

Resposta emocional de pacientes cardiológicos críticos durante a higiene em cuidados intensivos: um estudo prospectivo e descritivo

Silvia Pérez-Ortega^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-6213-8238>

Elena Querol Vallés¹

 <https://orcid.org/0000-0002-7462-8250>

Judith Prats Barrera¹

 <https://orcid.org/0009-0004-5438-9266>

Montserrat Venturas Nieto^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0003-2733-2390>

Adelaida Zabalegui^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0003-1205-3997>

Destaques: **(1)** Compreender as emoções dos pacientes é essencial para um atendimento de qualidade na UTI. **(2)** O estudo fornece uma visão geral do que a maioria dos pacientes pensa sobre higiene. **(3)** O estudo permite aprofundar os aspectos mais íntimos dos cuidados prestados. **(4)** O estudo permite que os cuidados sejam adaptados às necessidades expressas.

Objetivo: analisar a resposta emocional de pacientes críticos conscientes durante a higiene diária em uma unidade de terapia intensiva cardíaca e compará-la considerando ou não as experiências prévias. **Método:** estudo prospectivo e descritivo. Foi aplicado questionário *ad hoc* de 30 itens a 148 pacientes, com base na higiene do primeiro dia. Foram feitas perguntas sobre sentimentos durante a higiene e aspectos positivos e negativos da experiência. Os pacientes foram comparados considerando o fato de terem sido higienizados anteriormente. **Resultados:** 67,6% eram homens e a idade média foi de 67±15 anos. 45,9% apresentavam conformismo, 27% se sentiram envergonhados e 86,3% estavam gratos por terem conversado com eles durante a higiene; 33,1% dos pacientes acamados nunca haviam recebido cuidados de higiene no leito, eram significativamente mais jovens e solteiros, e tinham um senso de limpeza mais baixo; 32% expressaram que gostariam que um membro da família ajudasse na higiene. **Conclusão:** os pacientes não se sentiram invadidos em sua intimidade quando receberam os cuidados de higiene e apreciaram a comunicação com o pessoal de saúde durante o procedimento. Os pacientes que não tinham recebido cuidados de higiene no leito anteriormente são mais jovens, sentem-se mais constrangidos e mais incomodados pelas interrupções, sendo mais conscientes delas.

Descritores: Higiene; Higiene da Pele; Cuidados Críticos; Enfermeiras e Enfermeiros; Emoções; Unidades de Cuidados Coronarianos.

¹ Hospital Clínic Barcelona, Barcelona, Espanha.

² University of Barcelona, Barcelona, Espanha.

Como citar este artigo

Perez-Ortega S, Querol E, Prats J, Venturas M, Zabalegui A. Emotional response of critically-ill cardiac patients during hygiene procedures in intensive care: a prospective and descriptive study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2023;31:e4032 [cited ____-____-____]. Available from: _____ <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6808.4032>

Introdução

As unidades de terapia intensiva cardíaca (UTIC) evoluíram nos últimos anos para unidades altamente complexas que não tratam apenas de pacientes com doença cardíaca isquêmica aguda. Os avanços médicos e tecnológicos (dispositivos de assistência ventricular, terapias de ressincronização, otimização de terapias farmacológicas, entre outros) abrem novas janelas terapêuticas para pacientes com insuficiência cardíaca aguda ou arritmias letais⁽¹⁻³⁾. Isso implica um aumento da sobrevivência desses pacientes e a cronificação de patologias que antes tinham um prognóstico sombrio. Por outro lado, o aumento do número de técnicas terapêuticas disponíveis, como o tratamento percutâneo de valvopatias ou cardiopatias estruturais, oferece opções terapêuticas para pacientes com alta comorbidade que, muitas vezes, requerem internação nessas unidades, seja no pós-operatório imediato ou em caso de complicações⁽²⁾.

Isso significa que, atualmente, os pacientes internados em uma UTIC são pacientes altamente complexos que, devido à sua condição crítica, exigem uma gama de cuidados de enfermagem que garanta não somente a sua segurança, mas também a qualidade da assistência recebida, incluindo tanto a qualidade técnica quanto a qualidade percebida do atendimento em todos os momentos. O objetivo de todos os prestadores de serviços de saúde é oferecer um atendimento centrado no paciente para melhorar a qualidade percebida do atendimento e obter melhores resultados de saúde⁽⁴⁻⁹⁾.

A higiene e o cuidado com a pele e as mucosas fazem parte das atividades diárias que os profissionais de enfermagem devem realizar, geralmente por dois profissionais, para ajudar esses pacientes a suprir seu déficit de autocuidado, o que pode gerar sentimentos de dependência e vulnerabilidade⁽¹⁰⁻¹³⁾.

Um dos direitos dos pacientes em unidades de terapia intensiva (UTI) é receber cuidados personalizados e respeitosos de médicos e enfermeiros⁽¹⁴⁾. Muitas vezes, atividades como a higiene à beira do leito podem ser realizadas rotineiramente pela equipe de enfermagem e produzir emoções negativas nos pacientes^(5,15-17). Na UTIC, alguns pacientes estão cientes de que a perda de autonomia na realização da higiene pode pressupor uma invasão de sua intimidade.

Vários estudos avaliam a ansiedade e a depressão em pacientes críticos, bem como os diferentes fatores de estresse que podem ocorrer nesses pacientes^(16,18). No entanto, há uma falta de questionários validados para quantificar aspectos específicos do cuidado de enfermagem, como os sentimentos gerados pela higiene diária. Os sentimentos e as necessidades dos pacientes

conscientes durante a higiene à beira do leito pela equipe de enfermagem são desconhecidos.

Nosso estudo levanta a hipótese de que, na UTI de tecnologia cada vez mais avançada, geralmente não é levado em consideração o estado emocional do paciente ao se prestar esses cuidados básicos. Conhecer a experiência do paciente permitirá estabelecer linhas de melhoria na atenção oferecida, especialmente na administração de cuidados tão sensíveis quanto necessários, não apenas para promover uma sensação de bem-estar, mas também para evitar a disseminação de infecções associadas à assistência à saúde.

O objetivo do estudo é analisar a resposta emocional de pacientes críticos conscientes durante a higiene diária em uma unidade de terapia intensiva cardíaca e compará-la considerando a existência ou não de experiências prévias.

Método

Desenho do estudo

Estudo prospectivo e descritivo realizado de acordo com o *checklist Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)⁽¹⁹⁾.

Local

Unidade de terapia intensiva cardíaca do Hospital Clínic de Barcelona, uma instituição de nível terciário de alta tecnologia.

Em nosso centro, a UTIC tem 16 leitos. A unidade foi totalmente reformada em 2015 e cada paciente tem um quarto individual, sem banheiro, com portas de vidro opacificantes que se abrem totalmente para o exterior.

O perfil dos pacientes tratados é muito diversificado. Alguns estão sedados, com ventilação mecânica, hemodinamicamente instáveis e com dispositivos invasivos de suporte circulatório, ao passo que outros estão conscientes o tempo todo e, embora mais estáveis, precisam de internação na UTIC devido ao alto risco de complicações letais.

Período

A coleta de dados começou em julho de 2021 entre todos os pacientes que atenderam consecutivamente aos critérios de inclusão e a nenhum de exclusão até o alcance do tamanho da amostra, em dezembro de 2021.

População

Foi realizada uma pesquisa anônima com pacientes internados na UTI de um hospital de alta tecnologia, 24 a

48 horas após a internação e depois que a higiene à beira do leito foi realizada. Os pacientes foram considerados para participação no estudo quando atenderam a todos os critérios de inclusão e a nenhum dos critérios de exclusão. A população do estudo correspondeu a todos os pacientes conscientes com mais de 18 anos de idade internados na UTI por pelo menos 48 horas, que estavam em repouso, tiveram a higiene à beira do leito realizada e concordaram em responder à pesquisa anônima. Foram excluídos os pacientes com comprometimento cognitivo ou incapazes de responder à pesquisa, aqueles com uma situação clínica que os impediu de responder à pesquisa nas primeiras 48 horas e aqueles admitidos na UTIC transferidos de outra unidade ou de outros hospitais, com uma permanência na origem de mais de 24 horas.

Definição da amostra

Durante 2018, 625 pacientes foram admitidos na UTIC, dos quais 386 estavam conscientes e, portanto, eram candidatos potenciais para responder à pesquisa. Ajustando para perdas de 10%, o cálculo da amostra resultante foi de 148 pacientes.

Variáveis de estudo

O objetivo do estudo é analisado por meio de um questionário *ad hoc*. Esse instrumento é baseado na higiene do primeiro dia.

Uma revisão da literatura não encontrou nenhum questionário que avaliasse diferentes aspectos da higiene em pacientes críticos; no entanto, foram identificados diferentes aspectos que influenciam a percepção da qualidade do atendimento e do bem-estar dos pacientes de UTI, a saber: comunicação com o paciente, intervenções humanizadas, participação da família nos cuidados de pacientes críticos, privação do sono e dor^(8,18,20-24). Com base nesses itens, foi desenvolvida uma pesquisa para avaliar as percepções e emoções dos pacientes em relação à higiene à beira do leito. Um teste inicial foi realizado com cinco indivíduos para garantir que as perguntas fossem claras, simples e compreensíveis para os usuários.

Nesse estudo inicial, 60% eram do sexo masculino e a idade média era de 70±14 anos. Sessenta por cento dos pacientes nunca haviam feito higiene à beira do leito. Desses pacientes, 66% relataram que se sentiram constrangidos enquanto estavam sendo higienizados e que perceberam muita ou bastante invasão de sua intimidade. As interrupções incomodaram 40% dos pacientes, um pouco ou muito. Em 80% dos casos, a higiene foi realizada por duas mulheres; no entanto, não perguntamos se isso era do agrado dos pacientes ou não. Um paciente afirmou

que gostou de ter permissão para lavar seus órgãos genitais sozinho. Apenas um em cada cinco pacientes disse que gostaria que um membro da família ajudasse na higiene.

O questionário inicial não refletia alguns aspectos relevantes para o estudo, como o fato de o paciente se sentir confortável com os profissionais durante a higiene ou algumas de suas preferências. Por esse motivo, desde a primeira versão do questionário até a versão final após o teste, foram ampliadas as perguntas sobre situações que ocorrem durante a higiene, como a comunicação entre os profissionais e o paciente; também foram acrescentadas preferências sobre o número e o sexo dos profissionais que colaboram na técnica, bem como sobre a higiene genital.

O questionário é composto por 30 itens [9 perguntas de múltipla escolha, 8 perguntas com pontuação de Likert (perguntas de estimativa), 12 perguntas binárias e uma pergunta aberta]. As perguntas se referem a como o paciente se sentiu quando a higiene foi realizada, como foi realizada, por quem, se correspondeu às suas preferências e se ele gostaria que um membro da família estivesse envolvido nesse cuidado. Por fim, é solicitada uma avaliação geral e é feito um comentário aberto.

Também são coletados os principais dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, parentes que coabitam), diagnóstico de admissão e número e duração das visitas familiares.

Coleta de dados

O questionário foi aplicado a pacientes conscientes 24 a 48 horas após a admissão na UTIC, depois que a higiene à beira do leito foi realizada.

Os questionários foram aplicados por um dos pesquisadores que não tinha contato direto com os pacientes, para evitar viés de conformidade.

Procedimento: seguindo o protocolo hospitalar e as recomendações de prevenção de infecção para pacientes críticos⁽¹¹⁾, desde o início de 2021 a higiene desses pacientes tem sido realizada nessa unidade com lenços umedecidos com clorexidina, esponja sem sabão para o rosto e, para os genitais, água e sabão ou lenços umedecidos com clorexidina, dependendo das necessidades do paciente. Os lenços são mantidos a uma temperatura de 45°C usando um aquecedor fornecido pela empresa.

Tratamento e análise dos dados

As variáveis quantitativas são expressas como média ± desvio padrão (DP) ou como mediana e intervalo interquartil (Q1-Q3) se não seguirem os critérios de

normalidade. Elas são comparadas usando o teste t de Student ou o teste U de Mann-Whitney. As variáveis qualitativas são expressas em porcentagens e analisadas com o teste do qui-quadrado. Os participantes são analisados de acordo com o fato de ser ou não a primeira vez que foram higienizados à beira do leito, comparando esses dois subgrupos. O Grupo A incluiu aqueles que já haviam sido higienizados alguma vez à beira do leito, e o Grupo B incluiu aqueles que nunca haviam sido higienizados no leito. A significância foi considerada quando $p < 0,05$. A análise estatística foi realizada no software IBM SPSS v23.

Aspectos éticos

Os participantes foram informados sobre o estudo, foram fornecidas informações por escrito e foi solicitado

o consentimento informado. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Medicamentos do Centro (HCB/2021/0552).

Resultados

Dos 148 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão e a nenhum dos critérios de exclusão, todos concordaram em participar do estudo. A idade média foi de 67 ± 15 anos e 67,6% eram do sexo masculino; 58,5% dos pacientes eram casados ou viviam em união estável. Os pacientes viviam com uma média de $2,31 \pm 0,9$ membros da família e 74,7% dos pacientes tinham visitas no momento da admissão. O principal diagnóstico de admissão foi Síndrome Coronariana Aguda (SCA) com ou sem elevação do segmento ST. A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes do estudo.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes (n=148). Barcelona, Espanha, 2021

Variáveis	
Idade (DP)	67±15
Sexo (mulheres) n (%)	48 (32,4)
Estado civil n (%)	
Casada/o	74 (50,3)
União estável	12 (8,2)
Divorciada/o	16 (10,9)
Solteira/o	24 (16,3)
Viúva/o	21 (14,3)
Pessoas com quem convive (incluído o paciente) (DP)	2,31±0,9
Visitas na admissão n (%)	109 (74,4)
Quantidade de visitas na admissão (DP)	1,34±0,71
Diagnóstico n (%)	
IAMEST [†]	32 (21,6)
IAMSEST [‡]	35 (23,6)
ICA [§]	5 (3,4)
TAVI	15 (10,1)
Mitraclip	5 (3,4)
BAVc [¶]	11 (7,4)
Derrame pericárdico	4 (2,7)
Tempestade arritmica	6 (4,1)
Outros	35 (23,6)

[†]DP = Desvio Padrão; [†]IAMEST = Infarto Agudo de Miocárdio com Elevação de Segmento ST; [‡]IAMSEST = Infarto Agudo de Miocárdio sem Elevação de Segmento ST; [§]ICA = Insuficiência Cardíaca Aguda; ^{||}TAVI = Implante de Válvula Aórtica por Cateter; [¶]BAVc = Bloqueio Atrioventricular Completo

Dentre os pacientes, 66,9% já haviam sido submetidos à higiene no leito em hospitalizações anteriores. Foi significativo ($p < 0,005$) o fato de que os pacientes que nunca tinham sido higienizados eram mais jovens: 54 ± 14 vs. 73 ± 11 anos.

A maioria dos pacientes eram casados ou viviam em união estável. Foi significativo o fato de que, entre os pacientes que nunca tinham sido higienizados no leito, havia mais pacientes solteiros: 9,1% vs. 31.

Os pacientes que nunca tinham sido higienizados no leito (Grupo B) ficaram significativamente mais

constrangidos. Por outro lado, aqueles que já haviam passado pelo procedimento de higiene (Grupo A) foram mais complacentes (Tabela 2).

Quarenta por cento dos pacientes do Grupo B sentiram que sua intimidade foi invadida bastante ou bastante e significativamente, em comparação com 3% dos pacientes do Grupo A.

Em ambos os grupos, a higiene foi realizada por uma média de aproximadamente dois profissionais; entretanto, um em cada quatro membros do Grupo B teria preferido um número menor de profissionais.

Tabela 2 - Aspectos comportamentais: diferenças considerando experiências anteriores de higiene no leito. Barcelona, Espanha, 2021

Aspectos comportamentais	TOTAL (n=148)	Grupo A Pacientes com experiência anterior de higiene no leito (n=99)	Grupo B Pacientes sem experiência anterior de higiene no leito (n=49)	p*
O que você sentiu quando lhe disseram que seria higienizado no leito? n (%)				
Vergonha	40 (27)	10 (10,1)	30 (61,2)	<0,05
Alívio	23 (15,5)	17 (17,2)	6 (12,2)	
Conformismo	68 (45,9)	55 (55,6)	13 (26,5)	
Outros	17 (11,5)	17 (17,2)	0	
Sentiu que invadiam a sua intimidade? n (%)				
Absolutamente não	86 (58,1)	75 (75,8)	11 (22,4)	<0,05
Um pouco	39 (26,4)	21 (21,2)	18 (36,7)	
Bastante	12 (8,1)	2 (2)	10 (20,4)	
Muito	11 (7,4)	1 (1)	10 (20,4)	
Quantas pessoas o higienizaram? (DP [†])	1,96±0,2	1,97±0,17	1,94±0,24	NS [‡]
Quantas pessoas você teria preferido? n (%)				
A mesma quantidade	134 (90,5)	97 (98)	37 (75,5)	<0,05
Menos	14 (9,5)	2 (2)	12 (24,5)	
Você achou agradável que conversassem com você durante a higiene?				
n (%) SIM	119 (82,6)	83 (87,4)	36 (73,5)	0,037
Achou agradável que contassem histórias a você durante a higiene?				
n (%) SIM	107 (74,3)	75 (78,9)	32 (65,3)	NS [‡]
Considerou agradável o profissionalismo?				
n (%) SIM	110 (76,9)	76 (80,9)	34 (69,4)	NS [‡]
Achou agradável a sensação de limpeza?				
n (%) SIM	96 (66,7)	69 (72,6)	27 (55,1)	0,028
Como o higienizaram? n (%)				
Lenços umedecidos com clorexidina	140 (95,9)	94 (96,9)	46(93,9)	NS [‡]
Água e sabão	6 (4,1)	3 (3,1)	3 (6,1)	
Permitiram que você higienizasse os seus genitais?				
n (%)	85 (61,6)	44 (49,4)	41 (83,7)	<0,05
Se a resposta foi NÃO: Você teria preferido higienizar os genitais por conta própria? n (%) (n=49)				
Absolutamente não	22 (44,9)	22 (53,7)	0	0,036
Um pouco	11 (22,4)	8 (19,5)	3 (37,5)	
Bastante	11 (22,4)	7 (17,1)	4 (50)	
Muito	5 (10,2)	4 (9,8)	1 (12,5)	

p* = Nível de significância; teste de qui-quadrado (valores de p<0,05 foram considerados significativos);[†] DP = Desvio Padrão; Teste t de Student; [‡]NS = Não significativo

Mais de 70% dos pacientes acharam agradável que o profissional de saúde conversasse com eles, contasse histórias e tivesse profissionalismo ao realizar a higiene. Entretanto, aqueles que já fizeram uma higiene anterior enfatizaram mais esse aspecto.

Os pacientes do Grupo A avaliaram a sensação de limpeza de forma significativamente mais positiva do que os pacientes do Grupo B.

Foi oferecido aos pacientes do Grupo B, com frequência significativamente maior, que eles próprios higienizassem seus órgãos genitais; ademais, nesse grupo todos os pacientes preferiram realizar essa tarefa sozinhos.

A Tabela 3 mostra aspectos técnicos da higiene, como interrupções, que foram significativamente maiores no Grupo B, destacando-se que a porta foi aberta mais vezes durante a higiene. As interrupções incomodaram levemente 83% dos pacientes do Grupo B, em comparação com 24% dos pacientes do Grupo A. Além disso, 76% do Grupo B ficaram um pouco incomodados com a abertura da porta, em comparação com 32% do Grupo A.

Na maioria das vezes, os pacientes não sentiram dor durante a higiene; tampouco sentiram calor ou frio durante o processo de higienização.

Tabela 3 - Aspectos técnicos da higiene: diferenças em função de experiências prévias de higiene no leito. Barcelona, Espanha, 2021

Aspectos técnicos da higiene	TOTAL (n=148)	Grupo A Pacientes com experiência anterior de higiene no leito (n=99)	Grupo B Pacientes sem experiência anterior de higiene no leito (n=49)	p*
Houve alguma interrupção durante a higiene?				
n (%) SIM	41 (27,7)	22 (22,2)	19 (38,8)	0,028
Você se sentiu incomodado com as interrupções? n (%) (n=39)				
Absolutamente não	19 (48,7)	16 (76,2)	3 (16,7)	0,002
Um pouco	12 (30,8)	4 (19)	8 (44,4)	
Bastante	6 (15,4)	1 (4,8)	5 (27,8)	
Muito	2 (5,1)	0	2 (11,1)	
A porta foi mantida fechada?				
n (%) SIM	98 (66,2)	73 (73,7)	25 (51)	0,005
Você se sentiu incomodado com a porta sendo aberta? n (%) (n=46)				
Absolutamente não	22 (47,8)	17 (68)	5 (23,8)	0,005
Um pouco	14 (30,4)	7 (28)	7 (33,3)	
Bastante	8 (17,4)	1 (4)	7 (33,3)	
Muito	2 (4,3)	0	2 (9,5)	
Você sentiu dor? n (%)				
Absolutamente não	123 (83,7)	87 (87,9)	36 (75)	NS†
Um pouco	19 (12,9)	11 (11,1)	8 (16,7)	
Bastante	4 (2,7)	1(1)	3 (6,3)	
Muito	1 (0,7)	0	1 (2,1)	
Você sentiu frio ou calor? n (%)				
Estive bem	101 (69,2)	69 (71,1)	32 (65,3)	NS†
Um pouco de frio	41 (28,1)	24 (24,7)	17 (34,7)	
Muito frio	4 (2,7)	4 (4,1)	0	
Turno de higiene n (%)				
Manhã	90 (60,8)	57 (57,6)	33 (67,3)	NS†
Noite	56 (37,8)	41 (41,4)	15 (30,6)	
Tarde	2 (1,4)	1 (1)	1 (2)	
Turno de preferência para a higiene n (%)				
Manhã	119 (80,4)	79 (79,8)	40 (81,6)	NS†
Noite	28 (18,9)	20 (20,2)	8 (16,3)	
Tarde	1 (0,7)	0	1 (2)	
Você foi acordado para ser higienizado?				NS†
n (%) SIM	48 (32,9)	35 (35,7)	13 (27,1)	NS†
Você fez algum exame/intervenção nas 3 horas seguintes?				
n (%) SIM	42 (29,2)	30 (30,9)	12 (25,5)	NS†

p* = Nível de significância; teste de qui-quadrado (valores de p <0,05 foram considerados significativos);†NS = Não significativo

Dos procedimentos de higiene realizados na UTIC de estudo, 38% ocorreram no turno da noite, embora geralmente ocorram das 6 às 8 horas da manhã, e 87,5% dos pacientes deviam realizar um exame ou intervenção cirúrgica nas 3 horas seguintes.

A higiene é realizada 67% das vezes por duas mulheres e 32% por um homem e uma mulher. Não foram encontradas diferenças entre os dois grupos. A Tabela 4 mostra as diferenças entre os dois grupos com relação ao sexo dos profissionais que realizam a higiene e as preferências do paciente.

Tabela 4 - Sexo dos profissionais envolvidos na realização da higiene e preferências: diferenças de acordo com a experiência prévia de higiene no leito. Barcelona, Espanha, 2021

Sexo dos profissionais envolvidos na realização da higiene e preferências	TOTAL (n=148)	Grupo A Pacientes com experiência anterior de higiene no leito (n=99)	Grupo B Pacientes sem experiência anterior de higiene no leito (n=49)	p*
Que funcionários o higienizaram, por sexo? n (%)				
Mulher	99 (66,9)	63 (63,6)	36 (73,5)	
Mulher/Homem	48 (32,4)	36 (36,4)	12 (24,5)	NS†
Homem	1 (0,7)	0	1(2)	
Que equipe você teria preferido, por sexo biológico? n (%)				
Mulher	110 (74,3)	73 (73,7)	37 (75,5)	
Mulher/Homem	31 (20,9)	21 (21,2)	10 (20,4)	NS†
Homem	7 (4,7)	5 (5,1)	2 (4,1)	
Você preferiria que um familiar realizasse ou colaborasse na higiene?				NS†
n (%) SIM	47 (32)	34 (34,7)	13 (26,5)	
Se a resposta foi SIM: Qual é o vínculo familiar? n (%) (N=48)				
Esposa	22 (45,8)	19 (55,9)	3 (21,4)	
Companheiro/a	4 (8,3)	1 (2,9)	3 (21,4)	
Filha	15 (31,3)	14 (41,2)	1 (7,1)	<0,05
Mãe	6 (12,5)	0	6 (42,9)	
Outros	1 (2,1)	0	1 (7,1)	

p* = Nível de significância; teste de qui-quadrado (valores de p <0,05 foram considerados significativos); †NS = Não significativo

Dentre os pacientes, 32% prefeririam que um membro da família realizasse ou ajudasse na higiene, sem diferenças entre os grupos. Além do mais, 5% dos pacientes responderam na pergunta aberta que preferiam ser limpos com água e sabão em vez de lenços de clorexidina.

Discussão

Os cuidados de saúde devem ser individualizados e centrados no paciente; portanto, os estudos com foco na experiência do paciente estão se tornando cada vez mais relevantes^(4-5,9). Não há muitas evidências sobre a experiência dos cuidados de enfermagem na UTI, e elas se limitam principalmente a estudos qualitativos^(13,25).

Como nem tudo pode ser individualizado, considerando a influência de fatores como a organização, a equipe ou a infraestrutura da UTI, é necessário saber o que os pacientes pensam, a fim de adaptar as unidades para beneficiar um número maior de pacientes.

A maioria dos pacientes conscientes que se submetem à higiene no leito pela primeira vez fica constrangida e 40% sentem uma grande ou muita invasão de sua intimidade.

Eles também ficam mais incomodados com a abertura de portas ou interrupções. No entanto, em internações posteriores, os pacientes não sentem mais que a higiene à beira do leito é uma invasão de sua intimidade: eles

são mais complacentes com essa técnica, consideram mais agradável o contato com a equipe de enfermagem (enquanto conversam durante a higiene) ou seu profissionalismo, e apreciam mais a sensação de limpeza.

Os pacientes que nunca foram higienizados no leito geralmente são mais jovens e muitos são solteiros, o que pode aumentar seu constrangimento.

A higiene é realizada em 67% dos casos por duas mulheres e em 32% por um homem e uma mulher. Essa proporção é compatível com o sexo dos profissionais de saúde da unidade.

As interrupções na UTI são frequentes; estima-se que haja uma interrupção a cada 3 minutos, a maioria relacionada ao trabalho ou aos pacientes^(3,26). Os resultados de nosso estudo mostram que houve um número significativamente maior de interrupções e que a porta foi aberta com mais frequência durante a higienização dos pacientes do Grupo B. Isso parece estranho e pode ser devido ao fato de que esses pacientes estavam mais conscientes dessas interrupções, tornando-as portanto mais incômodas.

Apesar da recomendação de incentivar o repouso noturno e de não realizar procedimentos de higiene durante a noite, um terço desses pacientes é higienizado durante esse turno, embora geralmente a higienização seja realizada das 6 às 8 horas da manhã, seguindo o sistema organizacional do hospital. Desses pacientes,

12,5% foram acordados para essa técnica, sendo que não deviam realizar nenhum exame ou intervenção⁽²⁴⁾. Devemos continuar trabalhando nessa direção para incentivar os pacientes a descansar sempre que possível.

O principal fator de estresse para os pacientes da UTI é a dor^(8,18,27). É importante observar que os pacientes estudados classificaram a higiene como não dolorosa.

O fato de que, de acordo com a literatura⁽¹⁸⁾, a separação da família é um dos fatores mais estressantes na UTI, contrasta com os achados deste estudo, que encontrou uma pequena porcentagem de pacientes que preferiam a participação da família em seus cuidados. Os pacientes estudados estavam conscientes e, em sua maioria, estáveis no momento da pesquisa, que também ocorreu dentro de 24 a 48 horas após a admissão, fato que poderia influenciar a falta de vontade de que os familiares fossem envolvidos nos cuidados da UTI.

A participação da família pode melhorar os resultados psicossociais, emocionais e físicos de pacientes críticos e atenuar o risco de morbidade psicológica relacionada à sua experiência na UTI⁽²²⁻²³⁾. Portanto, seria necessário desenvolver estudos com pacientes que permanecem internados na UTI por longos períodos de tempo, já que internações mais longas levam a mais experiências negativas^(15,18), bem como analisar a opinião da família em relação à sua participação no cuidado colaborativo.

Os pacientes cardiológicos são pacientes crônicos que frequentemente são readmitidos por descompensação ou piora ao longo de suas vidas. Como profissionais de saúde, é gratificante pensar que, nas internações subsequentes, os pacientes consideram mais agradável o fato de ser higienizados e gostam mais da companhia dos profissionais de saúde.

Um estudo qualitativo realizado em 2008 avaliou a percepção dos pacientes sobre a higiene na UTI, encontrando sentimentos negativos como falta de respeito e insensibilidade por parte dos profissionais⁽¹³⁾. Em nosso estudo, a percepção dos pacientes foi majoritariamente positiva, destacando que eles consideraram agradáveis o contato e a comunicação com a equipe de enfermagem. Possivelmente, nos últimos anos melhoramos nossa atenção aos pacientes colocando-os no centro do cuidado, e isso favorece uma melhor percepção de sua permanência na UTI⁽²¹⁾.

Conversar com os pacientes enquanto eles estão sendo higienizados pode ajudar a minimizar o estresse na UTI^(5,20). De acordo com um estudo que avaliou a percepção do banho com lenços de clorexidina, essa prática é rejeitada por 16% dos pacientes. Em nosso estudo, apenas 5% disseram preferir o banho com água e sabão, talvez porque o benefício esperado das práticas diárias de prevenção de infecções seja explicado aos pacientes⁽²⁵⁾.

O estudo foi realizado com restrições de visitas devido à pandemia da COVID-19, limitadas a uma hora pela manhã e uma hora à tarde e sem permissão de troca de familiares, o que impediu tempo amplo de visitas. Esse fato, juntamente com a pesquisa ter sido realizada nos dois primeiros dias de internação, pode ter influenciado a falta de vontade dos pacientes em permitir que seus familiares participassem de seus próprios cuidados na UTI.

Os dados de 2018 foram usados para calcular a amostra, pois, devido a problemas organizacionais, havia mais pacientes sedados e intubados em 2019, o que não era representativo da tendência na unidade. Os dados de 2020 também foram descartados para o cálculo da amostra, pois foram alterados como resultado da pandemia de COVID-19.

Como limitações do estudo, o questionário não foi validado por meio da análise de suas propriedades psicométricas (confiabilidade, validade, etc.), e o teste inicial foi realizado apenas com cinco indivíduos, portanto, pode ter algum viés de processamento. O desenho do estudo não levou em conta o gênero e os pacientes foram classificados de acordo com seu sexo biológico.

Conclusão

Este estudo conclui que, em geral, os pacientes não sentem invasão de sua intimidade durante a higienização no leito e que apreciam a comunicação fluida com a equipe de saúde durante o procedimento.

Os pacientes que são admitidos na UTIC pela primeira vez e que não foram higienizados no leito anteriormente são mais jovens, se sentem mais constrangidos perante os profissionais de saúde e mais incomodados com interrupções, sendo mais conscientes delas.

Como responsáveis pela higiene de pacientes em estado crítico, os enfermeiros devem se esforçar para manter a intimidade durante a execução da técnica e minimizar as interrupções que possam causar desconforto ao paciente.

Os pacientes apreciam e aceitam de bom grado a proposta de higienizarem eles mesmos os seus órgãos genitais. Precisamos sensibilizar os profissionais quanto à importância de envolvê-los ativamente durante o procedimento, convidando sistematicamente os pacientes a higienizarem eles mesmos as áreas que puderem (inclusive os órgãos genitais), sempre que possível.

Uma porcentagem de pacientes apreciaria o envolvimento de um membro da família no momento da higiene. São necessários estudos futuros para avaliar a disposição dos familiares em participar mais ativamente dos cuidados.

Referências

- Jorge P, Ariza-Solé A. Cardiopatía isquémica y cuidados críticos cardiológicos: un binomio indisoluble. *Rev Esp Cardiol*. 2021;74(11):1002. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.07.002>
- Ferrer M, García-García C, El Ouaddi N, Rueda F, Serra J, Oliveras T, et al. Transitioning from a coronary to a critical cardiovascular care unit: trends over the past three decades. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2021;10(4):437-44. <https://doi.org/10.1177/2048872620936038>
- Sasangohar F, Donmez B, Easty A, Storey H, Trbovich P. Interruptions experienced by cardiovascular intensive care unit nurses: an observational study. *J Crit Care*. 2014;29(5):848-53. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.05.007>
- Kang J, Lee M, Cho YS, Jeong JH, Choi SA, Hong J. The relationship between person-centred care and the intensive care unit experience of critically ill patients: A multicentre cross-sectional survey. *Aust Crit Care*. 2022;35(6):623-9. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.10.010>
- Hong J, Kang J. Development and validation of a patient version of person-centered critical care nursing questionnaire: a methodological study. *SAGE Open*. 2020;10(2):215824402092442. <https://doi.org/10.1177/2158244020924423>
- Calviño-Günther S, Vallod Y. Patient care: From body to mind. In: Boulanger C, McWilliams D, editors. *Passport to Successful ICU Discharge*. Cham: Springer International Publishing; 2020. p. 29-42.
- Tsogbadrakh B, Kunaviktikul W, Akkadechanunt T, Wichai khum OA, Turale S. Nurse and patient perceptions of quality nursing care in Mongolian public hospitals. *PRIJNR* [Internet]. 2020 [cited 2023 Mar 18];24(4):514-26. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/237091>
- Diğın F, Kızılıcık Özkan Z, Kalaycı E. Intensive care experiences of postoperative patients. *J Patient Exp*. 2022;9:23743735221092490. <https://doi.org/10.1177/23743735221092489>
- Youn H, Lee M, Jang SJ. Person-centred care among intensive care unit nurses: A cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2022;73(103293):103293. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103293>
- Toledo LV, Sampaio NV, Salgado PO, Brinati LM, Domingos CS, Souza CC, et al. Déficit no autocuidado para banho: caracterização do diagnóstico de enfermagem em pacientes críticos. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2020;(43):e3284. <https://doi.org/10.25248/reas.e3284.2020>
- Díaz E, Turégano C. Daily skin antisepsis and hygiene in the critically ill patient. *Med Intensiva*. 2019;43(Suppl 1):13-7. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.09.010>
- Pérez-Ortega S, Durán VH, Gracia SV, Ferri EF, Casal-Rodríguez J, Venturas-Nieto M, et al. Impacto hemodinámico de la higiene en el paciente crítico cardiovascular. *Enferm Cardiol* [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 18]. Available from: https://enfermeriaencardiologia.com/media/acfupload/627258790ab95_ART-2-82AO02.pdf
- Nakatani AYK, Souza ACS, Gomes IV, Sousa MM. O banho no leito em unidade de terapia intensiva: uma visão de quem recebe. *Cien Cuid Saúde* [Internet]. 2004 [cited 2023 Mar 18];3(1):13-22. Available from: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5511>
- Estacio Almeida EV, Zambrano Zambrano KJ, Bravo Bravo KG, Rosales Cevallos AE. Bioética y aspectos médico-legales en la Unidad de Cuidados Intensivos. Anál comport las líneas crédito través corp financ nac su aporte al desarro las PYMES Guayaquil 2011-2015. *Recimundo* [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 18];3(3):952-69. Available from: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/556>
- Bani Hani DA, Alshraideh JA, Alshraideh B. Patients' experiences in the intensive care unit in Jordan: A cross-sectional study. *Nurs Forum*. 2022;57(1):49-55. <https://doi.org/10.1111/nuf.12650>
- Zengin N, Ören B, Üstündag H. The relationship between stressors and intensive care unit experiences. *Nurs Crit Care*. 2020;25(2):109-16. <https://doi.org/10.1111/nicc.12465>
- Veje PL, Chen M, Jensen CS, Sørensen J, Primdahl J. Bed bath with soap and water or disposable wet wipes: Patients' experiences and preferences. *J Clin Nurs*. 2019;28(11-12):2235-44. <https://doi.org/10.1111/jocn.14825>
- Gil B, Ballester R, Gómez S, Abizanda R. Psychological distress in patients admitted in an Intensive Care Unit. *Rev Psicopatol Psicol Clín* [Internet]. 2014 [cited 2023 Mar 18];18(2):129. Available from: <https://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/12769>
- von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *Ann Intern Med*. 2007;147(8):573. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010>
- Uhel S, Robin V, Fely L, Vaux M, Allix-Beguec C, Briatte I. The effect of therapeutic communication when washing patients. *Soins*. 2020;65(845):10-3. [https://doi.org/10.1016/S0038-0814\(20\)30075-X](https://doi.org/10.1016/S0038-0814(20)30075-X)
- Guijarro PG, Amezcua M. Intervenciones de enfermería humanizadoras en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Ética de los Cuidados* [Internet]. 2018 [cited 2023 Mar 18];11. Available from: <http://ciberindex.com/c/et/e11934>

22. Wong P, Redley B, Digby R, Correya A, Bucknall T. Families' perspectives of participation in patient care in an adult intensive care unit: A qualitative study. *Aust Crit Care*. 2020;33(4):317-25. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.06.002>
23. Heydari A, Sharifi M, Moghaddam AB. Family participation in the care of older adult patients admitted to the intensive care unit: A scoping review. *Geriatr Nurs*. 2020;41(4):474-84. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.01.020>
24. Grimm J. Sleep deprivation in the intensive care patient. *Crit Care Nurse*. 2020;40(2):e16-24. <https://doi.org/10.4037/ccn2020939>
25. Caya T, Knobloch MJ, Musuuza J, Wilhelmson E, Safdar N. Patient perceptions of chlorhexidine bathing: A pilot study using the health belief model. *Am J Infect Control*. 2019;47(1):18-22. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.07.010>
26. Santomauro C, Powell M, Davis C, Liu D, Aitken LM, Sanderson P. Interruptions to intensive care nurses and clinical errors and procedural failures: A controlled study of causal connection: A controlled study of causal connection. *J Patient Saf*. 2021;17(8):e1433-40. <https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000528>
27. Edeer AD, Bilik Ö, Kankaya EA. Thoracic and cardiovascular surgery patients: Intensive care unit experiences. *Nurs Crit Care*. 2020;25(4):206-13. <https://doi.org/10.1111/nicc.12484>

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Silvia Pérez-Ortega, Elena Querol Vallés, Judith Prats Barrera, Montserrat Venturas Nieto, Adelaida Zabalegui. **Obtenção de dados:** Silvia Pérez-Ortega. **Análise e interpretação dos dados:** Silvia Pérez-Ortega, Elena Querol Vallés, Judith Prats Barrera, Montserrat Venturas Nieto, Adelaida Zabalegui. **Análise estatística:** Silvia Pérez-Ortega. **Redação do manuscrito:** Silvia Pérez-Ortega, Elena Querol Vallés, Judith Prats Barrera, Montserrat Venturas Nieto, Adelaida Zabalegui. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Silvia Pérez-Ortega, Elena Querol Vallés, Judith Prats Barrera, Montserrat Venturas Nieto, Adelaida Zabalegui.

Recebido: 20.04.2023

Aceito: 27.07.2023

Editor Associado:
César Calvo-Lobo

Autor correspondente:

Silvia Pérez-Ortega

E-mail: sperezo@clinic.cat

 <https://orcid.org/0000-0002-6213-8238>

Copyright © 2023 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.