

Práticas seguras para banho no leito na unidade de terapia intensiva: validação de um *checklist*

Safe practices for bed bathing in the intensive care unit: validation of a checklist

Prácticas seguras para baño en el lecho en la unidad de cuidados intensivos: validación de un checklist

Juliana Cristina Silva¹

ORCID: 0000-0001-8838-7614

Márcia Marques dos Santos Felix¹

ORCID: 0000-0001-8431-6712

Rosa Helena Aparecida Gonçalves¹

ORCID: 0000-0002-9435-8585

Isadora Braga Calegari¹

ORCID: 0000-0003-0724-8124

Maria Beatriz Guimarães Raponi¹

ORCID: 0000-0003-4487-9232

Maria Helena Barbosa¹

ORCID: 0000-0003-2749-2802

¹ Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

² Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

Como citar este artigo:

Silva CS, Felix MMS, Gonçalves RHA, Calegari IB, Raponi MBG, Barbosa MH. Safe practices for bed bathing in the intensive care unit: validation of a checklist. Rev Bras Enferm. 2024;77(1):e20230135. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0135pt>

Autor Correspondente:

Maria Helena Barbosa

E-mail: mhelena331@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Ana Fátima Fernandes

Submissão: 17-05-2023

Aprovação: 18-09-2023

RESUMO

Objetivo: Validar uma lista de verificação para o banho seguro em pacientes críticos. **Métodos:** Estudo metodológico e quantitativo. Elaborou-se uma lista de verificação para banho seguro no paciente crítico composta por 41 itens, que foi submetida ao processo de validação aparente e de conteúdo, avaliada por 11 juízes, e confiabilidade interobservadores. Para a análise de confiabilidade, o instrumento foi aplicado em 54 procedimentos de banho no leito em UTI; utilizaram-se os testes de Kappa e ICC. **Resultados:** Na validação aparente e de conteúdo, foram realizados ajustes conforme sugestões dos juízes. Os valores de Kappa variaram de moderado a quase perfeito (0,462 a 0,962); e, em alguns itens, houve 100% de concordância; a confiabilidade do instrumento foi excelente (ICC = 0,962). **Conclusão:** O instrumento demonstrou-se confiável e de fácil aplicação. Sua utilização contribuirá para o banho no leito seguro e subsidiará intervenções que visem aumentar a qualidade assistencial. **Descritores:** Banho; Lista de Verificação; Unidade de Terapia Intensiva; Paciente Acamado; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Objective: To validate a checklist for safe bathing in critically ill patients. **Methods:** This is a methodological and quantitative study. Researchers developed a checklist for safe bathing in critically ill patients consisting of 41 items, which were submitted to the apparent and content validation process, evaluated by eleven judges, and interobserver reliability. For reliability analysis, the instrument was applied in 54 bed bath procedures in the ICU; Kappa and CHF tests were used. **Results:** In the apparent and content validation, adjustments were made according to the judges' suggestions. Kappa values ranged from moderate to almost perfect (0.462 to 0.962), and, in some items, there was 100% agreement; the reliability of the instrument was excellent (ICC = 0.962). **Conclusion:** The instrument proved to be dependable and easy to apply. Its use will contribute to safe bed bathing and subsidize interventions aimed at increasing the quality of care.

Descriptors: Bath; Checklist; Intensive Care Unit; Bedridden Persons; Patient Safety.

RESUMEN

Objetivo: Validar lista de verificación para el baño seguro en pacientes críticos. **Métodos:** Estudio metodológico y cuantitativo. Se elaboró una lista de verificación para baño seguro en paciente crítico compuesta por 41 ítems, que fue sometida al proceso de validación aparente y de contenido, evaluada por 11 jueces, y confiabilidad interobservadores. Para el análisis de confiabilidad, el instrumento fue aplicado en 54 procedimientos de baño en el lecho en UTI; utilizados las pruebas de Kappa e ICC. **Resultados:** En la validación aparente y de contenido, fueron realizados ajustes conforme sugerencias de los jueces. Los valores de Kappa variaron de moderado a casi perfecto (0,462 a 0,962); y, en algunos ítems, hubo 100% de concordancia; la confiabilidad del instrumento fue excelente (ICC = 0,962). **Conclusión:** El instrumento se demostró confiable y de fácil aplicación. Su utilización contribuirá para el baño en el lecho seguro y subsidiará intervenciones que objetiven aumentar la calidad asistencial. **Descriptorios:** Baños; Lista de Verificación; Unidad de Terapia Intensiva; Paciente Encamado; Seguridad del Paciente.

INTRODUÇÃO

Os avanços científicos e tecnológicos na saúde têm trazido novas possibilidades de tratamento, cura e prevenção; e a complexidade cada vez maior dos procedimentos tem despertado nos pesquisadores o interesse, principalmente, em estudos com foco na segurança e qualidade do cuidado.

Sabe-se que, durante a internação, devido à complexidade dos serviços hospitalares, os pacientes tornam-se mais expostos aos riscos e conseqüentemente mais vulneráveis aos danos, o que pode impactar diretamente sua recuperação. Dessa perspectiva, a segurança do paciente deve estar presente em todas as intervenções realizadas durante a internação, visando à resolução dos problemas para a rápida recuperação da saúde e redução dos índices de incidentes evitáveis de segurança do paciente⁽¹⁾. Embora alguns procedimentos, incorporados à rotina de cuidados do enfermeiro, como o banho no leito, sejam considerados simples em pacientes estáveis, podem tornar-se complexos no contexto de pacientes críticos⁽²⁻³⁾.

Conforme a Resolução nº 2.271/2020, que regulamenta os critérios para funcionamento de unidades de terapia intensiva (UTI) e unidades de cuidados intermediários (UCI) no Brasil, “paciente crítico” é definido por paciente que apresenta uma ou múltiplas falências agudas de órgãos vitais ou tem risco de desenvolvê-las, com caráter de ameaça imediata à vida e necessidade de suporte de alta complexidade⁽⁴⁾. Pacientes críticos internados — sobretudo em UTI, com longa permanência e uso de antimicrobianos de amplo espectro — apresentam alto risco de colonização da pele por patógenos associados à assistência à saúde, com maior probabilidade de infecção subsequente⁽²⁾.

As características do paciente crítico tornam-no vulnerável às intervenções realizadas pela equipe de enfermagem, sendo necessário atenção, pois, quando não planejadas e executadas sem rigor técnico e científico, podem agravar a condição do paciente⁽⁵⁾.

Uma dessas intervenções é o banho no leito, o qual, no contexto hospitalar em que é realizado, coloca o paciente como um indivíduo passivo sujeito a execução do procedimento pela equipe de enfermagem⁽⁶⁾. Sabe-se que tal intervenção pode ocasionar queda e deslocamento de dispositivos causando, infecções da corrente sanguínea. Nos Estados Unidos, esse tipo de infecção resulta em aproximadamente 28.000 mortes, gerando custos adicionais anuais para o sistema de saúde na casa de bilhões de dólares⁽⁷⁾.

Por ser uma atividade rotineira da equipe de enfermagem, muitas vezes o banho no leito é negligenciado⁽⁸⁻⁹⁾. Entretanto, é um procedimento essencial, pois diminui o risco de infecção ao reduzir a carga microbiana na pele, proporciona conforto ao paciente, diminui o aparecimento de lesões e permite ao enfermeiro realizar exame físico completo e eficiente, subsidiando o processo de enfermagem⁽¹⁰⁻¹¹⁾. É importante que o enfermeiro não considere apenas a técnica aplicada, mas que também consiga avaliar e atender as demandas assistenciais do paciente de forma biopsicossocial⁽¹²⁾.

Estudos apontam para a possibilidade de ocorrer, também, alterações hemodinâmicas durante e até uma hora após o banho no leito nesses pacientes, tais como dessaturação, hipertensão intracraniana, alteração da frequência cardíaca, pressão arterial

e frequência respiratória, fibrilação ventricular e parada cardíaca e outros eventos adversos, como a desconexão do ventilador mecânico^(3,13-14). Assim, nesse contexto, o banho de leito pode ser considerado como uma atividade que oferece riscos e pode levar à instabilidade clínica nesses pacientes⁽¹⁵⁾.

Além de alterações fisiológicas e eventos adversos, um estudo realizado em Alexandria, no Egito, descreveu como fatores que afetam o banho de leito no paciente crítico: recursos financeiros, equipamentos adequados, falta de conhecimento e carga de trabalho⁽¹⁶⁾.

Há de se ressaltar, como indicam algumas pesquisas, que a ausência de padronização de procedimentos baseados em evidências está relacionada à prática de atos inseguros durante a assistência de enfermagem⁽¹⁷⁾. Estudiosos na área apontam para a relevância desse tema e para a importância de novas investigações sobre o banho no leito em pacientes críticos, tendo em vista a qualificação do cuidado⁽⁹⁾ e as lacunas existentes^(15,18).

OBJETIVO

Elaborar e validar um *checklist* para o banho seguro em pacientes críticos.

MÉTODOS

Aspectos Éticos

A pesquisa foi realizada de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), campo de coleta dos dados e Universidade vinculada ao estudo. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desenho, período e localização do estudo

Trata-se de um estudo metodológico e quantitativo, desenvolvido em duas etapas: Etapa I – elaboração e validação aparente e de conteúdo do instrumento (*checklist*); e Etapa II – realização do pré-teste e análise de confiabilidade interobservadores.

O instrumento foi elaborado com base nas recomendações da American Association of Critical-Care Nurses⁽¹⁹⁾, no caderno nº 4 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária⁽²⁰⁾ e em evidências disponíveis na literatura sobre as práticas de banho no leito em pacientes críticos^(16,21).

Neste estudo, tal instrumento foi denominado de “*Checklist* para Banho Seguro em Pacientes Críticos” e foi submetido à validação aparente e de conteúdo, pré-teste e análise de confiabilidade interobservadores.

Para a validação aparente e de conteúdo, o instrumento foi apresentado à apreciação de 11 juizes, selecionados por meio do currículo na Plataforma Lattes, no qual foi considerado: titulação (doutor), atuação em enfermagem com pacientes críticos e fundamentos de enfermagem. Considerou-se um nível a partir de 80% de concordância entre as sugestões dos juizes para inclusão/alteração de itens⁽²²⁻²³⁾.

Após os ajustes sugeridos e para avaliação da adequabilidade operacional, o instrumento passou pelo pré-teste, realizado com

a observação de dez procedimentos de banhos no leito em pacientes críticos. Depois foram realizados ajustes no instrumento.

O *checklist* foi apresentado em sua versão final, constituído por 41 itens, divididos em três partes: a parte I compreendia as ações realizadas antes do banho; a parte II, as ações durante o banho; e a parte III, as ações após o banho. Todos os itens do instrumento foram organizados no modelo *checklist*, com as alternativas para marcação de cada item como: “Sim”, “Não” e “Não se aplica”, em que o “Sim” tem peso 1, “Não” vale 0, e “Não se aplica” não é contabilizado. Assim, o instrumento pode gerar um escore de adesão obtido da seguinte fórmula:

$$\text{Escore total de adesão} = \frac{\sum \text{de respostas positivas (1)}}{(\text{n}^\circ \text{ total de itens} - \text{n}^\circ \text{ de itens que não se aplicam})} \times 100$$

A versão final do instrumento foi submetida à análise de confiabilidade interobservadores realizada por duas enfermeiras atuantes na unidade de terapia intensiva (UTI), sendo, uma delas, aluna de mestrado, pesquisadora deste estudo, e a outra enfermeira atuava na UTI cardiológica.

Para caracterização da amostra, foi utilizado um instrumento contendo os dados sociodemográficos e clínicos: sexo, idade, pontuação no escore *Simplified Acute Physiology Score III* (SAPS III), medicamentos em infusão contínua (sedativos, analgesia, vasopressores e vasodilatadores), uso de dispositivos invasivos e externos utilizados. Esse instrumento de caracterização foi elaborado pelos autores e validado por três juízes com titulação de doutores.

Para obtenção dos dados, foram realizadas observações de procedimentos de banho no leito em pacientes internados na UTI geral no período de outubro a dezembro de 2020, na UTI de um hospital público de ensino, de grande porte, em Minas Gerais.

Análise dos dados e estatística

Para a análise de confiabilidade na avaliação da consistência interobservadores, realizou-se o cálculo do índice de equivalência ou concordância. Os valores foram determinados pelo Coeficiente Kappa e pelo ICC⁽²⁴⁻²⁵⁾. Realizou-se também o cálculo da proporção de concordância entre os observadores. Utilizou-se estatística descritiva para a análise das variáveis categóricas; e medidas de tendência central e variabilidade para as variáveis quantitativas.

Amostra e critérios de inclusão e exclusão

O cálculo do tamanho amostral para análise de confiabilidade interobservadores considerou um coeficiente de correlação intraclassa esperado de ICC = 0,80 entre os escores. Este não deveria ser inferior a ICC = 0,60, para um poder de 90%, considerando-se um nível de significância $\alpha = 0,05$. Com esses valores apriorísticos, utilizando o aplicativo Power Analysis and Sample Size (PASS), versão 13, obteve-se um tamanho amostral mínimo (n) de 54 procedimentos de banho no leito em pacientes críticos, que foram selecionados segundo os critérios de inclusão.

Foram incluídos procedimentos de higiene corporal que configurassem banho no leito e excluídos aqueles envolvendo somente higiene íntima dos pacientes.

RESULTADOS

A etapa de validação aparente e de conteúdo do instrumento foi realizada por 11 juízas doutoras na área, sendo 9 do estado de Minas Gerais, 1 da Bahia e 1 do Rio Grande do Sul.

Elas avaliaram a primeira versão do instrumento e fizeram sugestões quanto a semântica, estrutura e disposição dos itens. A maioria delas apresentou concordância nas sugestões, as quais foram consideradas pertinentes e incorporadas ao instrumento, gerando sua segunda versão. As sugestões estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1 – Validação aparente e de conteúdo do instrumento: sugestões das juízas. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2021

Sugestões das juízas
1 - Descrição dos itens detalhadamente - mudanças de verbos/nomenclatura
2 - Aferição da pressão de Cuff e aspiração de vias aéreas como privativa do enfermeiro
3 - Orientações do enfermeiro para equipe
4 - Especificação de que o sabão utilizado seja líquido
5 - Divisão dos itens em três partes: antes do banho, durante o banho e após o banho
6 - Realização do banho por, no mínimo, dois profissionais
7 - Pausa da dieta enteral
8 - Utilização de EPIs
9 - Realização do banho por etapas e secando o paciente

Essa versão do instrumento foi submetida à etapa de pré-teste para avaliação da adequabilidade operacional; e verificou-se a necessidade de ajustes. Após serem realizados, obteve-se a versão final do instrumento (Figura 1). Ressalta-se que houve a readequação de quatro ações, apenas com os desmembramentos dos itens, sem inserção de novos, obtendo-se então os itens 10 e 11; 13 e 14; 32 e 33; e 38 e 39.

Para confiabilidade interobservadores, foi realizada a observação de 54 procedimentos de banho no leito em pacientes críticos, utilizando a versão final do instrumento. Dessa amostra, 19 (35%) pacientes encontravam-se na faixa etária de 61 a 70 anos, e 29 (53,7%) eram do sexo masculino.

Quanto ao risco de mortalidade, mensurado pelo instrumento SAPS III, 15 (27,8%) pacientes tinham escore entre 61% e 80%; e, em relação à duração do procedimento, 27 (50%) dos banhos tiveram duração de 21 a 40 minutos.

Os sedativos mais utilizados foram, midazolam e propofol, utilizados por 20 (37%) e 19 (35,2%) pacientes, respectivamente. O analgésico de escolha principal foi o fentanil (16; 29,6%). A droga vasoativa mais utilizada foi a noradrenalina (23; 42,6%), seguida pelo nitroprussiato de sódio (6; 11,1%).

CHECKLIST PARA BANHO SEGURO EM PACIENTES CRÍTICOS (CBSPC)				
Nº. Instrumento: _____				
Data de Coleta ____/____/____ Horário do Início/Término: _____/_____				
Parte I - Critérios avaliados ANTES de realizar o procedimento				
Itens	Sim	Não	N.A.	Observação
1. Identificação do paciente usando, pelo menos, dois identificadores.				
2. Revisão de medidas de precaução específica relacionadas à movimentação ou ao posicionamento do paciente (ver prescrição médica).				
3. Avaliação prévia do enfermeiro (observar se houve avaliação do paciente pelo enfermeiro previamente ao início do banho por meio de anamnese, exame físico, aferição de sinais vitais e anotações em folha de dados vitais padrão da instituição e se houve orientações específicas direcionadas à equipe responsável pelo banho).				
4. Realização de aspiração de vias aéreas pelo enfermeiro ou fisioterapeuta após exame físico e avaliação de sinais vitais.				
5. Preparo do material (panos; sabão líquido neutro com pH balanceado; água; bacia ou lenços umedecidos com emolientes, toalha de banho; itens de higiene: desodorante, hidratante; pijama ou avental hospitalar, saco para roupa suja, luvas de procedimento, lençóis limpos, saco plástico impermeável).				
6. Orientação ao paciente.				
7. Verificação da marcação e fixação de cateteres, tubos, drenos e sondas.				
8. Proteção de curativos de inserções de cateteres vasculares.				
9. Aferição de pressão de Cuff (observar se o fisioterapeuta ou enfermeiro verificaram por meio do equipamento cuffômetro a pressão de Cuff para pacientes intubados ou traqueostomizados em ventilação mecânica).				
10. Pausa da dieta enteral.				
11. Cateter vesical abaixo do nível da bexiga, sistema de aspiração abaixo do nível do tórax.				
12. Garantia da privacidade do paciente (observar se há presença de biombos posicionados de maneira correta e se a porta do quarto está fechada) e segurança (verificar se o leito está travado).				
13. Higienização das mãos.				
14. Uso de Equipamentos de Proteção Individual (capote descartável, óculos de proteção, máscara cirúrgica e luvas de procedimento).				
Parte II - Critérios avaliados DURANTE a realização do procedimento				
Itens	Sim	Não	N.A.	Observação
15. Banho seco (indicação: pacientes com instabilidade hemodinâmica e/ou respiratória – utilização de toalhas descartáveis contidas em embalagens próprias para este tipo de banho).				
16. Banho molhado (indicação: pacientes restritos ao leito e sem instabilidade hemodinâmica e/ou respiratória – utilização de compressas com adição de sabão líquido à parte e aspersão direta de água).				
17. Realização do banho por dois ou mais profissionais.				
18. Utilização de sabão líquido neutro, com pH balanceado.				
19. Utilização de bacia individual.				
20. Realização da limpeza da pele iniciando da área mais limpa para a área mais contaminada.				
21. Fricção vigorosa da pele, para remoção de sujidades e bactérias com aplicação de força adequada e que não seja capaz de causar danos à pele.				
22. Banho realizado por etapas, secando o paciente para evitar hipotermia e cobrindo-o para evitar exposição.				
23. Manutenção da monitorização multiparamétrica durante todo o procedimento.				
24. Manutenção da fixação de cateteres secos.				
25. Manutenção das incisões cirúrgicas secas.				
26. Manutenção de curativos, talas gessadas, fixadores, tubos e drenos secos.				
27. Manutenção da cabeceira elevada a, no mínimo, 30°.				
28. Realização de troca de luvas durante o procedimento quando necessário (observar se houve troca de luvas quando elas apresentarem perda da integridade – furos, rasgos; ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o procedimento; após tocar um local ou superfície contaminada e antes de tocar um local limpo ou o ambiente de assistência).				

Continua

Continuação da Figura 1

Parte III - Critérios avaliados APÓS a realização do procedimento				
Itens	Sim	Não	N.A.	Observação
29. Limpeza concorrente do leito (colchão e cama) com álcool 70% ou desinfetante padronizado pela instituição.				
30. Limpeza concorrente da mobília do quarto do paciente (armários, bandejas, mesas, monitores, bombas de infusão) com álcool 70% ou desinfetante padronizado pela instituição.				
31. Lençóis esticados adequadamente, sem dobras.				
32. Remoção da cobertura plástica dos acessos venosos.				
33. Troca de fixações e curativos.				
34. Hidratação da pele com solução hidratante.				
35. Aferição de pressão de Cuff (observar se o fisioterapeuta ou enfermeiro verificaram por meio do equipamento cuffômetro a pressão de Cuff para pacientes intubados ou traqueostomizados em ventilação mecânica).				
36. Realização de aspiração de vias aéreas pelo enfermeiro ou fisioterapeuta após exame físico e avaliação de sinais vitais.				
37. Tempo do banho de acordo com a estabilidade clínica do paciente e realização do banho em até 20 min.				
38. Retorno da dieta enteral.				
39. Promoção de posicionamento confortável e seguro no leito ao paciente.				
40. Elevação das grades de proteção do leito.				
41. Higienização das mãos.				

Figura 1 – Checklist para Banho Seguro em Pacientes Críticos (CBSPC). Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2021

Os dispositivos invasivos mais utilizados foram cateter venoso central (47; 87%), cateter gastroenteral (45; 83,3%), cateter vesical (43; 79,6%), tubo orotraqueal (38; 70,4%) e cateter arterial para pressão invasiva (29; 53,7%).

Para analisar a concordância entre observadores, calculou-se a proporção de concordância e o Kappa para cada item do instrumento. Verificou-se que a maioria dos itens apresentou força de concordância quase perfeita, acima de 81%, mínima de 72,22% e máxima de 100%, demonstrando que os itens do instrumento eram compreensíveis e confiáveis quando aplicados ao contexto observado.

Os valores do coeficiente Kappa variaram de moderado a quase perfeito (0,462 a 0,962; $p < 0,001$). Nos itens em que houve 100% de concordância, o coeficiente Kappa não foi calculado, pois ocorreu a concordância perfeita. A proporção de concordância dos itens está apresentada na Tabela 1.

A Tabela 2 ilustra a descrição dos escores de adesão às práticas seguras para o banho no leito identificados nos instrumentos para cada avaliador; e a confiabilidade interobservadores (ICC). Observou-se que a confiabilidade do instrumento foi excelente ($ICC = 0,962$), com correlação estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Tabela 1 – Análise da confiabilidade interobservadores do instrumento Checklist para Banho Seguro em Pacientes Críticos, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2021

Itens	Observador 1			Observador 2			Proporção de concordância (%)	Kappa	Valor de p
	Sim n (%)	Não n (%)	NA* n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	NA* n (%)			
1	13 (24,0)	41 (76,0)	0	13 (24,0)	41 (76,0)	0	100	-	-
2	53 (98,10)	1 (1,90)	0	48 (88,90)	6 (11,10)	0	90,74	0,462	0,004
3	31 (57,40)	23 (42,60)	0	31 (57,40)	23 (42,60)	0	100	-	-
4	5 (9,30)	41 (75,90)	8 (14,80)	05 (9,30)	41 (75,90)	8 (14,80)	100	-	-
5	38 (70,40)	16 (29,60)	0	39 (72,20)	15 (27,8)	0	94,44	0,864	< 0,001
6	18 (33,30)	36 (66,70)	0	18 (33,30)	36 (66,70)	0	92,60	0,833	< 0,001
7	43 (79,60)	11 (20,40)	0	36 (66,70)	18 (33,30)	0	83,33	0,585	< 0,001
8	0	49 (90,70)	5 (9,30)	2 (3,70)	48 (88,90)	4 (7,40)	94,44	0,702	< 0,001
9	2 (3,70)	43 (79,60)	9 (16,70)	01 (1,90)	44 (81,50)	9 (16,70)	98,15	0,943	< 0,001
10	21 (38,90)	3 (5,60)	30 (55,60)	21 (38,90)	3 (5,60)	30 (55,60)	96,30	0,931	< 0,001
11	45(83,30)	0	9(16,70)	45(83,30)	0	9(16,70)	100	-	-
12	10 (18,50)	44 (81,50)	0	12 (22,20)	42 (77,80)	0	96,23	0,886	< 0,001
13	4 (7,40)	50 (92,60)	0	3 (5,60)	51 (94,40)	0	98,20	0,847	< 0,001
14	4 (7,40)	50 (92,60)	0	3 (5,60)	51 (94,40)	0	98,20	0,847	< 0,001
15	30 (55,60)	24 (44,40)	0	31 (57,40)	23 (42,60)	0	98,16	0,962	< 0,001
16	24 (44,40)	30 (55,60)	0	23 (42,60)	31 (57,40)	0	98,16	0,962	< 0,001
17	47 (87,00)	7 (13,00)	0	47 (87,00)	7 (13,00)	0	100	-	-
18	25 (46,30)	3 (5,60)	26 (48,10)	25 (46,30)	5 (9,30)	24 (44,40)	96,30	0,935	< 0,001
19	27 (50,00)	5 (9,30)	22 (40,70)	27 (50,00)	5 (9,30)	22 (40,70)	100	-	-

Continua

Continuação da Tabela 1

Itens	Observador 1			Observador 2			Proporção de concordância (%)	Kappa	Valor de p
	Sim n (%)	Não n (%)	NA* n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	NA* n (%)			
20	44 (81,50)	10 (18,50)	0	45 (83,30)	9 (16,70)	0	94,44	0,809	< 0,001
21	53 (98,10)	1 (1,90)	0	52 (96,30)	2 (3,70)	0	98,15	0,658	< 0,001
22	23 (42,60)	31 (57,40)	0	21 (38,90)	32 (59,30)	1 (1,90)	87,40	0,738	< 0,001
23	33 (61,10)	21 (38,90)	0	33 (61,10)	21 (38,90)	0	92,59	0,844	< 0,001
24	44 (81,50)	10 (18,50)	0	45 (83,30)	8 (14,80)	1 (1,90)	90,74	0,685	< 0,001
25	22 (40,70)	4 (7,40)	28 (51,90)	24 (44,40)	4 (7,40)	26 (48,10)	88,89	0,803	< 0,001
26	33 (61,10)	5 (9,30)	16 (29,60)	31 (57,40)	10 (18,50)	13 (24,10)	72,22	0,505	< 0,001
27	18 (33,30)	36 (66,70)	0	17 (31,50)	37 (68,50)	0	87,04	0,704	< 0,001
28	19 (35,20)	35 (64,80)	0	20 (37,00)	34 (63,00)	0	98,15	0,960	< 0,001
29	32 (59,30)	22 (40,7)	0	34 (63,00)	20 (37,00)	0	92,60	0,844	< 0,001
30	23 (42,60)	31 (57,40)	0	24 (44,40)	30 (55,60)	0	94,40	0,887	< 0,001
31	53 (98,10)	1 (1,90)	0	53 (98,10)	1 (1,90)	0	100	-	-
32	0	40 (74,10)	14 (25,90)	0	40 (74,10)	14 (25,90)	96,30	0,904	< 0,001
33	35 (64,80)	19 (35,20)	0	36 (66,70)	17 (31,50)	1 (1,90)	96,30	0,919	< 0,001
34	22 (40,70)	32 (59,30)	0	22 (40,70)	32 (59,30)	0	96,60	0,847	< 0,001
35	3 (5,60)	42 (77,80)	9 (16,70)	2 (3,70)	43 (79,60)	9 (16,70)	98,15	0,947	< 0,001
36	3 (5,60)	43 (79,60)	8 (14,80)	3 (5,60)	43 (79,60)	8 (14,80)	92,30	0,891	< 0,001
37	22 (40,70)	32 (59,30)	0	22 (40,70)	32 (59,30)	0	100	-	-
38	18 (33,30)	7 (13,00)	29 (53,70)	15 (27,80)	9 (16,70)	30 (55,60)	94,44	0,905	< 0,001
39	52 (96,30)	2 (3,70)	0	52 (96,30)	2 (3,70)	0	100	-	-
40	53 (98,10)	1 (1,90)	0	53 (98,10)	1 (1,90)	0	100	-	-
41	18 (33,30)	36 (66,70)	0	18 (33,30)	36 (66,70)	0	96,30	0,917	< 0,001

* NA – Não se aplica.

Tabela 2 – Medidas de tendência central e variabilidade para os escores totais de adesão dos observadores e confiabilidade interobservadores (ICC). Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2021

Observadores	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	DP*	ICC ^a	p
Observador 1	37,14	78,13	56,26	53,22	10,91	0,962	< 0,001
Observador 2	35,00	77,42	55,29	53,24	11,36		

* DP – Desvio-padrão; ^aICC – Coeficiente de Correlação Intraclasse (Intraclass Correlation Coefficient).

DISCUSSÃO

O instrumento elaborado é composto por ações que devem ser realizadas pela equipe de enfermagem durante o banho no leito do paciente crítico, visando a uma execução segura, otimização do tempo, prevenção de eventos adversos e aumento da qualidade do cuidado. Para tornar o instrumento confiável, ele passou pelos processos de validação aparente e de conteúdo, pré-teste e confiabilidade interobservadores.

A validação aparente e de conteúdo é o processo em que se examina com precisão um instrumento elaborado. É essencial para conferir validade e confiabilidade, garantindo sua equivalência operacional, pertinência, adequação, formato, contexto e modo de aplicação, bem como categorização das respostas⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Para a validação do checklist quanto à confiabilidade, foram utilizados o Coeficiente Kappa e o ICC. Recomenda-se que os valores de Kappa sejam superiores a 0,60 (concordância substancial) para resultados confiáveis⁽²⁸⁾. Segundo Santos e colaboradores, o ICC é a unidade psicométrica mais indicada para avaliar a correlação interobservadores⁽²⁷⁾.

Neste estudo, o coeficiente de Kappa variou entre 0,4 e 0,9, demonstrando uma concordância de moderada a quase perfeita, e o ICC foi superior a 0,9, evidenciando uma confiabilidade excelente do instrumento. Outra análise complementar realizada foi a proporção de concordância dos avaliadores, que variou de 83% a 100%, reforçando a confiabilidade do instrumento.

Em estudo semelhante, optou-se por utilizar a porcentagem de concordância e o cálculo do coeficiente de Kappa, uma vez que, o coeficiente de Kappa isoladamente pode apresentar limitações em seus resultados⁽²⁹⁾.

Pesquisa realizada para validar uma escala que visa avaliar o produto do cuidar em enfermagem utilizou a confiabilidade interobservadores, na qual foram realizadas 40 avaliações e utilizados os testes de Kappa para avaliação da concordância e o ICC para análise da consistência: o ICC variou de 0,71 a 0,63; e o Kappa, de 0,23 a 0,83⁽³⁰⁾.

Outro estudo buscou avaliar a confiabilidade interobservadores da *Pressure Ulcer Scale for Healing* (PUSH), em pacientes com úlceras venosas. Foram realizadas 46 observações e utilizados os testes de Kappa e ICC. Os resultados demonstraram: escore total de ICC > 0,9, evidenciando excelente confiabilidade interobservadores; e valores de Kappa entre 0,6 e 0,85, ou seja, expressam concordância de moderada a muito boa, respectivamente⁽³¹⁾.

A pele e sua flora microbiana representam o reservatório de patógenos mais importante para infecções da corrente sanguínea⁽³²⁾. O procedimento de banho no leito na UTI é realizado de maneira empírica, pois falta padronização do cuidado, e existem poucos estudos sobre os impactos que o banho ocasiona nos pacientes críticos⁽³³⁾. Além disso, a literatura ainda é escassa no tocante ao procedimento técnico mais adequado e à descrição de ações que confeririam um procedimento seguro, a fim de diminuir as repercussões clínicas negativas aos pacientes^(16,18,34-35).

Em UTI, a maioria desses eventos são do tipo assistenciais, tornando-os um problema grave. Medidas preventivas visam diminuir os EAs e complicações. Estudo realizado apontou que a maioria dos erros estavam relacionados a ações assistenciais e que a capacitação de forma contínua é uma das condutas mais eficazes para prevenir EAs⁽³⁶⁾.

A assistência em enfermagem vem passando por modificações: o cuidado baseado em evidências gera uma necessidade de criação e utilização de ferramentas de gestão. Para isso, pesquisadores buscam desenvolver instrumentos específicos, quer por meio de adaptações transculturais, quer pela aprimoração de instrumentos já existentes ou criação deles, garantindo que sejam válidos e confiáveis. Nesse sentido, a disponibilização de instrumentos válidos e confiáveis interfere diretamente na acurácia das informações coletadas, influenciando as condutas que serão tomadas^(30,37).

Os *checklists* na área de saúde são criados para otimizar a coleta de informações e orientar ações dos procedimentos, promovendo uma abordagem rápida e transparente⁽³⁸⁾. Ao incorporar à assistência de enfermagem protocolos, *checklists* e instrumentos construídos com base em evidências científicas, o cuidado deixa de ser empírico, gerando resultados positivos para equipe e para o paciente⁽³⁹⁾.

Um estudo realizado para elencar a utilização de *checklists* na área da saúde evidenciou que a UTI é o setor onde um número maior de listas de verificação, *bundles* e protocolos são utilizados, devido ao perfil crítico dos pacientes. As principais finalidades desses instrumentos são a promoção de qualidade e assistência segura, sendo o *checklist* a principal ferramenta na área hospitalar⁽⁴⁰⁾.

Limitações do estudo

Como limitação do estudo, destaca-se que a coleta de dados foi realizada durante a pandemia de covid-19, limitando o tempo de coleta e impactando a continuidade do desenvolvimento do estudo para a fase de aplicabilidade do instrumento na prática

clínica por um período maior. Todavia, ressalta-se que essa limitação não comprometeu a resposta ao objetivo proposto neste estudo.

Contribuições para área

O *checklist* elaborado e validado neste estudo possibilita aos serviços de saúde avaliarem o cuidado prestado durante o banho no leito em paciente crítico, além de subsidiar intervenções que visam aumentar a segurança e qualidade da assistência, com cuidado baseado em evidências e em instrumentos padronizados e confiáveis. Assim, com a adesão às práticas seguras e utilização de instrumentos padronizados no cuidado, aumenta-se a segurança do paciente.

CONCLUSÃO

O instrumento elaborado neste estudo (*checklist*) demonstrou-se confiável ao evidenciar valores de Kappa de moderado a quase perfeito (0,462 a 0,962; $p < 0,001$) e excelente confiabilidade (ICC = 0,962).

Ressalta-se que mais pesquisas são necessárias com aplicação do instrumento em amostra ampla. Ademais, destaca-se a possibilidade de sua adoção em unidades de cuidados aos pacientes críticos no cenário da prática clínica da enfermagem.

FOMENTO

Os autores agradecem ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão de Bolsa de Produtividade em Pesquisa (processo nº PQ-307468/2021-6) a Barbosa MH.

CONTRIBUIÇÕES

Silva CS, Felix MMS, Gonçalves RHA, Calegari IB, Raponi MBG, Barbosa MH contribuíram com a concepção ou desenho do estudo e análise e/ou interpretação dos dados. Felix MMS, Barbosa MH contribuíram com a revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Silva AEBC, Cavalcante RGF, Lima JC, Sousa MRG, Sousa TP, Nunes RLS. Evaluation of the patient safety climate in hospitalization units: a cross-sectional study. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03500. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027203500>
2. Reis MAO, Almeida MCS, Escudero D, Medeiros EA. Chlorhexidine gluconate bathing of adult patients in intensive care units in São Paulo, Brazil: impact on the incidence of healthcare-associated infection. *Braz J Infect Dis*. 2022;26(1):101666. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101666>
3. Lima DVM, Lacerda RA. Repercussões oxí-hemodinâmicas do banho no paciente em estado crítico adulto hospitalizado: revisão sistemática. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(2):278-85. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000200020>
4. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução nº 2.271/2020. Regulamenta os critérios para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e Unidades de Cuidados Intermediários no Brasil [Internet]. Brasília, DF: CFM, 2020 [cited 2023 Aug 17]. Available from: <https://portal.cfm.org.br/noticias/publicada-resolucao-do-cfm-que-estabelece-criterios-para-funcionamento-de-ucis-e-utis-no-brasil/>
5. Pereira PSL, Costa Neto AM, Moreira WC, Carvalho ARB, Frota BC, Lago EC. Repercussões fisiológicas a partir dos cuidados de enfermagem ao paciente em unidade de terapia intensiva. *REPIS*[Internet]. 2015 [cited 2019 Nov 1];1(3):55-66. Available from: <https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/3810>
6. Lopes JL, Nogueira-Martins LA, Barbosa DA, Barros ALBL. Construção e validação de um manual informativo sobre o banho no leito. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(6):554-60. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000600008>

7. Reynolds SS, Woltz P, Keating E, Neff J, Elliott J, Hatch D, et al. Results of the Chlorhexidine Gluconate Bathing implementation intervention to improve evidence-based nursing practices for prevention of central line associated bloodstream infections Study (CHanGing Bath5): a stepped wedge cluster randomized trial. *Implement Sci.* 2021;16(1):45. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01112-4>
8. Möller G, Magalhães AMM. Bed baths: nursing staff workload and patient safety. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(4):1044-52. <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500003110014>
9. Backes DS, Gomes CA, Pereira SB, Teles NF, Backes MTS. Banheira portátil: tecnologia para o banho de leito em pacientes acamados. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(2):382-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0178>
10. Bastos SRB, Gonçalves FAF, Bueno BRM, Silva GS, Ribeiro KRA, Brasil VV. Banho no leito: cuidados omitidos pela equipe de enfermagem. *Rev Pesqui Cuid Fundam.* 2019;11(3):627-33. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.627-633>
11. Schoonhoven L, van Gaal BG, Teerenstra S, Adang E, van der Vleuten C, van Achterberg T. Cost-consequence analysis of "washing without water" for nursing home residents: a cluster randomized trial. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(1):112-20. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.08.001>
12. Lopes JL, Barbosa DA, Nogueira-Martins LA, Barros ALBL. Nursing guidance on bed baths to reduce anxiety. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(3):437-43. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.20156803171>
13. Sucre MJ, Nicola A. Economic comparison of the traditional bathing method with the basinless bathing method in coma patients. *Crit Care.* 2009;13(Suppl 1):459. <https://doi.org/10.1186/cc7623>
14. Quiroz Madrid S, Castro López C, Tirado Otálvaro AF, Rodríguez Padilla LM. Alteraciones hemodinámicas del paciente crítico cardiovascular durante la realización del baño diario. *Med UPB[Internet].* 2012 [cited 2019 May 15];31(1):19-26. Available from: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/1741>
15. Toledo LV, Salgado PO, Boscarol GT, Januário CF, Brinati LM, Ercole FF. Efeitos oxi-hemodinâmicos de diferentes banhos no leito: ensaio clínico randomizado cruzado. *Acta Paul Enferm.* 2022;35:eAPE02116. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO021166>
16. El-Soussi AH, Asfour HI. Examining bed-bath practices of critically ill patients. *J Nurs Educ Pract.* 2016;6(12):1-11. <https://doi.org/10.5430/jnep.v6n12p1>
17. Duarte SCM, Queiroz ABA, Büscher A, Stipp MAC. Human error in daily intensive nursing care. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2015;23(6):1074-81. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0479.2651>
18. Costa GS, Souza CC, Diaz FBBS, Toledo LV, Ercole FF. Banho no leito em cuidados críticos: uma revisão integrativa. *Rev Baiana Enferm.* 2018;32:e20483. <https://doi.org/10.18471/rbev32.20483>
19. American Association of Critical-Care Nurses. American Association of Critical-Care Nurses: updates patient bathing practices [Internet]. Chicago: AACN; 2013 [cited 2019 May 15]. Available from: <https://www.prnewswire.com/news-releases/american-association-of-critical-care-nurses-updates-patient-bathing-practices-203603071.html>
20. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde [Internet]. Brasília, DF: ANVISA; 2020 [cited 2023 Aug 17]. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-4-medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude.pdf/view>
21. Potter PA, Perry AG, Hall, A, Stockert PA. Fundamentos de Enfermagem. 9ª ed. São Paulo: GEN Guanabara Koogan; 2018.
22. Pasquali L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010.
23. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2015;20(3):925-36. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>
24. Landis R, Koch G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977;33(1):159-174.
25. Fleiss J. The design and analysis of clinical experiments. New York: John Wiley & Sons; 1986.
26. Laqui VS, Munhoz GR, Cardoso LCB, Santos FGT, Silva M, Sanches RCN, et al. Construction and validation of educational technology to care for cardiorespiratory arrest in Primary Care. *Res Soc Dev.* 2021;10(3):e34510313321. <https://doi.org/10.33448/rsdv10i3.13321>
27. Santos SB, Machado APA, Sampaio LA, Abreu LC, Bezerra IMP. Sífilis adquirida: construção e validação de tecnologia educativa para adolescentes. *J Hum Growth Dev.* 2019;29(1):65-74. <https://doi.org/10.7322/jhgd.157752>
28. Magalhães FJ, Lima FET, Almeida PC, Ximenes LB, Chaves CMP. Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria: confiabilidade interobservadores. *Acta Paul Enferm.* 2017;30(3):262-270. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700040>
29. Gobbo JP, Nakanoi TC, Dellazzana-Zanoni LL. Escala de projetos de vida para adolescentes: evidências de validade de conteúdo. *Estud Interdiscip Psicol.* 2019;10(1):20-40. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2019v10n1p20>
30. Cucolo DF, Perroca MG. Avaliação do produto do cuidar em enfermagem (APROCFENF): estudo da confiabilidade e validade de construto. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2017;25:e2860. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1495.2860>
31. Alves GR, Malaquias SG, Bachion MM. Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH): confiabilidade interobservadores na avaliação de úlceras venosas. *Rev Eletr Enferm.* 2018;20:1-11 <https://doi.org/10.5216/ree.v20.49411>
32. Pallotto C, Fiorio M, Angelis V, Ripoli A, Franciosini E, Quondam LG, et al. Daily bathing with 4% chlorhexidine gluconate in intensive care settings: a randomized controlled trial. *Clin Microbiol Infect.* 2019;25(6):705-710. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2018.09.012>

33. Oliveira AP, Lima DVM. Repercussões glicêmicas do banho no leito de doentes oncológicos graves: ensaio clínico. *Res Soc Dev.* 2020;9(8):1-15. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5353>
 34. Stadler GP, Lunardi VL, Leal SMC, Mancia JR, Alves PRV, Viegas K. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva: implementação de protocolo de banho no leito para pacientes adultos críticos. *Enferm Foco.* 2019;10(7):109-14. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n7.2809>
 35. Toledo LV, Salgado PO, Souza CC, Brinati LM, Januário CF, Ercole FF. Effects of dry and traditional bed bathing on respiratory parameters: a randomized pilot study. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2020;28:e3264. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3668.3264>
 36. Barbosa IEB, Fonseca AR, Andrade ENM, Maklouf DC, Ribeiro MCS, Rodrigues AJPS, et al. Segurança do paciente: principais eventos adversos na Unidade Terapia Intensiva. *REAS.* 2021;13(2):e6454. <https://doi.org/10.25248/reas.e6454.2021>
 37. Perroca MG. Desenvolvimento e validação de conteúdo da nova versão de um instrumento para classificação de pacientes. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2011;19(1):1-9. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000100009>
 38. Scott D, Shafi M. The WHO surgical checklist: improving safety in our operating theatres. *Obstet Gynaecol Reprod Med.* 2018;28(9):295-7. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2018.08.002>
 39. Danski MTR, Oliveira GLR, Pedrolo E, Lind J, Johann DA. Importance of evidence-based practice in nurse's work processes. *Cienc Cuid Saúde.* 2017;16(2):1-6. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i2.36304>
 40. Silva ADS, Almeida BL. Bundle e checklist aplicado a área da saúde: uma análise conceitual [Dissertação] [Internet]. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia; 2020 [cited 2021 Jul 1]. Available from: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jsui/handle/123456789/680>
-