

Banho no leito em terapia intensiva: sentidos e sensopercepção no cuidado de enfermagem

Bed bathing in intensive care: senses and sensory perception in nursing care

Baño en cama en terapia intensiva: sentidos y sensopercepción en el cuidado de enfermería

Silva, Paula Nayne Chaves;¹ Bezerra, Nayara Kalila dos Santos;² Rocha, Karla Emanuelly da Silva;³ Silva, Paulo Sérgio da;⁴ Silva, Gleidilene Freitas da;⁵ Teixeira, Carla Araújo Bastos⁶

RESUMO

Objetivo: analisar a sensopercepção de profissionais de enfermagem durante a ação de banhar no leito em unidades de terapia intensiva. **Método:** estudo qualitativo, descritivo, realizado em duas unidades de um hospital público no norte do Brasil, com 20 profissionais de enfermagem. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, organizados e analisados em categorias segundo a técnica de Laurence Bardin. **Resultados:** os sentidos da visão, tato e olfato destacaram-se como instrumentos de avaliação clínica, identificação precoce de alterações e fortalecimento do vínculo com o paciente. A intuição clínica destacou-se como dimensão relevante da prática assistencial, compreendida como um “sexto sentido” desenvolvido pela experiência, auxiliando na antecipação de agravos, reconhecimento de sinais e tomada de decisão no cuidado ao paciente crítico. **Conclusão:** a sensopercepção constitui ferramenta clínica essencial no cuidado, integrando percepção sensorial e intuição clínica durante o banho no leito, favorecendo avaliação ampliada, cuidado humanizado, seguro e eficaz.

Descritores: Banhos; Cuidados de enfermagem; Equipe de enfermagem; Unidades de terapia intensiva

ABSTRACT

Objective: To analyze the sensory perception of nursing professionals during bed bathing in Intensive Care Units. **Methods:** A qualitative, descriptive study conducted in two Intensive Care Units of a public hospital in northern Brazil, involving 20 nursing professionals. Data were collected through semi-structured interviews and organized and analyzed into categories according to Laurence Bardin's technique. **Results:** The senses of sight, touch, and smell stood out as instruments for clinical assessment, early identification of changes, and strengthening of the bond with the patient. Clinical intuition also emerged as a relevant dimension of care practice, understood as a “sixth sense” developed through experience, assisting in the anticipation of complications, recognition of signs, and decision-making in the care of critically ill patients. **Conclusion:** Sensory perception constitutes an

1 Universidade Estadual de Roraima (UERR). Boa Vista, Roraima (RR). Brasil (BR). E-mail: paulanayne@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2336-3387>

2 Universidade Federal de Roraima (UFRR). Boa Vista, Roraima (RR). Brasil (BR). E-mail: nayara.kalila@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2312-1203>

3 Universidade Federal de Roraima (UFRR). Boa Vista, Roraima (RR). Brasil (BR). E-mail: karlamanu070@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3667-6275>

4 Universidade Federal de Lavras (UFLA). Minas Gerais (MG). Brasil (BR). E-mail: pssilva2008@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2746-2531>

5 Universidade Federal de Roraima (UFRR). Boa Vista, Roraima (RR). Brasil (BR). E-mail: gleidilene.silva.enf@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7697-0770>

6 Universidade Federal de Roraima (UFRR). Boa Vista, Roraima (RR). Brasil (BR). E-mail: carla.bastos@ufrr.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7357-772X>

essential clinical tool in ICU care, integrating sensory perception and clinical intuition during bed bathing, promoting broader assessment and more humanized, safe, and effective care.

Descriptors: Baths; Nursing care; Nursing, team; Intensive care units

RESUMEN

Objetivo: Analizar la sensopercepción de profesionales de enfermería durante el baño en cama en Unidades de Cuidados Intensivos. **Método:** Estudio cualitativo y descriptivo, realizado en dos Unidades de Cuidados Intensivos de un hospital público del norte de Brasil, con 20 profesionales de enfermería. Los datos fueron recolectados mediante entrevistas semiestructuradas y analizados según la técnica de Laurence Bardin. **Resultados:** La vista, el tacto y el olfato se destacaron como instrumentos de evaluación clínica, identificación precoz de alteraciones y fortalecimiento del vínculo con el paciente. También emergió la intuición clínica como un “sexto sentido” desarrollado por la experiencia, que favorece la anticipación de agravios y la toma de decisiones. **Conclusión:** La sensopercepción constituye una herramienta clínica esencial en el cuidado en UCI, integrando percepción sensorial e intuición clínica para una atención más humanizada, segura y eficaz.

Descriptores: Baños; Atención de enfermería; Grupo de enfermería; Unidades de cuidados intensivos

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é destinada ao cuidado de pacientes em estado crítico, que necessitam de cuidados intensivos e monitoramento constante, em virtude da gravidade clínica e da complexidade dos procedimentos envolvidos. Esse cenário exige a utilização de tecnologias especializadas, materiais específicos e uma equipe de profissionais qualificados, preparados para atuar em contextos de alta complexidade e risco.¹

A gravidade das condições clínicas e a necessidade de monitorização contínua comprometem as necessidades humanas básicas, como higiene, conforto e segurança. Tais demandas se tornam foco da atuação da enfermagem, que busca atender ao paciente de forma integral.²

O banho no leito, enquanto prática rotineira nesses cenários, configura-se como um cuidado incondicional da enfermagem. Mais do que um procedimento técnico, representa um momento de escuta sensível e clínica, em que os profissionais utilizam os sentidos: tato, visão, olfato, audição e paladar; como ferramentas essenciais para perceber o paciente em sua totalidade e geram uma comunicação que se insere em um determinado contexto e momento social.³

Essa percepção sensorial ultrapassa os limites da técnica e se torna

instrumento de humanização do cuidado. O corpo do paciente comunica-se de forma não verbal, e cabe à equipe de enfermagem interpretar esses sinais para orientar suas ações com base em uma escuta ampliada e empática.⁴

Nesse processo, o corpo do profissional se torna um meio sensível de interação. Através do toque, da escuta atenta e do olhar clínico, o enfermeiro identifica pistas que contribuem para o planejamento e execução de ações que atendem às reais necessidades do paciente. Essas manifestações corporais são formas de comunicação que exigem sensibilidade e atenção. É necessário transcender o olhar técnico e mecanizado.⁵

A enfermagem é uma prática relacional e sensível, centrada no acolhimento e na compreensão do ser humano em sua totalidade. O cuidado, nesse sentido, integra aspectos biopsicossociais e é guiado por princípios éticos e científicos.⁶

Nesse sentido, o banho torna-se uma prática relacional, em que se estabelece vínculo entre o profissional e o paciente. Entretanto, há o risco de despersonalização do cuidado, quando o corpo do paciente é reduzido à doença alertam para a importância da consciência crítica e da sensibilidade na prática de

cuidar, reconhecendo o paciente como sujeito, mesmo quando impossibilitado de verbalizar suas necessidades.⁷

A sensopercepção é a habilidade de captar e interpretar os estímulos sensoriais que são recebidos a todo momento, é, portanto, uma ferramenta essencial no cuidado, pois possibilita a identificação de alterações físicas, emocionais e comportamentais durante o banho. O profissional atento pode ajustar sua conduta, promover conforto e registrar sinais relevantes para o diagnóstico e a intervenção.⁸ Essa prática envolve o reconhecimento do corpo banhado como espaço de expressão e comunicação. A pele, como limite entre o interno e o externo, torna-se canal sensorial por onde passam sensações, emoções e reações físicas que precisam ser acolhidas pelo cuidador.⁹

Apesar dos avanços no cuidado em terapia intensiva e da valorização do banho no leito, a literatura ainda aborda de forma limitada a sensopercepção como ferramenta clínica estruturada, especialmente quanto à integração dos sentidos humanos e da intuição no cuidado. Os estudos priorizam aspectos técnicos e fisiológicos, havendo escassez de pesquisas sobre como profissionais de enfermagem utilizam e interpretam os sentidos e a intuição clínica durante o banho no leito. Assim, evidencia-se uma lacuna sobre a sensopercepção como prática integrada às dimensões sensoriais, subjetivas e clínicas no cuidado ao paciente crítico, reforçando a necessidade de investigações que contribuam para uma assistência mais sensível, segura e centrada no paciente.

Diante disso, este estudo teve como analisar a sensopercepção de profissionais de enfermagem durante a ação de banhar no leito em UTIs. Buscando-se identificar os sentidos humanos utilizados nesse cuidado e interpretar manifestações não verbais dos pacientes.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa conduzida conforme as diretrizes da ferramenta *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*

(COREQ),¹⁰ especialmente no que se refere à condução das entrevistas, vínculo entre pesquisadora e participantes, validação dos achados e descrição da análise.

O estudo foi desenvolvido em duas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) de um hospital público localizado no estado de Roraima, região norte do Brasil, que juntas somam 20 leitos com atendimento exclusivo pelo Sistema Único de Saúde (SUS) abrangendo pacientes oriundos tanto da capital quanto do interior, além de estados vizinhos e países fronteiriços.

A amostra foi composta por 20 profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos), considerando-se como critério de inclusão: atuação direta no cuidado a pacientes críticos e experiência mínima de seis meses em UTI. Como critério de exclusão, considerou-se os profissionais que estivessem de férias, licença médica e afastamento durante o período da coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada entre dezembro de 2019 e fevereiro de 2020, por meio de entrevistas semiestruturadas, conduzidas com base em um roteiro elaborado previamente pela pesquisadora, contendo questões abertas relacionadas ao tema investigado. As entrevistas ocorreram em local reservado, foram gravadas em áudio com auxílio de gravador de voz MP3 *player* mediante consentimento dos participantes e, posteriormente, transcritas integralmente para análise.

As entrevistas foram conduzidas por uma única pesquisadora, enfermeira, com experiência prévia em pesquisa qualitativa e no uso de entrevistas semiestruturadas. A pesquisadora possuía familiaridade com o campo de estudo, porém não mantinha relação hierárquica com os participantes, o que reduziu o risco de respostas influenciadas por assimetria de poder. Todos os itens aplicáveis do COREQ foram considerados, incluindo a declaração formal da não utilização de um segundo pesquisador para conferência da codificação e da ausência de validação dos resultados pelos participantes, conforme recomendado quando tais etapas não são realizadas.

O procedimento de análise dos dados foi fundamentado pelo referencial teórico proposto por Laurence Bardin, que divide a análise do conteúdo em três partes: pré-análise, como o momento da organização do material sobre o qual o pesquisador irá fazer uma leitura flutuante do material disponível, selecionando os documentos que apresentam maiores contribuições; tratamento dos dados obtidos, referente ao processo de transformação dos dados brutos, como textos, imagens ou áudios, em unidades de análise significativas para a pesquisa, e; interpretação, que é momento em que o pesquisador dá sentido e significado às manifestações encontradas e estabelece o diálogo com o arcabouço teórico.¹¹

O tratamento dos dados brutos ocorreu manualmente pela pesquisadora, os temas provenientes das entrevistas foram sistematizados e, a partir daí, ocorreu a produção das categorias incluídas neste estudo. Para que o anonimato dos entrevistados fosse garantido, procedeu-se com a codificação das entrevistas utilizando-se a letra Para manter anonimato dos participantes, as falas foram identificadas no texto com a letra “E” (Enfermeiro), “TE” (Técnico de Enfermagem), seguida por um algarismo arábico que correspondente à ordem das falas dos participantes: E1, E2...(5); TE1, TE2...(e assim por diante).

Com o intuito de assegurar o rigor metodológico da pesquisa qualitativa, foram adotadas estratégias que contemplam os critérios de credibilidade, confiabilidade e transparência. A credibilidade foi favorecida pela seleção de participantes com experiência direta no fenômeno investigado e pela condução de entrevistas em profundidade, possibilitando a obtenção de relatos consistentes e representativos da prática assistencial. Além disso, realizou-se leitura flutuante e repetida do material empírico, permitindo maior imersão nos dados e refinamento das categorias.

A confiabilidade do estudo foi fortalecida pela descrição detalhada das etapas da análise de conteúdo, conforme o referencial de Bardin, possibilitando a rastreabilidade do processo analítico. A organização sistemática dos dados, desde

a codificação até a categorização, contribuiu para a consistência interna da análise. Buscou-se, ainda, garantir a fidedignidade das interpretações por meio da utilização de trechos representativos das falas dos participantes, sustentando os achados apresentados.

Adicionalmente, adotou-se postura reflexiva por parte da pesquisadora, considerando sua inserção no campo e possíveis influências na condução e interpretação dos dados. Reconhece-se como limitação a ausência de dupla codificação independente e de validação dos achados pelos participantes (*member checking*); contudo, tais aspectos foram compensados pela sistematização rigorosa da análise e pela transparência na descrição metodológica.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob parecer nº removido na avaliação. Os participantes foram informados sobre os objetivos e metodologia do estudo, e formalizaram sua concordância por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em conformidade com os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Foram transcritas 20 entrevistas no total, sendo 10 com profissionais enfermeiros e 10 com técnicos de enfermagem. Inicialmente, foram feitos questionamentos gerais sobre o banho no leito para introduzir o tema investigativo e, posteriormente, levar os participantes a refletirem sobre o uso dos sentidos durante a ação de banhar. Com base nos dados organizados e codificados pela análise de conteúdo temática resultaram em 3 categorias, conforme apresentado a seguir:

Representatividade do Banho no leito

Ao serem questionados sobre o banho no leito na UTI, os participantes o definiram como um cuidado essencial, que vai além da higiene, promovendo conforto, dignidade e favorecendo a construção do vínculo com o paciente. Os profissionais reconheceram o banho como

oportunidade de avaliação clínica e de proximidade.

Eu encaro o banho no leito como essencial. (E1)

É o contato mais próximo e íntimo com o paciente [...] é um dos principais cuidados [...] é um cuidado maior.” (E3)

Representa cuidado. É um momento único entre a enfermagem e o paciente.” (E4)

[...] é dignidade, é limpeza, um direito da pessoa. (TE1)

Representa um olhar melhor para o paciente [...] essencial para nossa evolução de enfermagem. (TE7)

[...] representa higiene e conforto [...] (E5)

[...] deve representar um ato de respeito com o corpo do paciente, além de proporcionar bem-estar. (E6)

[...] de extrema importância para o enfermeiro porque ele visualiza o paciente como um todo. (E7)

[...] tem um cuidado objetivo e subjetivo, na minha visão [...] banho não pode ser mecânico. (E8)

[...] é o momento mais humanizado do plantão [...] é crucial aqui na UTI, evita proliferação de muitas coisas. (E9)

Quando ao significado do banho na UTI e sua prática como cuidado exclusivo da enfermagem, alguns profissionais demonstraram grande valorização e o destacaram como fundamental na rotina da equipe, tendo este exercício como forte aliado para uma melhor assistência ao paciente banhado, pois é a partir do banho que podem traçar uma linha de cuidados de maneira integral para atender as reais necessidades do paciente, pois o banho no leito influencia diretamente no agir da equipe e nos seus registros. Como é possível notar nas falas de alguns dos participantes a seguir:

Significa respeito, conforto, qualidade de vida para eles aqui, prevenção de infecções [...] (E6)

Significa um processo humanizado, você estabelece um vínculo com o paciente. (E7)

[...] necessidade básica e olhar holístico. (E10)

[...] dar o conforto que ele precisa [...] é saúde do paciente. (E1)

O valor do banho no leito aqui é muito alto, [...] a gente consegue melhorar um pouco mais a assistência do paciente. (TE7)

[...] significa cuidado e continuidade no tratamento do paciente. (TE8)

[...] cuidado base. (TE2)

Banho no leito é tudo. (TE4)

É de extrema importância [...] a partir do banho no leito a gente define os cuidados. (E7)

A Sensopercepção e o Uso dos Sentidos Humanos

Quanto aos sentidos humanos utilizados durante o banho no leito, os profissionais citaram com destaque visão, tato e olfato. Muitos afirmaram utilizar todos os sentidos, de forma dinâmica, conforme a necessidade do momento.

O mais utilizado é o olfato, visão e tato. (E1)

Todos os sentidos são usados. (E10)

Se você for um profissional dedicado, você usa todos os sentidos em benefício do paciente. (TE10)

A visão foi amplamente relacionada à inspeção da pele, identificação de lesões, coloração e integridade corporal.

[...] você tem que enxergar tudo no paciente, verificar se tem lesões. (E3)

Visualizar se o paciente tem alguma

lesão, como podemos tratar [...] a gente faz uma inspeção no corpo todo. (E5)

A visão eu vou ver o que está realmente acontecendo com o paciente. (TE7)

A visão é essencial, em busca de alterações na pele [...] no tom da pele, na mucosa, [...] a gente busca muito a prevenção de úlceras por pressão. (E6)

Visão usamos muito, para avaliar a pele do paciente. (E9)

A visão do enfermeiro tem que ir além do alcance. (E8)

Visão 80% dos nossos sentidos [...] vou enxergar o paciente de modo geral. (E10)

[...] ver o corpo inteiro, observando vários aspectos [...] integridade da pele, edema. (TE8)

Observo se existe algo de incomum [...]. (TE9)

[...] conseguimos observar lesões, monitores, drenos. (TE10)

O olfato destacou-se na identificação de odores anormais, indicando alterações clínicas como infecções, halitose, melena ou secreções.

O olfato você vai sentir a halitose, às vezes mal cheiro de fungo. (E3)

Com o odor a gente também descobre doenças. (TE1)

O olfato é mais usado quando vamos tratar feridas. (TE8)

O olfato muito usado para identificar odores. (E9)

[...] percebe se o paciente evacuou [...] odor é sangue. (TE1)

[...] a gente consegue diferenciar pelo olfato. (E4)

[...] odores de fezes, de mudança metabólica. (E6)

[...] odores fétidos, do hálito, curativos [...]. (E9)

A audição foi apontada como fundamental para monitorar alarmes, ruídos de equipamentos e sons emitidos por pacientes em despertar.

A audição está baseada em bipe de bomba, de monitor [...]. (E2)

Mesmo dando banho a gente não desconecta ele 100% [...] nossa audição está ligada no monitor. (TE8)

[...] gemidos, crepitação, algum som que me traga uma informação (E10).

Ruídos das bombas, monitores, ventiladores. (TE2)

[...] consigo identificar a diferença do alarme da bomba [...]. (E4)

Audição, ruídos [...] auscultar até de uma certa distância. (E6)

[...] auscultar o padrão respiratório, secreção [...]. (E6)

[...] os ruídos nos dizem tudo. (E8)

Audição usada para ouvir alarmes e gemidos [...]. (E9)

Audição, posso ouvir queixas, gemidos, crepitação [...]. (E10)

O tato foi relatado como ferramenta para sentir a textura da pele, edemas, distensões e promover conforto por meio de toques e massagens.

Tato é fundamental [...] tocar as extremidades, massagear, movimentar o paciente. (E6)

[...] movimento do banho [...] pegar, manipular. (TE1)

No tato, na hora do banho a gente encontra fraturas. (TE3)

Passar a mão e ver a diferenciação da pele [...] aspecto de desidratação e também edemas. (TE8)

[...] sentir a pele seca, espessa, edemas. (TE8)

[...] troca de decúbito e palpação. (TE10)

Com o tato a gente observa [...] resistência, edema. (E7)

O tato fica um pouco prejudicado [...] sem luva. (E8)

A gente avalia os ferimentos [...] usamos bastante o tato. (E9)

[...] fazer palpação [...] abdômen distendido, bexigoma [...]. (E4)

[...] conforto, estimular a circulação [...] alterações fisiológicas. (E6)

O paladar, quando citado, foi unanimemente descartado como aplicável nesse contexto, sendo reagido com espanto, humor ou estranheza:

[...] não, não consigo te dizer nenhuma situação que uso o paladar.” (E1)

“Esse é o único que não usamos aqui. (TE2)

Acho que o único que não usamos é o paladar [...]. (E4)

Como uso o paladar? [...] não uso, não durante o banho no leito. (E7)

[...] não, não usamos o paladar. (TE6)

[...] esse eu não uso. (TE9)

Banho no leito e a subjetividade: a descoberta de novos sentidos

Um achado significativo para o estudo foi a presença de um “sexto sentido”, relatado pelos participantes como intuição clínica, sensibilidade e percepção emocional desenvolvidas com a prática. Esse tipo de percepção foi associado à capacidade de antecipar

agravamentos, melhorias ou óbitos, mesmo sem sinais evidentes.

Com o passar do tempo você desenvolve essas habilidades. (E3)

A gente acaba virando bruxa. (E4)

A gente usa bastante o intuitivo [...] nossa intuição, a gente usa diariamente aqui. (TE8)

Eu consigo identificar uma piora severa [...] que ele está evoluindo para óbito. (TE10).

[...] sensibilidade [...] acabamos por adquirir um sexto sentido. (TE2)

[...] vai desenvolvendo essas habilidades, observar e interpretar. (E2)

[...] já ouvi profissionais dizer que sentiam quando paciente melhora ou quando ia sair do ventilador, ou quando ia a óbito. (E6)

A gente sabe quando vai dar convulsão. (E8)

Você acaba prevendo coisas. (E9)

Às vezes a gente consegue prever uma parada. (TE7)

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo demonstraram que o banho no leito na UTI é uma atividade usada como instrumento para captar mensagens e necessidades do corpo do paciente que, por razões clínicas, não consegue se comunicar verbalmente. O banho e os sentidos humanos tornam-se ferramentas para comunicação e elaboração do plano de cuidados. Busca-se atender às solicitações do paciente em seu âmbito biopsicossocial através desta comunicação não-verbal. Esta comunicação estabelecida durante o banho no leito torna-se fundamental para compreensão das necessidades do paciente crítico e a sensopercepção emerge como elemento central na assistência de enfermagem.¹²

Os achados evidenciam que visão, tato e olfato são os sentidos mais utilizados na prática assistencial, corroborando a ideia de que o cuidado ultrapassa a dimensão técnica e se consolida como um processo sensível e clínico. A utilização desses sentidos permitiu aos profissionais realizar avaliações contínuas e detalhadas do estado do paciente, evidenciando que o banho no leito se configura como um momento privilegiado para a vigilância clínica e prevenção de agravos.^{3,5}

O corpo é uma unidade complexa, simultaneamente emocional, sensível, sensual, gestual, racional e imaginativa, expressando-se em cada detalhe e forma visível.¹³ Ele revela o grau de interesse por sua preservação e evidencia as dificuldades de relaxamento no ambiente hospitalar. Nesse contexto, torna-se perceptível como as ações e abordagens podem assumir diferentes formas. Os gestos e atitudes influenciam não apenas o ambiente, mas também os comportamentos, revelando identidades, contradições, hesitações, sofrimentos, dúvidas, diferenças, originalidade e criatividade.¹⁴

O banho no leito pode ser compreendido como um ritual, por se tratar de uma prática específica com significado social, moldada pelo contexto coletivo. Os rituais estão inseridos nas tradições culturais e históricas dos grupos sociais, muitas vezes ligados a origens religiosas. Assim, ao tratar essa prática como ritual, é essencial reconhecer a integralidade do ser humano, considerando sua diversidade e complexidade, influenciadas por fatores sociais, ambientais e individuais.¹⁵ No contexto da Enfermagem, o ritual do banho no leito segue um método estruturado, com objetivos e etapas previamente definidas, exigindo dos profissionais preparo científico, tecnológico e ambiental dos profissionais.¹⁶

O ambiente de terapia intensiva possui diversos fatores que predispõem pacientes a limitações de atividade e mobilidade, existem condições clínicas que comprometem a percepção dos sentidos o que incluem rebaixamento do

nível de consciência, uso de sedativos e instabilidade hemodinâmica.^{1,17} Assim, o banho no leito é prestado às pessoas com déficit do autocuidado, uma intervenção rotineira nas UTIs, por vezes, é negligenciada, no entanto a realização do procedimento permite a maior aproximação entre o profissional e o paciente.³

Trata-se de um cuidado essencial, pois contribui para a redução do risco de infecções ao diminuir a carga microbiana da pele, promove conforto ao paciente, previne o surgimento de lesões por pressão¹⁸ e possibilita ao enfermeiro a realização de um exame físico minucioso, favorecendo a condução adequada do processo de enfermagem. Possibilitando que o enfermeiro vá além da execução técnica, considerando também as necessidades biopsicossociais do paciente e oferecendo um cuidado integral.¹⁹

A percepção sensorial é investigada com o objetivo de revelar as sensações despertadas no corpo, muitas vezes não verbalizadas durante o cuidado e percebidas apenas por meio de gestos e expressões. Diante da diversidade presente no contexto cultural da enfermagem, torna-se essencial ampliar as formas de perceber, ser e estar no mundo.²⁰

Com relação aos sentidos humanos, estes atuam como radares que facilitam a aproximação, permitindo perceber o outro e estar receptivos à comunicação e cuidado. Neste contexto, a maioria dos profissionais do estudo destacou o uso da visão como principal recurso para identificar alterações na pele, considerando o banho no leito é um momento propício para avaliar a integridade cutânea, aplicar a escala de Braden (instrumento utilizado para avaliar o risco de desenvolvimento de lesões por pressão).¹⁷

Observou-se que a sensopercepção possibilita a interpretação de sinais não verbais emitidos pelo corpo do paciente. Alterações na coloração da pele, presença de odores atípicos, mudanças na textura cutânea e manifestações sonoras foram reconhecidas como formas de comunicação clínica. Esses elementos demonstram que o corpo do paciente,

especialmente em situações de limitação da comunicação verbal, torna-se um importante meio de expressão, exigindo do profissional sensibilidade e capacidade interpretativa para a tomada de decisão.¹²

Dessa forma, o banho no leito, aliado a um olhar investigativo, consolida-se como uma prática essencial na enfermagem, funcionando como uma intervenção preventiva capaz de reduzir riscos e prevenir danos ao paciente.³ Ao utilizar a sensopercepção para identificar precocemente possíveis alterações no estado clínico, o profissional de enfermagem contribui significativamente para a segurança e a qualidade da assistência prestada.²¹

O olfato foi destacado como um importante aliado no cuidado de enfermagem na UTI, auxiliando na identificação de diagnósticos e na tomada de decisões. Profissionais relataram reconhecer alterações clínicas por meio de odores específicos, como presença de pseudomonas ou acinetobacter, halitose associada a distúrbios metabólicos, melena indicativa de hemorragia digestiva e odores fúngicos em feridas. Técnicos de enfermagem também relataram utilizar o olfato diretamente em suas ações, como na troca de fraldas, curativos ou na higiene da cavidade oral e traqueia. A sensopercepção olfativa, portanto, orienta intervenções imediatas e direcionadas.²²

Na UTI, a comunicação não verbal é predominante nas interações entre pacientes e profissionais de saúde, exercendo um impacto ainda mais significativo do que a comunicação verbal.²³ Um estudo realizado em consultas de enfermagem com idosos apontou que 55% dos sentimentos são transmitidos por gestos e expressões, 38% pelo tom de voz e apenas 7% pelas palavras. Nesse cenário, a audição destaca-se como aliada na identificação de sons e ruídos relevantes durante o banho no leito.²¹

Na presente pesquisa, apenas dois participantes relataram utilizar a audição diretamente para perceber queixas, gemidos ou realizar a ausculta pulmonar. A maioria destacou o uso auditivo voltado à identificação de sons emitidos por

equipamentos, como bombas de infusão, ventiladores e alarmes. Demonstram habilidade em interpretar esses ruídos e distinguir situações clínicas, referindo-se a falsos alarmes como "monitonite". Contudo, ressaltam que o ambiente ruidoso da UTI interfere na escuta sensível do paciente, dificultando a distinção entre o som das máquinas e as necessidades humanas, o que pode comprometer a humanização do cuidado.^{20,24}

O toque no banho no leito é descrito como início do movimento no ato de banhar, servindo para troca de energia, emoções e ações. Contudo, considerando os com aspecto mais subjetivo do tocar durante o banho no leito.²⁵ O toque é visto pelos participantes como algo mais técnico e investigativo, buscando alterações como fraturas, bexigoma e edemas. Porém, toque durante o banho no leito deve ir além da técnica, consolidando-se como uma ferramenta terapêutica essencial no cuidado.¹⁶

Embora os participantes relatem utilizar todos os sentidos no banho, alguns são utilizados com menor intensidade, evidenciando um embotamento sensorial, como é o caso do paladar também fez parte dos sentidos questionados na entrevista, porém, nenhum dos profissionais participantes do estudo souberam ou o incluíram como sentido usado na unidade de terapia intensiva durante o banho no leito.

Os profissionais relataram que, com o passar do tempo atuando na UTI, desenvolveram um "sexto sentido" que contribui para uma assistência mais sensível, atenta e integral. Um dos participantes destacou que alguns colegas chegavam a ser chamados de "bruxas" pela equipe, em razão da capacidade de perceber intuitivamente sinais de melhora, agravamento ou até mesmo a proximidade do óbito dos pacientes. Essa prontidão, resultado da experiência acumulada, deve ser reconhecida e valorizada como um componente importante do cuidado.²⁶

Os resultados revelam que a utilização dos sentidos não ocorre de forma isolada, mas integrada, compondo um processo dinâmico de avaliação e cuidado.^{24,22} Essa integração sensorial

favorece a construção de um raciocínio clínico ampliado, no qual os profissionais articulam percepções objetivas e subjetivas para compreender o estado do paciente. Tal achado reforça que a sensopercepção atua como ferramenta essencial para qualificar a assistência, promovendo intervenções mais seguras, precoces e direcionadas às necessidades individuais.^{4,8,26}

A intuição clínica, compreendida pelos participantes como um “sexto sentido”, embora subjetiva, mostrou-se fortemente associada à experiência profissional e à capacidade de reconhecer padrões clínicos sutis. A intuição, nesse contexto, não se opõe ao conhecimento científico, mas o complementa, contribuindo para a antecipação de complicações e para a tomada de decisões mais assertivas no cuidado ao paciente crítico.²¹⁻²²

A intuição é mais do que um simples “pressentimento”, sendo um processo fundamentado no conhecimento e na experiência assistencial, com espaço ao lado das evidências científicas. Os enfermeiros integram a análise e a síntese intuitiva, utilizando-a como um recurso complementar nos processos de tomada de decisão.²⁹ Assim ao confiarem em sua intuição e aplicarem esse saber na prática clínica, contribuem para elevar a qualidade e a segurança do cuidado prestado ao paciente.²⁸

No paradigma tradicional, o conhecimento intuitivo foi frequentemente subestimado por ser visto como uma forma não estruturada de raciocínio, desvinculada de etapas lógicas e cálculos deliberados, em contraste com a valorização da lógica analítica e linear. No entanto, a literatura reconhece a intuição como um tipo de saber e sentir que permite decisões sem recorrer ao raciocínio analítico consciente. Assim, a intuição representa um conhecimento baseado no reconhecimento de padrões globais e complexos, captados de forma imediata e integrada.²⁹

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Destaca-se a realização da pesquisa em um único hospital público, o

que pode limitar a transferibilidade dos achados para outros contextos. Além disso, a análise foi conduzida por uma única pesquisadora, sem dupla codificação independente, o que pode introduzir vieses interpretativos, embora tenham sido adotadas estratégias de sistematização e rigor analítico. Ressalta-se também a ausência de validação dos achados junto aos participantes (*member checking*), o que poderia contribuir para maior robustez interpretativa. Por se tratar de um estudo qualitativo, não se busca a generalização dos resultados, mas sim a compreensão aprofundada do fenômeno, oferecendo subsídios para a prática e para o desenvolvimento de novas investigações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O banho no leito em Unidades de Terapia Intensiva, à luz dos achados deste estudo, revela-se como uma prática que ultrapassa a dimensão exclusivamente técnica, constituindo-se em um momento importante para a avaliação integral do paciente e para a realização de um cuidado mais atento, sensível e humanizado. A sensopercepção da equipe de enfermagem, especialmente por meio da visão, do tato e do olfato, mostrou-se fundamental para a identificação de necessidades clínicas, prevenção de complicações, como lesões por pressão, e interpretação de manifestações não verbais de pacientes com limitações na comunicação.

Os resultados evidenciam que o uso integrado dos sentidos durante o banho no leito favorece uma observação clínica mais ampliada e qualificada, permitindo aos profissionais reconhecer alterações sutis no estado de saúde do paciente. Além disso, a experiência profissional e a intuição clínica, mencionada pelos participantes como um “sexto sentido”, demonstraram contribuir para a antecipação de agravos e para a tomada de decisões no cuidado ao paciente crítico.

Nesse contexto, a articulação entre conhecimento técnico-científico, experiência prática e sensibilidade no cuidado fortalece a assistência de enfermagem em terapia intensiva,

valorizando o banho no leito como uma oportunidade estratégica para avaliação clínica contínua e cuidado integral.

Embora os achados estejam inseridos em um contexto específico e apresentem limitações, o estudo oferece contribuições relevantes para a prática de enfermagem e para a ampliação das discussões acerca da sensopercepção no cuidado intensivo. A descrição do contexto e do percurso metodológico possibilita que os resultados sejam refletidos e adaptados a realidades assistenciais semelhantes.

Recomenda-se a inclusão da temática da sensopercepção na formação e na educação permanente dos profissionais de enfermagem, estimulando o uso consciente dos sentidos como ferramenta clínica e relacional. Ademais, torna-se importante sensibilizar os profissionais para a interpretação de sinais não verbais e manifestações clínicas sutis, favorecendo a detecção precoce de alterações, a qualificação da tomada de decisão e a promoção de um cuidado mais seguro, humano e integral ao paciente crítico.

REFERÊNCIAS

- 1 Davoudi A, Shickel B, Tighe PJ, Bihorac A, Rashidi P. Potentials and challenges of pervasive sensing in the intensive care unit. *Front Digit Health*. 2022;4:773387. DOI: <https://doi.org/10.3389/fdgth.2022.773387>
- 2 Hang AT, Faria BG, Ribeiro ACR, Valadares GV. Challenges to patient safety in intensive care: a grounded theory. *Acta Paul. Enferm.* (Online). 2023;36:eAPE03221. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023A003221>
- 3 Toledo LV, Sampaio NV, Brinati LM, Domingos CS, Salgado PO, Ercole FF. Different types of bath in critical patients and factors associated with bed bathing. *REME rev. min. Enferm.* 2021;25:e1353. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415.2762.20210001>
- 4 Sili EM, Nascimento ERP, Malfussi LBH, Hermida PMV, Souza AIJ, Lazzari DD, et al. Humanized care in the intensive care unit: discourse of Angolan nursing professionals. *Rev. bras. enferm.* 2023;76:e20220474. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0474>
- 5 Abdulghafor R, Turaev S, Ali MAH. Body language analysis in healthcare: an overview. *Healthcare* (Basel). 2022;10(7):1251. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare10071251>
- 6 Galvão RGB. Enfermagem humanizada: impactos no cuidado ao paciente e sua relevância no contexto social da saúde. *Studies in Health Sciences*. 2025;6(1):e13503. DOI: <https://doi.org/10.54022/shsv6n1-014>
- 7 Kvande ME, Angel S, Højager Nielsen A. Humanizing intensive care: a scoping review (HumanIC). *Nurs Ethics*. 2022;29(2):498-510. DOI: <https://doi.org/10.1177/09697330211050998>
- 8 Franco MS, Busanello J, Harter J, Escobal APL. Banho no leito e alterações nos sinais vitais em pacientes críticos: estudo transversal. *J. nurs. health*. 2024;14(3):e1426989. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v14i3.26989>
- 9 Sandnes L, Uhrenfeldt L. Caring touch in intensive care nursing: a qualitative study. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2022;17(1):2092964. DOI: <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2092964>
- 10 Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul. Enferm.* (Online). 2021;34:eAPE02631. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021A002631>
- 11 Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
- 12 Sodré MV, Silva BAO, Souza DA. A comunicação entre a enfermagem e os pacientes em uma unidade de terapia intensiva: dilemas e conflitos. *REVISÁ*. 2022;11(2):138-48. DOI: <https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n2.p138a148>

- 13 João RB. Conception of human corporeality subjectivity: contribution of complex epistemology to the field of physical education. *Movimento*. 2022;28:e28036. DOI: <https://doi.org/10.22456/1982-8918.118352>
- 14 Dobrowolski R, Pezdek K. Movement as a somaesthetic source of subjectivity. *Front Psychol*. 2021;12:688296. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.688296>
- 15 Moreschi PB, Bernardina DSD. A influência histórica e cultural da religião na sociedade. *Rev Foco*. 2024;17(5):e5047. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n5-031>
- 16 Silva JC, 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:e20230135. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0135>
- 17 Beldhuis IE, Marapin RS, Jiang YY, Simões de Souza NF, Georgiou A, Kaufmann T, et al. Cognitive biases, environmental, patient and personal factors associated with critical care decision making: a scoping review. *J Crit Care*. 2021;64:144-53. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2021.04.012>
- 18 Labeau SO, Afonso E, Benbenishty J, Blackwood B, Boulanger C, Brett SJ, et al. Prevalence, associated factors and outcomes of pressure injuries in adult intensive care unit patients: the DecuBICUs study. *Intensive Care Med*. 2021;47(2):160-9. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06234-9>
- 19 Silva JOM, Santos LCO, Menezes AN, Lopes Neto A, Melo LS, Silva FJCP. Use of evidence-based practice by nurses in the hospital service. *Cogitare Enferm*. (Online). 2021;26:e67898. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.67898>
- 20 Araújo STC, Cunha LP, Azevedo AL, Almeida LP, Barcellos AMC, Valadares GV, et al. Corpo e sociopoética: reflexões sobre os sentidos sociocomunicantes para enfermagem hospitalar. *Research, Society and Development*. 2020;9(8):e729986167. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6167>
- 21 Alves VA, Milbrath VM, Gabatz RIB, Hense TD, Cecagno D, Biana CB, et al. Comunicação interprofissional na unidade de terapia intensiva neonatal e a segurança do paciente. *Enferm. actual Costa Rica (Online)*. 2024;47:61285. DOI: <https://doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.i47.54558>
- 22 Uzun S. The effectiveness of nurses' psychosocial interventions for sensory deprivation in intensive care patients: a systematic review and meta-analysis. *Ir J Med Sci*. 2024;193(5):2469-84. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11845-024-03735-0>
- 23 Al-Yahyai RN, Al-Naamani NS, Arulappan J, Matua GA, Al-Ghafri TS, Al-Sarakhi SA, et al. Communicating to non-speaking critically ill patients: augmentative and alternative communication technique as an essential strategy. *SAGE Open Nurs*. 2021;7:23779608211015234. DOI: <https://doi.org/10.1177/23779608211015234>
- 24 Rodrigues IMP, Santos AF, Santos DF, Franco RR, Duarte PRA. Aspectos neuropsicológicos da audição em pacientes comatosos nas unidades de terapia intensiva. *Contrib. cienc. soc*. 2024;17(9):e10801. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.9-263>
- 25 Groven FMV, Zwakhlen SMG, Odekerken-Schröder G, Tan F, Hamers JPH. Comfort during the bed bath: a randomised crossover trial on the effect of washing without water versus water and soap in nursing students. *J Clin Nurs*. 2021;30(15-16):2234-45. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15610>
- 26 Mendonça S. Nurses' clinical reasoning process: a grounded theory study. *Healthcare (Basel)*. 2026;14(2):230. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare14020230>
- 27 Oh S, Gu M, Sok S. A concept analysis of nurses' clinical decision making: implications for Korea. *Int J Environ Res*

Public Health. 2022;19(6):3596. DOI:
<https://doi.org/10.3390/ijerph19063596>

28 Monteiro MTVR, Santiago MDS. Integração de enfermeiros na prestação de cuidados ao doente crítico. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. 2025;11(4):324-39. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v11i4.18542>

29 Silva JC, 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:e20230135. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0135>

Recebido em: 06/11/2025

Aceito em: 13/05/2026

Publicado em: 28/05/2026