

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	POP NEPEN/DE/HU	
	<u>Assistência de Enfermagem</u>		
	Título  <b>Higiene Corporal</b>	Versão: 01	Próxima revisão: 2017
Elaborado por: Mariana Carneiro de Oliveira/ Lícia Brito Shiroma		Data da criação: 14/07/2014	
Revisado por: Membros permanentes do NEPEN		Data da revisão: 04/04/2017	
Aprovado por: Diretoria de Enfermagem		Data da aprovação: 04/04/2017	
Local de guarda do documento: Rede/obelix/POP			
Responsável pelo POP e pela atualização: Membros permanentes do NEPEN e Diretoria de Enfermagem			
Objetivo: Orientar a equipe de enfermagem quanto a promoção de higiene e conforto ao paciente com a finalidade de manter a integridade da pele e controlar odores produzidos pelas glândulas sudoríparas, garantindo o atendimento da necessidade humana básica de higiene e conforto.			
Setor: Setores assistenciais		Agente(s): Equipe de Enfermagem	
<b>1. CONCEITO</b>  <b>A higiene corporal é um conjunto de cuidados que devemos ter com o corpo para ter melhores condições de vida, manutenção da integridade física, bem-estar, relaxamento, conforto e saúde mental. Estimula a circulação, oportuniza exercícios ativos/passivos, viabiliza a inspeção corporal e oportuniza a educação para a saúde.</b>			

<b>2. MATERIAIS NECESSÁRIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Luvas de procedimentos;</li> <li>• Biombos (se necessário);</li> <li>• Hamper com saco plástico;</li> <li>• Jarro com água morna;</li> <li>• 2 Bacias (em caso de banho no leito);</li> <li>• Sabonete líquido ou Clorohexidine a 4%;</li> <li>• Shampoo e condicionador (quando necessário e disponível);</li> <li>• Luvas de banho/pano;</li> <li>• Gazes não estéril;</li> <li>• Toalhas;</li> <li>• Creme hidratante;</li> <li>• Roupas de camas;</li> <li>• Camisola ou pijama;</li> <li>• Fralda descartável (se necessário);</li> <li>• Travesseiros e/ou coxins;</li> <li>• Protetores de calcâneos (se necessário);</li> <li>• Escova de cabelo/pente/ desodorante;</li> <li>• Aparelho de barbear (conforme necessidade)</li> </ul>

- SF 0.9%;
- Escova dental ou espátula com creme dental, antisséptico bucal;
- Cadarço, se necessário;
- Incidin;
- Papel toalha.

### **3. ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

#### **Normas Gerais:**

1. A higiene e conforto é de responsabilidade da equipe de enfermagem. Utilizar clorexidine degermante, avental laranja e EPI para realização da Higiene Corporal em pacientes com precaução de contato.
2. Caso ocorra divisão de banheiro com outro paciente que não tenha precaução de contato, encaminhar este primeiro para a higiene.
3. Após Higiene Corporal de um paciente com precaução de contato é obrigatória a limpeza do banheiro pela equipe da zeladoria.
4. As portas do banheiro não devem ser trancadas durante o banho.
5. Proteger as incisões com plástico.

#### **1. HIGIENE CORPORAL NO LEITO EM PACIENTES DEPENDENTES**

- Confirmar o paciente e o procedimento a ser realizado;
- Certificar que o paciente não está recebendo dieta no momento;
- Se consciente, explicar o procedimento ao paciente e confirmar a aceitação;
- Reunir o material e levar ao quarto do paciente;
- Promover a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto, janelas e cortinas;
- Higienizar as mãos (ver POP Higienização das Mãos);
- Verificar a temperatura da água (testar na região medial do antebraço);
- Colocar os EPI's conforme necessidade e condições do paciente;
- Abaixar as grades da cama;
- Higienizar o cabelo e couro cabeludo (com Xampu e condicionador), enxaguar com água, secar com uma toalha e pentear os cabelos;
- Se o paciente consentir e for do gênero masculino, realizar a tricotomia facial;
- Realizar ou auxiliar na Higiene Oral conforme nível de dependência do paciente (ver POP Higiene Oral);
- Realizar higiene ocular com gaze umedecida com SF 0.9%;

- Lavar o rosto, orelhas e pescoço com água e sabonete ou cloro-hexidina 4%, enxaguar com água e secar com a toalha;
- Trocar as fixações da SNE, TOT ou traqueostomia, caso o paciente esteja utilizando estes dispositivos;
- Trocar as luvas de procedimento;
- Desamarrar o lençol da cama;
- Retirar as roupas e fralda do paciente;
- Realizar a higiene corporal sempre da mesma forma, em cada parte do corpo. Utilizar compressa com água morna e sabonete ou clorexidina 4%, em seguida enxaguar e secar com uma toalha;
- Higienizar o tórax e o abdome e em seguida os membros superiores: axila, braço, antebraço e mão;
- Higienizar os membros inferiores na seguinte sequência: coxa, perna e pé;
- Ao lateralizar o paciente, higienizar o dorso e as nádegas;
- Higienizar a região supra-púbica e inguinal e proceder a higiene íntima, que deve ser a última a ser realizada;
- Cobrir o paciente com um lençol ao término de cada região higienizada, para evitar exposição;
- Trocar as luvas de procedimento;
- Virar o paciente em decúbito lateral;
- Retirar a metade do lençol sujo, enrolando-o de modo a passar por baixo do paciente;
- Realizar limpeza do colchão com Incidin e papel toalha;
- Colocar um lençol limpo conforme técnica (o lençol deve ser estendido no sentido do paciente com o lençol móvel na região do quadril, estando enrolado e sendo estendido conforme for retirando o lençol sujo);
- Mudar o decúbito do paciente;
- Retirar a outra metade do lençol e desprezar no hamper;
- Realizar a limpeza do colchão com álcool 70% e papel;
- Finalizar a troca do lençol, esticando as bordas de modo que não fiquem dobras sob o paciente e amarrar suas pontas para não sair do lugar;
- Trocar as luvas de procedimento;
- Hidratar a pele do paciente;
- Colocar a fralda/ roupa íntima, camisola e/ou pijama;
- Deixar o paciente em posição confortável, utilizar travesseiros e/ou coxins para posicionar o paciente no decúbito mais adequado;

Colocar protetores de calcâneos, se necessário;

- Cobrir o paciente com o lençol, se necessário;
- Elevar a grade da cama, se necessário;
- Recolher o material e levar no expurgo, desprezar em lixo apropriado ou organizar em local adequado;
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Checar e registrar o procedimento realizado.

## 2. BANHO DE ASPERSÃO AOS PACIENTES SEMIDEPENDENTES

- Confirmar o paciente e o procedimento a ser realizado;
- Certificar que o paciente não está recebendo dieta no momento;
- Explicar o procedimento ao paciente e confirmar a aceitação;
- Reunir o material e levar ao banheiro;
- Proteger incisões cirúrgicas com plástico;
- Promover a privacidade do paciente fechando portas e janelas;  
Encaminhar o paciente ao banheiro;
- Higienizar as mãos (ver POP Higienização das Mãos);
- Colocar os EPI's conforme necessidade e condições do paciente;  
Abrir o chuveiro, regular a temperatura da água e orientar o paciente sobre o manuseio da torneira;  
Ajudar o paciente a se despir, caso não consiga fazer sozinho;
- Iniciar o banho e se a situação permitir, deixar o paciente sozinho;
- 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;
- Se o paciente consentir e for do gênero masculino, realizar a tricotomia facial;  
Conduzir o paciente ao seu leito, colocando-o em posição confortável na cadeira;  
Arrumar o leito e deixar a unidade em ordem;
- Solicitar a zeladoria a realização da limpeza do banheiro;
- Higienizar as mãos;
- Trocar as fixações da SNE, TOT ou traqueostomia, caso o paciente esteja utilizando estes dispositivos;  
Anotar no prontuário o que foi feito e as anormalidades detectadas, se houverem.
- Elevar a grade da cama, se necessário.

### 3. BANHO DE ASPERSÃO DOS PACIENTES INDEPENDENTES

- Confirmar o paciente e o procedimento a ser realizado;
- Explicar o procedimento ao paciente e confirmar a aceitação;
- Reunir o material e roupas e entregar ao paciente;
- Proteger incisões cirúrgicas com plástico;
- Promover a privacidade do paciente fechando portas e janelas;
- Encaminhar o paciente ao banheiro;
- Abrir o chuveiro, regular a temperatura da água e orientar o paciente sobre o manuseio da torneira;
- Solicitar a zeladoria a realização da limpeza do banheiro;
- Anotar no prontuário o que foi feito e as anormalidades detectadas, se houverem.

### 4. REFERÊNCIAS

1. PRADO, Marta Lenise do. **Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem**. 3. ed. Florianópolis: Ufsc, 2013. 548 p. Revisada e ampliada.

1. TÉCNICAS BÁSICAS EM ENFERMAGEM. Disponível em: <http://enfermagempresente.no.comunidades.net/index.php?pagina=1671500195>. Acesso em 14 de julho de 2014.]