

## BANHO NO LEITO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: <b>BÁRBARA KELLY RODRIGUES B. DO EGITO</b> COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: <b>JESANA ADORNO AMARO</b> COREN/DF 89187	IMPLEMENTAÇÃO: <b>ABRIL/2016</b>	Nº REVISÃO: <b>002</b>	<b>POP 33</b>
--	---	-------------------------------------	---------------------------	-------------------

### 1. DEFINIÇÃO

É a higienização do corpo realizada no leito em pacientes impossibilitados de se locomover. O banho no leito, além de oferecer à enfermagem uma de suas maiores oportunidades para conhecer seu paciente, identificar seu estado emocional e suas necessidades, possibilita também verificar as condições da pele, as áreas que estão sofrendo pressão, além de ouvir queixas de dores e desconforto.

### 2. OBJETIVO

- Proporcionar higiene e conforto ao paciente restrito ao leito;
- Reduzir o potencial de infecções em pacientes restritos ao leito e;
- Manter a integridade cutânea.

### 3. APLICAÇÃO

Unidade de Terapia Intensiva.

### 4. RESPONSÁVEIS

Técnicos de enfermagem.

### 5. FREQUÊNCIA

- Todos os dias, em atendimento à prescrição de enfermagem, e sempre que houver necessidade que demande esse cuidado;
- Rotina: leitos ímpares os banhos são durante o dia e os leitos pares os banhos são à noite, podendo ocorrer alterações de acordo com a necessidade do cuidado.

### 6. MATERIAS NECESSÁRIOS

- EPI's (capote, gorro, óculos de proteção e máscara);
- Luvas de procedimento;
- Biombo/cortina vinílica;
- Hamper com saco plástico impermeável;
- Bacia com água morna;
- Cuba rim ou bandeja;
- Gaze não estéril;
- Compressa não estéril;
- Lençóis;
- Fralda geriátrica;

Elaborado por: Enfermeira JESANA ADORNO AMARO  
Enfermeiro MARIO HENRIQUE B. DE OLIVEIRA  
Revisão: Enfermeira ADRYELLE LOPES DA SILVA  
Revisão: Enfermeira ADRYELLE LOPES DA SILVA

COREN/DF 89187  
COREN/DF 262987  
COREN/DF 270695  
COREN/DF 270695

MARÇO/2016  
FEVEREIRO/2020  
ABRIL/2024

## BANHO NO LEITO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: <b>BÁRBARA KELLY RODRIGUES B. DO EGITO</b> COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: <b>JESANA ADORNO AMARO</b> COREN/DF 89187	IMPLEMENTAÇÃO: <b>ABRIL/2016</b>	Nº REVISÃO: <b>002</b>	<b>POP 33</b>
--	---	-------------------------------------	---------------------------	-------------------

- Esparadrapo;
- Materiais de higiene pessoal (shampoo, condicionador, pente, escova de dente ou espátula com gaze, creme dental, antisséptico bucal, sabonete líquido, barbeador, desodorante e hidratante).

## 7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado;
- Certifique que o paciente não está recebendo dieta no momento, e se estiver, desligue a mesma;
- Se possível, explique o procedimento ao paciente e confirme a aceitação;
- Reúna o material e leve ao leito do paciente;
- Promova a privacidade do paciente fechando as cortinas ou colocando biombo;
- Verifique a temperatura da água (teste na região medial do antebraço);
- Higienize as mãos;
- Colocar os EPI's;
- Calças luvas de procedimento;
- Abaixe as grades da cama;
- Higienize o cabelo e couro cabeludo (de acordo com protocolo específico);
- Se o paciente for do gênero masculino, realize tricotomia facial;
- Realize/auxilie na higiene oral;
- Realize higiene ocular com gaze umedecida com SF0,9%;
- Lave o rosto, orelhas e pescoço com água e sabonete, enxágue e seque;
- Caso o paciente esteja com SNE e/ou traqueostomia, troque as fixações. As fixações dos tubos endotraqueais são trocadas pelos fisioterapeutas;
- Troque as luvas de procedimento;
- Desamarre o lençol da cama;
- Retire os lençóis e fralda do paciente;
- A higiene corporal do paciente deve ser feita sempre da mesma forma, em cada parte do corpo;
- Utilize compressa com água morna e sabonete, em seguida enxágue e seque com um lençol;
- Higienize o tórax e abdome e na sequência os membros superiores: axila, braço, antebraço e mão;
- Higienize os membros inferiores na seguinte sequência: coxa, perna e pé;
- Ao lateralizar o paciente, higienize o dorso e as nádegas;
- Higienize a região supra púbica e inguinal e proceda à higiene íntima que deve ser a última a ser realizada;

## BANHO NO LEITO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: <b>BÁRBARA KELLY RODRIGUES B. DO EGITO</b> COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: <b>JESANA ADORNO AMARO</b> COREN/DF 89187	IMPLEMENTAÇÃO: <b>ABRIL/2016</b>	Nº REVISÃO: <b>002</b>	<b>POP 33</b>
--	---	-------------------------------------	---------------------------	-------------------

- Higiene íntima:

- Para MULHER:**

- Calçar luvas de procedimento;
- Expor a região perineal dobrando o lençol em leque até a região do abdome;
- Lavar e secar a face interna das coxas da paciente;
- Com uma compressa ensaboada lavar os grandes lábios. Usar a mão não dominante para retrair delicadamente os lábios; a mão dominante efetua a higiene das pregas da pele. Limpar na direção do períneo para o reto (sentido anteroposterior). Repetir do lado oposto, usando uma porção separada da compressa;
- De forma delicada, separar os grandes lábios com a mão dominante, expor os pequenos lábios, meato uretral e orifício vaginal. Lavar com o outro lado da compressa a região púbica, em direção ao reto, em movimento suave. Lavar cuidadosamente os pequenos lábios, o clitóris, e o orifício vaginal;
- Colocar a comadre;
- Enxaguar a área cuidadosamente. Pode-se enxaguar com uma compressa úmida limpa ou despejar água morna sobre o períneo;
- Repetir o procedimento, se necessário, até que a região fique limpa;
- Secar com compressa ou toalha;
- Retirar as luvas de procedimento;

- Para HOMEM:**

- Auxiliar o paciente a assumir posição em decúbito dorsal ou supina e colocar o forro impermeável sob as nádegas;
- Calçar luvas de procedimento e colocar a comadre;
- Abrir o pacote de higiene genital;
- Expor a região perineal dobrando o lençol em leque até a região do abdome;
- Retrair o prepúcio e higienizar a glande, iniciando pelo meato uretral, usando um movimento circular e único. Repetir usando outra porção da compressa ou outra gaze até que o pênis esteja limpo;
- Enxaguar e secar cuidadosamente;
- Retornar o prepúcio para sua posição natural;
- Pegar nova compressa/gaze e limpar delicadamente o corpo do pênis e o escroto, mantendo o paciente com as pernas abertas. Prestar atenção à superfície do pênis. Levantar cuidadosamente a bolsa escrotal e lavar as pregas cutâneas inferiores. Repetir usando outra porção da compressa ou outra gaze até que o pênis esteja limpo;
- Colocar a comadre e enxaguar e secar delicadamente;
- Retirar as luvas de procedimento.



## BANHO NO LEITO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: <b>BÁRBARA KELLY RODRIGUES B. DO EGITO</b> COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: <b>JESANA ADORNO AMARO</b> COREN/DF 89187	IMPLEMENTAÇÃO:  <b>ABRIL/2016</b>	Nº REVISÃO:  <b>002</b>	<b>POP 33</b>
--	---	---	-------------------------------	-------------------

- Cubra o paciente com um lençol ao término de cada região higienizada, para evitar exposição;
- Troque as luvas de procedimento;
- Vire o paciente em decúbito lateral;
- Retire a metade do lençol sujo, enrolando-o de modo a passar por baixo do paciente;
- Realize limpeza do colchão com álcool a 70%;
- Coloque 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);
- Mude o decúbito do paciente;
- Retire a outra metade do lençol e despreze no hamper;
- Realize limpeza do colchão com álcool a 70%;
- Coloque a fralda/roupa íntima, camisola ou pijama;
- Finalize a troca do lençol, esticando as bordas de modo que não fiquem dobras sob o paciente e amarre suas pontas para não sair do lugar;
- Troque as luvas de procedimento;
- Hidrate a pele do paciente;
- Deixe o paciente em posição confortável;
- Cubra o paciente com um lençol;
- Levante as grades da cama;
- Reinicie a dieta após o procedimento;
- Recolha o material e despreze no expurgo, em lixo apropriado;
- Retire os EPI's e as luvas;
- Higienize as mãos;
- Checar na prescrição de enfermagem e anotar o procedimento realizado registrando aspecto da pele e intercorrências (se houver);
- Fazer a evolução de enfermagem relacionada ao cuidado efetuado e as condições do paciente.

## 8. ITENS DE CONTROLE

### ► Assistenciais:

- Risco de queda;
- Risco de iatrogenia;
- Higiene inadequada.

### ► Ocupacionais:

- Contaminação do profissional;
- Problemas ergonômicos.

Elaborado por: Enfermeira JESANA ADORNO AMARO  
Enfermeiro MARIO HENRIQUE B. DE OLIVEIRA  
Revisão: Enfermeira ADRYELLE LOPES DA SILVA  
Revisão: Enfermeira ADRYELLE LOPES DA SILVA

COREN/DF 89187  
COREN/DF 262987  
COREN/DF 270695  
COREN/DF 270695

MARÇO/2016  
FEVEREIRO/2020  
ABRIL/2024

## BANHO NO LEITO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: <b>BÁRBARA KELLY RODRIGUES B. DO EGITO</b> COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: <b>JESANA ADORNO AMARO</b> COREN/DF 89187	IMPLEMENTAÇÃO: <b>ABRIL/2016</b>	Nº REVISÃO: <b>002</b>	<b>POP 33</b>
--	---	-------------------------------------	---------------------------	-------------------

### ► Ambientais:

- Contaminação do meio ambiente (por descarte inadequado de resíduo).

## 9. AÇÕES CORRETIVAS

- O banho no leito deve ser feito OBRIGATORIAMENTE por dois profissionais de enfermagem, sendo que em pacientes do sexo feminino, o procedimento deve ser realizado sempre que possível, com no mínimo um profissional do sexo feminino;
- Durante o procedimento devem ser observadas as condições da pele e das proeminências ósseas, para a prevenção de lesão, registrar na anotação de enfermagem e instituir medidas de prevenção;
- Toda vez que o profissional sair da beira do leito, eleve a grade de proteção;
- Sempre que necessário, despreze a água da bacia no expurgo, higienize bacia e troque as luvas de procedimento;
- Se o paciente for idoso, evitar fricção pois a pele é mais suscetível a lesão;
- Sempre que o paciente tiver condições, estimular o autocuidado;
- No momento da higienização de mãos e pés, aproveite para cuidar das unhas, cortando e lixando, se necessário;
- Após o termino do banho no leito, realizar a limpeza concorrente do leito, mobiliários e equipamentos;
- Todos os curativos e fixações devem ser trocados conforme a prescrição de enfermagem durante e/ou imediatamente após o término do banho;
- Para paciente com Acesso Venoso Central e/ou Pressão Arterial Invasiva proteger o sítio de inserção e conexões com plástico durante o banho;
- Em caso de pacientes com lesões de pele extensas (ex: queimaduras, Stevens-Johnson ou pênfigo bolhoso), o banho deve ser modificado, devendo usar material estéril, clorexidina degermante, frascos de 1000ml de água destilada ou SF0,9% morno e material para curativo oclusivo;
- Em banho pré-operatório deve ser utilizado clorexidina degermante 2%.

## 10. ANEXO

Não se aplica.

## 11. REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M.I.S. et al. Procedimentos de Enfermagem- guia prático. Guanabara Koogan. RJ.2009.

## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

### BANHO NO LEITO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: <b>BÁRBARA KELLY RODRIGUES B. DO EGITO</b> COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: <b>JESANA ADORNO AMARO</b> COREN/DF 89187	IMPLEMENTAÇÃO: <b>ABRIL/2016</b>	Nº REVISÃO: <b>002</b>	<b>POP 33</b>
--	---	-------------------------------------	---------------------------	-------------------

NETTINA, S.M. Práticas de enfermagem. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 6ª edição, 1998.

TAYLOR, C. et al. Fundamentos de enfermagem. Porto Alegre, Artmed, 5ª edição, 2007.

FIGUEIREDO, N.M.A.; Carreiro, M.A.; Passos, J.P. Boas práticas de enfermagem na promoção da higiene. In: Viana DL. Boas práticas de enfermagem. Ed. Yendis. São Paulo. 2010, p 19-40.

