

**Repercussões glicêmicas do banho no leito de doentes oncológicos graves: ensaio clínico**  
**Glycemic repercussions of bed bath of critically ill cancer patients: clinical trial**  
**Repercusiones glucémicas del baño de lecho de pacientes con cáncer en estado crítico:**  
**ensayo clínico**

Recebido: 06/06/2020 | Revisado: 08/06/2020 | Aceito: 08/06/2020 | Publicado: 19/06/2020

**Aretha Pereira de Oliveira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1549-7729>

Instituto Nacional de Câncer, Brasil

E-mail: [apoliveira.inca@gmail.com](mailto:apoliveira.inca@gmail.com)

**Dalmo Valério Machado de Lima**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3587-6224>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: [dalmomachado@id.uff.br](mailto:dalmomachado@id.uff.br)

**Resumo**

**Objetivo:** comparar a diferença da glicemia de doentes oncológicos internados na UTI antes e após o banho no leito com lenços umedecidos. **Método:** Ensaio clínico não controlado realizado no Centro de Terapia Intensiva (CTI) e Unidade Pós-Operatória (UPO) de um único serviço de saúde, referência em tratamento oncológico na América Latina. Amostra composta por 30 doentes oncológicos consecutivamente internados. Todas as amostras de sangue para mensuração da glicemia foram coletadas dos cateteres de pressão invasiva cinco minutos antes e cinco minutos após o banho no leito com lenços umedecidos, sendo considerado hiperglicemia valores acima de 180 mg/dL. Para comparar as medianas das glicemias pré e pós banho foi utilizado o teste de Wilcoxon com nível de significância pré-estabelecido de 5%. **Resultados:** No momento pré-banho, obteve-se uma glicemia mediana de 141 mg/dL, e no momento pós-banho a mediana foi de 135 mg/dL. Observou-se que no momento pós-banho houve redução de 7,05% na glicemia, sendo esta queda estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ). **Conclusão:** O banho no leito com uso de lenços umedecidos do tipo higienizador e protetor cutâneo realizado em doentes oncológicos internados em unidades de terapia intensiva clínica e cirúrgica reduz significativamente a glicemia destes indivíduos.

**Palavras-chave:** Banhos; Enfermagem oncológica; Unidades de Terapia Intensiva.

## Abstract

**Objective:** to compare the blood glucose difference of cancer patients admitted to the ICU before and after bed bath with wet wipes. **Method:** Uncontrolled clinical trial conducted at the Intensive Care Unit (ICU) and Post-Operative Unit (POU) of a single health service, a reference in cancer treatment in Latin America. Sample composed of 30 consecutive hospitalized cancer patients. All blood samples for blood glucose measurement were collected from invasive pressure catheters five minutes before and five minutes after bed bath with wet wipes, considering hyperglycemia values above 180 mg/dL. To compare the pre and post bath blood glucose medians, the Wilcoxon test was used with a pre-established significance level of 5%. **Results:** In the pre-bath moment, a median glycemia of 141 mg/dL was obtained, and in the post-bath moment, the median was 135 mg/dL. It was observed that in the post-bath moment there was a 7.05% reduction in glycemia, this drop being statistically significant ( $p < 0.01$ ). **Conclusion:** Bed bath with the use of sanitizer and skin protector wipes performed on cancer patients admitted to clinical and surgical intensive care units significantly reduces the blood glucose of these individuals.

**Keywords:** Baths; Oncology nursing; Intensive Care Units.

## Resumen

**Objetivo:** comparar la diferencia de glucosa en sangre de pacientes con cáncer ingresados en la UCI antes y después del baño de lecho con toallitas húmedas. **Método:** ensayo clínico no controlado realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y en la Unidad Postoperatoria (UPO) de un único servicio de salud, una referencia en el tratamiento del cáncer en América Latina. Muestra compuesta por 30 pacientes con cáncer hospitalizados consecutivamente. Todas las muestras de sangre para medir la glucosa se obtuvieron de catéteres de presión invasivos cinco minutos antes y cinco minutos después del baño de lecho con toallitas húmedas, teniendo en cuenta valores de hiperglucemia superiores a 180 mg/dL. Para comparar las medianas de glucosa en sangre antes y después del baño, se utilizó la prueba de Wilcoxon con un nivel de significancia preestablecido del 5%. **Resultados:** en el momento previo al baño, se obtuvo una glucemia mediana de 141 mg / dL, y en el momento posterior al baño, la mediana fue de 135 mg / dL. Se observó que en el momento posterior al baño hubo una reducción del 7,05% en la glucemia, siendo esta caída estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ). **Conclusión:** El baño de lecho con el uso de desinfectantes y toallitas protectoras de la piel realizadas en pacientes con cáncer ingresados en unidades de cuidados

intensivos clínicos y quirúrgicos reduce significativamente la glucosa en sangre de estos individuos.

**Palabras clave:** Baños; Enfermería oncológica; Unidades de Cuidados Intensivos.

## 1. Introdução

As neoplasias malignas são a segunda maior causa de mortes por doenças não comunicantes no mundo, atrás somente das doenças cardiovasculares, responsáveis por 8,2 milhões de óbitos no ano de 2012, e com estimativa de que em 2030, este número seja de 12,6 milhões. Mais de dois terços das mortes por câncer aconteceram em países em desenvolvimento (World Health Organization, 2014) que, em 2020 responderão por 83,7% da população mundial (Kaptoge, et al., 2019), e os tumores de pulmão, mama, colorretal, estômago e fígado, juntos, respondem por mais da metade dos casos (World Health Organization, 2014).

A partir dos anos 2000 ocorreram grandes avanços no tratamento curativo das neoplasias, levando à maior possibilidade de controle da doença. Essas terapias, entretanto, podem ocasionar efeitos adversos que comprometem várias funções orgânicas. Ademais, o próprio câncer pode provocar complicações clínicas com risco imediato de morte, implicando diretamente em maior utilização de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2019).

Durante a internação na UTI, os doentes são expostos a diversas condições e procedimentos que direta ou indiretamente interferem no seu metabolismo, podendo aumentar seu dispêndio energético. Desta forma, é lícito supor que a glicemia seja reduzida em decorrência de atividades que aumentem a demanda energética, já que a glicose apresenta uma posição central no metabolismo por ser um bom combustível (Güemes, Rahman, & Hussain, 2016). Dentre estes procedimentos, destacam-se as intervenções de enfermagem como punções venosas periféricas, posicionamento de cateteres enterais, mudanças de decúbito e banho no leito, que podem levar a alterações no dispêndio energético devido a aumento na frequência cardíaca e pressão arterial, por exemplo, levando a maior consumo de glicose.

O banho no leito tem como finalidades promover higiene, regulação térmica, redução da microbiota, satisfação e conforto. Esta técnica pode ser realizada de maneira convencional, com utilização de água e sabão, ou, de forma alternativa, com lenços umedecidos impregnados com surfactante para higienização da pele. Estudos apontam que o banho

convencional pode repercutir significativamente sobre as variáveis oxi-hemodinâmicas no doente grave geral (Lima & Lacerda, 2010; Oliveira & Lima, 2010; Silva et al., 2016), além de aumentar o dispêndio energético de repouso em 20 a 35% (Diener, 1997). Todavia, não há evidências das repercussões geradas pela utilização do banho alternativo no leito.

Deste modo, este estudo objetiva comparar a diferença da glicemia de doentes oncológicos internados na UTI antes e após o banho no leito com lenços umedecidos.

## **2. Metodologia**

Ensaio clínico não controlado realizado no Centro de Terapia Intensiva (CTI) e Unidade Pós-Operatória (UPO) de um único serviço de saúde, referência em tratamento oncológico na América Latina. Nas unidades de estudo existe o protocolo de administração de insulina em caso de glicemia maior do que 180 mg/dl, em consonância com o controle sugerido em um grande ensaio clínico randomizado (Finfer S, et al., 2009).

A amostra não-probabilística de conveniência foi composta por 30 doentes consecutivamente internados nas unidades oncológicas de estudo, selecionados por meio dos seguintes critérios de elegibilidade: ambos os sexos, maiores de 18 anos, com monitorização invasiva contínua da pressão arterial. Foram excluídos: doentes com tumores pancreáticos, presença de hipoglicemia (glicemia menor que 70mg/dl) no pré-banho, em hemodiálise ou insulinoterapia venosa contínua no momento do banho e classificados como em cuidados de fim de vida.

Foram registrados dados demográficos e clínicos, incluindo sexo, idade, peso, altura, diagnóstico médico, motivo de internação na UTI, uso e dose de aminas vasoativas, tipo de nutrição, uso e dose de corticoides, histórico de diabetes e insulinoterapia, além do tempo de banho e das mensurações de glicemia: cinco minutos antes e após a realização do banho no leito.

O banho no leito nas unidades de estudo é realizado com a utilização de lenços umedecidos do tipo higienizador e protetor cutâneo. Metade dos doentes internados é banhada no período diurno.

As glicemias foram mensuradas a partir de amostra de sangue arterial coletado diretamente do cateter de pressão invasiva.

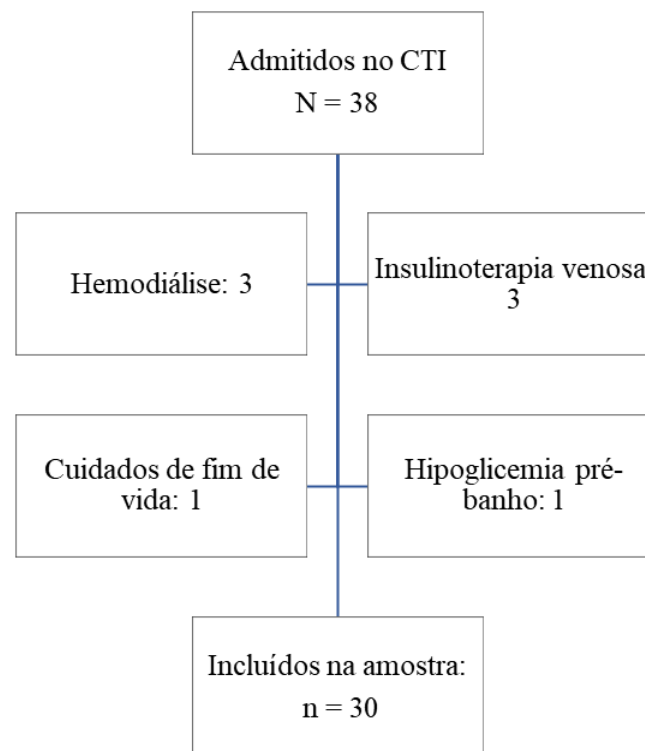
Este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, que contempla os preceitos da Declaração de Helsinki, tendo sido aprovado sob o parecer número 1.911.346. As informações coletadas foram distribuídas em uma planilha eletrônica a fim de

serem submetidas aos procedimentos de análise, para os quais foi utilizado o pacote estatístico denominado SPSSPASW 17.0 for Windows, de propriedade da IBM. A estatística descritiva foi realizada por meio de medidas de tendência central, representadas pela média e mediana; medidas de dispersão, representadas pelo desvio padrão (DP) e diferença percentual. A estatística inferencial incluiu o teste de normalidade de Shapiro-Wilk. Variáveis não-paramétricas foram analisadas por meio do teste de Wilcoxon para comparação das medianas das glicemias pré e pós-banho, teste de Kruskal-Wallis para determinação do efeito do banho sobre as variáveis dependentes e Teste de McNemar para testar a associação entre o momento do banho e o status glicêmico dos doentes. O nível de significância adotado em todos os testes foi de 5% ( $\alpha = 0,05$ ) e intervalo de confiança de 95%.

### 3. Resultados

Dos 38 doentes internados no CTI durante o período de coleta de dados, oito foram excluídos. Dentre estes, destaca-se a exclusão de seis devido a procedimentos terapêuticos que poderiam interferir na variação da glicemia. Os motivos de exclusão encontram-se na Figura 1.

**Figura 1:** Diagrama de fluxo de recrutamento de doentes elegíveis, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017.



Fonte: Autores.

O perfil demográfico, clínico e de complexidade da amostra, composta por 30 doentes, pode ser visualizado na Tabela 1. O ponto de corte para dicotomização do escore APACHE II foi escolhido em consonância com o valor utilizado pelo estudo NICE-SUGAR (Finfer S, Chittock DR, Su SY, Blair D, Foster D & Dhingra V, 2009).

**Tabela 1:** Perfil clínico, demográfico e de gravidade e turno do banho no leito de 30 doentes internados em unidades intensivas oncológicas. Rio de Janeiro, RJ, 2017

<b>Variável</b>	<b>Média (DP)</b>				
<b>Idade (anos)</b>	61,7 (12,42)				
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>P</b>	<b>Intervalo de confiança 95%<sup>2</sup></b>	
				<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
<b>Sexo<sup>1</sup></b>					
Feminino	17	56,7	0,465	0,374	0,745
<b>Diagnóstico médico<sup>1</sup></b>					
Sem câncer	2	6,7		0,008	0,221
TU sólido	23	76,7	< 0,01	0,577	0,901
TU hematológico	5	16,6		0,056	0,347
<b>Diabetes Mellitus<sup>1</sup></b>					
Sim	6	20,0	0,01	0,077	0,386
<b>Motivo de internação<sup>2</sup></b>					
POI	10	33,3		0,173	0,528
Sepse	6	20,0	0,202	0,077	0,386
Não infeccioso	14	46,7		0,283	0,657
<b>Hemodiálise<sup>1</sup></b>					
Sim	8	26,7	0,011	0,123	0,459
<b>Hipotireoidismo<sup>1</sup></b>					
Sim	2	6,7	< 0,01	0,008	0,221
<b>Corticoide<sup>1</sup></b>					
Sim	13	43,3	0,465	0,255	0,626
<b>Noradrenalina<sup>1</sup></b>					
Sim	19	63,3	0,144	0,439	0,801
<b>Nutrição<sup>1</sup></b>					

Enteral	21	70,0		0,506	0,853
Parenteral	7	23,3	< 0,01	0,099	0,423
Dieta zero	2	6,7		0,008	0,221
<b>IMC<sup>1</sup></b>					
Baixo peso	1	3,3		0,001	0,172
Eutrófico	13	43,3	0,013	0,255	0,626
Sobrepeso	10	33,4		0,173	0,528
Obesidade grau I	6	20,0		0,077	0,386
<b>Escala de coma/RASS</b>					
Sedado	13	43,3	0,465	0,255	0,626
Despertável	17	56,7		0,374	0,745
<b>APACHE II<sup>1</sup></b>					
≤ 25	16	53,3	0,715	0,3548	0,7119
> 25	14	46,7		0,2881	0,6452
<b>TISS-28<sup>1</sup></b>					
II	19	63,3	0,273	0,406	0,773
III	11	36,7		0,227	0,594
<b>Turno do banho<sup>1</sup></b>					
Diurno	25	83,3	< 0,01	0,653	0,944

<sup>1</sup> Teste Quiquadrado para associação

<sup>2</sup> Taxa de sucesso Binomial de uma amostra (Clopper-Pearson)

Fonte: Autores.

Foram realizados testes para analisar se as proporções de cada variável diferem estatisticamente ao nível de significância de 5%. Os resultados podem ser visualizados na Tabela 1.

Ressalta-se que, no momento da execução do banho, a maioria dos doentes (86,7%) não apresentava dor, avaliada por meio da Escala Visual Numérica para os indivíduos que conseguiam se comunicar, ou da Behavioral Pain Scale (BPS) nos casos de doentes sem interação com o examinador.

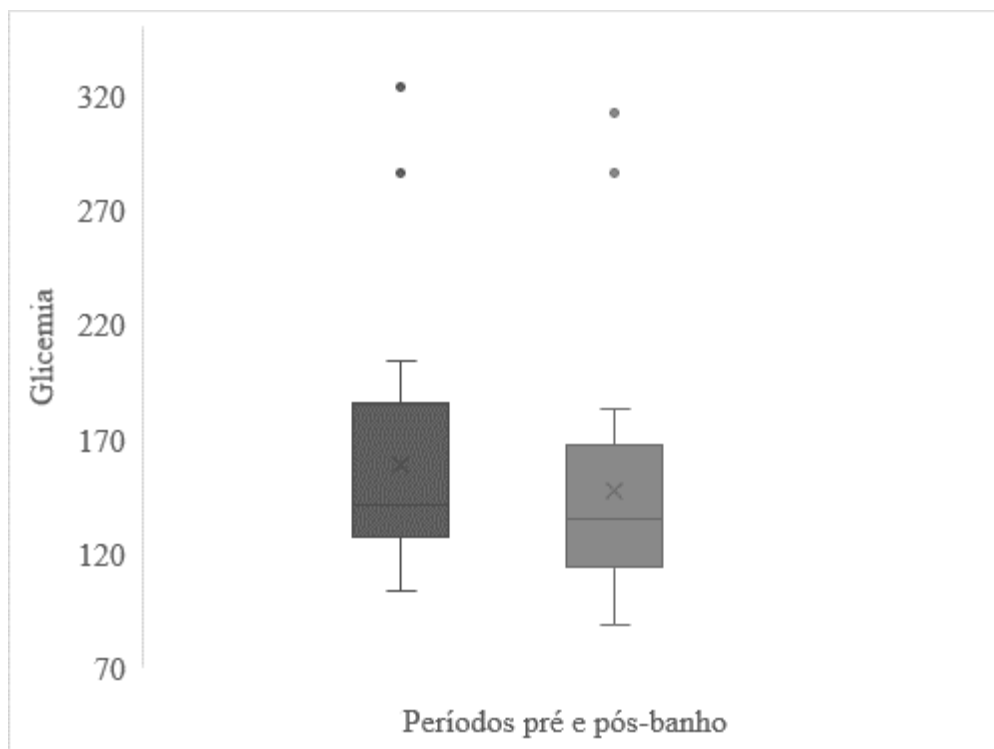
A maioria dos banhos analisados foi realizada no período da manhã (83,3%), com duração média de 18,27 (± 3,90) minutos, e oito banhos (26,7%) foram executados em tempo superior a 20 minutos. Dos cinco banhos noturnos, em apenas um o doente se encontrava hiperglicêmico no momento pré-banho, apresentando-se normoglicêmico no momento pós-

banho. Apesar disso, no período noturno não houve diferença entre as medianas das glicemias nos momentos pré e pós banho ( $p=0,176$ ), ressaltando-se, entretanto, a pequena quantidade de banhos realizados à noite.

Apesar de haver interrupção da dieta enteral exatamente antes do início do banho, destaca-se que, dos sete doentes em uso de nutrição parenteral total (NPT), cinco apresentaram diminuição nos níveis glicêmicos após o banho, bem como os dois doentes que se encontravam em dieta zero.

Uma vez que foi rejeitada a hipótese de normalidade da glicemia ( $p = 0,174$ ), procedeu-se a realização do Teste dos Postos Sinalizados de Wilcoxon de Amostras Relacionadas para comparação das medianas. No momento pré-banho, obteve-se uma glicemia mediana de 141 mg/dL, maior do que a mediana do momento pós-banho (135 mg/dL). A Figura 2 apresenta a variação da glicemia nos momentos pré e pós banho no leito.

**Figura 2:** Variação da glicemia mediana nos períodos pré e pós-banho no leito com lenços umedecidos, Rio de Janeiro, RJ, 2017



Fonte: Autores.

Ao se comparar as medianas das glicemias nos dois momentos, observou-se que no momento pós-banho houve redução de 7,05%, sendo esta queda estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ). A análise de Kruskal-Wallis não evidenciou interação entre a variação da glicemia



e os fatores sexo ( $p = 0,059$ ), pontuação no APACHE II maior ou igual a 25 ( $p = 0,349$ ), classificação pelo TISS-28 ( $p = 0,196$ ), uso de corticoides ( $p = 0,490$ ), via de nutrição ( $p = 0,698$ ) ou uso de noradrenalina ( $p = 0,366$ ).

Destaca-se que, dentre os 30 doentes estudados, apenas nove apresentavam-se hiperglicêmicos ( $>180$  mg/dL) no momento pré-banho, e observou-se que em 21 (76,7%) houve redução dos valores de glicemia após a realização do banho.

A Tabela 2 destaca o perfil glicêmico dos doentes antes e após o banho no leito. Ressalta-se que nenhum doente se apresentou hipoglicêmico ( $< 70$  mg/dL) após o procedimento e, dos três que mantiveram valores alterados, dois exibiam glicemias em torno de 300 mg/dL e um denotou queda de 7,1% (197 para 183 mg/dL), aproximando-se consideravelmente dos limites normais.

**Tabela 2:** Perfil glicêmico nos momentos pré e pós banho de 30 doentes oncológicos internados em unidades de terapia intensiva. Rio de Janeiro, RJ, 2017

	<b>Pré-banho</b>	<b>Pós-banho</b>	<b>p</b>
Normoglicêmico	21	27	< 0,01
Hiperglicêmico	9	3	
<b>Total</b>	30	30	

Fonte: Autores.

Com base no perfil glicêmico apresentado, a análise da distribuição das frequências de hiperglicemia pré e pós banho por meio do Teste de McNemar demonstra haver diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,031$ ). Logo, a realização do banho no leito está associada a uma redução significativa da glicemia dos doentes oncológicos na unidade de terapia intensiva.

#### 4. Discussão

Os estudos relacionados ao doente oncológico gravemente enfermo ainda são bastante escassos, e mesmo a elaboração de uma caracterização destes indivíduos não é bem definida, principalmente ao se constatar que, na maioria dos estudos internacionais, o doente oncológico não dispõe de unidades de alta complexidade próprias, que atendam a suas peculiaridades, sendo quase sempre admitido em unidades gerais (Bos et al., 2015).

Percebe-se, entretanto, que algumas particularidades demográficas e clínicas são

comuns ao perfil encontrado em outros estudos, como a idade média superior a 60 anos, o predomínio dos tumores sólidos (Bos et al., 2015) e a necessidade de infusão de aminas vasoativas. Em contrapartida, quando se trata da admissão em unidades intensivas ou de emergência, é mais comum o atendimento a indivíduos do sexo masculino (Bos et al., 2015) com comorbidades como o diabetes, internados por causas infecciosas, sendo relativamente frequente a administração de corticoides. Ressalta-se que, em relação às doenças associadas, foi realizado levantamento de informações autorreferidas registradas em prontuário, podendo haver casos em que o indivíduo desconhecia sua condição prévia.

Como o emagrecimento é uma complicação frequentemente relacionada ao câncer, ressalta-se a baixa prevalência de doentes com baixo peso neste estudo, indo de encontro a alguns estudos brasileiros que demonstraram uma frequência de má-nutrição que variou entre 21 e 33% (Ferreira, Guimarães, & Marcadenti, 2013). Do ponto de vista da via de nutrição dos doentes, os dados deste estudo estão em consonância com diretrizes internacionais, optando-se, preferencialmente, pela via enteral, já que a nutrição parenteral durante o tratamento oncológico é fortemente não-recomendada devido ao alto risco de infecção associado (Caccialanza et al., 2016).

Quanto à definição de gravidade dos doentes por meio do escore APACHE II, obteve-se média semelhante à de um estudo que visava verificar a relação do estado nutricional dos pacientes oncológicos em UTI com o tempo de permanência em ventilação mecânica invasiva. É importante observar, contudo, que esta média é superior à de unidades de terapia intensiva gerais internacionais, nas quais se encontram frequentemente pontuações em torno de 16 (Schleder et al., 2013).

A maioria dos doentes incluídos neste estudo se encontravam sob sedação e sem dor, fatores que contribuem para a redução do dispêndio energético (Diener, 1997), já que, indiretamente, mantêm estáveis as frequências cardíaca e respiratória, além de reduzir a agitação psicomotora.

O banho no leito, um dos cuidados de enfermagem cotidianos nas unidades de alta complexidade, ainda se apresenta, frequentemente, realizado de forma empírica, havendo poucos estudos sobre suas repercussões e eventual impacto na estabilidade de doentes graves, especialmente quando se trata do doente oncológico.

A realização do banho no leito provocou redução na glicemia mediana de doentes oncológicos internados na UTI, e, com isso, sugere-se sua efetivação como medida não farmacológica complementar para o controle glicêmico desses doentes. A utilização de medidas não farmacológicas apresenta bons resultados sobre outros desfechos clínicos, ainda

que combinadas à utilização de fármacos, como melhora do sono de pacientes submetidos à cirurgias cardíacas (Machado, Souza, Poveda, & Costa, 2017) e no manejo da dor (Mota & Cunha, 2014), inclusive no paciente oncológico (Rocha, et al., 2015).

Ressalta-se a importância destes resultados como subsídio para a tomada de decisão quanto a definição do melhor horário para verificação de glicemia nos protocolos de instituições hospitalares, tendo em vista que a mensuração realizada antes do banho pode não refletir o status glicêmico do doente após o procedimento e, conseqüentemente, ocasionar a administração de doses desnecessárias de insulina regular.

Ademais, é possível reduzir os custos diretos do tratamento da hiperglicemia, tendo em vista a necessidade de administração de menor quantidade de insulina regular, e até mesmo de não administração em alguns casos. Ressalta-se também a indireta redução de eventos adversos associados ao uso de insulina por via subcutânea, como a ocorrência de lipodistrofia.

Apesar de oito banhos terem sido realizados em tempo superior a 20 minutos, percebe-se que a duração média do banho foi de 18,27 minutos, o que, de acordo com uma revisão sistemática da literatura, pode ser benéfico para os doentes graves, do ponto de vista oxihemodinâmico (Lima & Lacerda, 2010). Ressalta-se que esta conduta foi possível apesar da gravidade dos indivíduos devido à utilização de lenços umedecidos do tipo higienizador e protetor cutâneo para o banho, e é lícito supor que o banho tradicional com água e sabão ultrapasse esse limite temporal.

Já foi demonstrado que, em indivíduos hospitalizados em uma UTI geral, a manutenção da temperatura da água constante a 40°C reduziu a variação da saturação de oxigênio avaliada por meio da oximetria de pulso (SpO<sub>2</sub>) (Oliveira & Lima, 2010); em contrapartida, no caso de doentes fisiologicamente estáveis acometidos por infarto agudo do miocárdio, o banho com temperatura constante a 42,5°C se revelou mais vantajoso por reduzir a frequência cardíaca e aumentar a SpO<sub>2</sub> e a temperatura periférica (Silva et al., 2016). Quando se trata, entretanto, das implicações do banho no leito sobre o consumo energético dos doentes, existe uma sugestão de que o procedimento possa aumentar em 20 a 35% o dispêndio energético de repouso (Diener, 1997).

Neste sentido, observa-se que, na amostra estudada, houve redução média de 7,05% na glicemia após o banho. Considerando-se que a glicose é o combustível preferencial para a produção de adenosina trifosfato (ATP) por meio da sua oxidação, é lícito supor que a redução em seus níveis séricos após o banho decorra de um aumento do dispêndio energético provocado pelo procedimento, apesar do caráter passivo dos doentes durante a realização do

mesmo.

Apesar disso, não foram identificadas interações entre a redução da glicemia e outros fatores, como sexo, uso de noradrenalina, via de alimentação ou gravidade mensurada pelo escore APACHE II. Destaca-se também que não houve nenhum caso de hipoglicemia pós-banho, a despeito de não ter havido doentes com glicemia limítrofe no momento pré-banho.

Especulando-se que o banho no leito tradicional demande mais estimulação da pele pelo processo ensaboar – enxaguar – secar e maior tempo para realização, é possível que sua repercussão sobre o gasto energético e consumo de glicose do doente seja maior do que os demonstrados neste estudo.

A redução da glicemia nos doentes hiperglicêmicos foi relevante do ponto de vista clínico, posto que implicaria na necessidade de administração de menores doses de insulina regular, ou até mesmo de não administração em alguns casos. Com isso, sugere-se uma revisão nos horários de mensuração deste parâmetro, visando-se reduzir o índice de erros de medicação e melhorar a monitorização do estado glicêmico do doente. Este conceito é corroborado pela necessidade de otimização dos horários de aprazamento de medicamentos, visando à minimização da ocorrência de interações medicamentosas, medidas pautadas na imprescindibilidade de se pensar em estratégias para maximizar a segurança do paciente (Camerini, Silva, & Mira, 2014; Silva, Matos, Barreto & Albuquerque, 2013; Henrique et al., 2017).

Este estudo apresenta algumas limitações. Trata-se de um estudo realizado em um único centro, no qual o banho no leito não é realizado da maneira convencional com água e sabão, o que ainda não é uma realidade na maioria das instituições de alta complexidade brasileiras, apesar dos lenços umedecidos para banho serem muito utilizados em países da Europa e da América do Norte. A generalização dos resultados, portanto, é vinculada ao perfil do paciente e ao tipo de banho. Percebe-se também a heterogeneidade de diagnósticos apresentados pelos doentes incluídos na amostra, o que foi minimizado por meio da estratificação por gravidade.

## **5. Considerações Finais**

O banho no leito com uso de lenços umedecidos do tipo higienizador e protetor cutâneo realizado em doentes oncológicos internados em unidades de terapia intensiva clínica e cirúrgica reduz significativamente a glicemia destes indivíduos.

## Referências

- Bos, M. M. E. M., Verburg, I. W. M., Dumaij, I., Stouthard, J., Nortier, W. R., Richel, D., Zwan, E. P. A. Van Der, Keizer, N. F. & Jonge, E. (2015). Intensive care admission of cancer patients: a comparative analysis. *Cancer Medicine*, 4(7), 966–976. <https://doi.org/10.1002/cam4.430>
- Caccialanza, R., Pedrazzoli, P., Cereda, E., Gavazzi, C., Pinto, C., Beretta, G. D., Nardi, M. & Laviano, A. (2016). Nutritional Support in Cancer Patients: A Position Paper from the Italian Society of Medical Oncology (AIOM) and the Italian Society of Artificial Nutrition and Metabolism (SINPE). *Journal of Cancer*, 7(2), 131–135. <https://doi.org/10.7150/jca.13818>
- Camerini, F. G., Silva, L. D. & Mira, A. J. M. (2014). Ações de enfermagem para administração segura de medicamentos: uma revisão integrativa. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 6(4), 1655–1665. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1655-1665>
- Diener, J. R. C. (1997). Calorimetria indireta. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 43(3), 245–253. <https://doi.org/10.1590/s0104-42301997000300013>
- Ferreira, D., Guimarães, T. G. & Marcadenti, A. (2013). Acceptance of hospital diets and nutritional status among inpatients with cancer. *Einstein*, 11(1), 41–46. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082013000100008>
- Finfer, S., Chittock, D. R., Su, S. Y., Blair, D., Foster, D., Dhingra, V., Bellomo, R., Cook, D., Dodek, P., Henderson, W. R., Hébert, P. C., Heritier, S., Heyland, D. K., McArthur, C., McDonald, E., Mitchell, I., Myburgh J. A., Norton, R., Potter, J., Robinson, B. G. & Ronco, J. J. (2009). Intensive versus Conventional Glucose Control in Critically Ill Patients. *The New England Journal of Medicine*, 360(13), 1283–1297.
- Güemes, M., Rahman, S. A. & Hussain, K. (2016). What is a normal blood glucose? *Archives of Disease in Childhood*, 101(6), 569–574. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2015-308336>

Henrique, D. de M., Silva, L. D., Camerini, F. G., Andrade, K. B. S., Pereira, S. R. M. & Fassarella, C. S. (2017). Aprazamento seguro da terapia analgésica com opioides no paciente queimado: um estudo transversal. *Revista Enfermagem UERJ*, 25(e28082), 1–7.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2020). *Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, Brasil: INCA.

Kaptoge, S., Pennells, L., De Bacquer, D., Cooney, M. T., Kavousi, M., Stevens, G., Riley, L. M., Savin, S., Khan, T., Altay, S., Amouyel, P., Assmann, G., Bell, S., Ben-Shlomo, Y., Berkman, L., Beulens, J. W., Björkelund, C., Blaha, M., Blazer, D. G. & Angelantonio, E. (2019). World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions. *The Lancet Global Health*, 7(10), e1332–e1345. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30318-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30318-3)

Lima, D. V. M. & Lacerda, R. A. (2010). Hemodynamic oxygenation effects during the bathing of hospitalized adult patients critically ill: Systematic review. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 23(2), 278–285. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000200020>

Machado, F. D. S., Souza, R. C. S., Poveda, V. B. & Costa, A. L. S. (2017). Non-pharmacological interventions to promote the sleep of patients after cardiac surgery: a systematic review 1. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(e2926). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1917.2926>

Mota, G. D. C. P. & Cunha, M. L. C. (2014). Prevention and non-pharmacological management of pain in newborns. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), 123–127.

Oliveira, A. P. & Lima, D. V. M. (2010). Evaluation of bedbath in critically ill patients: impact of water temperature on the pulse oximetry variation. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(4), 1039–1045. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342010000400026>

Rocha, A. F. P., Sposito, A. M. P., Bortoli P. S., Silva-Rodrigues, F. M., Lima, R. A. G. & Nascimento, L. C. (2015). O alívio da dor oncológica: estratégias contadas por adolescentes com câncer. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 24(1), 96–104.

Schleder, J. C., Suzumura, D. N., Matioski, A. C., Filho, W. W., Henrique, J. & Wasilewski, S. (2013). Relation between nutritional status and dependency on mechanical ventilation in critical oncologic patients. *Fisioterapia e Pesquisa*, 19(4), 1–6.

Silva, L. D., Matos, G. C., Barreto, B. G. & Albuquerque, D. C. (2013). Drug scheduling for nurses in prescriptions at sentinel hospital. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 8(3), 722–730.

Silva, C. J. B., Silva, M. É. S., Reis, F. F., Miranda, G. C. O., Santos, L. & Lima, D. V. M. (2016). Bed bath for infarcted patients: crossover of the hydrothermal. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 15(3), 341–350.

World Health Organization. (2014). *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014*. Geneva, Switzerland.

**Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Aretha Pereira de Oliveira – 70%

Dalmo Valério Machado de Lima – 30%