – Grau de Satisfação da Ordem do Procedimento



Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

5.2.6 Privacidade do procedimento

Com relação à privacidade, considerou-se o uso do biombo e a exposição do corpo do paciente para realização do banho, os dados estão descritos na Tabela 10.

Tabela 10 - Privacidade do banho

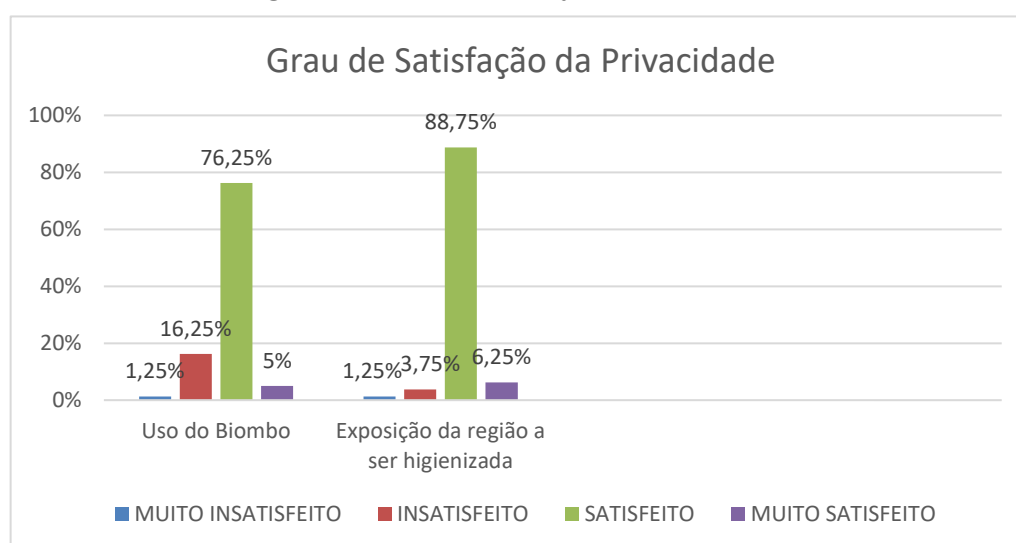
PRIVACIDADE	RESPOSTAS	N	%
Uso do biombo ou lençol	Sim	34	42,5
	Não	41	55
	Fecha porta	2	2,5
TOTAL		80	100
Expõe apenas a parte do corpo que será higienizada	Sim	42	52,5
	Não	38	47,5
TOTAL		80	100

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Na Tabela 10 pode-se ver que 55% (N=44) dos acompanhantes responderam que o biombo não tinha sido utilizado, enquanto que 42,5% (N=34) afirmaram seu uso. Apenas 2,5% (N=2) responderam que os profissionais fechavam a porta para realizar o procedimento e, vale ressaltar que todas enfermarias tinham porta. Ademais, foi explicado aos entrevistados o que era o biombo e sua função.

Quanto à exposição corporal, na Tabela 10 observa-se que 52,5% (N=42) dos sujeitos relataram que os profissionais despiam o corpo dos pacientes aos poucos e 47,5% (N=38) afirmaram que os profissionais o despiam por completo para realização do banho.

Na figura 7 pode-se perceber que os acompanhantes estavam satisfeitos com o uso do biombo, apesar dele não ter sido utilizado na maioria das vezes, assim como estavam satisfeitos com a exposição do corpo do paciente, realizada aos poucos.

Figura 7 – Grau de Satisfação da Privacidade do Banho

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Na Figura 7 cerca de 76,25% (N=61) dos acompanhantes estavam satisfeitos com o uso do biombo, apesar de 55% (N=44) relatarem que não foi utilizado, expondo ainda mais o paciente. Entretanto, é importante notar que havia poucos biombo para suprir as enfermarias, que possuíam de 4 a 8 pacientes em cada uma. Dos 16,25% (N=13) que estavam insatisfeitos, 2,5% (N=2) afirmaram o uso do biombo, o que é controverso.

Sobre expor o corpo do paciente, 88,75% (N=71) dos acompanhantes estavam satisfeitos, entretanto, 52,5% (N=42) afirmaram que o paciente era despido completamente durante o banho. Apenas 3,75% (N=3) estavam insatisfeitos com a exposição.

5.2.7 Limpeza do Colchão e Troca dos Lençóis

A Tabela 11 trata sobre a limpeza do colchão e a troca de lençóis, as frequências absolutas e relativas estão descritas a seguir.

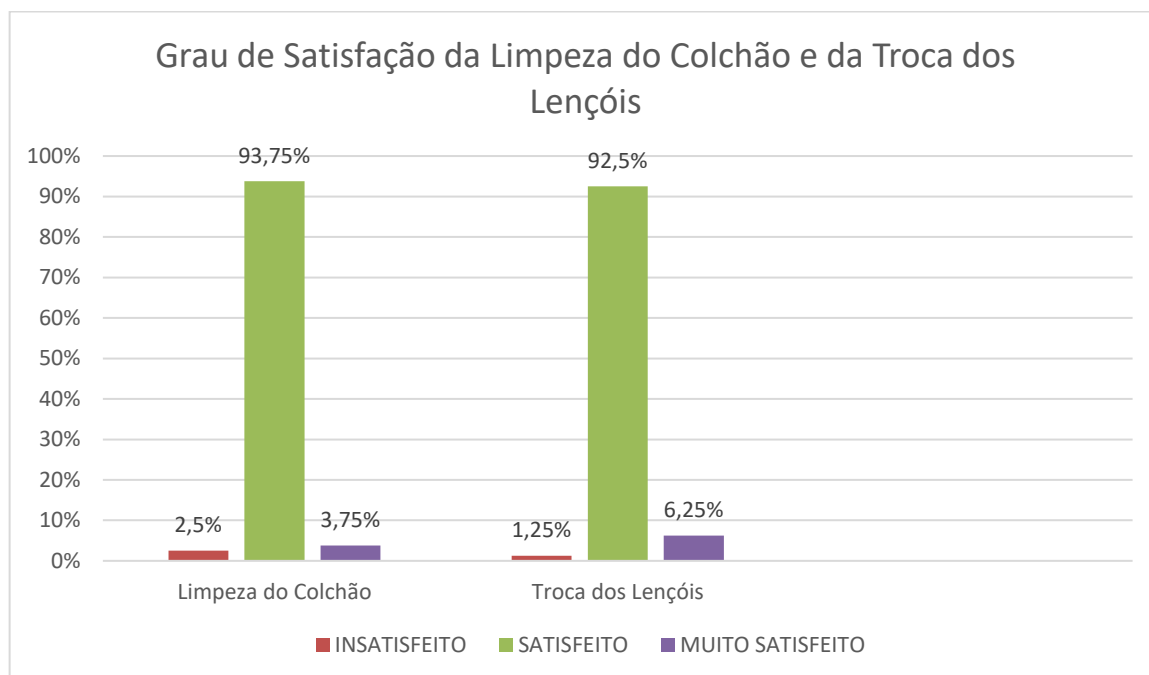
Tabela 11 - Limpeza do colchão e Troca de Lençóis

AÇÃO	RESPOSTA	N	%
Limpeza do colchão	Sim	78	97,5
	Não	2	2,5
TOTAL		80	100
Troca dos lençóis	Sim	80	100
	TOTAL	80	100

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Como descrito acima, 97,5% (N=78) dos acompanhantes afirmaram que a limpeza do colchão foi realizada, entretanto, 1,25% (N=1) deles relatou que o profissional não havia utilizado álcool a 70%, apenas a compressa. Já a troca dos lençóis foi confirmada por 100% (N=80) dos sujeitos.

A figura 8 traz o grau de satisfação dos acompanhantes com relação à limpeza do colchão e troca dos lençóis.

Figura 8 – Grau de Satisfação da Limpeza do Colchão e da Troca dos Lençóis

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Na Figura 8, 93,75% (N=75) dos acompanhantes estavam satisfeitos com a limpeza do colchão e apenas 2,5% (N=2) estavam insatisfeitos, pois um deles relatou que o profissional não utilizou álcool a 70% para a limpeza do colchão e o outro afirmou que a limpeza não tinha sido realizada. Com relação à troca de lençóis, 92,5% (N=74) dos sujeitos estavam satisfeitos e apenas 1,25% (N=1) estava insatisfeito, mesmo com a troca sendo realizada.

6 DISCUSSÃO

6.1 Perfil dos Acompanhantes

Observa-se que a faixa etária predominante dos acompanhantes no presente estudo representa indivíduos socialmente ativos e produtivos, com idades entre 40 e 50 anos, que relataram trabalhar na agricultura ou em atividades domésticas, no caso das mulheres. Os sujeitos afirmaram manter um fluxo de troca com outros parentes ou conhecidos para reduzir a sobrecarga e sua ausência nas atividades laborais. Corroborando o que foi identificado, o estudo de Pena e Diogo (2005) identificou que quando há uma rede de apoio familiar suficiente e rodízio entre os acompanhantes, não há sobrecarga para um só indivíduo e também reduz a interferência em suas atividades cotidianas¹¹.

Com relação ao gênero dos acompanhantes, a predominância de mulheres pode ser explicado pelo fato de que o papel construído socialmente é que a mulher é a principal cuidadora do lar, dos filhos e do cônjuge e, que por muito tempo elas não possuíam emprego, sendo o homem o principal provedor da casa, entretanto, nos dias atuais, a mulher conquistou seu espaço no mercado de trabalho, contudo, continuou sendo a principal responsável pelo cuidado de algum familiar adoecido¹⁹, assim como observa-se na presente pesquisa. A distinção entre atividades definidas pelo gênero na sociedade tem origens históricas e, para a mulher, o ato de cuidar era natural, assim como outras atividades domésticas⁸. A pesquisa de Szareski et al (2009) que tratou de acompanhantes, registrou um número de 14 mulheres, de um total de 16 entrevistados²⁰, com isso, foi possível identificar a justificativa pela qual o estudo foi composto, em sua maioria, por mulheres.

Com relação à escolaridade dos acompanhantes, caracterizada pela predominância do ensino fundamental incompleto, o estudo de Beuter et al (2009) em concordância com o presente estudo, mostrou que o mesmo grau de escolaridade foi prevalente e este fator influenciaria nas orientações dos profissionais aos acompanhantes sobre alguns cuidados¹⁹. Além disso, a escolaridade pode influenciar as experiências das pessoas⁹, fato identificado na pesquisa, pois os acompanhantes estavam satisfeitos quando alguns materiais não eram utilizados no banho e quando aspectos como privacidade, conforto e segurança eram infringidos pelos profissionais.

Na tabela 3 que trata das profissões e renda dos acompanhantes, a maior parte dos sujeitos afirmou receber valor igual ou menor que um salário mínimo, além de que em alguns relatos, os sujeitos afirmaram haver custos financeiros para permanecer no hospital e para se

deslocarem até suas residências. Consolidando essa percepção, a família que já possui uma renda mensal baixa, esta fica ainda mais comprometida com a hospitalização do indivíduo, pois o acompanhante possui gastos com transporte, alimentação, utensílios de higiene pessoal para o paciente e alguns adicionais, além disso, há necessidade de alterar sua rotina cotidiana, inclusive suas atividades laborais, para se dedicar ao paciente no hospital, consequentemente, afetando a renda familiar²⁰.

Com relação ao município de residência dos acompanhantes, a frequência da amostra foi representada por Arapiraca, São Sebastião, Palmeira dos Índios e regiões circunvizinhas. Isso pode ser explicado pelo fato de que Arapiraca é o polo da 2ª Macrorregião de Saúde do Estado de Alagoas, da qual fazem parte 46 municípios, além de ser sede da 7ª Região de Saúde com 17 municípios pertencentes e referência nos atendimentos de alta e média complexidade hospitalar e ambulatorial para 56 municípios²¹. Além disso, alguns acompanhantes relataram não residir com o paciente no mesmo município, demonstrando, com isso, que quando um membro da família adoece, os demais se articulam para cuidar do paciente hospitalizado.

Sobre o parentesco, 48,75% (N=39) dos acompanhantes declararam-se parentes de 1º grau do paciente (mãe, pai, irmão, filho) e isso explica-se pelo fato de haver um vínculo afetivo entre eles, além de confiança e a presença do acompanhante familiar ser positiva para a terapêutica do paciente, tornando a estadia no hospital mais amena, já que durante esse período o doente se sente mais frágil, indefeso, com medo e dependente²⁰. Assim, no presente estudo, maioria dos acompanhantes eram filhos dos pacientes e em concordância, o familiar é motivado pelo sentimento de afeto existente, senso de responsabilidade e compromisso, com isso, o cuidado prestado ao paciente pode representar um ato de solidariedade e, socialmente, a família é cobrada por essa ação, além de que a presença do familiar propicia um ambiente de segurança, cuidado, esperança, confiança e ajuda a manter a estabilidade emocional do paciente, contudo, deve-se analisar se este permite ou deseja a presença daquele, pois o acompanhamento traz implicações para a família como reorganização de rotina, mudança de papéis e fortalecimento emocional¹⁹.

Percebe-se que a participação do acompanhante no banho foi quase totalidade dos entrevistados (93,75%) e isso pode ser explicado pelo fato de que o paciente debilitado necessita da permanência de um acompanhante, principalmente para ajudá-lo na satisfação de suas necessidades humanas básicas e nas atividades de cuidado ao paciente como o banho, mudança de decúbito, monitoração dos dispositivos conectados ao paciente, detecção de sinais e sintomas, auxílio na estabilidade física e emocional¹⁹. Além disso, o acompanhante

passa a ser o elo entre a família, paciente e profissional, contribui para o cuidado e é uma ajuda em potencial⁹, sabendo disso, pôde-se observar que os sujeitos da pesquisa estavam envolvidos no cuidado com o paciente.

6.2 Análise do Grau de Satisfação dos acompanhantes de acordo com os aspectos do banho no leito

6.2.1 Quantidade de banhos por dia

A frequência do banho identificada na pesquisa foi de um por dia, devido, principalmente, à rotina dos hospitais, disponibilidade dos profissionais e materiais. Entretanto, em apenas um relato o acompanhante afirmou que eram realizados 3 banhos por dia, após o paciente evacuar. Em conformidade, um paciente que esteja em estado grave, geralmente necessita de um banho por dia, enquanto que um paciente que evacua várias vezes ao dia, necessita de mais de um banho ou de uma higiene íntima mais frequente⁴. Além disso, é importante destacar que na maioria dos banhos, os profissionais utilizaram no máximo 2 pares de luvas.

6.2.2 Materiais utilizados no banho

Os pacientes esperam que o profissional demonstre segurança, habilidade e competência através do planejamento e organização de todos os materiais necessários para o banho, dispondo-os próximo ao paciente para evitar idas e vindas desnecessárias e a impressão de descuido²². Diante disso, alguns autores trazem os mesmos itens da Figura 2 como componentes necessários para realização do banho^{4,23,24}, entretanto, considerou-se apenas os materiais indispensáveis ao procedimento, utilizados no cotidiano das instituições locais, como o sabonete, a compressa, saco plástico ou hamper, bacias e/ou baldes, os quais estiveram presentes em todas as respostas dos acompanhantes.

As luvas de procedimento fazem parte dos EPIs para proteção dos membros superiores, imprescindíveis para o banho e recomendados pela NR 6, protegendo o profissional de riscos suscetíveis à sua saúde, promovendo segurança no trabalho e prevenindo infecções no paciente²⁵. Ainda assim, o profissional deverá usar luvas quando estiver em contato com pele não intacta, mucosas ou exposto a secreções durante o banho⁴, pois é de fundamental importância para execução do procedimento, proporcionando

segurança para paciente e profissional. Com isso, subtemde-se que as luvas devem ser trocadas sempre que necessário²³, contudo, na presente pesquisa 60% (N=48) dos acompanhantes afirmaram o uso de no máximo 2 pares de luvas durante todo o banho e apesar disso, 48,75% (N=39) deles estavam satisfeitos. Dessa forma, o profissional deve levar em consideração que dependendo das condições de higiene nas quais o paciente se encontra, pode estar levando sujidades de um local para outro com o uso de poucas luvas. Em contrapartida, 35% (N=28) dos acompanhantes confirmaram o uso de 3 ou mais pares de luvas e todos eles estavam satisfeitos.

O sabonete é outro item indispensável ao banho, mas que deve ser usado com cautela, pois alguns pacientes podem apresentar a pele ressecada e possuem maior risco de comprometimento cutâneo, principalmente os mais idosos⁴. Com isso, todos os acompanhantes (N=80) afirmaram o uso do sabonete, bem como demonstraram satisfação, pois é um dos itens básicos para realização do banho.

Os materiais para higiene oral proporcionam higiene e conforto na cavidade oral, previnem infecções endógenas²⁴, massageiam as gengivas, aliviam o desconforto de mau odores provenientes dos resquícios de alimentos e higiene inadequada⁴, reduzem a incidência de cáries dentárias e mantêm a integridade da mucosa oral²². Diante desses benefícios, quando perguntado aos acompanhantes sobre o creme dental ou enxaguante bucal, 72,5% (N=58) afirmaram seu uso e estavam satisfeitos, em contraposição, 6,25% (N=5) dos que negaram o uso desse item, também estavam satisfeitos, com isso, percebe-se que alguns acompanhantes podem desconhecer os benefícios da higiene oral para os pacientes. Sobre a escova dental, 51,25% (N=41) dos acompanhantes confirmaram seu uso e, dentre esses, 46,25% (N=37) estavam satisfeitos, demonstrando que os sujeitos compreendem a necessidade e importância de sua utilização.

O uso do hidratante no corpo inteiro do paciente foi confirmado por 73,75% (N=59) dos acompanhantes e todos estavam satisfeitos. Diante disso, é importante evidenciar que o hidratante evita o ressecamento da pele e, quando utilizado, serve também para realizar massagem de conforto no paciente⁴⁻²³, com isso, subtemde-se que esses benefícios foram dispensados aos pacientes que o utilizaram, bem como que os acompanhantes possuem a percepção de sua importância, notado pela resposta de satisfação.

O uso do pente após o banho promove a imagem corporal do paciente⁴, melhorando sua autoestima e bem-estar, com isso, cerca de 56,25% (N=45) dos acompanhantes confirmaram que o mesmo foi utilizado e 52,5% (N=42) deles estavam satisfeitos. O desodorante caracteriza-se como um produto destinado a combater os odores corporais e

substituí-los por cheiros mais agradáveis²⁶, com isso, seu uso foi confirmado por 81,25% (N=65) dos acompanhantes e 67,5% (N=54) afirmaram estar satisfeitos.

As compressas ou panos são utilizados para fricção da pele do paciente, quando a água e o sabão são espalhados sobre seu corpo e eles são citados em algumas literaturas também como luvas de banho^{4,23,24}. Considerando-se esse item como um dos fundamentais para realização do banho, 100% (N=80) dos acompanhantes responderam que as compressas eram utilizadas, 95% (N=76) deles afirmaram uma quantidade de 3 ou mais em cada banho e 86,25% (N=69) desses estavam satisfeitos. Apenas 1,25% (N=1) dos sujeitos afirmou o uso de 1 compressa durante todo o banho, assim, depreende-se que as sujidades presentes em algumas áreas do corpo provavelmente foram levadas para áreas mais limpas, contribuindo para a inadequação do procedimento.

A toalha esteve presente na lista de materiais^{4,23} para o banho citada por Potter (2013) e Carmagnani (2017) sem que houvesse maior discussão sobre seu uso. Com isso, cerca de 70% (N=56) dos acompanhantes confirmaram seu uso e 66,25% (N=53) deles estavam satisfeitos.

Sobre o uso do urinol ou comadre, o profissional pode oferecer antes do banho para que o paciente sintasse-se mais confortável após a micção e evite pausa durante o procedimento⁴, entretanto, apenas 12,5% (N=10) dos acompanhantes afirmaram que esse material tinha sido utilizado e todos estavam satisfeitos, mas não identificaram se tinha sido oferecido pelo profissional antes do banho. Ademais, 81,25% (N=65) dos pacientes estavam em uso de fralda, sonda vesical de demora, uropen ou com um recipiente plástico (frasco de soro fisiológico cortado), dispensando o uso da comadre.

Com relação ao uso do saco plástico ou hamper e das bacias ou baldes, Potter (2013) e Carmagnani (2017) trazem apenas na lista de materiais^{4,23}, sem discorrer sobre sua importância, entretanto, sabe-se que aqueles são utilizados para acondicionar a roupa suja após o banho e estes servem como recipientes para reservar a água que será utilizada. Assim, ambos foram citados por 100% (N=80) dos acompanhantes e 95% (N=76) deles estavam satisfeitos, reafirmando a necessidade desses utensílios fundamentais ao banho no leito.

Por fim, através das falas dos acompanhantes, o material básico para realização do banho em ambos hospitais estava presente, exceto o biombo que era insuficiente. Os itens de higiene pessoal eram providenciados pelos acompanhantes e o uso ficava sob responsabilidade do profissional. Além disso, grande maioria dos acompanhantes ficou satisfeita com o uso de todos os materiais, apesar de alguns não terem sido utilizados.

6.2.3 Comunicação ao Paciente

A comunicação ao paciente e/ou familiar deve ser realizada antes do procedimento para evitar que o paciente fique ainda mais constrangido ou sinta-se invadido e para reduzir a apreensão de ambos, visto que o banho necessita do toque ao corpo, então é imprescindível que antes de tocar em regiões mais sensíveis ou privadas, o profissional informe ao paciente⁴, assim como constatado na presente pesquisa. Além disso, o profissional explica o procedimento para promover participação e cooperação do paciente, além de avaliar suas condições físicas, cognitivas e capacidade para ajudar no banho ou questionar se o acompanhante prefere realizar a higiene de alguma área do corpo⁴, como identificado na realização da higiene oral e/ou íntima realizadas por ambos. Diante disso, em consonância com a literatura, 97,5% (N=78) afirmaram que houve comunicação dos profissionais, ainda no momento da organização dos materiais e 92,5% (N=74) deles estavam satisfeitos. Entretanto, apenas 2,5% (N=2) dos acompanhantes negaram que os profissionais tivessem comunicado antes de realizar o procedimento.

Ainda assim, a comunicação antes do banho confere respeito ao paciente, promove bem-estar, satisfação do procedimento e contribui para a confiança do relacionamento interpessoal, de forma que a qualidade dessa relação pode superar a ausência de recursos humanos e materiais²⁷, assim como observado no grau de satisfação dos acompanhantes, os quais mostraram-se satisfeitos diante de todos os aspectos do banho, apesar de alguns materiais não terem sido utilizados e em alguns relatos a técnica ter sido inadequada. Também é por meio dessa comunicação que o profissional pode orientar os familiares quanto ao desenvolvimento adequado do procedimento e estimular a participação do acompanhante e do paciente, promovendo sua autonomia⁴.

6.2.4 Conforto e Segurança do Banho

A internação hospitalar altera a vida de um indivíduo, causando-lhe desconforto, o qual pode ser reduzido pela equipe de enfermagem através de cuidados de higiene e conforto²⁴. Além disso, o conforto é um dos alvos terapêuticos da prática de enfermagem e é também função primária da mesma²⁸. Com isso, considera-se como um dos componentes que promove conforto a temperatura da água para o banho, de forma que esteja aquecida, aspecto abordado por Carmagnani (2017) e Paz (2016) como um dos materiais necessários^{23,24}. Entretanto, estes autores não explicitam qual a temperatura ideal da água, porém, Lima e

Lacerda (2010) abordam em seu estudo que a água do banho na temperatura de 40° C foi identificada como fator de proteção para pacientes que haviam realizado cirurgia cardíaca²⁹ e a mesma temperatura foi utilizada para o banho de pacientes críticos internados em UTI³⁰. Ademais, a água aquecida utilizada no banho promove conforto, relaxa os músculos e evita o resfriamento, contudo, o profissional deve testá-la com a face interna do antebraço para evitar queimaduras^{4,23}, pois o paciente pode não perceber a temperatura se alguma parte do corpo estiver com sensibilidade reduzida³¹, o que não foi relatado pelos acompanhantes se o profissional a realizava. Também, na presente pesquisa 50% (N=40) dos acompanhantes afirmaram que a água utilizada estava fria e mesmo assim 41,25% (N=33) deles estavam satisfeitos. Cerca de 47,5% (N=38) confirmaram estar aquecida ou morna, não havendo identificação exata em graus e desses, 41,25% (N=33) estavam satisfeitos.

Outro componente do conforto e segurança que deve ser considerado é a temperatura do ambiente, que deve estar aquecido, pois no momento do banho o paciente encontra-se parcialmente despido e pode resfriar-se facilmente, além de que a pele molhada perde calor por evaporação e, com isso, o profissional deve controlar as correntes de ar durante o procedimento⁴. Ademais, o estudo de Oliveira (2009) revelou que há correlação entre a temperatura ambiental e os parâmetros oxihemodinâmicos durante o banho no leito em pacientes da UTI, pois quanto mais frio estiver o ambiente menor será a saturação de oxigênio no sangue³⁰. Portanto, depreende-se que o ar condicionado ou ventilador podem ser desligados e portas e janelas podem ser fechadas para propiciar um ambiente aquecido e com privacidade, entretanto, apenas 15% (N=12) dos acompanhantes confirmaram o desligamento dos aparelhos, enquanto que 83,75% (N=67) relataram que não eram desligados e, apesar disso, 71,25% (N=57) estavam satisfeitos.

Alguns sujeitos afirmaram que a manutenção do aparelho ligado evitaria a proliferação de microrganismos, contudo, no estudo de Silva et al (2013) sobre infecção hospitalar associada à qualidade do ar em ambiente climatizado, o ar condicionado pode ser fonte de multiplicação de microrganismos e alguns surtos de infecção hospitalar podem estar associados à contaminação dos filtros com bioaerossóis, com isso, a dispersão desses microrganismos pelo ar é uma fonte potencial de infecção e a exposição de profissionais e pacientes não pode ser ignorada³².

Com relação à posição das grades laterais para realização do banho, a recomendação de Potter (2013) e Carmagnani (2017) é de que o profissional deve abaixar a grade lateral mais próxima a si para ter melhor acesso ao paciente e trazê-lo para perto da lateral de modo que não sobrecarregue seus músculos e coluna. Diante disso, essa ação beneficia tanto o

profissional que está realizando o procedimento, melhorando sua postura, reduzindo a sobrecarga física e o risco de acidentes ergonômicos, quanto o paciente, mantendo melhor posicionamento e alinhamento do seu corpo^{4,23}. Em consonância com a literatura, 62,5% (N=50) dos acompanhantes afirmaram que os profissionais baixaram as grades para realizar o banho e 60% (N=48) deles estavam satisfeitos. Entretanto, 33,75% (N=27) relataram ausência de grades nos leitos, realidade de um dos hospitais públicos. Por fim, é importante salientar que quando o profissional ausentar-se do leito deve elevar as grades para evitar o risco de queda do paciente, proporcionando-lhe segurança^{4,23}, assim, mesmo que este fato não tenha sido questionado aos acompanhantes, identifica-se sua necessidade.

Acerca do posicionamento da cabeceira, é indicada que seja elevada para evitar que o paciente aspire algum líquido²² e para promover posição adequada ao realizar a higiene oral²⁴. A cabeceira pode ser elevada de 30 a 45 graus (Semi-Fowler ou Fowler), se não houver restrição de movimento, e esse posicionamento auxilia no melhor acesso do profissional ao paciente⁴. Em contraponto, apenas 36,25% (N=29) dos acompanhantes confirmaram que a cabeceira era elevada e 30% (N=24) deles estavam satisfeitos, enquanto que 56,25% (N=45) relataram que cabeceira permanecia em 180 graus, possivelmente colocando o paciente em risco de aspiração durante a higiene oral e dificultando o acesso do profissional a ele e mesmo assim, 53,75% (N=43) relataram satisfação. Entretanto, apesar da elevação da cabeceira não ocorrer, não houve nenhum relato negativo a respeito do posicionamento.

6.2.5 Ordem do Procedimento

Tradicionalmente, o banho inicia-se pelo rosto e vai seguindo no sentido dos membros inferiores e autores como Potter (2013), Brasil (2003) e Paz (2016) indicam seu início mais pela higiene dos olhos^{4,22,24}, em contrapartida, Carmagnani (2017) expõe que o banho começa pela higiene dos cabelos²³. Diante disso, depreende-se que iniciando o banho pelos cabelos ou pelo rosto, o sentido parte de cima para baixo (céfalo-podálico), assim como ocorre no banho de chuveiro comum, em domicílio. Corroborando a literatura, na presente pesquisa cerca de 92,5% (N=74) dos acompanhantes relataram que o banho iniciava-se no sentido da cabeça para os membros inferiores.

Com relação ao sentido distal-proximal, há a justificativa que a higiene deve ser realizada nessa direção para promover o retorno venoso⁴, já o estudo de Nakatani et al (2004) cita que a higiene inicia do lado mais distante para o mais próximo²⁷, sem apresentar uma explicação. Em contrapartida, o sentido oposto é abordado por Carmagnani (2017) para a

higiene dos membros superiores e inferiores, mas também não evidencia o benefício desse sentido²³. Ainda assim, a higiene deve ser realizada da região mais limpa para a mais suja, evitando levar sujeira para áreas mais limpas²². Contudo, os dados da pesquisa revelam uma divergência aos primeiros estudos citados acima, pois 88,75% (N=71) dos acompanhantes responderam que o sentido distal-proximal não acontecia, principalmente em relação à higiene dos membros. Com isso, depreende-se que os profissionais realizavam o banho com base no sentido céfalo-podálico, sem atentar-se à direção distal-proximal nos membros, não promovendo de forma mais efetiva o retorno venoso.

A higiene íntima feminina deve ser realizada na direção do períneo para o reto para reduzir a disseminação de microrganismos fecais para o meato urinário^{4,33}. Assim, corroborando essa afirmação, do total de 39 acompanhantes de pacientes do sexo feminino, 40% (N=32) relataram que a higiene íntima era realizada no sentido ântero-posterior, ou seja, da região pubiana para a perineal e desses, cerca de 36,25% (N=29) estavam satisfeitos, mesmo que 28,75% (N=23) deles tenham afirmado que o profissional utilizou no máximo 2 pares de luvas para realizar toda a higiene do paciente, inclusive a da região íntima.

De acordo com a literatura, a higiene íntima masculina deve ser realizada da área menos para a mais contaminada, evitando deslocar microrganismos para a uretra do paciente. Com isso, deve ser realizada do meato para a base do pênis, removendo sujidades e reduzindo a proliferação de microrganismos^{4,22}. Em consonância com essa percepção, do total de 41 acompanhantes de pacientes do sexo masculino, 23,75% (N=19) deles afirmaram que a higiene era realizada do meato para a base e todos estavam satisfeitos com essa ordem. Entretanto, 11,25% (N=9) dos acompanhantes relataram que a limpeza era realizada no sentido oposto, da base para o meato, podendo elevar o risco de disseminação de microrganismos para a uretra.

Ainda assim, com relação à higiene íntima masculina e feminina, cerca de 18,75% (N=15) dos sujeitos afirmaram que eles ou os próprios pacientes realizavam a limpeza da genitália, porém, não foi relatado em qual sentido ocorria. Em concordância com esses dados, Carvajal e Montenegro (2015) expuseram em seu estudo que o paciente preferia acompanhantes do mesmo sexo, principalmente em situações que as regiões íntimas necessitavam ser expostas e/ou manuseadas, sendo mais comum entre os jovens²⁸. Além disso, o paciente deve ser estimulado a realizar sua própria higiene íntima⁴, caso não apresente alteração no autocuidado e sob supervisão e orientação do profissional²³.

Ademais, nota-se que a higiene realizada pelos acompanhantes ou pacientes da genitália masculina em comparação com a feminina foi bem maior, 13,75% (N=11) e 5%

(N=4), respectivamente, com isso, subtemde-se que os homens demonstram mais inibição do que as mulheres. No entanto, em contrariedade a esses dados, o estudo de Carvajal e Montenegro (2015) aborda que os homens parecem menos inibidos que as mulheres, pois eles só precisam cobrir a região íntima e nádegas enquanto que a elas cabe ainda proteger o tórax. Isso se deve à educação familiar e aos costumes sociais, já que culturalmente elas são mais retraídas que os homens²⁸.

6.2.6 Privacidade do procedimento

Sobre a privacidade, há ausência de leis específicas e apenas os Códigos de Ética, a Constituição Brasileira e a Declaração Universal dos Direitos Humanos trazem, de forma implícita, a privacidade como dever do profissional em garantir esse direito ao paciente, talvez pelo fato de que o limite entre o necessário e o excesso seja difícil de determinar. A privacidade física é o limite imposto de uma pessoa à outra com relação ao acesso ao seu corpo, entretanto, em algumas situações como a hospitalização, a barreira física fica enfraquecida, visto que esse contato é necessário²⁸.

Diante disso, os dados da pesquisa mostraram que 55% (N=41) dos acompanhantes relataram que o biombo ou lençol não eram utilizados durante o banho e, mesmo assim, 40% (N=32) deles afirmaram estar satisfeitos. Contudo, é importante ressaltar que havia poucos biombo nos hospitais, menos de 1 para cada enfermaria com 4 a 8 pacientes, entretanto, lençóis poderiam ser utilizados para promover privacidade ou mesmo as portas e janelas do ambiente poderiam ter sido fechadas, assim como 2,5% (N=2) dos acompanhantes afirmaram que aconteceu. Em divergência aos dados da pesquisa, autores como Potter (2013) e Carmagnani (2017) abordam que o profissional deve fechar a porta, a cortina ao redor do leito ou colocar o biombo para realizar o banho^{4,23}, promovendo privacidade ao paciente.

Outro fator importante é que o profissional deve expor aos poucos as áreas do corpo que serão higienizadas⁴ e em concordância, a presente pesquisa mostrou que 52,5% (N=42) dos acompanhantes afirmaram essa atitude do profissional e 48,75% (N=39) estavam satisfeitos. Entretanto, este aspecto do banho foi o que mais apresentou insatisfação, pois sobre o biombo e a exposição do corpo do paciente, 16,25% (N=13) e 3,75% (N=3) estavam insatisfeitos.

Convém reafirmar que grande maioria dos pacientes considera o banho como procedimento bastante constrangedor, pois quando impossibilitados de realizar os próprios cuidados de higiene, evidencia-se sentimentos de impotência e vergonha, visto que sua

intimidade está sendo exposta e tocada. Com isso, o profissional pode reduzir esse constrangimento com atitudes simples como colocar o biombo ao redor do leito antes do banho e expor apenas o segmento do corpo que está sendo higienizado, assim, ações como estas são preferíveis do que muitas palavras proferidas²².

Ainda assim, no tocante à região íntima, as situações de desconforto são bem mais presentes, pois cabe ressaltar que cultural e socialmente é impróprio despir-se diante de outros indivíduos, ainda mais se deixar tocar, assim, o toque é desagradável também durante a hospitalização, onde as pessoas e o ambiente são desconhecidos²⁸. Com isso, dos 55% (N=41) dos acompanhantes que negaram o uso do biombo, apenas 13,75% (N=11) estavam insatisfeitos, revelando que minoria desaprova a falta de privacidade. Woogara (2015) aponta que os pacientes acatam menos privacidade por considerarem o cuidado mais importante³⁴, supervalorizam o conhecimento e autoridade dos profissionais e não protestam, além disso, os mecanismos conservados no hospital para disciplinar facilitam o acesso ao corpo do paciente²⁸, naturalizando a situação, isso possivelmente também acontece com os acompanhantes.

Outro fator de constrangimento, exposto pelo estudo acima e percebido na presente pesquisa foi que os pacientes encontravam-se em enfermarias, nas quais pessoas circulavam constantemente, predispondo-os a mais observação externa, por indivíduos que não faziam parte da equipe. Com isso, cabe à enfermagem implementar medidas que preservem o paciente e reduzam sua exposição e constrangimento, isso inclui proteger o leito com biombo ou lençol, cobrir o paciente, fechar a porta e/ou colocar aviso, pois o paciente necessita de cuidados de higiene e, inevitavelmente, a nudez e o toque estão presentes²⁸.

6.2.7 Limpeza do Colchão e Troca de Lençóis

Cerca de 96,25% (N=77) dos acompanhantes afirmaram a limpeza do colchão com álcool e desses, 92,5% (N=74) estavam satisfeitos. Apenas 1,25% (N=1) relatou que a limpeza foi realizada somente com o pano. Assim, em concordância com os dados, Potter (2013) aborda a organização do leito após o banho com a retirada dos lençóis sujos, redução da umidade com um pano e desinfetante apropriado para reduzir a disseminação de microrganismos, o qual não é especificado⁴, já Carmagnani (2017) orienta a limpeza do colchão com álcool a 70%²³, assim como identificado na presente pesquisa.

Com relação ao uso do álcool na limpeza do colchão, Silva et al (2011) traz uma análise da redução de infecção através de duas técnicas de limpeza do colchão utilizando

álcool a 70%³⁵, substância que, nessa concentração, tem atividade germicida e é indicada para descontaminação e desinfecção de nível médio de artigos e superfícies, incluindo colchões³⁶. Além dessa recomendação, a Diretriz para Desinfecção e Esterilização de Instalações em Saúde traz que os álcoois, principalmente, etílico e isopropílico, possuem ação bactericida e desnaturam proteínas. Somente o álcool etílico em concentrações entre 60% e 80% é um potente agente virucida³⁷. Diante disso, percebe-se a importância do uso do álcool na limpeza dos colchões durante ou após o banho.

A troca dos lençóis, por sua vez, deve ser realizada após o banho e após limpeza do colchão⁴ e corroborando essa recomendação, a presente pesquisa trouxe que 100% dos acompanhantes (N=80) confirmaram que houve a troca de lençóis e 92,5% (N=74) afirmaram estar satisfeitos.

Diante de importante e necessária discussão, é importante considerar as hipóteses de que fatores como a boa comunicação e abordagem do profissional, a escolaridade do acompanhante e a experiência de vivenciar a rotina hospitalar influenciaram no grau de satisfação dos acompanhantes com relação ao modo de atuação do profissional no banho.

7 CONCLUSÃO

Foi possível identificar que os acompanhantes estavam satisfeitos com a realização do banho no leito, apesar de que em algumas situações não tenha sido realizado de acordo com as orientações do livro Fundamentos de Enfermagem de Potter e Perry (2013). Além disso, a amostra foi caracterizada por acompanhantes mulheres, casadas, com idades entre 40 e 50 anos, com ensino fundamental incompleto, viviam da agricultura ou realizavam atividades domésticas (do lar), possuíam renda menor ou igual a um salário mínimo, residiam em Arapiraca ou regiões circunvizinhas, eram filhas dos pacientes e auxiliavam no banho. Com relação aos pacientes nos quais eram realizados os banhos, caracterizavam-se por sujeitos que tinham restrição em sair do leito ou conseguiam realizar sua própria higiene oral ou íntima no leito e estavam conscientes ou inconscientes.

Ainda assim, com relação aos aspectos do banho analisados, de acordo com a literatura, os materiais estavam presentes, apesar de que o uso de luvas, em sua maioria, foi de no máximo 2 pares. A comunicação foi efetiva, visto que contribuiu para a satisfação dos acompanhantes, a temperatura da água estava fria, o ar condicionado não era desligado, as grades estavam na posição correta para iniciar o banho e a cabeceira estava em 180°, aumentando o risco de aspiração de líquidos pelo paciente, contradizendo a literatura. Acerca da direção do banho, apenas o sentido distal-proximal nos membros não estava sendo seguido. Sobre a privacidade, a ausência do biombo estava em desacordo com a literatura, entretanto, vale ressaltar que a quantidade era insuficiente para os pacientes, além disso, o corpo do paciente foi exposto aos poucos para realização do banho, assim como orienta a literatura. Por fim, a limpeza do colchão e a troca dos lençóis foi realizada adequadamente.

É importante salientar que a escolaridade dos acompanhantes (ensino fundamental incompleto) foi um fator preponderante que pode ter influenciado no grau de satisfação dos sujeitos, além da possível falta de orientação aos acompanhantes sobre a realização do banho, pois desconheciam alguns aspectos do mesmo para que fosse realizado da maneira adequada, considerando-o satisfatório. Além desses, outros fatores identificados foi o possível receio em responder ao questionário e a descrição do banho pelos acompanhantes se deu de acordo com o profissional que o realizava no dia da coleta de dados.

As limitações encontradas para realização da pesquisa foi a falta de um instrumento validado para coletar os dados e a escassez de pesquisas quantitativas para realizar a discussão.

Por fim, faz-se necessário ainda que novas pesquisas sejam realizadas acerca do tema, abordando os aspectos que compõem o banho, de forma quantitativa e qualitativa, considerando que este é um procedimento indispensável nos cuidados do paciente dependente hospitalizado. Além disso, há necessidade do comprometimento da equipe de enfermagem em realizar orientações aos acompanhantes e pacientes para que tenham conhecimento de como o banho deve ser realizado, além de que o profissional não deve considerar o banho como uma mera prática da enfermagem, pois assim como outros procedimentos, necessita de planejamento, organização e respaldo científico para ser executado de maneira satisfatória, promovendo acima de tudo o bem-estar e conforto do paciente, sendo necessária a participação do enfermeiro, seja na execução, supervisão ou educação.

REFERÊNCIAS

- 1 FONSECA, Esmeralda Faria; PENAFORTE, Maria Helena de Oliveira; MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva. Cuidados de higiene – banho: significados e perspectivas dos enfermeiros. **Revista de Enfermagem Referência**, Portugal, v. 5, n. 5, p.37-45, abr./jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn5/serIVn5a05.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.
- 2 OLIVEIRA, Elóide André; GARCIA, Telma Ribeiro; SÁ, Lenilde Duarte de. Aspectos valorizados por profissionais de enfermagem na higiene pessoal e na higiene corporal do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 5, p.479-483, set./out. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n5/a02v56n5.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2018.
- 3 DIAS, Joana Angélica Andrade; SOUZA, Deusélia Moreira de; AZEVEDO, Bruno Del Sarto *et al.* O banho no leito na óptica de estudantes de graduação em enfermagem. **Rev Fund Care Online**. 2016 out/dez; 8(4):5087-5094. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4121/pdf_1. Acesso em: 15 nov. 2018.
- 4 POTTER, Patricia; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- 5 MACIEL, Silaine Sandrini Alves; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini. Compreendendo a lacuna entre a prática e a evolução técnico-científica do banho no leito. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 14, p.233-242, mar./abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a13.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2018.
- 6 BRASIL. **Decreto Nº 94.406, de 30 de março de 1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, Brasília, DF, mar. 1987. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html . Acesso em: 18 set. 2019.
- 7 SZARESKI C; BEUTER M; BRONDANI, C.M. O familiar acompanhante no cuidado ao adulto hospitalizado na visão da equipe de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v.31, n. 4, p. 715-722, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n4/a15v31n4.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2018.
- 8 DIBAI, Márcia Bárbara Souza; CADE, Nágela Valadão. A EXPERIÊNCIA DO ACOMPANHANTE DE PACIENTE INTERNADO EM INSTITUIÇÃO HOSPITALAR. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 17, p.86-90, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a16.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2018.
- 9 MACIEL, Márcia Rodrigues; SOUZA, Mariana Fernandes de. Acompanhante de Adulto na Unidade de Terapia Intensiva: uma visão do Paciente. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 2, n. 19, p.138-143, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a03v19n2.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2018.
- 10 LOPES, Juliana de Lima *et al.* Escala de diferencial semântico para avaliação da percepção de pacientes hospitalizados frente ao banho*. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 6,

n. 24, p.815-820, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n6/a15v24n6.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2018.

11 PENA, SB, DIOGO, MJDE. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. **Rev Latino-am Enfermagem**. Campinas, v. 13, n. 5, p. 663-669, set./out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a09.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2018.

12 BEUTER, Margrid *et al.* Sentimentos de familiares acompanhantes de adultos face ao processo de hospitalização. **Esc. Anna Nery**. Santa Maria, v.16, n.1, p.134-140, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000100018>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a18.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2018.

13 HORTA, W.A. **Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo**. Rev. Esc. Enf. USR, v. 5, n. 1, p. 7-15, 1974.

14 HORTA, Vanda de Aguiar. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

15 ARAGÃO, Júlio. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Praxis**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 6, p.59-62, ago. 2011. Disponível em: <http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/praxis/article/view/566/528>. Acesso em: 19 nov. 2019.

16 HOCHMAN, Bernardo *et al.* Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 2-9, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/acb/v20s2/v20s2a02.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2018.

17 GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. (org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

18 FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

19 BEUTER, M; BRONDANI, CM; SZARESKEI, C; LANA, LD; ALVIM, NAT. Perfil de familiares acompanhantes: contribuições para a ação educativa da enfermagem. **REME: Rev Min Enferm**. Santa Maria, v. 13, n. 1, p.28-33, 2009. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/159>. Acesso em: 19 nov. 2018.

20 SZARESKEI, Charline; BEUTER, Margrid; BRONDANI, Cecília Maria. SITUAÇÕES DE CONFORTO E DESCONFORTO VIVENCIADAS PELO ACOMPANHANTE NA HOSPITALIZAÇÃO DO FAMILIAR COM DOENÇA CRÔNICA. **Cienc Cuid Saude**, Rio Grande do Sul, v. 8, n. 3, p.378-384, jul./set. 2009. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9020/5005>. Acesso em: 19 nov. 2018.

21 ARAPIRACA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão municipal de saúde**. 2016.

22 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: fundamentos de enfermagem**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

23 CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

24 PAZ, Adriana Aparecida *et al.* **Manual de Procedimentos básicos de Enfermagem**. Porto Alegre: Ed da UFCSPA, 2016.

25 NR, Norma Regulamentadora Ministério do Trabalho e Emprego. NR-6 - Equipamento de Proteção Individual. 2009.

26 KOBAYASHI, Elizabete; HOCHMAN, Gilberto. O "CC" e a patologização do natural: higiene, publicidade e modernização do Brasil do pós-Segunda Guerra Mundial. **Revista Anais do Museu Paulista**. São Paulo, v. 23, n. 1, p.67-89, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anaismp/v23n1/0101-4714-anaismp-23-01-00067.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2018.

27 NAKATANI, Adelia Yaeko Kyosen *et al.* O banho no leito em unidade de terapia intensiva: uma visão de quem recebe. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 3, n. 1, p.13-21, jan./abr. 2004. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5511/3504>. Acesso em: 20 nov. 2018.

28 CARVAJAL, C.G.; MONTENEGRO, J. D. R. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. **Enfermería Global**, v. 14, n. 4, p. 340-361, out. 2015. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n40/revision2.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.

29 LIMA, Dalmo Valério Machado de; LACERDA, Rubia Aparecida. Repercussões oxihemodinâmicas do banho no paciente em estado crítico adulto hospitalizado: revisão sistemática*. **Acta Paul Enferm**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p.278-285, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v23n2/20.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.

30 OLIVEIRA, Aretha Pereira de *et al.* O banho do doente crítico: correlacionando temperatura ambiente e parâmetros oxihemodinâmicos. **Revista Referência**. Coimbra, Portugal, v. 2, n. 11, p.61-68, dez. 2009. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2009pdf/11-6168.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.

31 INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Guia do cuidador de pacientes acamados**. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

32 SILVA, Daniela Pinheiro da *et al.* Infecções hospitalares associadas à qualidade do ar em ambientes climatizados. **Rev Epidemiol Control Infect**. Amapá, v. 3, n. 4, p.153-157, out./dez. 2013. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/viewFile/3798/3257>. Acesso em: 20 nov. 2018.

33 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

- 34 WOOGARA J. Patients' privacy of the person and human rights. **Nurs Ethics**. v. 12, n. 3, p. 273-287, 2005. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1191/0969733005ne789oa>. Acesso em: 20 nov. 2018.
- 35 SILVA, Nayara de Oliveira *et al.* Avaliação da técnica de desinfecção dos colchões de uma unidade de atendimento a saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**. São José dos Campos, v. 15, n. 2, p.242-247, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/31>. Acesso em: 20 nov. 2018.
- 36 BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. **Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde ,1994.
- 37 RUTA la W.A. *et al.* Center for Diseases Control. **Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities**. North Caroline: Center for Diseases Control; 2008. Disponível em: http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/Disinfection_Nov_2008.pdf. Acesso em: 20 nov. 2018.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

BANHO AO LEITO: GRAU DE SATISFAÇÃO DOS ACOMPANHANTES DE PACIENTES INTERNADOS EM HOSPITAIS PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE ARAPIRACA – ALAGOAS

Bloco 1: Perfil do Acompanhante

IDENTIFICAÇÃO: A _____	
• Idade: • Estado Civil: • Escolaridade: • Profissão: • Renda: • Cidade Onde Reside: • Grau de Parentesco com o Paciente: • Auxílio no Banho:	Sexo: 1 () Masculino 2 () Feminino 3 () Ignorado 1 () Solteiro(a) 4 () Separado(a)/Desquitado(a)/Divorciado(a) 2 () Casado(a) 5 () Viúvo(a) 3 () Mora com um(a) companheiro(a) 1 () Não Alfabetizado 5 () Ensino Médio Incompleto 2 () Fundamental Completo 6 () Superior Completo 3 () Fundamental Incompleto 7 () Superior Incompleto 4 () Ensino Médio Completo 8 () Especialização/Pós-Graduação/Mestrado/Doutorado/Pós-Doutorado 1 () Agricultura/campo/fazenda/pesca 2 () Indústria 3 () Construção civil 4 () Comércio/banco/transporte/hotelaria/outras serviços 5 () Funcionário público do governo federal/ estadual/municipal 6 () Profissional liberal/professor/técnico de nível superior 7 () Trabalhador fora de casa em atividades informais (pintor, eletricitista, encanador, feirante, ambulante, guardador de carros, catador de lixo etc.) 8 () Trabalha em sua casa em serviços (alfaiataria, cozinha, aulas particulares, artesanato, carpintaria, marcenaria etc). 9 () Trabalhador doméstico em casa de outras pessoas (faxineiro, cozinheiro, mordomo, motorista particular, jardineiro, vigia, acompanhante de idosos/as etc.) 10 () No lar 1 () Até 1 salário mínimo (até R\$ 954,00) 2 () De 1 a 2 salários mínimos (de R\$ 954,00 a R\$ 1.908,00) 3 () De 2 a 5 salários mínimos (de R\$ 1.908,00 a R\$ 4.770,00) 4 () Acima de 5 salários mínimos (acima de R\$ 4.770,00) 5 () Nenhuma Renda 1 () Pai/Mãe 5 () Outro parente 2 () Irmão(ã) 6 () Amigo/Colega 3 () Esposo(a)/Companheiro(a) 7 () Vizinho(a)/Mora próximo 4 () Filho(a) 8 () Outro 1 () Sim 2 () Não

Bloco 2: Grau de Satisfação dos Materiais utilizados no Banho ao Leito

Quantidade de Banhos/dia	1 () Um/dia 2 () Dois/dia 3 () Três ou mais/dia 4 () Nenhum
--------------------------	--

Luvas	Uso: 1 () Sim 2 () Não
	Quantidade 1 () Um par 2 () Dois pares 3 () Três pares ou mais
	Grau de Satisfação 1 () Muito Insatisfeito 2 () Insatisfeito 3 () Satisfeito 4 () Muito Satisfeito
Sabonete ou Sabão	Uso: 1 () Sim 2 () Não
	Grau de Satisfação 1 () Muito Insatisfeito 2 () Insatisfeito 3 () Satisfeito 4 () Muito Satisfeito
Creme Dental ou Antisséptico	Uso: 1 () Sim 2 () Não
	Grau de Satisfação 1 () Muito Insatisfeito 2 () Insatisfeito 3 () Satisfeito 4 () Muito Satisfeito
Escova Dental	Uso: 1 () Sim 2 () Não
	Grau de Satisfação 1 () Muito Insatisfeito 2 () Insatisfeito 3 () Satisfeito 4 () Muito Satisfeito
Item de Higiene Pessoal (Hidratante)	Uso: 1 () Sim 2 () Não
	Completo ou Parcial: 1 () Corpo inteiro 2 () Partes do corpo
	Grau de Satisfação 1 () Muito Insatisfeito 2 () Insatisfeito 3 () Satisfeito 4 () Muito Satisfeito
Item de Higiene Pessoal (Desodorante)	Uso: 1 () Sim 2 () Não
	Grau de Satisfação 1 () Muito Insatisfeito 2 () Insatisfeito 3 () Satisfeito 4 () Muito Satisfeito
Pente	Uso: 1 () Sim 2 () Não
	Grau de Satisfação 1 () Muito Insatisfeito 2 () Insatisfeito 3 () Satisfeito 4 () Muito Satisfeito
Pano ou Compressas	Uso: 1 () Sim 2 () Não
	Quantidade 1 () Um 2 () Dois 3 () Três ou mais
	Grau de Satisfação 1 () Muito Insatisfeito 2 () Insatisfeito 3 () Satisfeito 4 () Muito Satisfeito
Toalhas	Uso: 1 () Sim 2 () Não
	Grau de Satisfação 1 () Muito Insatisfeito 2 () Insatisfeito 3 () Satisfeito 4 () Muito Satisfeito
Lençóis	Uso: 1 () Sim 2 () Não
	Grau de Satisfação 1 () Muito Insatisfeito 2 () Insatisfeito 3 () Satisfeito 4 () Muito Satisfeito
Impermeável	Uso: 1 () Sim 2 () Não
	Grau de Satisfação 1 () Muito Insatisfeito 2 () Insatisfeito 3 () Satisfeito 4 () Muito Satisfeito
Saco Plástico ou Hamper	Uso: 1 () Sim 2 () Não
	Grau de Satisfação

	1 () Muito Insatisfeito 2 () Insatisfeito 3 () Satisfeito 4 () Muito Satisfeito
Urinol ou Comadre	Uso: 1 () Sim 2 () Não
	Grau de Satisfação 1 () Muito Insatisfeito 2 () Insatisfeito 3 () Satisfeito 4 () Muito Satisfeito
Bacias/Baldes/Jarras	Uso: 1 () Sim 2 () Não
	Grau de Satisfação 1 () Muito Insatisfeito 2 () Insatisfeito 3 () Satisfeito 4 () Muito Satisfeito

Bloco 3: Grau de Satisfação sobre Comunicação ao Paciente

O profissional comunica o procedimento ao paciente ou familiar? 1 () Sim 2 () Não
Grau de Satisfação 1 () Muito Insatisfeito 2 () Insatisfeito 3 () Satisfeito 4 () Muito Satisfeito

Bloco 4: Grau de Satisfação sobre Conforto e Segurança

Temperatura da Água 1 () Quente 2 () Fria 3 () Morna	
Grau de Satisfação 1 () Muito Insatisfeito 2 () Insatisfeito 3 () Satisfeito 4 () Muito Satisfeito	
Temperatura do Ambiente 1 () Quente 2 () Frio 3 () Normal/Temperatura Ambiente	
Desligamento do ar condicionado: 1 () Sim 2 () Não	
Grau de Satisfação 1 () Muito Insatisfeito 2 () Insatisfeito 3 () Satisfeito 4 () Muito Satisfeito	
Elevação/Abaixamento das Grades Laterais	Posição das Grades Laterais para a realização do banho 1 () Elevadas 2 () Abaixadas
	Grau de Satisfação 1 () Muito Insatisfeito 2 () Insatisfeito 3 () Satisfeito 4 () Muito Satisfeito
Elevação/Abaixamento da Cabeceira	Posição da Cabeceira para a realização do banho 1 () Elevada 2 () Abaixada 3 () À nível do corpo
	Grau de Satisfação 1 () Muito Insatisfeito 2 () Insatisfeito 3 () Satisfeito 4 () Muito Satisfeito
Mudança de Decúbito durante o banho: 1 () Sim 2 () Não	
Posição: 1 () Decúbito Lateral 2 () Decúbito Ventral 3 () Decúbito Dorsal	
Grau de Satisfação 1 () Muito Insatisfeito 2 () Insatisfeito 3 () Satisfeito 4 () Muito Satisfeito	

Bloco 5: Grau de Satisfação sobre a Ordem do Procedimento

Sentido Céfal-Podálico: 1 () Sim 2 () Não
Sentido Distal-Proximal: 1 () Sim 2 () Não
Limpeza da Genitália Feminina 1 () Da região pubiana para a região perineal 2 () Da região perineal para a região pubiana 3 () Não é realizada

Limpeza da Genitália Masculina 1 () Do meato para a base do pênis 2 () Da base do pênis para o meato 3 () Não é realizada
Grau de Satisfação 1 () Muito Insatisfeito 2 () Insatisfeito 3 () Satisfeito 4 () Muito Satisfeito

Bloco 6: Grau de Satisfação sobre a Privacidade

Uso de Biombos ou de Lençóis: 1 () Sim 2 () Não
Grau de Satisfação 1 () Muito Insatisfeito 2 () Insatisfeito 3 () Satisfeito 4 () Muito Satisfeito
O profissional descobre apenas a parte do corpo que será lavada? 1 () Sim 2 () Não
Grau de Satisfação 1 () Muito Insatisfeito 2 () Insatisfeito 3 () Satisfeito 4 () Muito Satisfeito

Bloco 7: Limpeza do colchão e troca de lençóis

Limpeza realizada durante ou após o banho: 1 () Sim 2 () Não
Grau de Satisfação 1 () Muito Insatisfeito 2 () Insatisfeito 3 () Satisfeito 4 () Muito Satisfeito
Troca de lençóis realizada durante ou após o banho: 1 () Sim 2 () Não
Grau de Satisfação 1 () Muito Insatisfeito 2 () Insatisfeito 3 () Satisfeito 4 () Muito Satisfeito

OBRIGADA PELA PARTICIPAÇÃO!!!

APÊNDICE B – TÉCNICA DO BANHO AO LEITO DESCRITA POR POTTER E PERRY (2013) ADAPTADA À REALIDADE LOCAL

- MATERIAIS:

- Panos e toalhas de banho;
- Sabonete ou Sabão Líquido;
- Itens de higiene (desodorante, loção);
- Água quente;
- Avental hospitalar limpo ou pijama ou roupa própria do paciente;
- Saco de roupa suja;
- Luvas limpas (quando em risco de entrar em contato com fluidos corporais);
- Bacia (Pág. 816);
- Pente (adaptado);
- Urinol ou comadre (adaptado);
- **Itens para higiene oral:** Escova de cerdas macias e creme dental não abrasivo com flúor ou dentifrício (Pág. 827).
- **Itens para arrumação do leito:** Lençol de baixo (simples ou com elástico), protetor impermeável e/ou de banho (opcional), toalha e desinfetante (Pág. 832).

- **COMUNICAÇÃO:** Explicar o procedimento e pedir sugestões ao paciente sobre como preparar os suprimentos. Em caso de banho parcial, perguntar quais partes do corpo o paciente deseja que sejam lavadas. **Justificativa:** Promove a cooperação e participação do paciente (Pág. 816). Informar ao paciente antes de tocar partes do corpo sensíveis ou privadas (Pág. 815).

- CONFORTO E SEGURANÇA:

- **Temperatura da água:** A água quente promove conforto, relaxa os músculos e evita o resfriamento desnecessário. Testar a temperatura evita queimaduras acidentais (Pág. 817).
- **Temperatura do ambiente:** Mantenha o quarto quente porque o paciente está parcialmente descoberto e se resfria parcialmente. A pele molhada provoca uma perda excessiva de calor por evaporação (Pág. 802).
- **Desligamento do ar condicionado:** Controle as correntes de ar e mantenha as janelas fechadas (Pág. 802).
- **Posição das grades laterais:** Abaixar a grade lateral do lado mais próximo a você e ajudar o paciente a ficar em decúbito dorsal de modo confortável, mantendo o alinhamento do corpo. **Justificativa:** Ajuda a enfermeira a alcançar o paciente sem esticar-se e a alcançar todo o leito, minimizando a sobrecarga sobre os músculos das costas. (Pág. 816).
- **Posição da cabeceira:** Elevar o leito a uma altura de trabalho confortável (Pág. 816). Manter o leito na altura de trabalho durante o banho evita sobrecarga às costas da enfermeira (Pág. 817). Elevar a cabeceira do leito a 30 a 45 graus, se permitido (Pág. 818).

- **Mudança de decúbito:** Para lavar as costas, ajudar o paciente a ficar em decúbito ventral ou lateral (quando aplicável). **Justificativa:** Expõe as costas e as nádegas para o banho, ao mesmo tempo em que limita a exposição (Pág. 821).

- ORDEM DO PROCEDIMENTO:

- **Sentido céfalo-podálico:** Lavar o rosto (Pág. 818). **OBS:** O procedimento da lavagem dos cabelos está descrito separadamente do banho no leito completo.
- **Sentido distal-proximal:** Lavar o braço com água e sabão usando passadas longas e firmes, de distal para proximal (dos dedos para a axila). **Justificativa:** O movimento de distal para proximal promove o retorno venoso (Pág. 818). Lavar utilizando passadas longas e firmes, do tornozelo ao joelho e do joelho até a coxa. **Justificativa:** Promove a circulação e o retorno venoso (Pág. 819).
- **Higiene Íntima Feminina:** Lavar os grandes lábios. Limpar na direção do períneo para o reto. **Justificativa:** Limpar da frente para a parte de trás reduz a chance de disseminar organismos fecais ao meato urinário (Pág. 820).
- **Higiene Íntima Masculina:** Lavar primeiramente o meato uretral da ponta do pênis. Usando movimentos circulares, limpar do meato para fora. **Justificativa:** A direção da limpeza vai da área menos à mais contaminada, impedindo a entrada de microrganismos na uretra (Pág. 821).

- PRIVACIDADE:

- **Uso de biombo ou lençóis:** Feche a porta e/ou puxe as cortinas ao redor da área de banho (Pág. 802).
- **Exposição de partes do corpo:** Mantenha o paciente coberto, expondo apenas a parte do corpo que está sendo lavada durante o banho (Pág. 802).

- LIMPEZA DO COLCHÃO E TROCA DOS LENÇÓIS: Geralmente, a equipe de enfermagem arruma o leito de manhã, após o banho do paciente. Troque a roupa de cama que estiver suja ou molhada. Coloque a roupa de cama suja em sacos especiais antes de colocá-la no cesto (Pág. 812). Reposicionar o colchão e retirar toda a umidade com um pano umedecido em solução antisséptica (Pág. 814).

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, _____ tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo: **Banho ao leito: Grau de Satisfação dos acompanhantes de pacientes internados em hospitais públicos do município de Arapiraca – Alagoas**, recebi do Prof. Me. José César de Oliveira Cerqueira e da Acadêmica Carlla Maria Cabral da Silva, do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas-*Campus* Arapiraca, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

1. O estudo se destina a identificar o grau de satisfação dos acompanhantes de pacientes da internação sobre o banho ao leito em hospitais públicos do município de Arapiraca – AL;
2. A importância deste estudo é contribuir para o levantamento de dados do grau de satisfação que os acompanhantes possuem de acordo com a observação ou o auxílio no banho ao leito, promover a reflexão dos profissionais que realizam este procedimento sobre a forma como o mesmo está sendo desenvolvido e contribuir para o ajuste do procedimento, se necessário, de forma que a técnica seja a mais semelhante possível da que está descrita na literatura.
3. Que os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: identificar o grau de satisfação dos acompanhantes com relação ao banho ao leito, analisar o perfil dos acompanhantes e caracterizar o banho no leito de acordo com os aspectos envolvidos: materiais, comunicação, conforto, segurança, ordem do procedimento, privacidade, limpeza do colchão e troca dos lençóis.
4. A coleta de dados começará em outubro de 2018 e terminará em dezembro de 2018;
5. Que o estudo será feito da seguinte maneira: Haverá perguntas que irei responder de acordo com o meu conhecimento e caso surja alguma dúvida ou não seja alfabetizado, poderei recorrer ao pesquisador e durante a entrevista as minhas falas só serão gravadas com o meu consentimento;
6. Que eu participarei da etapa da Coleta de Dados, fornecendo informações através de questionário;
7. Que os incômodos e os possíveis riscos à minha saúde física e/ou mental estão relacionados ao incômodo que poderei sentir durante a minha participação que são os de relatar experiências agradáveis ou não, relativas à minha vivência no hospital;
8. Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente são: contribuir para o levantamento de dados do grau de satisfação que os acompanhantes possuem de acordo com a observação ou o auxílio no banho ao leito, promover a reflexão dos profissionais que realizam este procedimento sobre a forma como o mesmo está sendo desenvolvido e contribuir para o ajuste do procedimento, se necessário, de forma que a técnica seja a mais semelhante possível da que está descrita na literatura;
9. Que deverei contar com a seguinte assistência: entrar em contato com os pesquisadores responsáveis para qualquer dúvida e informações que me forem necessárias para esclarecimentos sobre o estudo, sendo responsáveis por ela: José César de Oliveira Cerqueira (8299128-1095) e Carlla Maria Cabral da Silva (8299910-1003);

10. Que a minha participação será acompanhada do seguinte modo: Eu serei visitado (a) no hospital que estou, onde serei entrevistado(a), ficando a meu critério realizá-la no momento da visita ou marcando a data e horário para que a mesma aconteça;
11. Que, sempre que desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;
12. Que eu poderei, a qualquer momento, recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga nenhuma penalidade ou prejuízo;
13. Que as informações conseguidas através da minha participação no estudo não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto;
14. Que o estudo não acarretará nenhuma despesa para o participante da pesquisa;
15. Que eu serei indenizado por qualquer dano que venha a ter decorrente de minha participação neste estudo e, também, por quaisquer danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que para essas despesas, foi-me garantida a existência de recursos;
16. Que eu ficarei com uma cópia do termo de consentimento livre e esclarecido;
17. Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço do (a) participante-voluntário (a):

Domicílio: _____ Bloco, nº _____
 Complemento: _____ CEP: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____
 Telefone: (____) _____ / (____) _____
 Ponto de Referência: _____

Endereço da responsável principal pela pesquisa:

Instituição: Universidade Federal de Alagoas-UFAL
 Sr.(a): Carlla Maria Cabral da Silva
 Endereço: Rua Domingos Correia, 487, aptº 5
 Bairro: Centro Cidade: Arapiraca-AL
 CEP: 57300011
 Fone: (82) 99910-1003

Endereço do orientador responsável pela pesquisa:

Sr.(a): José César de Oliveira Cerqueira
 Endereço: Doutora Rosa Cabus, 176, Cond. Vc Stella Maris, aptº 905
 Bairro: Jatiúca Cidade: Maceió - AL
 CEP: 57060-010
 Fone: (82) 99128-1095

Endereço do Comitê de Ética:

Instituição: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas
Endereço: Prédio da Reitoria, sala do C.O.C, Campus A. C. Simões
Bairro: Cidade Universitária. Cidade: Maceió – AL.
Fone: (82) 3214-1041.

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas - Prédio da Reitoria, 1º Andar, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária. Telefone: (82) 3214-1041

Arapiraca, _____ de _____ de 20____

Assinatura do(a) voluntário(a)

Carlla Maria Cabral da Silva
Pesquisadora Principal

José César de Oliveira Cerqueira
Pesquisador Responsável

ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA 1

Sra. Regiluce dos Santos Silva
Diretora Geral do Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly



ESTADO DE ALAGOAS
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SESAU
 DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR DE URGÊNCIA-DAHU
 GERÊNCIA DO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DO AGRESTE



TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Regiluce dos Santos Silva (CPF: 517.010.734-04), diretora do Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly – Arapiraca-AL, AUTORIZO a realização da pesquisa intitulada “BANHO AO LEITO: GRAU DE SATISFAÇÃO DOS ACOMPANHANTES DE PACIENTE EM HOSPITAIS PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE ARAPIRACA-AL”, dos pesquisadores José César de Oliveira Cerqueira (CPF: 028.838.504-70) e Carla Maria Cabral da Silva (CPF: 051.974.894-80), da Universidade Federal de Alagoas - UFAL.

Declaro ainda, ter conhecimento do projeto de pesquisa, conhecer os objetivos e sua relevância para a comunidade científica, fazer cumprir as resoluções Éticas da Pesquisa Brasileiras, em especial a resolução CNS 466/12 e 510/16.

Esta autorização condiciona o início da pesquisa e coleta de dados após a apresentação do Parecer Favorável a execução da pesquisa emitida pelo sistema CEP/CONEP e a entrega de uma cópia do parecer a esta instituição.

Arapiraca – AL, 28 de março de 2018.

Regiluce dos Santos Silva

Regiluce dos Santos Silva
 Direção Geral

ANEXO C - CARTA DE ANUÊNCIA 2

Sr. José Ulisses Pereira

Diretor-médico do Hospital Regional do Agreste Nossa Senhora do Bom Conselho

ANEXO IV- CARTA DE ANUÊNCIA 2

Sr. José Ulisses Pereira

Diretor-Médico do Hospital Regional do Agreste Nossa Senhora do Bom Conselho

Vimos por meio desta, solicitar autorização institucional para realização do projeto de pesquisa intitulado "Banho ao leito: Grau de Satisfação dos acompanhantes de pacientes internados em hospitais públicos do município de Arapiraca - AL" coordenado pelo pesquisador Prof. Me. José César de Oliveira Cerqueira. O objetivo da pesquisa é "Identificar o grau de satisfação dos acompanhantes de pacientes da internação sobre o banho ao leito em hospitais públicos do município de Arapiraca - AL".

Ressaltamos que os dados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e serão utilizadas exclusivamente para os objetivos deste estudo.

Informamos também que o projeto só será iniciado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió, AL.

Arapiraca, 07 de 05 de 2018

Fátima Maria Cabral da Silva

Assinatura do pesquisador

☒ concordo com a solicitação () não concordo

José Ulisses Pereira

Assinatura do responsável pelo setor

Dr. José Ulisses Pereira da Silva
Superintendente Técnico
SRMSBC
Hospital Regional do Agreste Nossa Senhora do Bom Conselho