

## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS BANHOS LEITO E ASPERSÃO,  
SEMI-INDEPENDENTE E INDEPENDENTECÓDIGO  
PO.ENF.027

REVISÃO: 00

PÁGINA:1/5

**1. OBJETIVO**

Descrever o procedimento de banho no leito, aspersão, banho em pacientes semi-dependentes e independentes promovendo a higiene e conforto físico e mental ao paciente. Além de preservar a integridade cutânea, estimular a circulação sanguínea e oportunizar a observação da integridade da pele e estado do paciente.

**2. RESPONSABILIDADES**

**2.1 ELABORAÇÃO E REVISÃO:** Evilene Rocha, Sâmia Cipriano, Lailla Farias, Júlia Moscovits e Tatiane Florentino.

**2.2 EXECUÇÃO:** Todos os profissionais de enfermagem envolvidos nos processos assistenciais dos serviços geridos pelo INTS.

**3. DEFINIÇÕES:**

**Banho no leito** – consiste na lavagem de toda ou parte da superfície corporal de forma a satisfazer as necessidades de higiene e conforto do paciente. É uma prática de higiene em que se procura remover o suor, a oleosidade, a poeira e os microrganismos da pele.

**4. PÚBLICO-ALVO:**

Todos os pacientes sob assistência nos serviços geridos pelo INTS.

**5. PROCEDIMENTO / PROCESSO****5.1. RECURSOS MATERIAIS NECESSÁRIOS**

Não aplicável

**5.2. BANHO NO LEITO**

Enfermeiro

- Realizar a identificação do paciente conforme política institucional de identificação do paciente;
- Avaliar a gravidade do paciente e viabilidade de postergar o procedimento no momento, sem quadro clínico instável;
- Acompanhar o banho e realizar a avaliação da pele e mucosas;
- Garantir a preservação dos dispositivos invasivos;
- Supervisionar se a dieta foi pausada 30 minutos antes da realização do procedimento e lavar a SNE garantindo sua permeabilidade;

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO****ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS BANHOS LEITO E ASPERSÃO,  
SEMI-INDEPENDENTE E INDEPENDENTE****CÓDIGO  
PO.ENF.027****REVISÃO: 00****PÁGINA:2/5**

- Caso o paciente esteja com SNE, tubo endotraqueal ou traqueostomia, trocar as fixações no momento do banho ou logo após a finalização;

**TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

- Realizar a identificação do paciente conforme política institucional de identificação do paciente;
- Certificar-se com o enfermeiro a viabilidade da realização do banho naquele momento, conforme o quadro clínico do paciente;
- Pausar a dieta e certificar-se que a sonda nasoenteral foi lavada;
- Reunir o material numa bandeja ou mesa de apoio e levá-la ao leito do paciente;
- Realizar a lavagem das mãos conforme protocolo institucional;
- Usar EPI conforme medidas de precaução instituída;
- Orientar o paciente acerca do procedimento. Caso paciente não apresente nível de consciência explicar ao acompanhante. Certificar-se a aceitação do procedimento pelo paciente;
- Promover a privacidade do paciente colocando biombo;
- Verificar a temperatura da água (teste na região medial do antebraço);
- Realizar/auxiliar na higiene oral e, se necessário higienizar o cabelo e couro cabeludo (com xampu e condicionador), enxaguar com água, secar com uma toalha e pentear o cabelo;
- Trocar a água do banho, obrigatoriamente, após a lavagem da cabeça;
- Realizar higiene ocular com gaze umedecida com SF0,9%, limpando do canto interno para o externo;
- Lavar o rosto, orelhas e pescoço com água e sabonete, com suavidade para remoção da sujidade, enxaguar e secar com a toalha;
- Caso o paciente seja do gênero masculino, realizar tricotomia facial, se necessário e desejado pelo mesmo;
- Retirar as roupas e fralda do paciente, mantendo o tórax protegido com lençol. Atenção ao descarte das fraldas, conforme protocolo institucional;
- A higiene corporal do paciente deve ser feita sempre da mesma forma, em cada parte do corpo. Utilizar compressa com água morna e sabão neutro, em seguida enxaguar e seque com uma toalha/lençol;
- Higienizar os membros superiores do lado oposto ao que se trabalha, depois o mais próximo, com movimentos longos e firmes, do punho a axila;
- Realizar ou auxiliar na lavagem das mãos, principalmente nos interdígitos, observando as condições dos mesmos, secá-los bem;
- Trocar a água da bacia;
- Higienizar o tórax e abdome, com movimentos circulares, ativando a circulação, observando as condições da pele e mamas;
- Cobrir o paciente com um lençol ao término de cada região higienizada, para evitar exposição e hipotermia;

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO****ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS BANHOS LEITO E ASPERSÃO,  
SEMI-INDEPENDENTE E INDEPENDENTE****CÓDIGO  
PO.ENF.027****REVISÃO: 00****PÁGINA:3/5**

- Higienizar os membros inferiores na seguinte sequência: pernas e coxas, do tornozelo até a raiz da coxa, do lado oposto ao que se está trabalhando, depois o mais próximo;
- Colocar a bacia sob os pés e lavá-los, principalmente nos interdígitos, observando as condições dos mesmos, secá-los bem;
- Trocar a água da bacia e a compressa obrigatoriamente;
- Realizar higiene íntima do paciente, conforme protocolo institucional;
- Trocar, obrigatoriamente, a água da bacia;
- Lateralizar o paciente, colocando a toalha sob as costas e nádegas, mantendo a posição com o auxílio de outra pessoa;
- Higienizar as costas, massageando-as, incluindo nádegas e cóccix do paciente;
- Deixar o paciente em decúbito lateral, empurrando a roupa úmida para o meio do leito, enxugando o colchão;
- Realizar limpeza do colchão com álcool 70% e papel compressa;
- Trocar as luvas de procedimento para não contaminar a roupa limpa;
- Colocar um lençol limpo conforme técnica (o lençol deve ser estendido no sentido do paciente com um forro na região do quadril, estando enrolado e sendo esticado conforme for retirando o lençol sujo);
- Hidratar a pele do paciente;
- Colocar a fralda/roupa íntima;
- Deixar o paciente em posição confortável, se necessário utilize coxins, com cabeceira elevada;
- Cobrir o paciente com um lençol;
- Levantar a grade da cama e retornar a alimentação por SNE;
- Recolher o material e desprezar no expurgo em coletor de resíduo comum e deixar unidade organizada;
- Lavar o material utilizado com água e acondicionar no expurgo;
- Higienizar as mãos, conforme protocolo institucional;
- Checar o procedimento na prescrição e enfermagem e realizar anotações de enfermagem evidenciando condições da pele, dos dispositivos em uso.

**5.3. BANHO DE ASPERSÃO AOS PACIENTES SEMI-DEPENDENTES**

- Realizar à lavagem das mãos conforme protocolo institucional;
- Usar EPI conforme medidas de precaução instituída;
- Explicar ao paciente/acompanhante o procedimento que será realizado;
- Reunir o material e encaminhar o paciente ao banheiro utilizando cadeira de banho;
- Manter encostada porta do banheiro (Portas e janelas fechadas);
- Abrir chuveiro e verificar temperatura da água e orientar o paciente sobre higiene;
- Ajudar paciente a se despir, caso não consiga fazer sozinho;
- Iniciar o banho e manter a supervisão a distância do paciente para preservar a privacidade e autonomia (Se distanciar no máximo até a porta do banheiro);

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO****ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS BANHOS LEITO E ASPERSÃO,  
SEMI-INDEPENDENTE E INDEPENDENTE****CÓDIGO  
PO.ENF.027****REVISÃO: 00****PÁGINA:4/5**

- Enxugar ou ajudar o paciente a fazê-lo, observando as condições da pele e a reação do banho;
- Vestir e pentear o paciente caso não consiga fazê-lo sozinho;
- Conduzir o paciente até seu leito, colocando-o em posição confortável na cadeira;
- Arrumar o leito e deixar a unidade em ordem;
- Acionar a equipe de higienização para proceder limpeza do banheiro;
- Lavar as mãos, conforme protocolo institucional;
- Realizar registros de enfermagem e checagem na prescrição de enfermagem.

**5.4. BANHO DE ASPERSÃO DOS PACIENTES INDEPENDENTES**

- Proceder à lavagem das mãos conforme protocolo institucional;
- Usar EPI conforme medidas de precaução instituída;
- Acondicionar roupas no banheiro e conduzir o paciente para o banho;
- Orientar sobre cuidados se necessário;
- Arrumar o leito enquanto o paciente se banha
- Manter o leito em ordem e acionar a equipe de higienização para proceder limpeza do banheiro;
- Lavar as mãos, conforme protocolo institucional;
- Anotar no prontuário do paciente o procedimento realizado.

**OBSERVAÇÕES**

- Caso o paciente apresente qualquer alteração ou sinais de deterioração clínica, perda de dispositivos, interromper imediatamente o banho e comunicar ao enfermeiro.

**6. REFERÊNCIAS**

Carmagnani. Maria Isabel Sampaio. Procedimentos de enfermagem: guia prático.[et. al.]. [2ed.].Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2017. p. 330.

Figueiredo NMA; Carreiro MA; Passos JP. Boas Práticas de Enfermagem na Promoção da Higiene. In: Viana DL. Boas práticas de enfermagem. EdYendis. São Paulo. 2010, p 19-40.

LYNN, P. Manual de habilidades de Enfermagem clínica de Taylor. Porto Alegre: Artmed, 2012.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de Enfermagem. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

**7. CONTROLE DE REGISTRO**

Não aplicável

## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS BANHOS LEITO E ASPERSÃO,  
SEMI-INDEPENDENTE E INDEPENDENTECÓDIGO  
PO.ENF.027

REVISÃO: 00

PÁGINA:5/5

## 8. HISTÓRICO DE ALTERAÇÕES

Revisão	Elaborado/revisado por	Data	Histórico de alteração	Aprovado por	Data
00	Evilene Rocha e Sâmia Cipriano Lailla Farias	06/06/2023	Emissão inicial	Júlia Moscovits e Tatiane Florentino	06/06/2023

Elaborado por:

Aprovador por:

\_\_\_\_\_  
Nome  
Cargo\_\_\_\_\_  
Nome  
Cargo

## 9. ANEXO

Não aplicável