Coleção de **Manuais Pedagógicos de Enfermagem**

Manual de Procedimentos Técnicos de Enfermagem

Cuidados de Enfermagem no Autocuidado: Higiene Pessoal e Conforto

Coordenação **Margarida Goes e Ana Dias**



Edição IPBeja –
Instituto Politécnico de Beja

Volume 2 de 6

FICHA TÉCNICA E NOTAS BIOGRÁFICAS

Volume 2 de 6

Cuidados de Enfermagem no Autocuidado: Higiene Pessoal e Conforto

Coleção Manuais Pedagógicos de Enfermagem

Entidade editora	Edição IPBeja – Instituto Politécnico de Beja
Direção da coleção	Maria Margarida da Palma Goes
Coordenação científica da obra	Maria Margarida da Palma Goes Ana Maria Guégués da Silva Dias
Coordenação pedagógica do volume	Maria Margarida da Palma Goes Ana Maria Guégués da Silva Dias Paula Alexandra Alves Pimpão Rute Isabel Quadrado Pires
Autoria	Ana Lúcia da Silva João Ana Maria Guégués da Silva Dias Cláudia Sofia Orvalho Mendes Florbela Maria Marmou Bia Helena Sofia Goes Martins Isabel Maria Tarica Bico Inês Cabral Ferreira Cardoso Maria de Fátima Caeiro da Cunha Tavares Maria do Céu Mendes Pinto Marques Maria Margarida da Palma Goes Marta Sofia Inácio Catarino Miguel Jorge Serra Sapateiro Pinto Pedrosa Paula Alexandra Alves Pimpão Rute Isabel Quadrado Pires
Revisão científica e validação de conteúdo	Maria Margarida da Palma Goes Ana Maria Guégués da Silva Dias Cláudia Sofia Orvalho Mendes Florbela Maria Marmou Bia Maria de Fátima Caeiro da Cunha Tavares Marta Sofia Inácio Catarino Miguel Jorge Serra Sapateiro Pinto Pedrosa Paula Alexandra Alves Pimpão Rute Isabel Quadrado Pires
Edição técnica, normalização editorial e paginação	Henrique José Monteiro Oliveira
ISBN	**978-989-9175-42-6**

NOTAS BIOGRÁFICAS DOS AUTORES

Ana Lúcia da Silva João

Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS) do Instituto Politécnico de Santarém. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Investigadora do Comprehensive Health Research Centre (CHRC) da Universidade de Évora e do RISE-Health. Vogal do Conselho de Enfermagem da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros. Pós-Doutorada em Ciências de Enfermagem pela Universidade do Porto. Doutora em Ciências de Enfermagem pela Universidade do Porto.

Ana Maria Guégués da Silva Dias

Professora Adjunta no Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD) da Universidade de Évora. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Membro do Comprehensive Health Research Centre (CHRC) da Universidade de Évora. Doutoranda em Ciências e Tecnologias da Saúde e Bem-Estar, na área de Enfermagem, pela Universidade de Évora, em associação com a NOVA Medical School.

Cláudia Sofia Orvalho Mendes

Professora Adjunta no Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD) da Universidade de Évora. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica e perioperatória. Mestre em Gestão de Unidades de Saúde pelo Instituto Politécnico de Santarém. Investigadora Integrada do Comprehensive Health Research Centre (CHRC) da Universidade de Évora. Doutorada em Motricidade Humana pela Universidade de Évora.

Florbela Maria Marmou Bia

Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD) da Universidade de Évora. Membro colaborador do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS). Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Doutoranda em Enfermagem Avançada pela Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Helena Sofia Goes Martins

Médica Dentista, inscrita na Ordem dos Médicos Dentistas. Mestre em Medicina Dentária pela Egas Moniz School of Health and Science. Desenvolve atividade clínica em Medicina Dentária.

Isabel Maria Tarica Bico

Professora Adjunta e Diretora da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD) da Universidade de Évora. Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nas áreas da pessoa em situação critica e paliativa. Investigadora Integrada do Comprehensive Health Research Centre (CHRC) da Universidade de Évora. Doutorada em Enfermagem pela Universidade de Lisboa.

Inês Cabral Ferreira Cardoso

Enfermeira no Serviço de UCIM II/Ortopedia, Medicina (Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão). Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Doutoranda em Ciências e Tecnologias da Saúde e Bem-Estar, na área de Enfermagem, pela Universidade de Évora, em associação com a NOVA Medical School.

Maria de Fátima Caeiro da Cunha Tavares

Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS) do Instituto Politécnico de Santarém. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Investigadora do Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV). Doutoranda em Enfermagem Avançada pela Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Professora Coordenadora no Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD) da Universidade de Évora. Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica. Coordenadora do Laboratório de Simulação Clínica. Investigadora Integrada do Comprehensive Health Research Centre (CHRC) da Universidade de Évora. Doutorada em Psicologia.

Maria Margarida da Palma Goes

Professora Adjunta e Diretora do Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD) da Universidade de Évora. Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da pessoa em situação crónica. Investigadora Integrada do Comprehensive Health Research Centre (CHRC) da Universidade de Évora. Doutorada em Enfermagem, com Especialidade em Enfermagem Avançada pela Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Marta Sofia Inácio Catarino

Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD) da Universidade de Évora. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Membro colaborador do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS). Doutoranda em Enfermagem Avançada pela Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Miguel Jorge Serra Sapateiro Pinto Pedrosa

Professor Adjunto Convidado na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD) da Universidade de Évora. Membro colaborador do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS). Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica. Mestre em Intervenção Socio-Organizacional em Saúde, na área de especialização em Políticas de Gestão e Administração de Serviços de Saúde. Doutorando em Enfermagem Avançada pela Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Paula Alexandra Alves Pimpão

Professora Adjunta Convidada na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD) da Universidade de Évora. Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Mestre em Intervenção Socio-Organizacional em Saúde, na área de especialização em Políticas de Gestão e Administração de Serviços de Saúde. Doutoranda em Ciências e Tecnologias da Saúde e Bem-Estar, na especialidade de Enfermagem, pela Universidade de Évora, em associação com a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa.

Rute Isabel Quadrado Pires

Professora Adjunta no Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD) da Universidade de Évora. Membro do Comprehensive Health Research Centre (CHRC) da Universidade de Évora. Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica e perioperatória. Mestre em Intervenção Socio-Organizacional em Saúde, na área de especialização em Políticas de Gestão e Administração de Serviços de Saúde. Doutoranda em Ciências e Tecnologias da Saúde e Bem-Estar, na área de Enfermagem, pela Universidade de Évora, em associação com a NOVA Medical School.

NOTA BIOGRÁFICA — EDIÇÃO TÉCNICA

Henrique José Monteiro Oliveira

Professor Coordenador na Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Beja. Doutorado em Engenharia Eletrotécnica e de Computadores pelo Instituto Superior Técnico, Lisboa. Integra o Grupo de Processamento de Sinais Multimédia do laboratório de Lisboa do Instituto de Telecomunicações (IT). Investigador Integrado do Comprehensive Health Research Centre (CHRC) da Universidade de Évora.

VOLUME 2

– Higiene e conforto –

Cuidados de Enfermagem no Autocuidado
– Higiene Pessoal e Conforto–

NORMAS E PROCEDIMENTOS

1. Preparar Cama:
   - Preparar Cama desocupada
   - Preparar Cama ocupada
2. Higiene Pessoal: Tomar banho e vestir e despir
   - Arranjar o cabelo, lavar, secar, pentear na cama
   - Arranjar o cabelo, lavar, secar, pentear no wc
   - Realizar Higiene da cavidade oral com ajuda total
   - Realizar Higiene da cavidade oral com ajuda parcial
   - Realizar Banho na cama com ajuda total
   - Realizar Banho na cama com ajuda parcial
   - Realizar Banho no chuveiro com ajuda total
   - Realizar Banho no chuveiro com ajuda parcial
   - Vestir e Despir
3. Colocar e retirar a arrastadeira

PARTE 1

1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO AUTOCUIDADO – HIGIENE PESSOAL

1.1 Introdução

A higiene pessoal é um componente essencial do autocuidado, desempenhando um papel fundamental na promoção da saúde física, mental e social. No contexto dos cuidados de enfermagem, as intervenções relacionadas com a higiene pessoal vão além da execução de técnicas específicas, integrando a compreensão das necessidades individuais, preferências culturais e condições de saúde de cada pessoa (Agbegah, 2015). Este processo reflete a abordagem holística da enfermagem, onde o respeito pela dignidade humana e o bem-estar global são prioridades.

A aplicação da Taxonomia CIPE®[1] no processo de análise e classificação de problemas relacionados com o autocuidado permite aos enfermeiros identificar e sistematizar necessidades específicas de cada pessoa. Esta abordagem promove a personalização dos cuidados, assegurando intervenções eficazes e humanizadas.

Este módulo centra-se no papel do enfermeiro na promoção da autonomia e conforto da pessoa, destacando a importância de uma avaliação rigorosa, intervenções baseadas em evidências e uma avaliação contínua dos resultados. Ao integrar conhecimentos técnicos, científicos e culturais, os cuidados de higiene pessoal tornam-se uma oportunidade para fortalecer a relação terapêutica e contribuir para a melhoria da qualidade de vida da pessoa assistida.

1.2 Fundamentos Teóricos

Os fundamentos teóricos que sustentam os cuidados de higiene e conforto no autocuidado estão amplamente descritos na literatura de enfermagem, com destaque para as obras de Berman et al. (2022). Estes princípios incluem:

- Dimensão Holística do Cuidado: A higiene pessoal vai além da limpeza corporal, abrangendo o conforto emocional, dignidade e promoção da saúde, alinhando-se com a teoria das necessidades humanas básicas de Maslow (Navy, 2020)e o modelo de autocuidado de Orem (Fawcett, 2001; Riegel et al., 2012).
- Promoção da Autonomia: Encorajar a pessoa a participar no processo de autocuidado, sempre que possível, é um objetivo central, promovendo a sua independência e autoestima.

[1] Garcia, T. R., Galvão, M. C. B., Nóbrega, M. M. L., & Cubas, M. R. (Eds.). (2020). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: Versão 2019-2020. Artmed.

- Individualidade e Diversidade Cultural: Respeitar as preferências individuais e considerar fatores culturais, religiosos e sociais são aspetos essenciais para um cuidado centrado na pessoa.
- Segurança e Controlo da Infeção: As técnicas de higiene devem ser realizadas com estrito cumprimento das normas de segurança e prevenção de infeções, protegendo tanto a pessoa como o profissional (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013).

1.3 Definição e Objetivos

Definição:

A higiene pessoal é o conjunto de práticas e intervenções realizadas com o objetivo de preservar a limpeza corporal, prevenir infeções, promover o conforto e manter a integridade da pele e das mucosas (Carling, 2021)

Objetivos:

- Preservar a integridade da pele e das mucosas.
- Prevenir infeções associadas ao cuidado.
- Promover o conforto físico e emocional.
- Encorajar a autonomia e o autocuidado.
- Promover a autoimagem.
- Respeitar as preferências e condições socioculturais da pessoa.

1.4 Orientações para a Execução[2]

1.4.1 Antes do procedimento

1. **Utilização da Taxonomia CIPE®:**

- Aplicar a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (*Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: Versão 2019-2020 - Telma Ribeiro Garcia, Maria Cristiane Barbosa Galvão, Maria Miriam Lima da Nóbrega, Marcia Regina Cubas - Google Livros*, n.d.) para identificar problemas relacionados com o autocuidado e sistematizar o planeamento de cuidados.
- Registar diagnósticos de enfermagem relacionados, como défice no autocuidado, risco de integridade da pele prejudicada ou mobilidade limitada.

[2] Esta estrutura segue os princípios descritos por Berman, Snyder e Frandsen (2022) em Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing, que destacam a avaliação contínua e integrada como pilar dos cuidados de enfermagem.

2. **Avaliação Inicial de Dados:**

- Condição física, psicológica e sociocultural: Avaliar sinais de integridade da pele, presença de lesões ou fatores de risco para infeções.
- Contexto físico, psicológico e sociocultural: Identificar rotinas habituais de higiene, preferências culturais e eventuais restrições físicas ou psicológicas.
- Avaliação funcional: Determinar o nível de dependência ou autonomia da pessoa, utilizando instrumentos como escalas de avaliação de autocuidado.

3. **Planeamento do Ambiente:**

- Garantir privacidade e conforto.
- Preparar materiais necessários, como produtos de higiene e equipamentos de proteção individual.

1.4.2 Durante o Procedimento

- Observação e Monitorização:
    - Observar a reação da pessoa ao procedimento, como sinais de desconforto, dor ou fadiga.
    - Monitorizar a condição da pele e mucosas durante o cuidado, identificando alterações como eritema, edema ou sinais de infeção.
- Interação Terapêutica:
    - Manter uma comunicação clara e empática, assegurando que a pessoa está informada sobre cada etapa do procedimento.
    - Promover a participação ativa da pessoa, sempre que possível, para estimular a autonomia.

1.4.3 Após o Procedimento

- Avaliação do Resultado:
    - Verificar a condição da pele e a sensação de conforto relatada pela pessoa.
    - Confirmar se as intervenções atenderam às necessidades individuais e objetivos de cuidado.
- Registo e Reflexão:
    - Registar as observações, intervenções realizadas e resultados obtidos no processo clínico.
    - Refletir sobre o processo de cuidado, identificando oportunidades de melhoria para intervenções futuras.
- Orientação ao Autocuidado:

- Reforçar práticas de higiene pessoal que a pessoa possa realizar autonomamente.
- Fornecer orientações específicas sobre cuidados com a pele, prevenção de complicações e utilização de produtos adequados.

1.5 Reflexão sobre a Prática

A reflexão sobre a prática constitui uma etapa fundamental no desenvolvimento de competências em enfermagem, permitindo que os estudantes analisem as suas experiências, identifiquem áreas de melhoria e consolidem aprendizagens (Bath, 2012). No contexto do autocuidado e da higiene pessoal, esta prática reflexiva é essencial para assegurar a prestação de cuidados personalizados, humanizados e baseados em evidência científica.

Objetivos da Reflexão

1. **Promover o pensamento crítico:**

- Avaliar as decisões tomadas durante os procedimentos.
- Identificar fatores que influenciaram os resultados obtidos.

2. **Fortalecer a autonomia:**

- Incentivar os estudantes a assumirem responsabilidade pelas suas práticas.

3. **Consolidar conhecimentos:**

- Relacionar a prática com os fundamentos teóricos, integrando ciência e técnica na prestação de cuidados.

4. **Desenvolver a comunicação e empatia:**

- Avaliar a eficácia da interação com a pessoa cuidada, promovendo uma abordagem centrada na 'pessoa'.

Estrutura da Reflexão[3]

1. **Descrição:**

- Identificar o procedimento realizado e os objetivos estabelecidos.
- Registar os desafios enfrentados e as soluções implementadas.

2. **Análise Crítica:**

- Analisar os resultados obtidos em função das decisões tomadas.
- Refletir sobre a adequação das intervenções realizadas.

3. **Planeamento Futuro:**

- Identificar melhorias para intervenções futuras.

[3] Nota: A utilização de guias estruturados de reflexão, como o ciclo de Gibbs, pode ser uma ferramenta útil para orientar este processo.

- Definir estratégias para prevenir ou mitigar problemas semelhantes.
- Nota: A utilização de guias estruturados de reflexão, como o ciclo de Gibbs , pode ser uma ferramenta útil para orientar este processo (Gibbs, 1988).

1.6 Cenários Clínicos de Simulação com Base no Modelo *SIMZONES*

Os cenários clínicos de simulação estruturados segundo o modelo *SIMZONES* de Roussin et al. (2017) são uma estratégia pedagógica eficaz para desenvolver competências técnicas, pensamento crítico e comunicação terapêutica.

Este ponto apresenta exemplos de cenários que permitem aos estudantes praticar intervenções relacionadas com o autocuidado e a higiene pessoal, integrando conhecimentos teóricos e práticos de forma estruturada.

Estrutura de um Cenário Clínico

1. **Título:**

- Exemplo: Cuidados de Higiene em Pessoa com Mobilidade Reduzida.

2. **Objetivo do Cenário:**

- Praticar a avaliação inicial de necessidades de autocuidado.
- Desenvolver habilidades técnicas em cuidados de higiene em diferentes contextos.
- Demonstrar comunicação eficaz e empática com a pessoa cuidada.

3. **Descrição do Caso:**

- Contextualizar a situação clínica, como: "Uma pessoa de 72 anos, com mobilidade reduzida devido a um AVC recente, apresenta sinais de desconforto e necessidade de cuidados de higiene pessoal."

4. **Intervenções Esperadas:**

- Avaliar a condição física e funcional da pessoa.
- Adaptar as técnicas de higiene à limitação de mobilidade.
- Identificar riscos de lesões na pele e implementar medidas preventivas.

5. **Critérios de Avaliação:**

- Realização do procedimento de forma técnica e segura.
- Adequação das intervenções às necessidades individuais.
- Demonstração de comunicação terapêutica.

Exemplo de Cenário

Título: Prestação de Cuidados de Higiene à Pessoa com Déficit Cognitivo.

Descrição: Pessoa de 85 anos, diagnosticada com demência moderada, apresenta recusa em realizar a higiene diária. O estudante deve identificar estratégias para estabelecer uma relação de confiança, respeitar a autonomia e realizar os cuidados de higiene necessários.

Objetivo: Desenvolver estratégias de comunicação para superar barreiras associadas a défices cognitivos.

2. METODOLOGIA DE ENSINO E APRENDIZAGEM

A metodologia adotada neste módulo baseia-se na Simulação Clássica, estruturada de acordo com o modelo SIMZONES (Roussin et al., 2017) e os padrões da International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL) (2021) (*Healthcare Simulation Standards of Best Practice*®, n.d.; Ross et al., 2013). Esta abordagem pedagógica tem como objetivo proporcionar um ambiente seguro e controlado para o desenvolvimento de competências técnicas, raciocínio clínico e colaboração em equipa.

2.1 Cenário Clínico estruturado para o 1.º Ano

2.1.1 Justificação

Este cenário clínico foi desenvolvido para capacitar os estudantes na execução de procedimentos de higiene e conforto, incluindo banho no leito, higiene oral e arrumação da cama. O objetivo é proporcionar uma introdução prática e estruturada ao autocuidado, promovendo competências técnicas básicas e raciocínio crítico no contexto de simulação segura e controlada.

2.1.2 Estrutura do Cenário

- **Título**: Higiene e Conforto: Técnicas de Higiene e Preparação do Ambiente.
- **Objetivo**: Realizar procedimentos de higiene e conforto, identificando e respeitando as necessidades individuais e promovendo o bem-estar da 'pessoa' simulada.
- **Material Necessário**:
    - Lençóis e toalhas limpos.
    - Sabonete líquido, compressas e **luvas de uso único não esterilizadas**.
    - Bacia com água morna e recipientes para resíduos.
    - Escovas, soluções de higiene oral e material para registo.

2.1.3 Passo 1: Preparação Inicial

1. **Organizar o Ambiente:**

- Verifique se o local está limpo, silencioso e garante a privacidade da pessoa simulada.
- Certifique-se de que todos os materiais necessários estão disponíveis e em boas condições.
- Prepare a cama ou o ambiente para o procedimento.

2. **Preparação da Pessoa:**

- Explique o procedimento à pessoa simulada, utilizando linguagem clara e adequada ao contexto.
- Certifique-se de que a pessoa simulada está confortável e que as áreas do corpo expostas durante o procedimento estão protegidas.

3. **Higiene das Mãos e Equipamentos:**

- Higienize as mãos antes de iniciar o procedimento.
- Utilize materiais descartáveis, conforme indicado, e assegure que os equipamentos estão devidamente higienizados.

2.1.4 Passo 2: Execução

1. **Banho no Leito com Ajuda Total:**

- Coloque uma toalha por baixo da área do corpo da pessoa simulada, que vai ser realizado cuidado de higiene, para proteger a cama.
- Lave cada área do corpo de forma sistemática, começando pelo rosto e seguindo em direção às extremidades inferiores.
- Nota: Troque a água sempre que necessário e assegure que cada área está seca antes de passar para a seguinte.

2. **Higiene Oral:**

- Posicione a pessoa simulada de forma confortável e segura.
- Utilize uma escova de dentes ou compressas humedecidas para limpar todas as superfícies dentárias.
- Certifique-se de que o resíduo da solução utilizada é eliminado completamente.

3. **Arrumação da Cama:**

- Remova os lençóis sujos sem expor a pessoa simulada.
- Substitua os lençóis por outros limpos, mantendo o conforto e a ergonomia durante o procedimento.

Pergunta para reflexão: Como ajustar o procedimento para respeitar as preferências individuais da pessoa?

2.1.5 Passo 3: Interpretação e Planeamento

1. **Analisar os Resultados:**

- Observe a reação da pessoa simulada ao procedimento (ex.: conforto, expressão facial).
- Registe quaisquer sinais de desconforto ou áreas negligenciadas.

2. **Planeamento de Cuidados Futuros:**

- Identifique estratégias para melhorar a técnica utilizada.
- Proponha adaptações que aumentem o conforto e a eficácia dos cuidados.

2.1.6 Passo 4: Educação e Autocuidado

1. **Instrução sobre Práticas de Higiene:**

- Explique à pessoa simulada a importância dos cuidados de higiene e conforto.
- Ensine como realizar algumas tarefas de autocuidado, sempre que possível.

2. **Monitorização dos Resultados:**

- Avalie regularmente as condições da pessoa simulada após o procedimento para verificar melhorias ou complicações.

2.1.7 Passo 5: Reflexão e Debriefing

1. **Reflexão sobre a Prática:**

Identifique os pontos fortes e fracos do procedimento realizado.

Considere o impacto das suas ações no bem-estar da pessoa simulada.

2. **Autoavaliação e Melhoria:**

- Registe sugestões de melhoria para futuros procedimentos.
- Utilize uma *checklist* para comparar o desempenho atual com os objetivos propostos.

Pergunta para reflexão:: Como o que aprendeu neste cenário pode ser aplicado em contextos clínicos reais?

Dica: Concentre-se em ações que promovam o conforto, a segurança e a humanização do cuidado.

PARTE 2

3. NORMAS E PROCEDIMENTOS: PREPARAR CAMA DESOCUPADA



3.1 Definição

Preparar uma cama refere-se ao procedimento de arranjo e substituição da roupa de cama, assegurando o conforto, higiene e segurança da pessoa, que a irá utilizar (Carling, 2021). Este procedimento é realizado em camas desocupadas, considerando a importância da manutenção da unidade de internamento organizada e pronta para receber uma nova pessoa.

3.2 Conceitos

- **Cama**: Dispositivo de suporte essencial para proporcionar conforto e segurança à 'pessoa', adaptando-se às suas necessidades clínicas e de mobilidade (International Council of Nurses, 2021)
- **Roupa da cama:** Dispositivo de proteção utilizado para garantir a higiene, conforto e prevenção de infeções da 'pessoa' durante o período de internamento (International Council of Nurses, 2021)).

3.3 Objetivos

- Proporcionar maior conforto e higiene à 'pessoa'.
- Garantir a substituição adequada da roupa de cama.
- Preparar a unidade para o regresso da 'pessoa' ou admissão de outra.
- Arejar a roupa e assegurar a organização da unidade.
- Reduzir o risco de infeções através de técnicas de higiene adequadas.

3.4 Informações Gerais / Indicações

- **Quem Executa:**
    - O procedimento pode ser realizado pelo pessoal técnico auxiliar de saúde, com supervisão do enfermeiro, sendo excecionalmente executado por um enfermeiro, conforme a necessidade e disponibilidade.
- **Informações Gerais:**
    1. O procedimento deve ser executado preferencialmente durante o turno da manhã ou após a alta da 'pessoa', a seguir à limpeza da unidade.
    2. A roupa suja deve ser colocada sempre no respetivo saco opaco e de cor azul, para garantir a correta triagem de resíduos.
    3. As condições ambientais devem ser consideradas, evitando levantamento de pó durante o manuseio da roupa.
- **Após a alta da 'pessoa':**
    - Oriente o técnico auxiliar de saúde a higienizar o colchão e a cama;
    - Substitua a capa do colchão, caso esteja deteriorada ou inadequada para uso.

3.5 Materiais Necessários

1. Material Essencial: Água e sabão, para limpeza geral.
2. Toalhetes de papel ou tecido descartável, para limpeza pontual.
3. Cadeira ou suporte para apoiar os materiais.
4. Lençóis: superior e inferior (adicionar extra, se necessário).
5. Fronha de almofada.

6. Colcha (quando indicado).
7. Cobertor ou edredão (conforme necessidade).
8. Resguardo de pano, para proteção adicional.
9. Carro para transporte de roupa suja.
10. Saco para roupa suja (opaco de cor azul).
11. Álcool a 70%, para desinfeção de colchões e áreas adjacentes, se necessário.
12. **Luvas de uso único não esterilizadas**, para manuseio seguro de materiais contaminados.

3.6 Orientações para a Execução

3.6.1 Antes do Procedimento

1. **Reunir o Material:**

- Certifique-se de que os itens necessários estão disponíveis e em boas condições.
- Utilize uma lista de verificação para confirmar a presença de todos os materiais.

2. **Higienizar as Mãos:**

- Lave as mãos utilizando técnica asséptica, minimizando o risco de contaminação.

3. **Preparar o Ambiente:**

- Garanta um espaço limpo, organizado e com privacidade.
- Avalie as condições do colchão e substitua ou limpe a capa, se necessário.
- Colocar a cama na horizontal;
- Ajustar a altura da cama para uma posição de trabalho confortável;
- Verificar as condições de segurança da cama (confirmar que as rodas estão travadas);
- Colocar a roupa limpa na unidade da pessoa;
- Colocar o carro da roupa suja próximo da unidade da pessoa, se tiver tampa ou à porta da enfermaria se não tiver;

3.6.2 Durante o Procedimento

1. **Remover a Roupa Suja:**

- Retire o lençol, resguardo e fronha, acondicionando-os no saco de roupa suja.

2. **Higienizar o Colchão:**

- Utilize toalhetes descartáveis e álcool a 70% para limpar toda a superfície.

3. **Preparar a Base da Cama:**

- Coloque o lençol inferior bem esticado, assegurando cantos adequados.
- Posicione o resguardo de pano na zona central, entalando-o cuidadosamente.

4. **Completar a Cama:**

- Disponha o lençol superior e o cobertor, dobrando-os harmoniosamente aos pés da cama.
- Troque a fronha e arrume a almofada.

5. **Finalizar a Organização:**

Certifique-se de que a cama está limpa, sem rugas e pronta para uso.

3.6.3 Após o Procedimento

1. **Recolha e Arrumação:**

- Remova o material usado, incluindo luvas, seguindo as normas de triagem de resíduos.

2. **Arrume o espaço, garantindo a organização da unidade.**

- Higienizar as Mãos:
- Conclua o procedimento lavando novamente as mãos.

3. **Documentar:**

- Registe a conclusão do procedimento e eventuais observações.

3.6.4 NORMA: PREPARAR CAMA DESOCUPADA

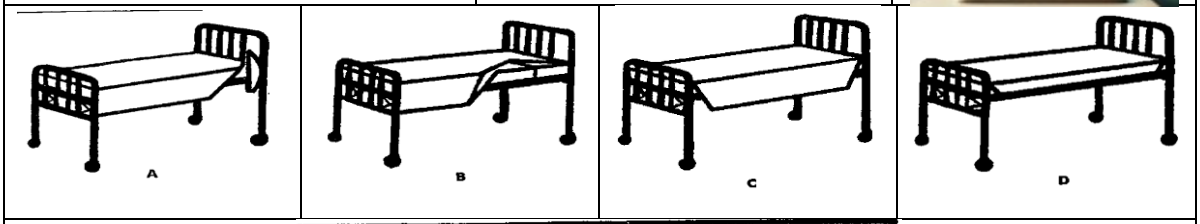
Tabela 10: Preparar uma cama desocupada

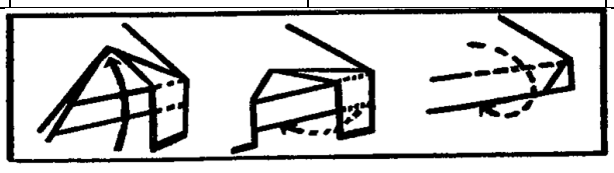
Intervenções de Enfermagem:	***Justificação:***	
Passo	*Fundamentação*	
1. Realizar a higiene das mãos;	*Reduz a transmissão cruzada e diminui o risco de infeção associada aos cuidados;*	
2. Identificar a cama atribuída à pessoa;	*Previne erros de Identificação;*	
3. Providenciar a preparação e transporte de material;	*Reduz interrupções, promove eficiência e minimiza o risco de erro durante a execução do procedimento;*	

4. Colocar uma cadeira aos pés da cama da pessoa, com as costas voltadas para o lado direito da cama;	*Garante o suporte à roupa;*	
5. Se for necessário utilizar roupa limpa, colocar pela seguinte ordem no assento da cadeira: Colcha, Cobertor/es, fronha, lençol de cima, resguardo de pano e lençol de baixo;	*Facilita a realização da técnica;*	
6. Junto ao lado esquerdo da cama, retirar a almofada e colocar a mesma sobre a cadeira;	*Assegura a realização da técnica de forma correta;*	
7. Soltar toda a roupa da cama, começando pela cabeceira até aos pés (à esquerda), dar a volta e continuar a soltar dos pés para a cabeceira (à direita);	*Liberta a base da cama na totalidade;*	
8. À direita, desfazer a dobra do lençol. Dobrar a colcha em três partes começando de cima para baixo, depois dobrar outra vez ao meio, no sentido da largura e colocar nas costas da cadeira. Proceder de igual modo para o cobertor, caso exista;	*Permite retirar a colcha de forma correta, respeitando a parte que fica junto à cabeceira;*	
9. Retirar a roupa suja, da cama. Dobrar a roupa de forma que a área que possa estar mais contaminada fique no centro e envolta pela área menos contaminada. Colocar no respetivo saco para roupa suja;	*Acondiciona a roupa suja corretamente;*	
10. Limpar a cama e o colchão se necessário;	*Procede à higiene do colchão;*	
11. Realizar higiene das mãos;	*Reduz a transmissão cruzada e diminui o risco de infeção associada aos cuidados;*	
12. Do lado direito da cama, pegar no lençol de baixo (o anterior ou um limpo conforme as situações) e colocá-lo a meio da cama no sentido da largura;	*Iniciar a base da cama de forma correta;*	
13. Desdobrar no sentido longitudinal do plano superior para	*Assegura a realização da técnica de forma correta;*	

o inferior da cama. Estender a parte do lençol para a cabeceira;		
14. Prender as extremidades livres do lençol sob o colchão, à cabeceira da cama e fazer o canto em envelope com um ângulo de 90º;	*Permite que a roupa fique segura;*	
15. Abrir o outro terço do lençol, estendê-lo até aos pés e prendê-lo do mesmo modo;	*Assegura a realização da técnica de forma correta;*	
16. Prender o lençol sob o colchão do centro para as extremidades. Deixar a roupa bem esticada;	*Evita a maceração da pele;*	
17. Pegar no resguardo de pano pela parte central, colocá-lo no meio da cama do lado mais próximo, desdobrá-lo do centro para as extremidades. Prendê-lo sob o colchão do mesmo lado;	*Assegura a realização da técnica de forma correta e protege o lençol de baixo;*	
18. Passar para o lado oposto da cama (exceto se estiver a realizar o procedimento a dois elementos), fazer uma prega lateral no resguardo, prender o lençol e o resguardo procedendo do mesmo modo que anteriormente;	*Assegura a realização da técnica de forma correta e evita a maceração da pele;*	
19. Terminada a base da cama e ainda do mesmo lado, colocar o lençol de cima seguindo o procedimento utilizado para colocar o lençol de baixo;	*Assegura a realização da técnica de forma correta;*	
20. Prender o lençol sob o colchão aos pés fazendo o canto, sem o entalar e desdobrar o outro terço do lençol até à cabeceira (deixar cerca de 20 a 25 cm de lençol, para fazer a dobra sobre o cobertor e colcha);	*Assegura a realização da técnica de forma correta;*	
21. Proceder do mesmo modo para o cobertor fazendo o canto juntamente com o lençol prendendo-os em simultâneo;	*Assegura a realização da técnica de forma correta;*	
22. Colocar a colcha da mesma maneira, fazendo o canto sem prender e arranjar a dobra da cabeceira da cama;	*Assegura a realização da técnica de forma correta;*	

23. Voltar ao outro lado da cama, levantar a colcha e o cobertor sobre o colchão e completar a cama desse lado;	*Assegura a realização da técnica de forma correta;*	
24. Colocar a fronha na almofada e colocá-la na cabeceira com o lado da abertura oposto à porta do quarto;	*Assegura a realização da técnica de forma correta;*	
25. Após o procedimento confirmar que a roupa da cama fica bem esticada, sem rugas e seca;	*Evita a maceração da pele;*	
26. Deixar a roupa subida e a colcha sobre a almofada, se a cama ficar desocupada (após alta da pessoa);	*Evita que a roupa que está diretamente em contacto com a pessoa apanhe pó;*	
27. Dobrar a roupa em harmónio até ao meio, se a cama estiver ocupada;	*Facilita os movimentos da pessoa;*	
28. Providenciar a recolha, limpeza e arrumação do material;	*Mantém a unidade da pessoa arrumada;*	
29. Descalçar as luvas e lavar as mãos.	*Previne contaminação, assegurando segurança ocupacional e controlo de infeção;.*	





BASE DA CAMA

4. NORMAS E PROCEDIMENTOS: PREPARAR CAMA OCUPADA

4.1 Definição

Procedimento de enfermagem com caráter autónomo que consiste na substituição da roupa da cama à pessoa que se encontra na cama, de forma a satisfazer a necessidade de higiene e promover o conforto (Peate, 2015)

4.2 Objetivos

- Proporcionar conforto e higiene à pessoa;
- Reduzir o risco de infeções associadas ao cuidado;
- Promover a integridade cutânea, evitando lesões por pressão;
- Garantir a segurança e organização da unidade.

4.3 Materiais Necessários

- Lençóis (superior e inferior);
- Fronha de almofada;
- Cobertor ou edredão (se necessário);
- Resguardo de pano e descartável (se indicado);
- **Luvas de uso único não esterilizadas** (quando aplicável);
- Saco ou carro de transporte para roupa suja;
- Produtos de desinfeção (ex.: álcool a 70%, se necessário);

4.4 Orientações para a Execução

4.4.1 Antes do Procedimento

1. **Preparar o Ambiente:**

- Certifique-se de que a unidade está limpa, organizada e adequada para a intervenção.
- Assegure a presença de materiais necessários.
- Colocar o carro da roupa suja próximo da unidade da pessoa, se tiver tampa ou à porta da enfermaria. Se não tiver, colocar sempre a roupa suja diretamente no respetivo saco;

2. **Avaliar a Condição da Pessoa:**

- Identifique a capacidade de mobilidade da pessoa.

- Avalie potenciais riscos ou contraindicações.

3. **Higienizar as Mãos:**

- Realize a higienização correta das mãos, utilizando técnica médica assética.

4. **Preparar o Equipamento:**

- Garanta que as roupas de cama limpas estão ao alcance e devidamente organizadas.

4.4.2 Durante o Procedimento

1. **Segurança da Pessoa:**

- Ajuste a altura da cama para evitar lesões por posturas inadequadas.
- Baixe as grades laterais do lado em que está a realizar o procedimento e levante-as antes de passar para o lado oposto.
- Manipular a roupa suavemente de modo a não levantar pó.

2. **Substituir Roupa de Cama:**

- Remova os lençóis sujos com movimentos suaves, evitando levantar partículas ou pó.
- Coloque o lençol inferior esticado, minimizando dobras ou rugas.
- Posicione o resguardo no local correto, ajustando-o às necessidades da pessoa.
- Finalize a cama com lençol superior, cobertor ou edredão, conforme necessidade.

3. **Manutenção da Dignidade:**

- Cubra a pessoa durante o procedimento para preservar a privacidade.

4. **Uso de Luvas:**

- Utilize **luvas de uso único não esterilizadas**, especialmente se houver contato com fluídos corporais.

4.4.3 Após o Procedimento

1. **Rever a Condição da Cama:**

- Certifique-se de que a roupa de cama está limpa, esticada e confortável para a pessoa.
- Verifique a ausência de objetos pessoais ou materiais esquecidos na cama.

2. **Higienizar o Ambiente:**

- Remova materiais sujos e limpe a área de trabalho, garantindo a organização.

3. **Documentar:**

- Registe o procedimento realizado e quaisquer observações relevantes, como condições da pele ou reações da pessoa.

4. **Garantir o Conforto da Pessoa:**

- Posicione a campainha ao alcance da pessoa e ajuste a cama conforme as preferências.

4.4.4 NORMA: PREPARAR CAMA OCUPADA

Tabela 11: Preparar cama ocupada

Intervenções de Enfermagem:	**Justificação:**	
Passo	***Fundamentação***	
1. Realizar a higiene das mãos;	*Reduz a transmissão cruzada e diminui o risco de infeção associada aos cuidados;*	
2. Identificar a pessoa (2 identificadores);	*Previne erros de identificação e garante que o procedimento é realizado na pessoa certa;*	
3. Reunir a roupa e colocá-la junto à pessoa numa cadeira colocada aos pés da cama com as costas voltadas para o lado direito da cama, pela ordem inversa àquela em que vai ser usada;	*Economiza tempo e facilitar o procedimento;*	
4. Avaliar o nível de mobilidade, a força, a capacidade para ajudar e a presença de qualquer condicionalismo (por exemplo ortopédico) que possa interferir com a realização do procedimento);	*Permite identificar fatores que interferem na execução segura do procedimento;*	
5. Explicar o procedimento e obter consentimento;	*Promove informação e participação, reforçando cuidados centrados na pessoa e a segurança do procedimento;*	
6. Colocar-se do lado esquerdo da cama e desapertar toda a roupa, começando pela cabeceira até aos pés, dar a volta e continuar dos pés para a cabeceira (direita);	*Facilita a realização do procedimento;*	
7. Retirar a colcha: Dobrar em 3 ou ao meio de cima para baixo e outra vez ao meio, no sentido da largura. Colocar nas costas da cadeira,	*Facilita a realização do procedimento;*	

tendo o cuidado de não deixar tocar no chão;		
8. Proceder de igual modo para o cobertor;	*Facilita a realização do procedimento;*	
9. Posicionar a pessoa em decúbito lateral para o lado mais afastado da cama (com as costas voltadas para o profissional de saúde) e deslizar a almofada para o mesmo lado. A pessoa deve agarrar-se à grade da cama;	*Facilita a realização do procedimento;*	
10. Fazer a base da cama: Identificar a dobra central e colocar o lençol a meio da cama, da cabeceira para os pés, abrir e enrolar a metade oposta para dentro até meio da cama. Ter cuidado para que a roupa limpa não toque na roupa suja;	*Se a política da instituição o permitir fazer os cantos do lençol com um nó direito, para a roupa se manter mais esticada. É necessário desfazer os nós antes de enviar a roupa para a lavandaria;*	
11. Prender a parte de cima, fazer o canto à cabeceira, depois aos pés e por fim, prender ao meio;	*Facilita a realização do procedimento;*	
12. Identificar a dobra central e colocar o resguardo ao meio, enrolar a metade do lado oposto até meio da cama e prendê-lo;	*Facilita a realização do procedimento;*	
13. Voltar a pessoa e deslocar a almofada. Levantar a grade da cama. Passar para o lado oposto;	*Facilita a realização do procedimento;*	
14. Retirar o resguardo e o lençol de baixo e colocá-los no carro da roupa suja. Desenrolar, esticar e prender o lençol de baixo e o resguardo, de acodro com ponto 11. Posicionar ou assistir a pessoa a deslocar-se para o meio da cama;	*Nunca colocar roupa suja no chão;*	
15. Proceder de igual modo para o cobertor;	*Facilita a realização do procedimento;*	
16. Colocar a roupa de cima: Posicionar-se de novo no lado oposto onde iniciou a cama;	*Facilita a realização do procedimento;*	
17. Cobrir o peito da pessoa com o lençol de cima limpo e dobrado, pedindo-lhe para o segurar. Se este	*Promove conforto, privacidade e dignidade, respeitando a pessoa e a relação terapêutica;*	

não o conseguir fazer, prender o lençol sob os seus ombros; *- Enquanto a pessoa segura na parte de cima do lençol limpo, puxar o mesmo para baixo e retirar, em simultâneo lençol sujo. Evitar tocar com o limpo no sujo;* *- Prender o lençol de cima aos pés da cama e fazer os cantos;*		
18. Colocar o cobertor. Prender aos pés da cama;	*Facilita a realização do procedimento;*	
19. Colocar a colcha. Prender aos pés da cama e fazer o canto junto com o cobertor;	*Facilita a realização do procedimento;*	
20. Fazer uma dobra junto aos pés, depois de prender a roupa na extremidade inferior da cama;	*Facilita a realização do procedimento;*	
21. Na cabeceira, fazer passar a dobra do lençol;	*Facilita a realização do procedimento;*	
22. Ir para o outro lado da cama, primeiro fazer o canto e terminar a cama pela cabeceira;	*Facilita a realização do procedimento;*	
23. Posicionar a pessoa, sem esquecer de levantar as grades no final;	*Favorece conforto e segurança, reduzindo risco de queda, dor ou complicações associadas ao procedimento;*	
24. Mudar a fronha da almofada;	*Promove a higiene, o conforto e a prevenção de infeção;*	
25. Providenciar a arrumação do carro da roupa suja e da cadeira da unidade da pessoa;	*Manter a unidade da pessoa arrumada;*	
26. Lavar as mãos.	*Prevenir a infeção.*	

5. NORMAS E PROCEDIMENTOS: HIGIENE PESSOAL

5.1 Definição

Procedimento de enfermagem de caráter autónomo que consiste em providenciar todo o material necessário ao banho e em ajudar a pessoa a lavar os tegumentos e a trocar de roupa, mediante as suas capacidades, promovendo a higiene, o conforto e a dignidade da pessoa assistida (Duarte Melo et al., 2022).

5.2 Objetivos

- Promover o autocuidado.
- Manter a integridade da pele.
- Eliminar secreções e microrganismos do cabelo e da pele.
- Promover a regeneração do tecido epitelial.
- Proporcionar conforto e relaxamento.
- Reduzir o risco de infeção.
- Realizar observação física detalhada.
- Aumentar a autoestima e o bem-estar.
- Estimular as funções respiratória, circulatória, de mobilidade e eliminação.

5.3 Materiais Necessários

- Toalhas.
- Resguardos impermeáveis.
- Jarro com água.
- Taça riniforme.
- Bacias.
- Roupa da cama.
- Roupa da pessoa.
- Equipamento de proteção individual (EPI).
- Manápulas ou esponjas.
- Objetos de higiene pessoal (pasta dentífrica, escova de dentes, desodorizante, pente, máquina de barbear, maquilhagem, espelho, pente ou escova de cabelo).
- Champô, sabão líquido e creme hidratante.
- Dispositivo próprio para lavar o cabelo no leito (se necessário).

- Cotonetes.
- Bolas de algodão ou tampões para os ouvidos.
- Absorvente, dispositivo urinário ou penso higiénico (se necessário).
- Contentor de resíduos.
- Arrastadeira ou urinol.
- Mesa auxiliar.
- Contentor para roupa suja.

5.4 Orientações para a Execução

5.4.1 Antes do Procedimento

1. **Avaliar a capacidade da pessoa** para o autocuidado (equilíbrio, tolerância à atividade, coordenação motora e força muscular).
2. **Verificar a existência de contraindicações** para o levante ou mobilidade.
3. **Avaliar hábitos** pessoais de higiene e preferências culturais.
4. **Preparar o ambiente:**
    - Assegurar temperatura entre 22–24ºC, boa ventilação e privacidade.
    - Garantir que o WC está limpo e desinfetado.
5. **Reunir todos os materiais** necessários de forma organizada.
6. **Informar a pessoa** sobre o procedimento, respeitando a sua autonomia e decidindo em conjunto o tipo de banho (leito, duche ou banheira).

5.4.2 Durante o Procedimento

1. **Respeitar as preferências da pessoa no uso de produtos e objetos pessoais.**
2. **Garantir a segurança:**

- Utilizar barras de suporte, tapetes antiderrapantes e cadeiras de banho, se necessário.
- Regular a temperatura da água e confirmar com a pessoa o conforto térmico.

3. **Proceder à lavagem:**

- Iniciar pelas zonas mais limpas e avançar para as mais sujas.
- Lavar o cabelo e higienizar a cavidade oral, conforme necessário.

4. **Manter a privacidade:**

- Evitar exposição desnecessária, cobrindo as áreas não higienizadas.

5. **Utilizar luvas durante a higiene perineal ou sempre que houver risco de contacto com fluídos corporais.**
6. **Monitorizar a pessoa ao longo do procedimento,** especialmente se estiver confusa ou desorientada.

5.4.3 Após o Procedimento

1. **Secar bem a pele, dando atenção especial às orelhas, axilas, pregas cutâneas e espaços interdigitais.**
2. **Avaliar a integridade cutânea, aplicar creme hidratante e/ou creme protetor (se incontinência de esfíncteres), se necessário.**
3. **Organizar a roupa suja:**
    - Colocar roupa do hospital no contentor adequado.
    - Guardar roupa pessoal da pessoa em saco plástico.
4. **Limpar, desinfetar e, se necessário, esterilizar todo o material utilizado, como bacias e utensílios.**
5. **Certificar-se de que a pessoa está confortável e verificar se a campainha está ao seu alcance.**

Notas Adicionais

- Utilizar equipamento de proteção individual (EPI) sempre que houver risco de exposição a fluidos corporais ou salpicos.
- Estar atento ao risco de quedas, especialmente em pessoas com mobilidade comprometida.

5.4.4 NORMA: ARRANJAR O CABELO, LAVAR, SECAR, PENTEAR NA CAMA

Tabela 12: Arranjar o cabelo, lavar, secar, pentear na cama

Intervenções de Enfermagem:	***Justificação:***	
Passo	***Fundamentação***	
1. Identificar a pessoa (2 *identificadores);*	*Previne erros de identificação e garante que o procedimento é realizado na pessoa certa;*	
2. Se quarto partilhado com outras pessoas, fechar as cortinas da unidade e/ou colocar biombo;	*Proporciona privacidade à pessoa;*	
3. Realizar a higiene das mãos;	*Reduz a transmissão cruzada e diminui o risco de infeção associada aos cuidados;*	

4. Colocar avental de proteção;	*Protege a roupa do prestador de cuidados;*	
5. Providenciar os recursos para junto da pessoa;	*Reduz interrupções, promove eficiência e minimiza o risco de erro durante a execução do procedimento;*	
6. Explicar o procedimento e obter consentimento;	*Promove informação e participação, reforçando cuidados centrados na pessoa e a segurança do procedimento;*	
7. Negociar o nível de assistência no autocuidado, atendendo às capacidades da pessoa;	*Envolve a pessoa na prestação de cuidados e promover a independência no autocuidado;*	
8. Calçar luvas de uso único não esterilizadas, se necessário;	*Reduz o risco de contaminação e exposição a fluidos biológicos, protegendo a pessoa e o profissional;*	
9. Baixar a cabeceira da cama, se não existir contraindicação;	*Assegura conforto;*	
10. Posicionar a pessoa na beira da cama mais perto de si;	*Favorece conforto e segurança. Reduzindo risco de queda, dor ou complicações associadas ao procedimento;*	
11. Retirar a almofada e substituir por uma toalha;	*Protege a pessoa;*	
12. Colocar o dispositivo em calha e dirigi-lo para dentro do balde. Observar se existe alguma lesão;	*Facilita o procedimento e proporcionar conforto da pessoa;*	
13. Perguntar à pessoa se deseja a colocação de bolas de algodão nos ouvidos e em caso afirmativo colocar uma bola de algodão em cada ouvido. Pedir-lhe que mantenha os olhos fechados;	*Proporciona conforto;*	
14. Cobrir o tórax com uma toalha;	*Promove conforto, privacidade e dignidade, respeitando a pessoa e a relação terapêutica;*	

15. Deitar água sobre a cabeça da pessoa, sem molhar a cara;	*Promove a higiene do cabelo e couro cabeludo;*	
16. Aplicar o champô; *Começar a lavar da linha do cabelo para trás. Massajar com movimentos circulares e lavar todo a superfície do couro cabeludo. Enxaguar; Repetir quantas vezes forem necessárias;*	*Remove a sujidade; Ativa a circulação periférica;*	
17. Espremer o cabelo de modo a retirar a água em excesso;	*Promove a higiene e o conforto;*	
18. Retirar as bolas de algodão;	*Promove a higiene e o conforto;*	
19. Levantar a cabeça da pessoa de modo a retirar o dispositivo em calha;	*Promove a higiene e o conforto;*	
20. Colocar a cabeça da pessoa sobre a toalha e enxugar bem. Secar o cabelo, de preferência com secador;	*Promove a higiene e o conforto;*	
21. Pentear o cabelo;	*Promove a higiene e o conforto;*	
22. Retirar a toalha;	*Promove a higiene e o conforto;*	
23. Remover as luvas (se colocadas);	*Previne contaminação, assegurando segurança ocupacional e controlo de infeção;*	
24. Reinstalar a pessoa e deixá-lo confortável (assegurar que o vestuário e roupa da cama ficam secos);	*Proporciona conforto à pessoa;*	
25. Providenciar a recolha, limpeza e arrumação do material;	*Mantém a unidade da pessoa arrumada;*	
26. Realizar a higiene das mãos;	*Reduz a transmissão cruzada e diminui o risco de infeção associada aos cuidados;*	
27. Registar informações associadas à higiene do cabelo.	*Garante continuidade de cuidados, rastreabilidade e*	

	comunicação eficaz entre a equipa.	

5.4.5 NORMA: ARRANJAR O CABELO, LAVAR, SECAR, PENTEAR NO WC

Tabela 13: Arranjar o cabelo, lavar, secar, pentear no wc

Intervenções de Enfermagem:	***Justificação:***	
Passo	***Fundamentação***	
1. Providenciar os recursos para junto da pessoa;	*Reduz interrupções, promove eficiência e minimiza o risco de erro durante a execução do procedimento;*	
2. Realizar a higiene das mãos;	*Reduz a transmissão cruzada e diminui o risco de infeção associada aos cuidados;*	
3. Identificar a pessoa (2 identificadores);	*Previne erros de identificação e garante que o procedimento é realizado na pessoa certa;*	
4. Calçar luvas de uso único não esterilizadas, se necessário;	*Reduz o risco de contaminação e exposição a fluidos biológicos, protegendo a pessoa e o profissional;*	
5. Assistir a pessoa na transferência para a casa de banho e no posicionamento junto ao duche (cadeira banho ou maca de duche, se necessário);	*Favorece conforto e segurança, reduzindo risco de queda, dor ou complicações associadas ao posicionamento;*	
6. Assistir a pessoa a posicionar a cabeça em ligeira hiperextensão, no dispositivo de lavagem;	*Favorece conforto e segurança, reduzindo dor ou complicações associadas ao posicionamento;*	
7. Inserir uma bola de algodão ou tampão no canal auditivo externo, se a pessoa o solicitar, e solicitar que mantenha os olhos fechados;	*Previne complicações;*	
8. Cobrir o tórax com uma toalha;	*Promove conforto, privacidade e dignidade, respeitando a pessoa e a relação terapêutica;*	

9. Controlar a temperatura da água de acordo com a preferência da pessoa;	*Promove conforto, privacidade e dignidade, respeitando a pessoa e a relação terapêutica;*	
10. Aplicar água sobre a cabeça evitando molhar a cara;	*Remove a sujidade;* *Estimula a circulação periférica;*	
11. Massajar toda a superfície do couro cabeludo em movimentos circulares, com as pontas dos dedos, e enxaguar; Executar tantas vezes quantas necessárias;	*Promove a higiene e o conforto;*	
12. Extrair o máximo de água possível do cabelo;	*Promove a higiene e o conforto;*	
13. Remover os tampões ou bolas de algodão do canal auditivo externo, se necessário;	*Promove a higiene e o conforto;*	
14. Remover o excesso de água com a toalha e secar o cabelo, de preferência com o secador;	*Promove a higiene e o conforto;*	
15. Pentear o cabelo;	*Promove a higiene e o conforto;*	
16. Remover a toalha;	*Promove a higiene e o conforto;*	
17. Remover luvas;	*Previne contaminação, assegurando segurança ocupacional e controlo de infeção;*	
18. Assistir a pessoa na transferência para a unidade;	*Promove a higiene e o conforto;*	
19. Assistir a pessoa a posicionar-se no cadeirão ou na cama;	*Favorece conforto e segurança, reduzindo risco de queda, dor ou complicações associadas ao posicionamento;*	
20. Avaliar o bem-estar da pessoa;	*Facilita a atualização do diagnóstico de Enfermagem;*	
21. Assegurar a recolha e lavagem do material e limpeza da casa de banho;	*Mantém o material arrumado;*	

22. Lavar as mãos.	*Reduz a transmissão cruzada e diminui o risco de infeção associada aos cuidados;*	

5.4.6 NORMA: REALIZAR HIGIENE DA CAVIDADE ORAL COM AJUDA TOTAL

Tabela 14: Realizar higiene da cavidade oral com ajuda total

Intervenções de Enfermagem:	***Justificação:***	
Passo	***Fundamentação***	
1. *Identificar a pessoa (2 identificadores);*	*Previne erros de identificação e garante que o procedimento é realizado na pessoa certa;*	
2. *Realizar a higiene das mãos;*	*Reduz a transmissão cruzada e diminui o risco de infeção associada aos cuidados;*	
3. *Providenciar os recursos para junto da pessoa;*	*Reduz interrupções, promove eficiência e minimiza o risco de erro durante a execução do procedimento;*	
4. *Explicar o procedimento e obter consentimento;*	*Promove informação e participação, reforçando cuidados centrados na pessoa e a segurança do procedimento;*	
5. *Posicionar a pessoa de acordo com o estado de saúde e juízo clínico: em decúbito dorsal, com a cabeceira elevada ou decúbito lateral com o leito plano, ou solicitar que se sente, caso não haja contraindicações;*	*Favorece conforto e segurança. Reduzindo risco de queda, dor ou complicações associadas ao procedimento, como a aspiração durante o procedimento;*	
6. *Cobrir o tórax (sob o queixo) e/ou a cama com a toalha;*	*Promove conforto, privacidade e dignidade, respeitando a pessoa e a relação terapêutica;*	
7. *Calçar luvas de uso único não esterilizadas;*	*Reduz o risco de contaminação e exposição a fluidos biológicos, protegendo a pessoa e o profissional;*	

8. *Avaliar a integridade dos lábios e da cavidade oral;*	*Garante continuidade de cuidados;*	
9. *Colocar uma tina reniforme sob o queixo da pessoa: deitar água sobre a escova e colocar a pasta ou embeber a espátula/esponja com água e solução desinfetante da mucosa oral;*	*Permite a recolha da água da lavagem da boca;*	
10. *Proceder à lavagem das gengivas, língua e dentes, da raiz para a coroa e vice-versa, com movimentos circulares. Aspirar a boca da pessoa, se não conseguir expelir o conteúdo;* *Em caso de prótese dentária, pedir a pessoa para retirar, se conseguir. Se não conseguir retirar a prótese e proceder à sua higienização;*	*Remove os resíduos e secreções da cavidade oral*	
11. *Pedir a pessoa para bochechar e secar a cara com a toalha;*	*Retira a pasta e deixa a boca limpa;*	
12. *Remover as luvas, caso tenham sido utilizadas, e lavar as mãos;*	*Previne contaminação;*	
13. *Reposicionar a pessoa;*	*Proporciona conforto à pessoa*	
14. *Providenciar a recolha e lavagem do material;*	*Mantém a unidade arrumada;*	
15. *Lavar as mãos.*	*Previne contaminação, assegurando segurança ocupacional e controlo de infeção;*	
16. *Registar informações associadas à higiene oral.*	*Garante continuidade de cuidados, rastreabilidade e comunicação eficaz entre a equipa.*	

5.4.7 REALIZAR HIGIENE DA CAVIDADE ORAL COM AJUDA PARCIAL

Tabela 15: Realizar higiene da cavidade oral com ajuda parcial

Intervenções de Enfermagem:	***Justificação:***	

Passo	***Fundamentação***	
1. Identificar a pessoa (2 identificadores);	*Previne erros de identificação e garante que o procedimento é realizado na pessoa certa;*	
2. Realizar a higiene das mãos;	*Reduz a transmissão cruzada e diminui o risco de infeção associada aos cuidados;*	
3. Providenciar os recursos para junto da pessoa;	*Reduz interrupções, promove eficiência e minimiza o risco de erro durante a execução do procedimento;*	
4. Explicar o procedimento e obter consentimento;	*Promove informação e participação, reforçando cuidados centrados na pessoa e a segurança do procedimento;*	
5. Assistir a pessoa a posicionar-se em decúbito lateral ou na posição de sentada;	*Favorece conforto e segurança. Reduzindo risco de queda, dor ou complicações associadas ao procedimento, como a aspiração durante o procedimento;*	
6. Cobrir o tórax e/ou a cama com a toalha;	*Promove conforto, privacidade e dignidade, respeitando a pessoa e a relação terapêutica;*	
7. Calçar luvas de uso único não esterilizadas;	*Reduz o risco de contaminação e exposição a fluidos biológicos, protegendo a pessoa e o profissional;*	
8. Disponibilizar a tina reniforme sob o queixo da pessoa;	*Permite a recolha da água;*	
9. Assistir a pessoa a irrigar a escova com água e a aplicar a pasta ao longo da mesma ou ensopar a espátula montada, com água e elixir;	*Permite uma higiene oral adequada;*	
10. Providenciar água para a pessoa bochechar;	*Providencia conforto;*	

11. Solicitar à pessoa que: lave e massaje as gengivas e língua; que escove os dentes da raiz para a coroa em movimentos circulares. Assistir a pessoa, se necessário;	*Remove os resíduos da cavidade oral;*	
12. Solicitar à pessoa para bochechar de novo e secar a cara com uma toalha ou assisti-lo, se necessário;	*Remove os resíduos e secreções da cavidade oral;*	
13. Assistir a pessoa a posicionar-se;	*Providencia conforto e autonomia;*	
14. Avaliar o bem-estar da pessoa;	*Facilitar a atualização do diagnóstico de enfermagem;*	
15. Assegurar a recolha e lavagem do material;	*Mantém a unidade arrumada;*	
16. Lavar as mãos.	*Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos.*	
17. Registar informações associadas à higiene oral.	*Garante continuidade de cuidados, rastreabilidade e comunicação eficaz entre a equipa.*	

5.4.8 NORMAS E PROCEDIMENTOS: REALIZAR BANHO NA CAMA COM AJUDA TOTAL

Tabela 16: Realizar Banho na cama com ajuda total

Intervenções de Enfermagem:	***Justificação:***	
Passo	***Fundamentação***	
1. Lavar as mãos antes de recolher a roupa;	*Reduz a transmissão cruzada e diminui o risco de infeção associada aos cuidados;*	
2. Identificar a pessoa (2 identificadores);	*Previne erros de identificação e garante que o procedimento é realizado na pessoa certa;*	
3. Reunir o material e colocá-lo no suporte da cama/cadeira ao lado da pessoa e/ou na mesa-de-cabeceira;	*Reduz interrupções, promove eficiência e minimiza o risco de erro durante a execução do procedimento;*	

4. Explicar o procedimento e obter consentimento;	*Promove informação e participação, reforçando cuidados centrados na pessoa e a segurança do procedimento;*	
5. Oferecer a arrastadeira ou urinol em caso de necessidade;	*Proporciona a eliminação;*	
6. Lavar as mãos;	*Reduz a transmissão cruzada e diminui o risco de infeção associada aos cuidados;*	
7. Soltar a roupa de cima da cama;	*Facilita o procedimento e proporcionar conforto da pessoa;*	
8. Retirar a colcha e cobertores (dobrando-os em 3 faces), deixando a pessoa protegida com o lençol de cima. Apenas em casos de temperatura mais baixa deixar cobertor ou colcha;	*Promove conforto, privacidade e dignidade, respeitando a pessoa e a relação terapêutica;*	
9. Posicionar a pessoa perto da beira da cama mais perto do profissional de saúde (se este estiver sozinho(a) a realizar a higiene);	*Favorece conforto e segurança. Reduzindo risco de queda, dor ou complicações associadas ao procedimento;*	
10.Realizar os cuidados à boca (ver procedimento de higiene oral);	*Permite uma higiene oral adequada;*	
11. Retirar a almofada se o estado da pessoa o permitir e se a mesma se sentir confortável;	*Protege a pessoa;*	
12. ***Lavar e Secar a face:*** *Colocar a toalha de modo a cobrir o peito e a almofada ou lençol.* *Lavar com água simples ou solicitar à pessoa que faça:* *- Os olhos, da zona mais limpa para a mais suja (utilizar diferentes toalhetes ou diferentes faces do mesmo toalhete para cada olho);* *- O rosto e o pescoço;* *- Os pavilhões auriculares;* *- Secar;*	*Evita molhar a roupa;* *Encoraja a pessoa a ser autónoma;* *Possibilidade de realizar a observação: existência de erupções, secreções, lábios secos;*	

13. Retirar a toalha;	*Proporciona conforto à pessoa;*	
14. Despir a camisa ou pijama e colocar no saco da roupa suja; Caso a pessoa possua cateter I.V., retirar primeiro a manga do braço sem soro. Segurar no soro e fazer deslizar a camisa pelo sistema até passar o balão. Se a pessoa possuir um membro afetado, iniciar pelo membro são;	*Favorece conforto e segurança.;*	
*Lavar e secar os **membros superiores**:* *15. Colocar a toalha de banho ao comprimento debaixo de um dos membros superiores, bem acima sob a axila (começar pelo membro mais afastado de quem faz a higiene);* *16. Segurar no pulso e levantar o membro superior;* *17. Lavar o membro superior usando movimentos longos, circulares e firmes da mão para o ombro. Lavar a axila;* *18. Colocar a bacia sobre a cama, de modo que a pessoa possa pôr a mão em imersão na água. Lavar a mão e cortar as unhas se necessário sem esquecer os espaços interdigitais;* *19. Observar a temperatura e coloração das mãos e unhas; Cortar as unhas, se necessário;* *20. Caso a pessoa possa colaborar pedir que o faça;*	*Evita molhar a cama;* *Observar e verificar a amplitude dos movimentos;* *Os movimentos suaves e contínuos removem a sujidade e estimulam a circulação;* *Se a pessoa está com administração I.V. não deve exercer pressão. Após mobilizar o membro verificar a permeabilidade e débito;*	
*21. Lavar e secar o **tórax e abdómen:*** *Colocar a toalha sobre a região superior do tórax, em harmónio, puxando simultaneamente uma extremidade da toalha e o lençol para baixo até às ancas;* *Levantar e afastar do peito uma parte da toalha que permita proceder à lavagem do tórax e*	*Promove conforto, privacidade e dignidade, respeitando a pessoa e a relação terapêutica;*	

abdómen, com especial atenção à região umbilical e infra mamária; *Secar bem, não esquecendo a região infra mamária e outras pregas cutâneas;* *Puxar o lençol até aos ombros, retirando simultaneamente a toalha;*	*Permite a correta execução da técnica e visualização da zona;* *Permite observar a integridade da pele, com especial atenção à região infra mamária, existência de distensão abdominal, observar padrão respiratório;*	
*22. Lavar e secar os **membros inferiores** (expor um membro de cada vez):* *Começar pelo membro mais afastado;* *Dobrar o lençol de modo a destapar o membro;* *Colocar a toalha de banho ao comprimento debaixo do membro inferior.* *Lavar o membro inferior usando movimentos longos, circulares e firmes do pé para anca;* *Colocar a toalha debaixo dos pés no sentido da largura da cama;* *Com uma das mãos levantar os pés e com a outra colocar a bacia sobre a toalha;* *Mergulhar os pés e proceder à sua lavagem, dando especial atenção aos espaços interdigitais;* *Retirar a bacia, e secar bem os pés e espaços interdigitais;* *Cortar as unhas, se necessário;* *Retirar a toalha e cobrir os pés;* *Trocar a água da bacia;*	*Permite observar a existência de lesões.* *Avaliar sensibilidade, temperatura, cor, força muscular e mobilidade articular em ambos os membros inferiores;*	
*23. Lavar e secar a **região perineal:*** *Pedir à pessoa ou ajudá-la a fletir os joelhos;* *Colocar a toalha sob as nádegas no sentido do comprimento da cama (caso a pessoa tenha*		

fralda, destacar a parte da frente da fralda e dobrá-la antes de a mudar, de forma a tapar zonas que estejam sujas. usar a fralda como protetor da cama); *Fazer uma dobra no lençol de modo a manter a pessoa tapada;* *Lavar ou oferecer à pessoa o toalhete para lavar os órgãos genitais. Secar bem;* *Retirar a toalha e esticar o lençol de cima;*	*Promove conforto, privacidade e dignidade, respeitando a pessoa e a relação terapêutica;* *Permite observar a existência de lesões.*	
24. Caso não se utilize uma bacia diferente, mudar de água e toalhete. Mudar também a toalha;	*Evita contaminação;*	
*25. Lavar e secar a **região dorsal:*** *Pedir à pessoa para se voltar para o lado oposto, ajudando-a de acordo com as suas necessidades (não esquecer de levantar as grades da cama);* *Dobrar o lençol sobre as costas da pessoa de modo a permitir a sua exposição;* *Colocar a toalha ao longo do corpo;* *Lavar, desde a parte posterior do pescoço até às nádegas, com movimentos longos, circulares e firmes. Secar bem. Não esquecer o sulco internadegueiro;*	*Favorece conforto e segurança. Reduzindo risco de queda, dor ou complicações associadas ao procedimento;* *Permite bservar a integridade da pele e estimular a circulação;*	
26. Lavar e secar a região nadegueira e perianal;	*Proporciona conforto e mantém a integridade da pele;*	
27. Agora ou depois da base da cama feita (mantendo a pessoa em decúbito lateral) massajar as costas, nádegas e restantes regiões corporais com produto adequado. Não massajar sobre proeminências ósseas ou zonas ruborizadas;	*Proporciona conforto e mantém a integridade da pele;*	

28. Ajudar a vestir a roupa lavada;	*Promove a higiene e o conforto;*	
29. Pentear o cabelo/posicionar/disponibilizar campainha e remover artigos desnecessários;	*Promove a higiene e o conforto;*	
30. Lavar as mãos;	*Reduz a transmissão cruzada e diminui o risco de infeção associada aos cuidados;*	
31. Realizar registos (colaboração da pessoa, integridade cutânea).	*Garante continuidade de cuidados, rastreabilidade e comunicação eficaz entre a equipa.*	

5.4.9 NORMA: REALIZAR BANHO NA CAMA COM AJUDA PARCIAL

Tabela 17: Realizar Banho na cama com ajuda parcial

Intervenções de Enfermagem:	***Justificação:***	
Passo	***Fundamentação***	
1. Lavar as mãos antes de recolher a roupa;	*Reduz a transmissão cruzada e diminui o risco de infeção associada aos cuidados;*	
2. Identificar a pessoa (2 identificadores);	*Previne erros de identificação e garante que o procedimento é realizado na pessoa certa;*	
3. Reunir o material e colocá-lo no suporte da cama/cadeira ao lado da pessoa e/ou na mesa-de-cabeceira;	*Reduz interrupções, promove eficiência e minimiza o risco de erro durante a execução do procedimento;*	
4. Explicar o procedimento e obter consentimento;	*Promove informação e participação, reforçando cuidados centrados na pessoa e a segurança do procedimento;*	
5. Oferecer a arrastadeira ou urinol em caso de necessidade;	*Proporciona a eliminação;*	
6. Remover a roupa da cama deixando a pessoa protegida com o lençol;	*Promove conforto, privacidade e dignidade, respeitando a pessoa e a relação terapêutica;*	

7. Organizar os recursos ao alcance da pessoa;	*Promove autonomia da pessoa;*	
8. Calçar luvas de uso único não esterilizadas;	*Reduz o risco de contaminação e exposição a fluidos biológicos, protegendo a pessoa e o profissional;*	
9. Assistir a pessoa a cuidar do cabelo, se necessário;	*Providencia conforto e autonomia;*	
10. Assistir a pessoa a lavar a cavidade oral;	*Previne a cárie dentária;*	
11. Assistir a pessoa a despir-se;	*Promove conforto e autonomia;*	
12. Assistir a pessoa a lavar-se;	*Promove conforto e autonomia*	
13. Assistir a pessoa a arranjar as unhas, se necessário;	*Promove conforto e autonomia*	
14. Assistir a pessoa a massajar com creme hidratante de acordo com o estado e tipo de pele da pessoa;	*Promove conforto e autonomia*	
15. Assistir a pessoa a vestir-se, se necessário;	*Promove conforto e autonomia*	
16. Assistir a pessoa a pentear o cabelo;	*Promove conforto e autonomia*	
17.Preparar a cama;	*Promove conforto e autonomia*	
18. Assistir a pessoa a posicionar-se;	*Promove conforto e autonomia*	
19. Avaliar o bem-estar da pessoa;	*Facilita a atualização do diagnóstico de enfermagem;*	
20. Assegurar a recolha e lavagem do material;	*Mantém a unidade arrumada;*	
21.Lavar as mãos.	*Previne a transmissão cruzada de microrganismos;*	
22.Realizar registos (capacidade da pessoa, integridade cutânea).	*Garante continuidade de cuidados, rastreabilidade e comunicação eficaz entre a equipa.*	

5.4.10 NORMA: REALIZAR BANHO NO CHUVEIRO COM AJUDA TOTAL

Tabela 18: Realizar Banho no chuveiro com ajuda total

Intervenções de Enfermagem:	**Justificação:**	
Passo	***Fundamentação***	
1. Providenciar os recursos para a casa de banho;	*Reduz interrupções, promove eficiência e minimiza o risco de erro durante a execução do procedimento;*	
2. Lavar as mãos;	*Reduz a transmissão cruzada e diminui o risco de infeção associada aos cuidados;*	
3. Explicar o procedimento e obter consentimento;	*Promove informação e participação, reforçando cuidados centrados na pessoa e a segurança do procedimento;*	
4. Calçar luvas de uso único não esterilizadas;	*Reduz o risco de contaminação e exposição a fluidos biológicos, protegendo a pessoa e o profissional;*	
5. Transferir a pessoa para a casa de banho (com recurso a maca de duche ou cadeira de banho);	*Favorece conforto e segurança. Reduzindo risco de queda, dor ou complicações associadas ao procedimento;*	
6. Lavar a cavidade oral;	*Remove os resíduos e secreções da cavidade oral;*	
7. Despir a camisa ou pijama e descartar no saco de roupa suja;	*Proporciona conforto e mantém a unidade da pessoa arrumada;*	
8. Controlar o fluxo e a temperatura da água;	*Previne queimaduras;*	
9. Lavar o cabelo, se necessário;	*Previne a contaminação;*	
10. Lavar e secar o corpo;	*Providencia conforto;* *Mantém a integridade da pele;*	

11. Observar todo o corpo	*Identifica alterações cutâneas e outras;*	
12. Remover luvas, se necessário;	*Previne a contaminação;*	
13. Aplicar creme hidratante com massagem delicada, de acordo com o estado e tipo de pele da pessoa;	*Providencia conforto;* *Mantém a integridade da pele;*	
14. Vestir ou assistir a pessoa a vestir-se;	*Promove conforto e autonomia;*	
15. Cortar as unhas, se necessário;	*Permite observar a existência de lesões;*	
16. Pentear ou assistir a pessoa a pentear o cabelo;	*Promove conforto e autonomia; Permite observar a existência de lesões;*	
17. Transferir a pessoa para a unidade;	*Favorece conforto e segurança. Reduzindo risco de queda, dor ou complicações associadas ao procedimento;*	
18. Posicionar a pessoa na cadeira ou na cama ou assisti-la no posicionamento;	*Providencia conforto;*	
19. Avaliar o bem-estar da pessoa;	*Facilita a atualização do diagnóstico de enfermagem;*	
20. Remover as luvas	*Previne a transmissão cruzada de microrganismos;*	
21. Lavar as mãos;	*Reduz a transmissão cruzada e diminui o risco de infeção associada aos cuidados;*	
22. Assegurar a recolha e lavagem do material e limpeza da casa de banho;	*Mantém a unidade arrumada;*	
23. Realizar registos (capacidade da pessoa, integridade cutânea).	*Garante continuidade de cuidados, rastreabilidade e comunicação eficaz entre a equipa.*	

5.4.11 NORMA: REALIZAR BANHO NO CHUVEIRO COM AJUDA PARCIAL

Tabela 19: Realizar banho no chuveiro com ajuda parcial

Intervenções de Enfermagem:	***Justificação:***	
Passo	***Fundamentação***	
1. Lavar as mãos;	*Reduz a transmissão cruzada e diminui o risco de infeção associada aos cuidados;*	
1. Providenciar os recursos para a casa de banho;	*Reduz interrupções, promove eficiência e minimiza o risco de erro durante a execução do procedimento;*	
2. Instruir a pessoa acerca do procedimento;	*Promove informação e participação, reforçando cuidados centrados na pessoa e a segurança do procedimento;*	
3. Assistir a pessoa na transferência para casa de banho (com recurso a cadeira de banho);	*Favorece conforto e segurança. Reduzindo risco de queda, dor ou complicações associadas ao procedimento;*	
4. Assistir a pessoa a lavar a cavidade oral;	*Remove os resíduos e secreções da cavidade oral;*	
5. Assistir a pessoa a despir-se;	*Favorece conforto e segurança. Reduzindo risco de queda, dor ou complicações associadas ao procedimento;*	
6. Controlar o fluxo e a temperatura da água, se necessário;	*Previne queimaduras;*	
7. Calçar as luvas, se necessário;	*Reduz a transmissão cruzada;*	
8. Assistir a pessoa a lavar o cabelo, se necessário;	*Remove os resíduos e secreções da cavidade oral;*	
9. Assistir a pessoa a lavar o corpo;	*Promove conforto e autonomia;*	
10. Observar todo o corpo;	*Permite identificar alterações cutâneas e outras;*	
11. Assistir a pessoa a secar-se;	*Manter a integridade da pele;*	

12. Assistir na aplicação da loção hidratante, de acordo com o estado e tipo de pele da pessoa;	*Promove conforto e autonomia e mantém a integridade da pele*	
13. Assistir a pessoa a vestir-se;	*Promove conforto e autonomia;*	
14. Assistir a pessoa a arranjar as unhas, se necessário;	*Promove conforto e autonomia;*	
15. Assistir a pessoa a pentear o cabelo e/ou desfazer a barba;	*Promove conforto e autonomia;*	
16. Assistir a pessoa na transferência para a unidade;	*Promove conforto e autonomia;*	
17. Assistir a pessoa a posicionar-se no cadeirão ou na cama;	*Providenciar conforto;*	
18. Remover luvas;	*Reduz a transmissão cruzada;*	
19. Avaliar o bem-estar da pessoa;	*Facilitar a atualização do diagnóstico de enfermagem;*	
20. Assegurar a recolha e lavagem do material e a limpeza da casa de banho;	*Mantém a unidade arrumada;*	
21. Realizar registos (capacidade da pessoa, integridade cutânea).	*Garante continuidade de cuidados, rastreabilidade e comunicação eficaz entre a equipa.*	

6. NORMAS E PROCEDIMENTOS: PÔR E TIRAR ARRASTADEIRA

6.1 Definição

A arrastadeira é um dispositivo utilizado para recolher urina e/ou fezes em pessoas que, devido a limitações físicas ou condições clínicas, não conseguem utilizar o WC. É particularmente indicada para pessoas dependentes que mantêm o controlo dos esfíncteres. Este procedimento visa minimizar os impactos da imobilidade sobre a

necessidade básica de eliminação e prevenir complicações como retenção urinária, obstipação ou desconforto (Elkin et al., 2005; Pelissoni et al., 2025).

6.2 Objetivos

- Promover a higiene e o conforto da pessoa cuidada.
- Facilitar a satisfação da necessidade básica de eliminação.
- Permitir a avaliação do débito urinário e recolha de amostras de urina e/ou fezes para análise.
- Contribuir para o controlo de infeções associadas ao procedimento.

6.3 Materiais Necessários

- Arrastadeira (tipo adequado à pessoa: convencional, bico de pato ou descartável).
- Resguardo descartável.
- Papel de celulose (se disponível).
- **Luvas de uso único não esterilizadas**.
- Contentor de resíduos (branco ou preto, conforme a classificação do resíduo).
- Material para higiene perineal.
- Absorvente (se necessário).

6.4 Orientações para a Execução

6.4.1 Antes do Procedimento

1. **Preparação e Avaliação:**

- Identifique o tipo de arrastadeira mais adequado à pessoa, considerando a sua condição clínica e nível de dependência.
- Avalie a mobilidade, força e capacidade de colaboração da pessoa no procedimento.
- Verifique a história clínica, incluindo restrições de posicionamento e a necessidade de medidas de controlo de infeção.
- Prepare todo o material necessário e garanta que o ambiente está organizado e confortável.

2. **Higiene e Segurança:**

- Lave as mãos e calce luvas limpas para prevenir contaminações.
- Certifique-se de que a arrastadeira está limpa, seca e, se necessário, ligeiramente aquecida para evitar desconforto.

6.4.2 *Durante o Procedimento*

1. **Colocação da Arrastadeira:**

- Posicione a pessoa de forma confortável e segura:
    - Ajude a pessoa a virar-se de lado, se necessário.
    - Coloque o resguardo descartável sob a região lombar da pessoa.
    - Posicione a arrastadeira corretamente, garantindo que está alinhada ao corpo da pessoa.
    - Ajuste a cabeceira da cama para elevar ligeiramente o tronco, salvo contraindicações clínicas.
- Assegure a privacidade da pessoa durante todo o procedimento.

2. **Monitorização e Conforto:**

- Acompanhe a pessoa durante a utilização da arrastadeira, garantindo que esta não permaneça por um período prolongado para evitar desconforto ou lesões cutâneas.
- Observe sinais de desconforto, como dor ou dificuldade em manter a posição.

6.4.3 *Após o Procedimento*

1. **Retirar a Arrastadeira:**

- Ajude a pessoa a virar-se suavemente, removendo a arrastadeira com cuidado para evitar derrames.
- Cubra a arrastadeira com papel de celulose ou outro material adequado para transporte.

2. **Higiene e Cuidados Pós-Procedimento:**

- Realize a higiene perineal da pessoa, utilizando o material apropriado.
- Hidrate a pele da região perineal, se necessário, para evitar irritações.
- Verifique a necessidade de colocar absorvente de proteção, com base nas preferências e necessidades da pessoa.
- Vista a pessoa, assegurando conforto e respeito pela privacidade.

3. **Eliminação de Resíduos:**

- Descarte os resíduos de acordo com as normas vigentes:
- Contentor branco para resíduos biológicos.
- Contentor preto para resíduos urbanos.
- Solicitar a lavagem e desinfeção da arrastadeira, ou descartar se for descartável.

4. **Registo e Observação:**

- Registe o procedimento, incluindo observações sobre o débito urinário, características das fezes e quaisquer complicações observadas.
- Informe a equipa sobre situações que necessitem de acompanhamento adicional.

6.4.4 Considerações Finais

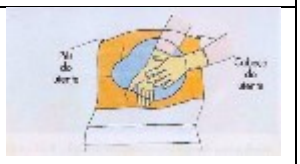
Este procedimento deve ser realizado com base nas boas práticas de enfermagem, promovendo conforto, privacidade, dignidade e segurança para a pessoa cuidada. A aplicação adequada das normas de higiene e eliminação de resíduos contribui para a prevenção de infeções e complicações associadas.

6.4.5 NORMA: PÔR E TIRAR ARRASTADEIRA

Tabela 20: Pôr e tirar arrastadeira

Intervenções de Enfermagem:	***Justificação:***	
Passo	***Fundamentação***	
1. Reunir material e transportar para junto da pessoa;	*Reduz interrupções, promove eficiência e minimiza o risco de erro durante a execução do procedimento;*	
2. Lavar as mãos e calçar luvas limpas de uso único não esterilizadas;	*Reduz a transmissão cruzada e diminui o risco de infeção associada aos cuidados;*	
3. Identificar a pessoa (2 identificadores);	*Previne erros de identificação e garante que o procedimento é realizado na pessoa certa;*	
4. Avaliar a presença de qualquer condicionalismo (ex. ortopédico, assim como o nível de mobilidade, força e capacidade da pessoa para ajudar) que possa interferir com o uso de uma arrastadeira;	*Avalia o nível de colaboração da pessoa;*	
5. Instruir a pessoa sobre o procedimento e o motivo do procedimento assim como a técnica que vai usar para rodar e posicionar a pessoa e pedir consentimento;	*Promove informação e participação, reforçando cuidados centrados na pessoa e a segurança do procedimento;*	

6. Garantir condições de segurança e privacidade e avaliar capacidade de colaboração da pessoa; *Isolar a pessoa, com biombo ou cortinas;*	*Promove conforto, privacidade e dignidade, respeitando a pessoa e a relação terapêutica;*	
7. Posicionar adequadamente tendo em vista se está deitado ou sentado;	*Facilita o procedimento;*	
8. Proporcionar privacidade fechando as cortinas ao redor da cama ou a porta quarto;	*Promove conforto, privacidade e dignidade, respeitando a pessoa e a relação terapêutica;*	
9. Verificar o tipo de arrastadeira existente no serviço;	*Promove o conforto da pessoa;*	
Pessoa com <u>ajuda parcial</u> na eliminação: *10. Elevar a cama até uma altura de trabalho confortável e certificar-se que a pessoa está posicionada bem acima, na cama, em decúbito dorsal com a cabeça elevada a 30º (a menos que contraindicado);* *11. Elevar a grade lateral do lado oposto ao que vai trabalhar;*	*Promove o uso de boa mecânica corporal e minimiza a tensão muscular para o profissional e pessoa;* *A posição facilita o eventual posicionamento da arrastadeira;*	
12. Dobrar para trás o lençol de cima, para os joelhos da pessoa. Se a pessoa necessitar de ajuda, ajudar a despir a roupa (destapar o lençol nos pés e depois colocar a arrastadeira);	*Expõe apenas a área necessária para a realização da técnica;* *Promove conforto, privacidade e dignidade, respeitando a pessoa e a relação terapêutica;*	
13. Ajudar o posicionamento. Instruir a pessoa para fletir os joelhos e colocar o peso nos calcanhares;	*Minimiza o esforço realizado pela pessoa;* *Promove a autonomia da pessoa;*	
14. Colocar a mão, de palma para cima, debaixo do sacro, descansando o cotovelo no colchão;	*Apoia a região sacrococcígea da pessoa;*	

15. Pedir à pessoa para levantar a anca, enquanto se coloca a arrastadeira com a outra mão;	*Promove o conforto e autonomia da pessoa;*	
Pessoa com <u>ajuda total</u> na eliminação: *16. Descer totalmente a cabeceira da cama e pedir à pessoa para rolar para o lado oposto ao seu;*	*O posicionamento da arrastadeira corretamente permite que a urina e/ou fezes entrem na arrastadeira;*	 
17. Colocar a arrastadeira contra as nádegas e empurrar para baixo, no colchão, com o aro aberto na direção dos pés da pessoa;	*A colocação incorreta causa desconforto para a pessoa e derrame de conteúdos;*	
18. Mantendo uma mão contra a arrastadeira, colocar a outra mão em redor da parte da frente da anca;	*Aumenta o risco de lesão por fricção na pele e tecidos subjacentes, se existir um movimento de forçar o contacto da arrastadeira sob a pessoa;*	
19. Pedir à pessoa para rolar sobre a arrastadeira, direito na cama;	*Promove a colocação da arrastadeira no local correto;*	
20. Levantar a cabeceira a 30º depois da pessoa estar confortavelmente posicionado;	*Promove o conforto da pessoa;*	
21. Colocar o toalhão de banho enrolado sob a curvatura lombar;	*Reduz a tensão dorsal;*	
22. Tapar a pessoa com lençol; Caso a pessoa não consiga rolar, solicitar colaboração de outro profissional de saúde;	*Promove conforto, privacidade e dignidade, respeitando a pessoa e a relação terapêutica;*	
Posteriormente em ambas as situações: *23. Colocar a campainha e o papel higiénico/compressas não esterilizadas molhadas/toalhitas ao*	*Promove a segurança e tranquilidade da pessoa;*	

alcance da pessoa e deixar as grades levantadas, se necessário;	*A remoção atempada da arrastadeira evita úlceras de pressão;*	
Retirar a arrastadeira *24. Para retirar a arrastadeira da pessoa: levantar a bacia ou rodar com cuidado para fora da arrastadeira e para o lado. Segurar firmemente a arrastadeira durante o movimento.*	*Promove a higiene e o Conforto; Evita extravasamento do conteúdo da arrastadeira*	
25. Colocar a arrastadeira na cadeira, sobre um resguardo;	*Evita extravasamento do conteúdo da arrastadeira;*	
26. Ajudar a limpar com papel higiénico/compressas não esterilizadas molhadas/toalhitas a região do meato urinário e/ou região anal com movimentos da púbis para o ânus;	*Previne infeções;*	
27. Assistir ou proceder à higiene perineal (água e sabão), se necessário; Secar a região com toalha;	*Promove conforto e autonomia;*	
Procedimentos conclusivos *28. Compor a cama e ajudar a reinstalar a pessoa;*	*Promove o conforto da pessoa;* *Evitar alterar as características dos produtos eliminados;*	
29. Providenciar o material para a pessoa lavar e secar as mãos ou ajudar conforme necessário;	*Promove o conforto da pessoa;*	
30. A remoção da arrastadeira deverá ser protegida com um resguardo, ou papel de celulose ou saco de plástico durante o transporte da mesma;	*Previne contaminação, assegurando segurança ocupacional e controlo de infeção;*	
31. Esvaziar a arrastadeira na sala dos sujos ou solicitar ao Técnico Auxiliar de Saúde que proceda ao esvaziamento;	*Promove o acondicionamento correto do material; Previne contaminação, assegurando segurança ocupacional e controlo de infeção;*	

Observar as características das fezes e urina; *32. Nas características das fezes observar: cor, odor, consistência, formato, presença de muco ou sangue. Nas características da urina observar a cor, odor, volume e a transparência;*	*Garante continuidade de cuidados, rastreabilidade e comunicação eficaz entre a equipa.*	
33. Remover as luvas e lavar as mãos;	*Previne contaminação;*	
34. Providenciar a recolha, higienização e arrumação do material;	*Previne contaminação, assegurando segurança ocupacional e controlo de infeção;*	
35. Registar e documentar as caraterísticas da dejeção e/ou da micção. Registar também a avaliação da pele e a participação da pessoa no autocuidado.	*Garante continuidade de cuidados, rastreabilidade e comunicação eficaz entre a equipa.*	

7. REFERÊNCIAS

Agbegah, L. (2015). More than just a daily ritual. *Nursing Standard*, *29*(25), 71–71. doi: 10.7748/ns.29.25.71.s61

Bath, C. (2012). The student voice handbook: bridging the academic/practitioner divide. *Journal of Education for Teaching*, *38*(3), 367–369. doi: 10.1080/02607476.2012.675481

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2022). *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (Pearson Education, Ed.; 11th ed.).

Carling, P. C. (2021). Health Care Environmental Hygiene. *Infectious Disease Clinics of North America*, *35*(3), 609–629. doi: 10.1016/j.idc.2021.04.005

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: Versão 2019-2020 - Telma Ribeiro Garcia, Maria Cristiane Barbosa Galvão, Maria Miriam Lima da Nóbrega, Marcia Regina Cubas - Google Livros. (n.d.). Retrieved from https://books.google.pt/books/about/Classifica%C3%A7%C3%A3o_Internacional_para_a_Pr.html?id=fML_zwEACAAJ&redir_esc=y

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2013). *Precauções básicas do controlo da infeção. Norma no 029/2012 de 28/12/2012 (Atualizada a 31/10/2013)*. Retrieved from https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012.aspx

Duarte Melo, A. G. S., Ruão, T., Balonas, S., Alves, M., & Ferreira, M. (2022). *Guia de comunicação em saúde. Boas práticas*. Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade (CECS). doi: 10.21814/1822.78904

Elkin, M., Perry, A., & Potter, P. (2005). *Intervenções de enfermagem e procedimentos clínicos* (Lusociência, Ed.; 2nd ed.). Loures.

Fawcett, J. (2001). The Nurse Theorists: 21st-Century Updates—Dorothea E. Orem. *Nursing Science Quarterly*, *14*(1), 34–38. doi: 10.1177/08943180122108021

Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: A guide to teaching and learning methods* (O. P. Further Education Unit, Ed.).

Healthcare Simulation Standards of Best Practice®. (n.d.). Retrieved from https://www.inacsl.org/healthcare-simulation-standards-of-best-practice-

International Council of Nurses. (2021). *International Classification for Nursing Practice (CIPE®) Version 1*. Retrieved from http://www.insarj.pt

Navy, S. L. (2020). *Theory of Human Motivation—Abraham Maslow* (pp. 17–28). doi: 10.1007/978-3-030-43620-9_2

Peate, I. (2015). Washing a patient's hair in bed: a care fundamental. *British Journal of Healthcare Assistants*, *9*(3), 114–118. doi: 10.12968/bjha.2015.9.3.114

Pelissoni, A. C. R., Capana, S. M., Rossignolo, S. C. de O., Silva, D. L. da, & Gomes, L. E. M. (2025). Prevenção da infecção do trato urinário em idosos. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, *25*, e18766. doi: 10.25248/reas.e18766.2025

Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*, *35*(3), 194–204. doi: 10.1097/ANS.0B013E318261B1BA

Ross, A. J., Anderson, J. E., Kodate, N., Thomas, L., Thompson, K., Thomas, B., Key, S., Jensen, H., Schiff, R., & Jaye, P. (2013). Simulation training for improving the quality of care for older people: An independent evaluation of an innovative programme for interprofessional education. *BMJ Quality and Safety*, *22*(6), 495–505. doi: 10.1136/bmjqs-2012-000954

Roussin, C. J., & Weinstock, P. (2017). SimZones: An Organizational Innovation for Simulation Programs and Centers. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, *92*(8), 1114–1120. doi: 10.1097/ACM.0000000000001746