Procedimentos de Enfermagem:

Técnicas para Práticas Assistenciais



VOLUME II

© Copyright 2026. Centro Universitário São Camilo.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.

Procedimentos de Enfermagem: Técnicas para Práticas Assistenciais – Volume II.

Centro Universitário São Camilo

Reitor e Diretor Administrativo

Anísio Baldessin

Diretora Acadêmica

Celina Camargo Bartalotti

PRODUÇÃO EDITORIAL

Coordenadora Editorial

Bruna San Gregório

Analista Editorial

Cintia Machado dos Santos

Assistente Editorial

Bruna Diseró

Organizadora

Maria Cristina de Mello

Autores

Rosana Pires Russo Bianco

Douglas Araujo Torres Sales

P956

Procedimentos de enfermagem: volume 2 – técnicas para práticas assistenciais / Maria Cristina de Mello (Org.). -- São Paulo: Setor de Publicações - Centro Universitário São Camilo, 2026.
115 p.

Vários Autores
ISBN 978-65-84146-30-3

1. Biossegurança 2. Sinais de vitalidade 3. Higiene corporal 4. Mobilização do paciente I. Mello, Maria Cristina de II. Título

CDD: 615.6

Ficha Catalográfica elaborada pela Bibliotecária Ana Lucia Pitta
CRB 8/9316



PREFÁCIO

É com grande alegria que apresento o *e-book* **Procedimentos de Enfermagem: Técnicas para Práticas Assistenciais – Volume II**, fruto da dedicação e experiência dos docentes do Centro Universitário São Camilo de São Paulo. Desde o início, os docentes perceberam a necessidade de colaborar com a construção deste *e-book*, sintetizando a vasta literatura voltada para Biossegurança; Sinais de Vitalidade; Higiene Corporal; Mobilização do Paciente.

A elaboração deste material surgiu da necessidade de abordar essa temática essencial na prática da enfermagem, impulsionada tanto pela experiência dos docentes quanto pela demanda dos alunos por um material que os auxiliasse nas aulas teórico-práticas.

No contexto do ensino e aprendizagem, esta obra se destaca como um guia valioso, servindo de apoio para docentes, estudantes e profissionais da saúde, contribuindo para o aprimoramento do ensino, da prática clínica e da qualidade da assistência prestada.

Profa. Dra. Maria Cristina de Mello

Coordenadora do curso de graduação em Enfermagem
Centro Universitário São Camilo – SP

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO..... 5

I BIOSSEGURANÇA 6

Seção 1 – Biossegurança e Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) 6
Seção 2 – Precauções, definição e tipos. EPIs e EPC 8
Seção 3 – Paramentação e desparamentação dos EPIs 18
Seção 4 – Higiene das mãos 23

II SINAIS DE VITALIDADE 28

Seção 1 – Sinais de Vitalidade 28
Seção 2 – Sinal Vital: Pressão Arterial 29
Seção 3 – Sinal Vital: Pulso Periférico 36
Seção 4 – Sinal Vital: Frequência Respiratória 41
Seção 5 – Sinal Vital: Temperatura 44
Seção 6 – Sinal Vital: Dor 52

III MOBILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES 58

Seção 1 – Mobilização do paciente hospitalar 58
Seção 2 – Transferência segura de pacientes 65
Seção 3 – Aspectos ergonômicos do profissional de saúde 75

IV HIGIENE CORPORAL 82

Seção 1 – Princípios da Higiene Corporal no Paciente. Tipos de higiene 82
Seção 2 – Higiene do corpo 83
Seção 3 – Higiene do couro cabeludo 98
Seção 4 – Higiene íntima 102
Seção 5 – Higiene oral 108

Referências 113

INTRODUÇÃO

A assistência segura ao paciente envolve uma série de práticas fundamentais para minimizar riscos e garantir um cuidado de qualidade. Entre essas práticas, destacam-se a biossegurança, a prevenção e controle de infecções hospitalares, a higienização das mãos, a mobilização no leito, o transporte seguro do paciente e a higiene corporal. Esses aspectos são essenciais para preservar a integridade dos pacientes e dos profissionais de saúde, reduzindo complicações clínicas e promovendo uma recuperação mais eficaz.

Neste volume II, são abordados os princípios da biossegurança, que englobam medidas para proteger tanto os profissionais quanto os pacientes contra agentes biológicos e riscos ocupacionais. A correta adesão a protocolos de segurança é essencial para evitar a disseminação de patógenos.

Por ser a Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) uma das principais preocupações da assistência médica, é apresentada sua definição, os mecanismos de transmissão e as estratégias de prevenção, com ênfase no impacto dessas infecções na morbimortalidade dos pacientes.

A higienização das mãos, considerada a medida mais eficaz e acessível no controle da transmissão de microrganismos, é descrita com ênfase na técnica correta, na importância do uso de antissépticos e nos momentos críticos em que essa prática deve ser realizada.

Outro aspecto essencial no cuidado do paciente, abordado neste *e-book*, é a mobilização no leito, fundamental para prevenir complicações decorrentes da imobilidade prolongada, como úlceras por pressão, tromboembolismo venoso (TVE) e deterioração da função respiratória. A correta mobilização auxilia na recuperação funcional do paciente e melhora sua qualidade de vida.

O manejo do paciente no transporte seguro, tanto dentro do hospital quanto em situações de transferência inter-hospitalar, se apresenta como um dos importantes temas para minimizar os riscos durante a locomoção e transferência.

Por fim, trata-se da higiene corporal do paciente, destacando os diferentes tipos de higiene, os cuidados específicos para pacientes acamados e as recomendações para manter a integridade da pele, prevenindo infecções e promovendo conforto e bem-estar.

Com este volume II do *e-book* “Procedimentos de Enfermagem”, buscou-se fornecer um panorama abrangente sobre esses cuidados essenciais, oferecendo conhecimento sólido para a aplicação segura e eficaz dessas práticas na rotina hospitalar.

I BIOSSEGURANÇA

Seção 1 – Biossegurança e Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS)

Autores: Rosana Pires Russo Bianco (Docente)
Douglas Araujo Torres Sales (Discente)

A biossegurança pode ser compreendida como o conjunto de medidas, práticas e políticas destinadas à prevenção, controle e redução de riscos que possam comprometer a saúde humana, animal e o meio ambiente. Tais medidas assumem especial relevância no contexto dos serviços de saúde, sobretudo durante a manipulação de agentes potencialmente perigosos e na utilização de tecnologias avançadas, como a biotecnologia e a engenharia genética.

No âmbito da biossegurança, os agentes de risco são classificados em diferentes categorias, incluindo: agentes biológicos (bactérias, vírus, fungos e parasitas), agentes químicos (substâncias tóxicas, medicamentos e desinfetantes), agentes físicos (temperatura, ruído e radiação), agentes radioativos e fatores ergonômicos (posturas inadequadas e sobrecarga física).

Portanto, a biossegurança configura-se como um dos pilares fundamentais da qualidade assistencial, estando diretamente relacionada à promoção da segurança do paciente, dos profissionais de saúde e do ambiente assistencial.

Indicações da Biossegurança na Prática em Saúde

A aplicação dos princípios de biossegurança é essencial para:

- Prevenir acidentes ocupacionais envolvendo agentes biológicos, químicos, físicos ou radiação;
- Reduzir a disseminação de microrganismos entre pacientes, profissionais e ambiente;
- Garantir a segurança do paciente, evitando infecções cruzadas;
- Proteger os profissionais de saúde durante a assistência;
- Preservar o meio ambiente, evitando contaminação de água, ar e solo.

Normas Regulamentadoras e Legislação

No Brasil, a biossegurança em serviços de saúde é regulamentada por diversas normas, entre elas, temos:

NR-32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde

Estabelece diretrizes para a proteção dos trabalhadores da saúde, abordando riscos biológicos, químicos, físicos e ergonômicos.

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária)

Responsável pela regulamentação e fiscalização de práticas relacionadas à segurança do paciente e controle de infecções.

RDCs (Resoluções da Diretoria Colegiada)

Normas que orientam práticas como: controle de infecções, processamento de produtos para saúde e gerenciamento de resíduos.

Definição de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS)

A Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) é definida como toda infecção adquirida após a admissão do paciente em um serviço de saúde, que se manifesta durante a internação ou após a alta, desde que esteja relacionada a procedimentos assistenciais ou ao ambiente de cuidado.

As IRAS representam um importante problema de saúde pública, estando associadas ao aumento da morbidade, mortalidade, tempo de internação e custos assistenciais.

Principais características das IRAS:

- Não estavam presentes ou em incubação no momento da admissão;
- Podem surgir durante ou após a internação;
- Estão relacionadas a procedimentos invasivos, dispositivos ou falhas nos processos assistenciais.

Exemplos comuns de IRAS:

- Infecção do trato urinário associada a cateter vesical;
- Pneumonia associada à ventilação mecânica;
- Infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso;
- Infecção de sítio cirúrgico.

A biossegurança e as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) apresentam uma relação estreita e interdependente no contexto dos serviços de saúde. A não conformidade ou a adoção inadequada das medidas de biossegurança configura-se como um dos principais determinantes para a ocorrência e disseminação dessas infecções, impactando negativamente os desfechos clínicos e a qualidade da assistência.

Diante desse contexto, a implementação sistemática, padronizada e rigorosa de protocolos de biossegurança fundamentados em evidências científicas constitui uma estratégia essencial para a mitigação desses riscos, desempenhando papel fundamental na redução das taxas de IRAS, no aprimoramento contínuo da qualidade da assistência e na consolidação da cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde.

Seção 2 – Precauções, definição e tipos. EPIs e EPC

Autores: Rosana Pires Russo Bianco (Docente)
Douglas Araujo Torres Sales (Discente)

As precauções são medidas que visam a prevenção e o controle da disseminação de agentes infecciosos nos ambientes assistenciais, em todas as situações de atendimento, independentemente de suspeita ou confirmação de infecção.

Elas se dividem em precaução padrão e precauções específicas, aplicadas conforme o risco de transmissão e o tipo de agente infeccioso envolvido.

1. Precauções Padrão

Definição

Compreendem um conjunto de medidas aplicadas a todos os pacientes, independentemente do diagnóstico, com o objetivo de prevenir a transmissão de infecções. Figura 1.

Indicação

- Sempre que houver risco de contato com sangue, fluidos corporais, secreções ou superfícies contaminadas.
- Separação e descarte de material conforme a RDC 222/2018 (lixo infectante, comum, reciclável e perfurocortante).

Materiais

Para sua efetiva implementação da precaução padrão, são utilizados os seguintes materiais:

- Equipamentos de Proteção Individual (EPIs): luvas de procedimento; máscara cirúrgica; respirador (N95/PFF2); avental; óculos de proteção e protetor facial;
- Coletores rígidos para perfurocortantes;
- Lixeiras com acionamento não manual;
- Preparação alcoólica para higiene das mãos;
- Sacos para resíduos infectantes.

Figura 1 - Precauções padrão - Ilustração das medidas básicas de prevenção de infecções aplicáveis a todos os pacientes, independentemente do diagnóstico.



Fonte: Adaptado de Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/Protocolo5MedidasdePrecauoeIsolamentoFINAL.pdf

2. Precauções Específicas

Definição

Precauções aplicadas conforme o risco de transmissão e o tipo de agente infeccioso envolvido, sendo elas: contato, aerosóis e gotículas.

2.1 Precaução de Contato

Definição

Indicada para prevenir a transmissão de microrganismos por meio do contato direto com o paciente ou indireto com superfícies e objetos contaminados.

Indicação

Aplicada para doenças transmitidas pelo toque direto ou indireto, geralmente por superfícies, roupas, pele ou equipamentos contaminados. Figura 2.

Exemplo: infecções por bactérias multirresistentes (*Staphylococcus aureus* resistente à meticilina-MRSA e *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemase-KPC), diarreias infecciosas, escabiose, herpes zoster disseminado.

Materiais

- Equipamentos de Proteção Individual (EPIs): luvas de procedimento e avental;
- Materiais de uso exclusivo ou dedicado ao paciente: estetoscópio, esfigmomanômetro, oxímetro de pulso e termômetro;
- Coletores rígidos para perfurocortantes;
- Lixeiras com acionamento não manual;
- Preparação alcoólica para higiene das mãos;
- Sacos para resíduos infectantes.

*Quarto privativo (quando disponível) ou coorte de pacientes (alocação conjunta de pacientes com o mesmo agente infeccioso confirmado ou suspeito).

Quadro 1 - Implementação.

Etapa		**Justificativa**
1	Realizar higiene das mãos	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
2	Utilizar luvas descartáveis	Evitar contato direto com secreções, pele não íntegra e superfícies contaminadas.
3	Utilizar avental descartável de mangas longas	Criar barreira física, evitando que roupas do profissional fiquem contaminadas.
4	Realizar desinfecção de superfícies e equipamentos	Garantir que áreas tocadas pelo paciente não sejam fonte de infecção para outros.
5	Manter uso exclusivo de equipamentos para o paciente	Minimizar o risco de transmissão indireta (estetoscópio, termômetro, entre outros).
6	Quarto Privativo	Colocar o paciente em quarto privativo para reduzir o risco de transmissão.

Figura 2 - Precaução de Contato - Ilustração das medidas de prevenção e controle de infecções indicadas para pacientes com suspeita ou confirmação de doenças transmitidas por contato direto ou indireto.



Fonte: Adaptado de Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/Protocolo5MedidasdePrecauoeIsolamentoFINAL.pdf

Alerta

- Priorizar quarto privativo; se não for possível, agrupar pacientes com o mesmo agente infeccioso ou manter distância mínima de 1 metro entre leitos, assegurando higiene das mãos, uso de EPIs e limpeza reforçada das superfícies.

O que registrar?

O registro em prontuário deve incluir as seguintes informações:

- Indicação da precaução;
- Data e horário de início;
- Tipo de precaução;
- Medidas implementadas;
- Sinalização do leito/quarto;
- Orientação ao paciente e familiares;
- Condição clínica relacionada;
- Monitoramento e reavaliação;
- Data e motivo da suspensão.

Exemplo:

22h30: Paciente colocado em precaução de contato devido à infecção por microrganismo multirresistente (suspeita de MRSA). Instituídas medidas de isolamento em quarto privativo, uso de luvas e avental pela equipe, além de equipamentos de uso exclusivo. Realizada orientação ao paciente e familiares quanto às medidas de prevenção. Mantida monitorização clínica e aguardando resultados de cultura. Ass.: [nome do profissional de enfermagem], Coren: XXXX.

2.2 Precaução de Gotícula

Indicação

Aplicada para doenças que ocorrem pelo contato próximo com o paciente. Essas gotículas são relativamente grandes (> 5 micras) e podem ser eliminadas pela fala, tosse, espirros (perdigotos), respiração e durante procedimentos como aspiração de vias aéreas. Elas alcançam geralmente até 1 metro de distância e se depositam rapidamente em superfícies, não permanecendo suspensas no ar por longos períodos. Figura 3.

Exemplo: doença meningocócica, coqueluche, difteria, caxumba e rubéola.

Materiais

- Equipamentos de Proteção Individual (EPIs): luvas de procedimento e avental, máscara cirúrgica e óculos;
- Materiais de uso exclusivo ou dedicado ao paciente: estetoscópio, esfigmomanômetro, oxímetro de pulso e termômetro;
- Preparação alcoólica para higiene das mãos;
- Coletores rígidos para perfurocortantes;
- Lixeiras com acionamento não manual;
- Sacos para resíduos infectantes.

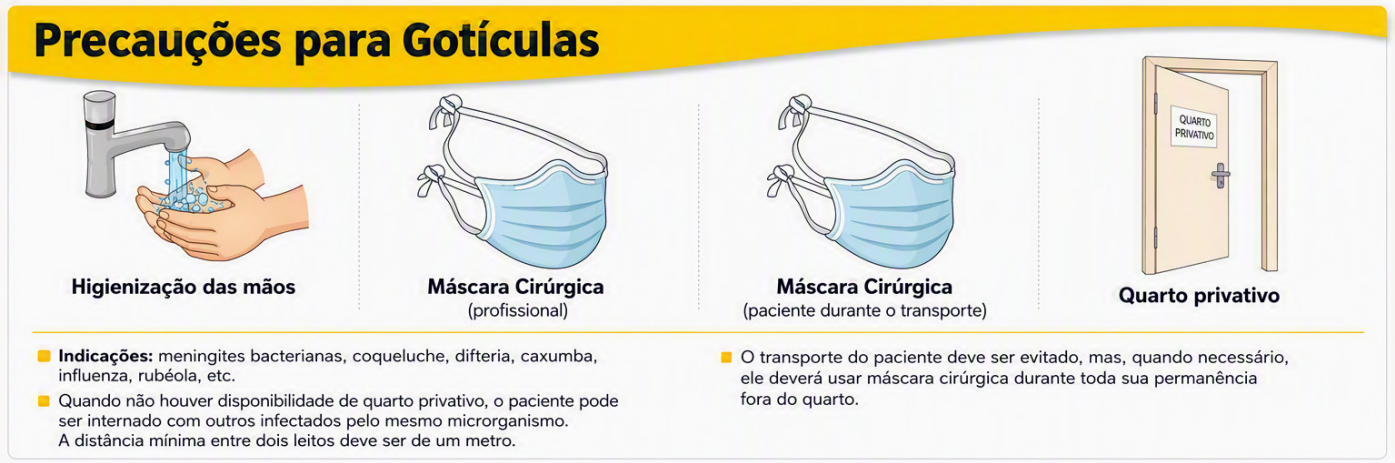
*Quarto privativo (quando disponível) ou coorte de pacientes (alocação conjunta de pacientes com o mesmo agente infeccioso confirmado ou suspeito).

Alocação Conjunta: instalar pacientes com o mesmo agente infeccioso no mesmo quarto ou manter distanciamento mínimo de 1 metro entre os leitos, com medidas rigorosas de higiene das mãos, uso de EPI (luvas e avental) e limpeza reforçada de superfícies.

Quadro 2 - Implementação.

Etapa		Justificativa
1	Realizar higiene das mãos	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
2	Utilizar luvas descartáveis	Evitar contato direto com secreções e superfícies contaminadas.
3	Utilizar óculos de proteção	Proteger o profissional de contato com gotículas e secreções.
4	Utilizar máscara cirúrgica, tanto profissionais como visitantes	Utilizar sempre que houver contato a menos de 1 metro do paciente. Manter bem aderida a face. Impedir a inalação de gotículas grandes expelidas pelo paciente.
5	Oferecer máscara cirúrgica para o paciente (quando em transporte)	Supervisionar o uso de máscara pelo paciente durante todo período que permanecer fora do quarto. Diminuir a dispersão de gotículas no ambiente hospitalar.
6	Utilizar avental descartável de mangas longas	Criar barreira física, evitando que roupas do profissional fiquem contaminadas.
7	Realizar desinfecção de superfícies e equipamentos	Garantir que áreas tocadas pelo paciente não sejam fonte de infecção para outros.
8	Manter uso exclusivo de equipamentos para o paciente	Minimizar o risco de transmissão indireta (estetoscópio, termômetro, entre outros).
9	Quarto Privativo	Colocar o paciente em quarto privativo para reduzir o risco de transmissão, manter porta fechada. *Se não for possível manter o paciente em quarto privativo: acomodá-lo com outros pacientes infectados pelo mesmo agente infeccioso. Na impossibilidade dessa medida, manter distância mínima de 1 metro entre os leitos, associada à higiene rigorosa das mãos, uso adequado de EPI e limpeza e desinfecção das superfícies.

Figura 3 - Precaução de Gotículas - Ilustração das medidas de prevenção e controle de infecções indicadas para pacientes com suspeita ou confirmação de doenças transmitidas por gotículas.



Fonte: Adaptado de Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/Protocolo5MedidasdePrecauoeIsolamentoFINAL.pdf

Alerta

- Priorizar quarto privativo; se não for possível, agrupar pacientes com o mesmo agente infeccioso ou manter distância mínima de 1 metro entre leitos, assegurando uso de máscara cirúrgica, etiqueta respiratória e limpeza frequente de superfícies.

O que registrar?

O registro em prontuário deve incluir as seguintes informações:

- Indicação da precaução;
- Data e horário de início;
- Tipo de precaução;
- Medidas implementadas;
- Sinalização do leito/quarto;
- Orientação ao paciente e familiares;
- Condição clínica relacionada;
- Monitoramento e reavaliação;
- Data e motivo da suspensão.

Exemplo:

21h30: Paciente colocado em precaução por gotículas conforme orientação da CCIH, devido a diagnóstico de doença meningocócica. Instalado em quarto privativo. Orientados paciente e familiares quanto à necessidade de uso de máscara cirúrgica em deslocamentos. Equipe multiprofissional orientada a utilizar máscara cirúrgica em todos os atendimentos. Visitantes restritos e devidamente orientados quanto às medidas de segurança. Ass.: [nome do profissional de enfermagem], Coren: XXXX.

2.3 Precaução de Aerossóis

Indicação

Aplicada para doenças que ocorrem pelo contato próximo com o paciente, transmitidas por partículas muito pequenas (< 5 micras), liberadas pela respiração, fala, tosse ou espirro, podem se manter suspensas no ar por longos períodos e se dispersar a grandes distâncias, podendo ser transportadas pelas correntes de ar, alcançando inclusive outros ambientes e quartos adjacentes. Figura 4.

Exemplo: tuberculose pulmonar (*M. tuberculosis*), sarampo e varicela (*vírus varicela-zoster*).

Materiais

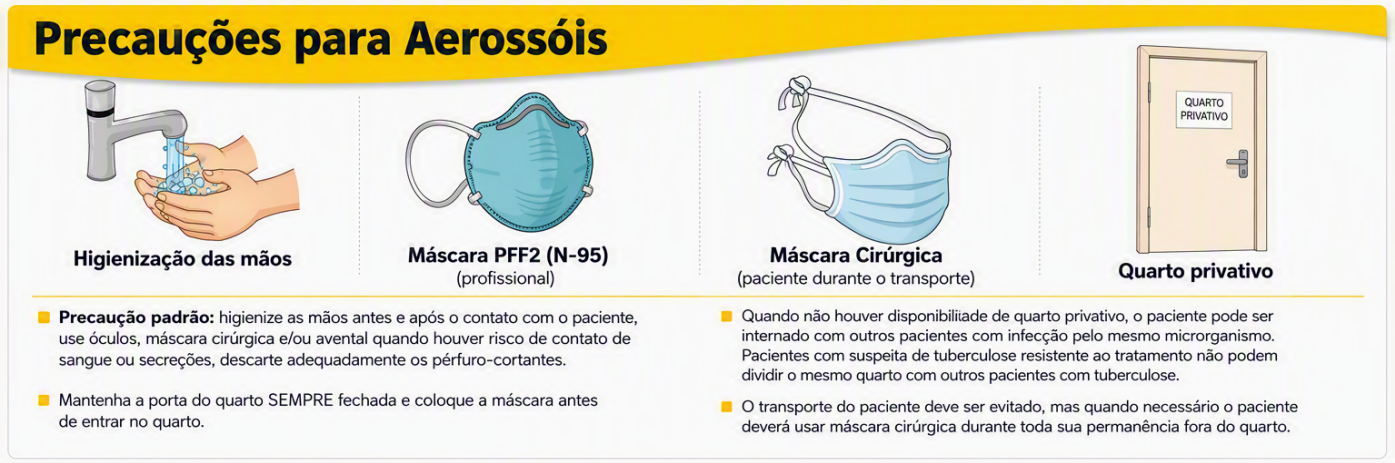
- Equipamentos de Proteção Individual (EPIs): luvas de procedimento e avental, máscara N95, PFF2 ou equivalente, máscara cirúrgica e óculos;
- Materiais de Uso Exclusivo ou Dedicado ao Paciente: estetoscópio, esfigmomanômetro, oxímetro de pulso e termômetro;
- Coletores rígidos para perfurocortantes;
- Lixeiras com acionamento não manual;
- Preparação alcoólica para higiene das mãos;
- Sacos para resíduos infectantes.

* Quarto privativo e manter porta fechada.

Quadro 3 - Implementação.

Etapa		**Justificativa**
1	Realizar higiene das mãos	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
2	Utilizar luvas descartáveis	Evitar contato direto com secreções e superfícies contaminadas.
3	Utilizar óculos de proteção	Proteger o profissional de contato com gotículas e secreções.
4	Utilizar máscara N95, PFF2 ou equivalente	Utilizar sempre que houver contato a menos de 1 metro do paciente. Manter bem aderida à face. Impedir a inalação de gotículas grandes expelidas pelo paciente.
5	Oferecer máscara cirúrgica para o paciente (quando em transporte)	Supervisionar o uso de máscara pelo paciente durante todo período que permanecer fora do quarto. Diminuir a dispersão de gotículas no ambiente hospitalar.
6	Utilizar avental descartável de mangas longas	Criar barreira física, evitando que roupas do profissional fiquem contaminadas.
7	Realizar desinfecção de superfícies e equipamentos	Garantir que áreas tocadas pelo paciente não sejam fonte de infecção para outros.
8	Manter uso exclusivo de equipamentos para o paciente	Minimizar o risco de transmissão indireta (estetoscópio, termômetro, entre outros).
9	Manter quarto privativo	Colocar o paciente em quarto privativo para reduzir o risco de transmissão, manter porta fechada.

Figura 4 - Precaução de Aerossóis - Ilustração das medidas de prevenção e controle de infecções indicadas para pacientes com suspeita ou confirmação de doenças transmitidas por aerossóis.



Fonte: Adaptado de Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/Protocolo5MedidasdePrecauoeIsolamentoFINAL.pdf

Alerta

- Priorizar quarto privativo com pressão negativa; se não for possível, manter o ambiente com porta fechada e circulação reduzida, garantindo uso de máscara N95/PFF2 bem ajustada, além de etiqueta respiratória e higiene das mãos.

O que registrar?

O registro em prontuário deve incluir as seguintes informações:

- Indicação da precaução;
- Data e horário de início;
- Tipo de precaução;
- Medidas implementadas;
- Sinalização do leito/quarto;
- Orientação ao paciente e familiares;
- Condição clínica relacionada;
- Monitoramento e reavaliação;
- Data e motivo da suspensão.

Exemplo:

22h30: Paciente colocado em precaução por aerossóis devido a diagnóstico de tuberculose pulmonar ativa. Instalado em quarto privativo, porta mantida fechada. Paciente orientado a utilizar máscara cirúrgica durante transporte fora do quarto. Equipe multiprofissional orientada ao uso de máscara N95/PFF2 em todos os atendimentos. Visitantes restritos e orientados quanto às medidas de proteção. Ass.: [nome do profissional de enfermagem], Coren: XXXX.

Seção 3 – Paramentação e desparamentação dos EPIs

Autora: Rosana Pires Russo Bianco (Docente)

Paramentação: É o processo de vestir corretamente os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) antes de entrar em contato com o paciente ou em áreas de risco biológico, com o objetivo de criar barreiras que reduzam a exposição a agentes infecciosos.

Desparamentação: É a retirada segura dos EPIs após a assistência ao paciente ou saída da área de risco. Deve ser feita com atenção e técnica adequada para evitar a autocontaminação, pois as superfícies externas dos EPIs são consideradas contaminadas.

Indicação

A paramentação e a desparamentação são indicadas em todas as situações assistenciais que envolvam risco de exposição a agentes infecciosos, sendo fundamentais para a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde e para a promoção da segurança do paciente e dos profissionais.

Materiais

Equipamentos de Proteção Individual (EPIs):

- Luvas de procedimento ou estéreis;
- Avental (descartável ou impermeável, de manga longa);
- Máscara cirúrgica;
- Respirador particulado (PFF2/N95), quando indicado;
- Óculos de proteção;
- Protetor facial (*face shield*);
- Preparação alcoólica para higiene das mãos;
- Gorro (quando indicado).

Implementação

Quadro 4 - Sequência de Paramentação.

Etapa		**Justificativa**
1	Realizar a higiene das mãos.	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
2	Colocar a máscara N95/PFF2, quando indicada.	Proteger as vias respiratórias contra a inalação de partículas potencialmente infecciosas suspensas no ar. Deve estar adequadamente ajustada ao rosto, garantindo a vedação.
3	Colocar a máscara cirúrgica, quando indicada.	Proteger as vias respiratórias contra a exposição a gotículas e reduzir a dispersão de secreções respiratórias. Deve cobrir completamente o nariz e a boca e permanecer bem ajustada ao rosto.
4	Realizar a higiene das mãos.	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
5	Colocar os óculos de proteção.	Proteger a mucosa ocular contra exposição a respingos, gotículas e secreções potencialmente contaminadas. Quando reutilizável, deve ser de uso individual e submetido à limpeza e desinfecção após o uso.
6	Colocar o protetor facial (*face shield*), apoiando-o adequadamente na testa e ajustando-o à cabeça.	Proteger a face, especialmente olhos, nariz e boca, contra respingos e secreções potencialmente contaminadas. Quando reutilizável, deve ser submetido à limpeza e desinfecção após o uso.
7	Colocar o gorro, iniciando pela testa em direção à nuca e acomodando todo o cabelo.	Proteger cabelos e couro cabeludo da exposição a respingos e secreções durante procedimentos em que exista esse risco.
8	Vestir o avental, introduzindo inicialmente os braços nas mangas e ajustando as amarras nas costas e na cintura.	Proteger a pele e a roupa do profissional contra contato com sangue, fluidos corporais, secreções, excreções e outros materiais potencialmente contaminados.
9	Realizar a higiene das mãos.	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
10	Calçar as luvas, cobrindo os punhos do avental.	Criar uma barreira de proteção para as mãos contra contato com material potencialmente contaminado e reduzir a exposição da região entre as luvas e as mangas do avental.

Quadro 5 - Sequência de Desparamentação.

Passos realizados dentro do quarto do paciente		
Etapa		**Justificativa**
1	Retirar as luvas: com as duas mãos enluvadas, segurar a parte externa de uma das luvas próximo ao punho. Retirá-la, virando-a do avesso. Manter a luva retirada na mão ainda enluvada. Introduzir os dedos da mão descoberta sob a parte interna do punho da segunda luva e retirá-la, envolvendo a primeira luva. Descartar em recipiente adequado.	Evitar o contato das mãos desprotegidas com a superfície externa potencialmente contaminada das luvas, reduzindo o risco de autocontaminação e de disseminação de microrganismos para o ambiente.
2	Retirar o avental: desamarrar ou romper as amarras, conforme o modelo. Retirar o avental pela região dos ombros, manipulando preferencialmente sua face interna. Durante a retirada, virá-lo do avesso e enrolá-lo, mantendo a superfície externa voltada para dentro. Descartar em recipiente adequado.	Evitar o contato das mãos, pele e roupas do profissional com a superfície externa potencialmente contaminada do avental, reduzindo o risco de auto-contaminação e disseminação de microrganismos.
3	Realizar a higiene das mãos.	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), especialmente após a retirada de EPIs potencialmente contaminados.
Passos para realizar fora do quarto do paciente		
1	Realizar a higiene das mãos.	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
2	Retirar os óculos de proteção: remover pelas hastes ou pelas laterais, evitando tocar na região frontal.	Evitar o contato das mãos com a superfície frontal potencialmente contaminada e reduzir o risco de transferência de microrganismos para as mãos, face e ambiente.

Passos para realizar fora do quarto do paciente		
Etapa		**Justificativa**
3	Retirar o protetor facial (*face shield*): remover segurando pelo elástico, haste ou região posterior, sem tocar na parte frontal.	Evitar o contato com a superfície frontal potencialmente contaminada por gotículas e respingos, reduzindo o risco de autocontaminação. Quando reutilizável, realizar limpeza e desinfecção conforme protocolo institucional.
4	Retirar o gorro: remover pela região posterior, evitando tocar na superfície externa e nos cabelos ou face durante a retirada.	Reduzir o risco de transferência de microrganismos eventualmente presentes na superfície externa do gorro para as mãos, cabelos, face, roupas ou ambiente.
5	Retirar a máscara cirúrgica: remover pelos elásticos ou tiras, sem tocar na parte frontal, e descartá-la imediatamente em recipiente adequado.	Evitar o contato das mãos com a superfície externa potencialmente contaminada da máscara, reduzindo o risco de autocontaminação e disseminação de microrganismos.
6	Retirar a máscara N95/PFF2, quando utilizado: remover pelas tiras/elásticos, evitando tocar na parte frontal do respirador.	Evitar o contato das mãos com a superfície externa potencialmente contaminada, reduzindo o risco de transferência de microrganismos para as mãos, face e ambiente. O descarte ou eventual reutilização deve seguir as recomendações vigentes e o protocolo institucional.
7	Realizar a higiene das mãos.	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) após a retirada completa dos EPIs.

*CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Figura 5 - Colocação de Máscara N95/PFF2 - Ilustração passo a passo da colocação da máscara.



Fonte: Adaptação visual elaborada para este *e-book* com auxílio de ferramenta de inteligência artificial generativa (ChatGPT, OpenAI).

https://www.medicina.ufc.br/wp-content/uploads/2020/06/CARTILHA-LISTA-COVID-19.pdf

Figura 6 - Colocação de Máscara Cirúrgica - Ilustração passo a passo da colocação da máscara.



Fonte: Adaptado de Universidade Federal do Ceará (2020). Adaptação visual elaborada para este *e-book* com auxílio de ferramenta de inteligência artificial generativa (ChatGPT, OpenAI).

https://www.medicina.ufc.br/wp-content/uploads/2020/06/CARTILHA-LISTA-COVID-19.pdf

Alerta

No uso da máscara N95/PFF2:

- Inspecionar a máscara N95/PFF2 antes de cada utilização, verificando se há danos que comprometam a integridade: umidade, sujeira, rasgos, amassados ou vincos;
- Armazenar a máscara de forma que se mantenha íntegra, limpa e seca até o próximo uso, utilizando embalagem plástica ou de outro material, desde que não seja hermeticamente fechada;
- Posicionar os elásticos de modo a não serem contaminados e para facilitar a retirada da máscara da embalagem;
- Nunca utilizar máscara cirúrgica sobreposta à N95/PFF2.

Seção 4 – Higiene das mãos

Autora: Rosana Pires Russo Bianco (Docente)

É o ato de limpeza das mãos visando reduzir a carga microbiana e prevenir a transmissão de microrganismos entre profissionais de saúde, pacientes e ambiente. Inclui tanto a lavagem com água e sabão quanto a fricção com preparação alcoólica (álcool em gel/espuma/líquido).

Indicação

Para a decisão quanto à realização da higiene das mãos, deve-se seguir os "5 Momentos":

- Antes de tocar o paciente: proteger o paciente de microrganismos do profissional;
- Antes de procedimento asséptico: evitar que micro-organismos sejam transferidos para o paciente durante o procedimento, contaminando tecidos, mucosas ou dispositivos invasivos;
- Após exposição a fluidos corpóreos: proteger o profissional e o ambiente;
- Após tocar o paciente: reduzir transmissão cruzada;
- Após tocar superfícies próximas ao paciente: evitar contaminação ambiental cruzada.

Materiais

- Sabonete líquido recomendado para instituições, preferir formulações suaves/sem triclosan; dispenser tipo refil e descarte adequado das embalagens;
- Preparações alcoólicas: álcool gel com concentração entre 60-95% de álcool etílico (etanol) ou entre 70-75% de álcool isopropílico com glicerol para não irritar as mãos;
- As toalhas de mão devem ser de papel descartável;
- Torneira de acionamento de pedal ou célula fotoelétrica.

Implementação

Quadro 6 - Higiene das mãos com água e sabão (tempo do procedimento 20 a 30 segundos) – Figura 7.

Etapa		**Justificativa**
1	Acionar a torneira e molhar as mãos com água corrente	Facilitar a remoção física de sujidades
2	Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido ou espuma para cobrir todas as superfícies das mãos	Iniciar a distribuição do produto. Emulsionar as gorduras das mãos e permitir a remoção de microrganismos.
3	Friccionar as palmas das mãos entre si	Remover resíduos de sabão e microrganismos.
4	Friccionar palma direita sobre dorso esquerdo entrelaçando os dedos e vice-versa.	
5	Friccionar o dorso dos dedos de uma mão na palma da mão oposta	Garantir a limpeza das superfícies dorsais e espaços interdigitais.
6	Friccionar em movimento circular o polegar esquerdo com auxílio da palma da mão direita e vice-versa	
7	Friccionar em movimento circular as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma esquerda, e vice-versa	Limpar espaços interdigitais e faces laterais dos dedos.
8	Enxaguar bem as mãos com água	Fazer cobertura completa da mão, já que o polegar muitas vezes é negligenciado.
9	Secar rigorosamente as mãos com papel toalha descartável	Prevenir transferência de microrganismos. Reduzir contaminação cruzada com uso de toalhas descartáveis.
10	Fechar a torneira usando a toalha caso o fechamento seja manual	Evitar recontaminação das mãos ao tocar a torneira.

Figura 7 - Higiene das mãos com água e sabão - Ilustração passo a passo da higiene das mãos.



Fonte: Adaptado de Manual de Referência Técnica para a Higiene das Mãos.
https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/ManualdeReferenciaTcnica.pdf

Quadro 7 - Higiene das mãos com gel alcoólico (tempo do procedimento 20 a 30 segundos) – Figura 8.

Etapa		**Justificativa**
1	Aplicar uma quantidade suficiente do produto em uma mão em concha, cobrindo toda a superfície	Aplicar um volume insuficiente reduz o tempo de secagem e a eficácia microbicida.
2	Friccionar as palmas das mãos entre si	Iniciar a distribuição do produto.
3	Friccionar a palma direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e vice-versa	Garantir a limpeza das superfícies dorsais e espaços interdigitais.
4	Friccionar as palmas entre si com os dedos entrelaçados	Garantir a limpeza das superfícies dorsais e espaços interdigitais.
5	Friccionar o dorso dos dedos de uma mão na palma da mão oposta	
6	Friccionar em movimento circular o polegar esquerdo com auxílio da palma da mão direita e vice-versa	Fazer cobertura completa da mão, já que o polegar muitas vezes é negligenciado.
7	Friccionar em movimento circular as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, e vice-versa	Remover a contaminação acumulada nas unhas e ponta dos dedos, áreas frequentes de contato.
8	Aguardar as mãos secarem	Manter a eficácia, não enxaguando, e aguardar aproximadamente 20 a 30 segundos.

Figura 8 - Higienização das mãos com álcool gel - Ilustração passo a passo da higiene das mãos.



Fonte: Adaptado de Manual de Referência Técnica para a Higiene das Mãos.
https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/ManualdeReferenciaTcnica.pdf

II SINAIS DE VITALIDADE

Seção 1 – Sinais de vitalidade e sua importância como indicadores do estado de saúde

Autora: Rosana Pires Russo Bianco (Docente)

São parâmetros clínicos que refletem as funções fisiológicas básicas essenciais para a manutenção da vida, como a atividade cardiovascular, respiratória, neurológica e térmica do organismo.

Indicação

A aferição dos sinais vitais está indicada em diversas situações clínicas, incluindo: admissão hospitalar; avaliação de rotina em ambulatórios e enfermarias; pré e pós-operatório; administração de medicamentos; situações de emergência ou urgência; durante exames físicos completos e monitoramento contínuo em pacientes críticos.

Quadro 1 - Principais Sinais Vitais.

Sinal Vital	**Avalia**
Temperatura corporal	Regulação térmica
Frequência cardíaca (pulso)	Ritmo e força das contrações cardíacas
Frequência respiratória	Ritmo e profundidade da respiração
Pressão arterial	Força do sangue nas artérias
Dor	Identificar precocemente a presença de dor e acompanhar a resposta ao tratamento

Seção 2 – Sinal vital: pressão arterial

Autora: Rosana Pires Russo Bianco (Docente)

Definição

A aferição da Pressão Arterial (PA) é o procedimento clínico utilizado para mensurar a pressão que o sangue exerce contra as paredes das artérias durante o ciclo cardíaco.

Indicação

É um indicador vital para avaliação do estado hemodinâmico do paciente, pois fornece uma avaliação imediata da perfusão tecidual e da função cardiovascular. Ela reflete a interação entre débito cardíaco, resistência vascular periférica, volume sanguíneo circulante e função autonômica.

Materiais

- Esfigmomanômetro (aneroide ou digital calibrado);
- Estetoscópio (no caso do método auscultatório);
- Fita métrica (medir circunferência do braço);
- Cadeira com encosto e apoio para braços;
- Mesa de apoio (caso necessário);
- Preparação alcoólica para higiene das mãos;
- Álcool 70% para higienização dos materiais.

Implementação

Quadro 2 - Principais Sinais Vitais.

Etapa		**Justificativa**
1	Realizar higiene das mãos	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
2	Realizar Meta 1* Confirmar nome completo do paciente, data de nascimento e nome completo da mãe	Garantir que a aferição e as condutas clínicas subsequentes sejam realizadas no paciente correto, reduzindo o risco de erros na avaliação, no diagnóstico e no tratamento.
* Meta Internacional de Segurança do Paciente		
3	Explicar o procedimento ao paciente	Proporcionar conforto, reduzir ansiedade e obter cooperação, o que pode evitar elevação transitória da PA por estresse.
4	Verificar se o paciente está em repouso há pelo menos 5 minutos, sentado, com pés apoiados e costas encostadas	Realizar a medida em ambiente calmo e em repouso, pois o esforço físico ou estresse pode alterar os valores.
5	Verificar se o paciente ingeriu bebida alcoólica, cafeína ou fumou nos últimos 30 minutos	Prevenir elevação temporária da PA e comprometer a acurácia da leitura - cafeína e a nicotina agem como estimulantes do Sistema Nervoso Central (SNC), pois bloqueiam os receptores de adenosina, aumentando assim a liberação de neurotransmissores excitatórios, como a dopamina e a noradrenalina.
6	Verificar se o paciente não praticou atividade física nos últimos 90 minutos	Prevenir elevação temporária da PA e comprometer a acurácia da leitura.
7	Sentar o paciente, com membros inferiores (pernas) descruzadas, pés apoiados no chão, dorso relaxado e recostado na cadeira Figura 1	Prevenir alteração temporária da PA e comprometer a acurácia da leitura, pois: - pernas cruzadas podem aumentar a pressão arterial sistólica e diastólica em até 8 mmHg, pois comprime veias femorais, aumentando o retorno venoso levando a um maior débito cardíaco e elevação transitória da PA. - pés não apoiados no chão ficam suspensos ou cruzados, ocorrendo ativação de músculos e mudanças na distribuição de sangue, podendo alterar a leitura. - dorso não relaxado e recostado na cadeira leva os músculos posturais a se contraírem, ativando o sistema nervoso simpático, o que pode aumentar a PA em até 6 mmHg.

Etapa		Justificativa
8	Medir a circunferência do braço colocando a fita métrica no meio do braço, entre o olécrano e o processo acromial	Escolher o tamanho do manguito, pois utilização inadequada pode superestimar ou subestimar os valores de PA. O manguito adequado ao tamanho do braço compreende: o comprimento da bolsa interna deve envolver 80% da circunferência do braço e a largura cerca de 40%.
9	Posicionar o braço descoberto na altura do coração (nível do 4º espaço intercostal, linha médio-axilar) Figura 1	Prevenir alteração na leitura da PA em até 10 mmHg se acima ou abaixo desta posição.
10	Colocar o manguito 2-3 cm acima da fossa cubital, com a parte central (local de seta) sobre a artéria braquial	Comprimir diretamente a artéria ao ser inflado, permitindo detecção correta dos sons de Korotkoff.
11	Palpar a artéria radial e insuflar o manguito até desaparecer o pulso (pressão palpável)	Estimar a pressão sistólica, pois ao palpar o pulso radial, pode-se ter uma noção de quando a pressão do manguito começa a ultrapassar a pressão arterial sistólica, uma vez que o pulso radial desaparecerá neste momento.
12	Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva. Não permitir que o estetoscópio seja colocado sob o manguito Figura 2	Evitar pressão demasiada com o estetoscópio, pois altera a forma como o som se propaga ou até bloqueia parcialmente o fluxo, mascarando os sons. Os sons de Korotkoff são sutis, são vibrações geradas pela turbulência do fluxo sanguíneo dentro da artéria à medida que o manguito é desinflado.
13	Aferição auscultatória (método de Korotkoff) Inflar o manguito até 20-30 mmHg acima da pressão sistólica palpada.	Ajustar o valor de inflação do manguito e como ponto de partida para determinar a pressão sistólica real ao realizar a auscultação dos sons de Korotkoff.
14	Desinflar lentamente (2 mmHg por segundo), identificando: 1º som de Korotkoff=Pressãosistólica e o desaparecimento do som (5º som de Korotkoff) = Pressão diastólica	Evitar desinsuflação rápida do manguito, o que pode fazer perder os sons de forma imprecisa. Este passo é o padrão ouro da medida indireta.

Etapa		Justificativa
15	Continuar a auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder a deflação rápida e completa. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da PA sistólica/diastólica/zero	Garantir que foi identificado corretamente o ponto de desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff), pois a persistência até o nível zero pode ocorrer em pacientes com vasodilatação, gravidez, anemia ou hiperdinamia circulatória. Nos idosos, a presença de rigidez arterial pode gerar um hiato auscultatório e o som pode desaparecer e aparecer novamente.
16	Retirar o esfigmomanômetro do braço do paciente e higienizar o manguito e o diafragma do estetoscópio	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
17	Realizar higiene das mãos	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
18	Registrar corretamente: anotar pressão sistólica e diastólica, braço utilizado, posição do paciente, tipo e tamanho do manguito	Documentar de forma padronizada e garantir seguimento adequado e comparação entre avaliações.
* Meta Internacional de Segurança do Paciente		

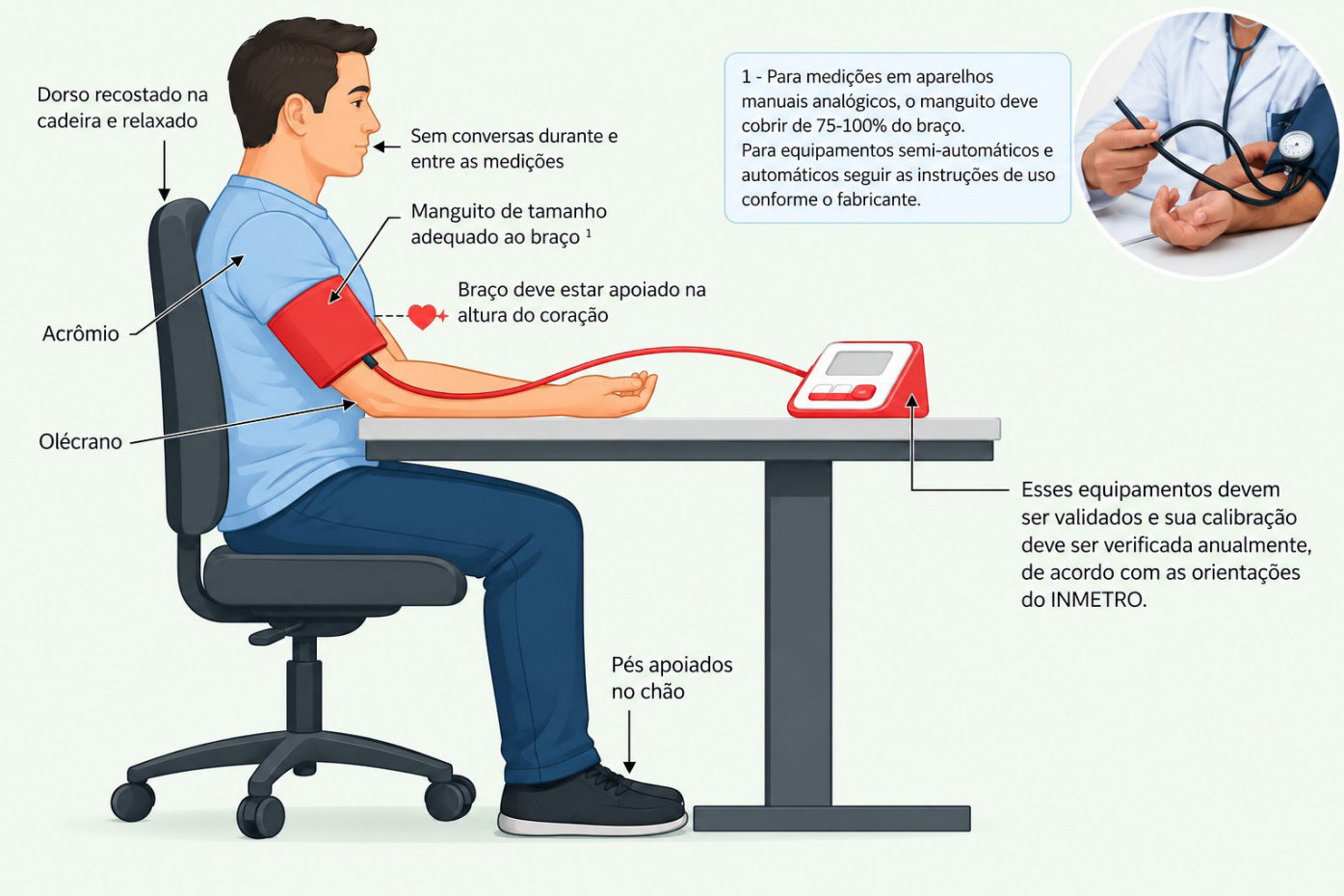
Sons de Korotkoff

São os ruídos ouvidos pelo profissional de saúde com o auxílio do estetoscópio durante a medição da pressão arterial com o esfigmomanômetro. Esses sons surgem em cinco fases distintas, que refletem as alterações no fluxo sanguíneo da artéria braquial à medida que o manguito é lentamente desinflado e a pressão cai abaixo da pressão sistólica.

Quadro 3 - Principais Sinais Vitais.

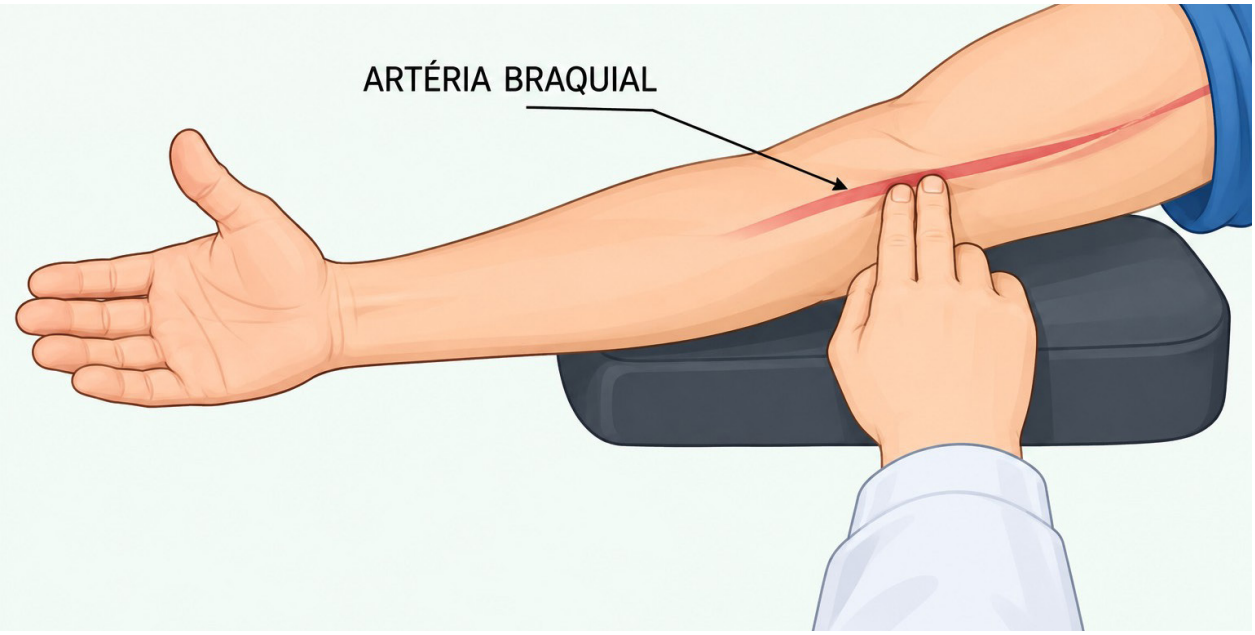
Fase	Descrição	Significa
I	Aparecimento de batidas nítidas e fortes.	Pressão sistólica: primeira vez que o sangue consegue passar pela artéria sendo descomprimida.
II	Os sons se tornam mais suaves e murmurantes (como um sopro).	Fluxo sanguíneo turbulento parcial. Pode ser confundido com desaparecimento dos sons em algumas pessoas (fenômeno de ausculta).
III	Os sons ficam mais fortes e nítidos novamente.	O sangue flui com menos turbulência. A artéria está menos comprimida.
IV	Os sons se tornam abafados e suaves.	A artéria está quase totalmente aberta. Há pouca resistência ao fluxo.
V	Desaparecimento completo dos sons.	Pressão diastólica: o fluxo está normal, sem compressão.

Figura 1 - Posição do paciente para aferição de Pressão Arterial (PA). Ilustração de como o paciente deve estar posicionado para aferição de PA.



Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, Linhas de Cuidado – Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no Adulto: Técnica de aferição da pressão arterial. Adaptação visual elaborada para este *e-book* com auxílio do ChatGPT (OpenAI). https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/h/hipertensao-arterial-sistemica.pdf

Figura 2 - Posição do braço do paciente em relação ao manguito para aferição de Pressão Arterial (PA). Ilustração de como o braço do paciente deve estar posicionado em relação ao manguito.



Fonte: Adaptado de Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Adaptação visual elaborada para este *e-book* com auxílio do ChatGPT (OpenAI).
http://www.eerp.usp.br/ope/manual.htm

Alertas

- Observar se o ponteiro do manômetro está no zero e tem movimentos livres, é essencial que ele esteja calibrado periodicamente.
- Evitar conversar com o paciente durante a aferição.
- Aferir a PA em braço que NÃO apresente fístula arteriovenosa, linfedema, lesões ou tenha sido submetido à mastectomia com esvaziamento ganglionar.
- Colocar a campânula do estetoscópio direto na pele do paciente, nunca realizar o procedimento com roupa sobre o braço.
- Calibrar o esfigmomanômetro periodicamente, a cada 6 meses se usados com frequência.
- Aferir a pressão arterial no primeiro atendimento em ambos os braços, e adotar como valor de referência o maior resultado obtido.
- Realizar três aferições consecutivas, após escolha do braço, com intervalo mínimo de 1 minuto entre elas.
- Registrar como valor final a média das duas últimas medidas.
- Realizar medidas adicionais, caso seja identificada diferença maior que 10 mmHg entre as aferições, até que se obtenham valores estáveis e confiáveis.

O que registrar?

O registro em prontuário deve incluir as seguintes informações:

- Valor da pressão arterial (sistólica/diastólica), em mmHg;
- Data e horário da aferição;
- Local de verificação (ex.: braço direito ou esquerdo);
- Posição do paciente (sentado, em pé ou em decúbito);
- Método utilizado (manual ou automático);
- Condições do paciente no momento da aferição (repouso, dor, agitação, exercício prévio);
- Uso de dispositivos (ex.: manguito adequado ao braço);
- Sintomas associados (quando presentes: tontura, cefaleia, dispneia entre outros);
- Intercorrências durante o procedimento.

Exemplo:

"10h00 – Realizada aferição da Pressão Arterial com esfigmomanômetro (manguito com circunferência de 31 cm) aneroide no braço esquerdo, com paciente em repouso, sentado, pés apoiados, sem queixas. Valores obtidos: 130/80 mmHg." Ass.: [nome do profissional de enfermagem], Coren: XXXX.

Quadro 4 - Valores de normalidade: Adultos (≥18 anos).

Classificação	**Pressão Sistólica (mmHg)**	**Pressão Diastólica (mmHg)**
Normal	< 120	< 80
Pré-hipertensão	120–139	80–89
Hipertensão Estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão Estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão Estágio 3	≥ 180	110

Fonte: Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025 (DBHA 2025).

Para complementar a compreensão do conteúdo apresentado, recomenda-se a visualização do vídeo disponível no *link* a seguir, que demonstra de forma prática a técnica descrita.

Acesse: https://www.youtube.com/watch?v=k4o4kOFeEhM

Seção 3 – Sinal vital: pulso periférico

Autora: Rosana Pires Russo Bianco (Docente)

Definição

A aferição do pulso é o procedimento clínico de identificação e contagem das pulsações arteriais, resultantes da ejeção de sangue pelo ventrículo esquerdo durante a sístole. Além da frequência, avaliam-se também o ritmo, amplitude e simetria dos batimentos.

Indicação

- Avaliação do estado hemodinâmico do paciente;
- Monitoramento em situações de emergência ou instabilidade clínica;
- Detecção de irregularidades no pulso - arritmias cardíacas;
- Monitoramento de resposta a medicamentos (ex: beta-bloqueadores).

Materiais

- Relógio com ponteiro de segundos ou cronômetro;
- Papel e caneta para anotações (ou prontuário eletrônico);
- Estetoscópio (quando necessário para pulso apical);
- Preparação alcoólica para higiene das mãos.

Quadro 5 - Principais Sinais Vitais.

Pulso	Localização anatômica	Como palpar
Radial (mais utilizado)	Face anterior do punho, na parte lateral (abaixo do polegar), entre o tendão do músculo braquiorradial e o osso rádio.	Posicionar os dedos (indicador e médio)
Apical (Auscultado)	Região do 5º espaço intercostal esquerdo, na linha hemiclavicular.	Corresponde à ausculta direta do coração, sobre a ponta do ventrículo esquerdo.
OBS.: Os pulsos abaixo são mais utilizados para verificação de presença de pulso e não para contar frequência.		

Pulso	Localização anatômica	Como palpar
Braquial	Face interna do braço, acima da fossa antecubital (articulação do cotovelo), medial ao tendão do bíceps.	Com o braço levemente estendido e a palma voltada para cima, posicionar os dedos indicador e médio.
Femoral	Região inguinal, abaixo do ligamento inguinal, aproximadamente na metade da distância entre a espinha ilíaca ântero-superior e a sínfise púbica.	Paciente em posição supina, pressionar com os dedos indicador e médio.
Poplíteo	Região posterior do joelho, dentro da fossa poplítea.	Joelho levemente flexionado, pressionar com os dedos indicador e médio de ambas as mãos na parte posterior do joelho.
Tibial Posterior	Região posteriormente ao maléolo medial, entre o maléolo e o tendão do calcâneo.	Posicionar os dedos indicador e médio e pressionar suavemente.
Pedioso (Dorsal do pé)	Região de dorso do pé, lateral ao tendão extensor longo do hálux.	Posicionar os dedos indicador e médio na parte superior do pé, entre o primeiro e o segundo metatarso.
Carotídeo	Região lateral do pescoço, entre a traqueia e o músculo esternocleidomastoideo.	Palpar suavemente com os dedos indicador e médio, para evitar estimulação do seio carotídeo, que pode levar a bradicardia.

Quadro 6 - Implementação.

Etapa		Justificativa
1	Realizar higiene das mãos	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
2	Realizar Meta 1* Confirmar nome completo do paciente, data de nascimento e nome completo da mãe	Garantir que a aferição e as condutas clínicas subsequentes sejam realizadas no paciente correto, reduzindo o risco de erros na avaliação, no diagnóstico e no tratamento.
*Meta Internacional de Segurança do Paciente		
3	Explicar o procedimento ao paciente	Proporcionar conforto, reduzir ansiedade e obter cooperação, o que pode evitar elevação transitória da PA por estresse.

Etapa		Justificativa
4	Posicionar o paciente com o braço apoiado, com palma da mão voltada para cima em caso de verificação em pulso radial	Facilitar a palpação e evitar compressões inadequadas.
5	Palpar a artéria radial, com a polpa dos dedos indicador e médio. (Figura 3)	Evitar a confusão do avaliador ao aferir o pulso do paciente, principalmente se a frequência cardíaca for baixa ou irregular, pois o polegar possui uma artéria digital palmar, com pulso perceptível.
6	Contar por 60 segundos e avaliar: 1. Frequência (batimentos por minuto) 2. Ritmo (regular ou irregular) 3. Amplitude (forte, mediano ou fraco) 4. Tipos de onda (normal, paradoxal, filiforme) 5. Simetria bilateral (comparar com outro lado)	Verificar as variáveis, pois as mesmas fornecem informações sobre perfusão, função cardíaca e possíveis alterações vasculares, portanto, a contagem por 60 segundos é mais precisa, especialmente se o ritmo estiver irregular.
7	Realizar higiene das mãos	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
8	Registrar corretamente: Anotar frequência do pulso, local utilizado, posição do paciente, ritmo, amplitude e simetria	Documentar de forma padronizada e garantir seguimento adequado e comparação entre avaliações.

Figura 3 - Aferição do pulso radial. Ilustração da técnica de palpação da artéria radial para avaliação da frequência, ritmo e amplitude do pulso.



Fonte: Imagem gerada por inteligência artificial (ChatGPT, OpenAI), especialmente para este *e-book*.

Alerta

- Manter o paciente em repouso por pelo menos 5 minutos antes da aferição e garantir que não tenha praticado exercício físico nos 60 a 90 minutos anteriores.
- Solicitar ao paciente que não fale durante a aferição.
- Observar a presença de pulso filiforme (muito fraco), que pode indicar estado de choque.
- Comparar os pulsos radiais entre si e entre os pulsos radial e femoral, pois diferenças podem indicar estenose arterial ou dissecção de aorta.
- Utilizar o pulso apical como referência mais fidedigna, especialmente em casos de arritmias ou em crianças e indivíduos com pulso periférico fraco.
- Considerar que em indivíduos atletas o pulso pode estar abaixo do valor de referência, devido ao aumento da eficiência cardíaca e do volume sistólico decorrentes do treinamento aeróbico regular.
- Aplicar a Manobra de Osler na presença de pulso endurecido, insuflando o manguito acima da PAS e palpando simultaneamente o pulso radial, para avaliar rigidez arterial e investigar pseudohipertensão; a manobra é positiva quando a artéria permanece palpável, porém sem pulsações.

O que registrar?

O registro em prontuário deve incluir as seguintes informações:

- Frequência do pulso (batimentos por minuto - bpm);
- Ritmo (regular ou irregular);
- Amplitude/volume (cheio, normal, filiforme, diminuído);
- Local de verificação (ex.: radial, apical, femoral);
- Lateralidade (direito ou esquerdo, quando aplicável);
- Posição do paciente (sentado, em pé ou em decúbito);
- Condições do paciente no momento da aferição (repouso, dor, febre, exercício prévio);
- Presença de assimetria entre pulsos (quando avaliado);
- Sintomas associados (ex.: tontura, palpitações, dispneia);
- Data e horário da aferição.

Exemplo:

"10h00 - Realizada aferição do pulso em artéria radial do membro superior direito, com paciente em repouso, em posição sentada. Sem queixas associadas. Valor obtido: 96 bpm (normosfigmia), ritmo regular e cheio." Ass.: [nome do profissional de enfermagem], Coren: XXXX.

Classificação dos Tipos de Pulso

Quadro 7 - Quanto à Frequência (número de batimentos por minuto) Adultos (≥18 anos).

Tipo de Pulso	**Valor (bpm)**
Normosfigmia	60 - 100
Taquisfigmia	> 100
Bradisfigmia	< 60

Quadro 8 - Quanto ao Ritmo (regularidade entre os batimentos).

Tipo de Pulso	**Característica**
Regular	Intervalos iguais
Irregular	Algumas falhas ocasionais

Quadro 9 - Quanto à Amplitude (força ou volume do pulso).

Tipo de Pulso	**Característica**	**Exemplo clínico**
Cheio / Amplo	Forte e bem perceptível	Febre, ansiedade, hipertensão
Filiforme (ou fino)	Fraco, difícil de palpar	Choque, hipotensão grave
Pequeno	Amplitude diminuída	IC, hipovolemia
Parvus et tardus	Fraco e lento (subida demorada)	Estenose aórtica
Celer et altus	Rápido e forte (subida e descida bruscas)	Insuficiência aórtica
Dícroto	Duplo pico na mesma sístole	Febre tifoide, baixo débito cardíaco
Alternante (pulsus alternans)	Alternância entre batimentos fortes e fracos	Insuficiência cardíaca grave
Bigeminado	Dois batimentos seguidos e uma pausa	Extrassístoles ventriculares
Paradoxal	Diminui ou desaparece na inspiração	Tamponamento cardíaco, asma grave

Quadro 10 - Quanto à Compressibilidade e Consistência da Parede Arterial.

Tipo de Pulso	Característica
Compressível (normal)	Colapsa facilmente com leve pressão
Não compressível/rígido	Permanece palpável mesmo sob pressão

Seção 4 – Sinal vital: frequência respiratória

Autora: Rosana Pires Russo Bianco (Docente)

Definição

A frequência respiratória (FR) é o número de movimentos respiratórios completos (inspiração e expiração) realizados em um minuto. Fornece informações essenciais sobre a função pulmonar.

Indicação

- Admissão hospitalar ou ambulatorial;
- Avaliação inicial em situações de urgência/emergência;
- Monitoramento de pacientes com doenças respiratórias, cardíacas ou neurológicas;
- Pós-operatório;
- Uso de sedativos, opioides ou ventilação mecânica.

Materiais

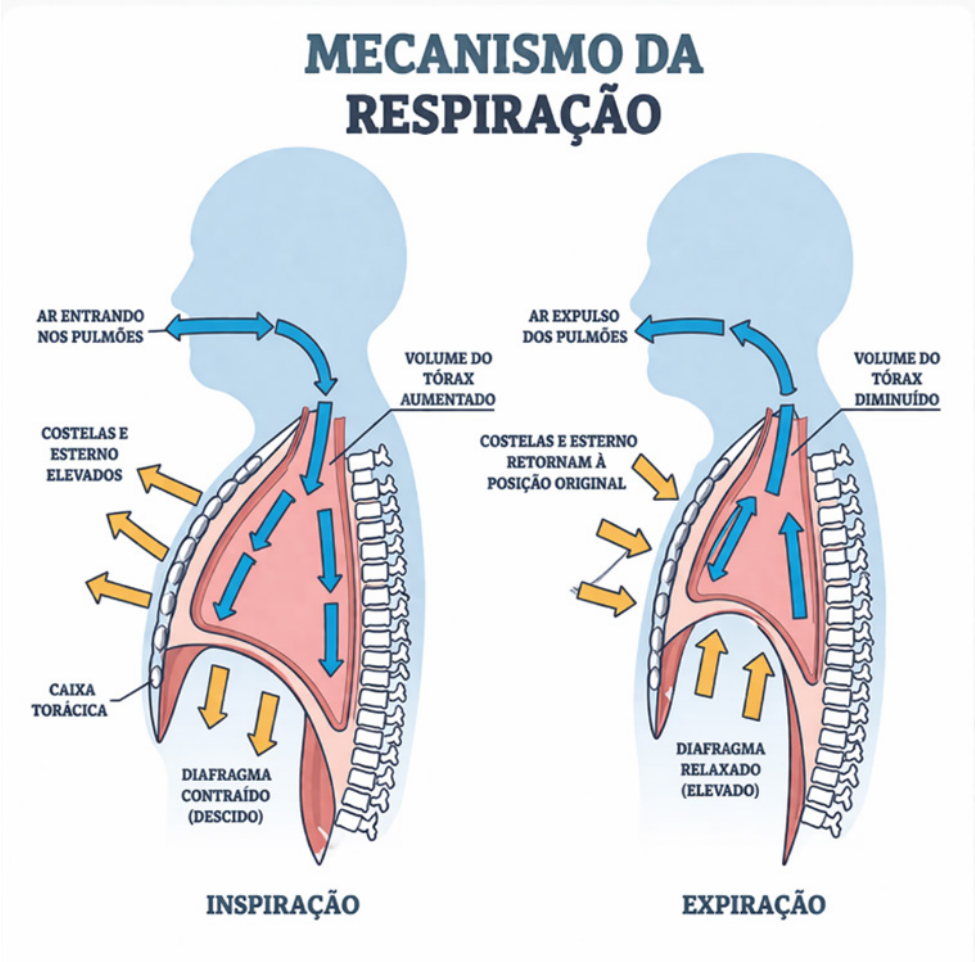
- Relógio com ponteiro de segundos ou cronômetro;
- Papel e caneta para anotações (ou prontuário eletrônico);
- Álcool 70% (para higienização das mãos);
- Preparação alcoólica para higiene das mãos.

Observação: Não é necessário estetoscópio para a contagem da FR, a menos que a observação direta seja dificultada.

Quadro 11 - Implementação

Etapa		**Justificativa**
1	Realizar higiene das mãos	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
2	Realizar Meta 1* Confirmar nome completo do paciente, data de nascimento e nome completo da mãe	Garantir que a aferição e as condutas clínicas subsequentes sejam realizadas no paciente correto, reduzindo o risco de erros na avaliação, no diagnóstico e no tratamento.
*Meta Internacional de Segurança do Paciente		
3	Explicar ao paciente que irá verificar sinais vitais (sem mencionar a FR)	Observar o tórax do paciente de forma discreta, pois pelo fato de a frequência respiratória ser controlada tanto de forma automática (tronco encefálico) quanto de forma voluntária (córtex cerebral), ele pode tender a modificar o padrão respiratório conscientemente ou inconscientemente.
4	Posicionar o paciente sentado ou em decúbito dorsal, em repouso e com o tórax visível	Reduz interferências e permite visualização clara dos movimentos respiratórios.
5	Observar ou palpar o movimento do tórax (inspiração e expiração) (Figura 4)	Permitir a contagem precisa dos ciclos respiratórios.
6	Contar o número de respirações por 60 segundos Um ciclo igual a inspiração mais a expiração	Contar por 60 segundos é mais preciso, especialmente se o ritmo estiver irregular.
7	Realizar higiene das mãos	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
8	Registrar corretamente	Documentar de forma padronizada e garantir seguimento adequado e comparação entre avaliações.

Figura 4 - Movimentos ventilatórios. Ilustração da inspiração e expiração.



Fonte: Adaptado de Shutterstock, recurso ID 2048318702. Tradução para o português realizada para este *e-book* com auxílio do ChatGPT (OpenAI). ID do recurso: 2048318702. https://www.shutterstock.com/pt/image-vector/mechanism-breathing-anatomical-process-explanation-outline-2048318702

Alerta

- Identificar irregularidade no ritmo, pois pode indicar lesão neurológica ou disfunção respiratória.
- Avaliar sinais de sofrimento respiratório, como uso de musculatura acessória, batimento de asa de nariz, cianose, ruídos respiratórios anormais (estridor, sibilos) e alterações de consciência, mesmo com frequência respiratória normal.

O que registrar?

O registro em prontuário deve incluir as seguintes informações:

- Frequência respiratória (IRPM – incursões respiratórias por minuto);
- Ritmo respiratório (regular ou irregular);
- Profundidade (superficial, normal ou profunda);
- Padrão respiratório (eupneia, taquipneia, bradipneia, dispneia);
- Presença de esforço respiratório (uso de musculatura acessória);

- Sons respiratórios audíveis (roncos, sibilos, estridor, quando presentes);
- Presença de cianose (lábios, extremidades);
- Uso de oxigenoterapia (sim/não, tipo e fluxo);
- Posição do paciente durante a avaliação;
- Condições no momento da aferição (repouso, dor, febre, ansiedade);
- Data e horário da avaliação.

Exemplo:

"10h00 - Realizada aferição da frequência respiratória, com paciente sentado e em repouso. Valor obtido: 16 IRPM (eupneico), ritmo regular e sem uso de musculatura acessória em ar ambiente." Ass.: [nome do profissional de enfermagem], Coren: XXXX.

Quadro 12 - Valores de normalidade: Adultos (≥18 anos).

Classificação	**Valor (IRPM)**
Eupneico	12 - 20
Taquipneico	> 20
Bradipneico	< 12

Seção 5 – Sinal vital: temperatura corporal

Autora: Rosana Pires Russo Bianco (Docente)

Definição

A temperatura corporal é um dos sinais vitais utilizados para avaliar o estado fisiológico de um indivíduo. Representa o equilíbrio entre a produção e a perda de calor pelo organismo (homeostase), refletindo o funcionamento do centro termorregulador localizado no hipotálamo. Figura 5.

Indicação

A medida do grau de calor do corpo humano é um importante indicador para sinalizar processos infecciosos, inflamatórios, metabólicos ou neurológicos, bem como o monitoramento na resposta ao uso de fármacos antipiréticos ou anti-inflamatórios.

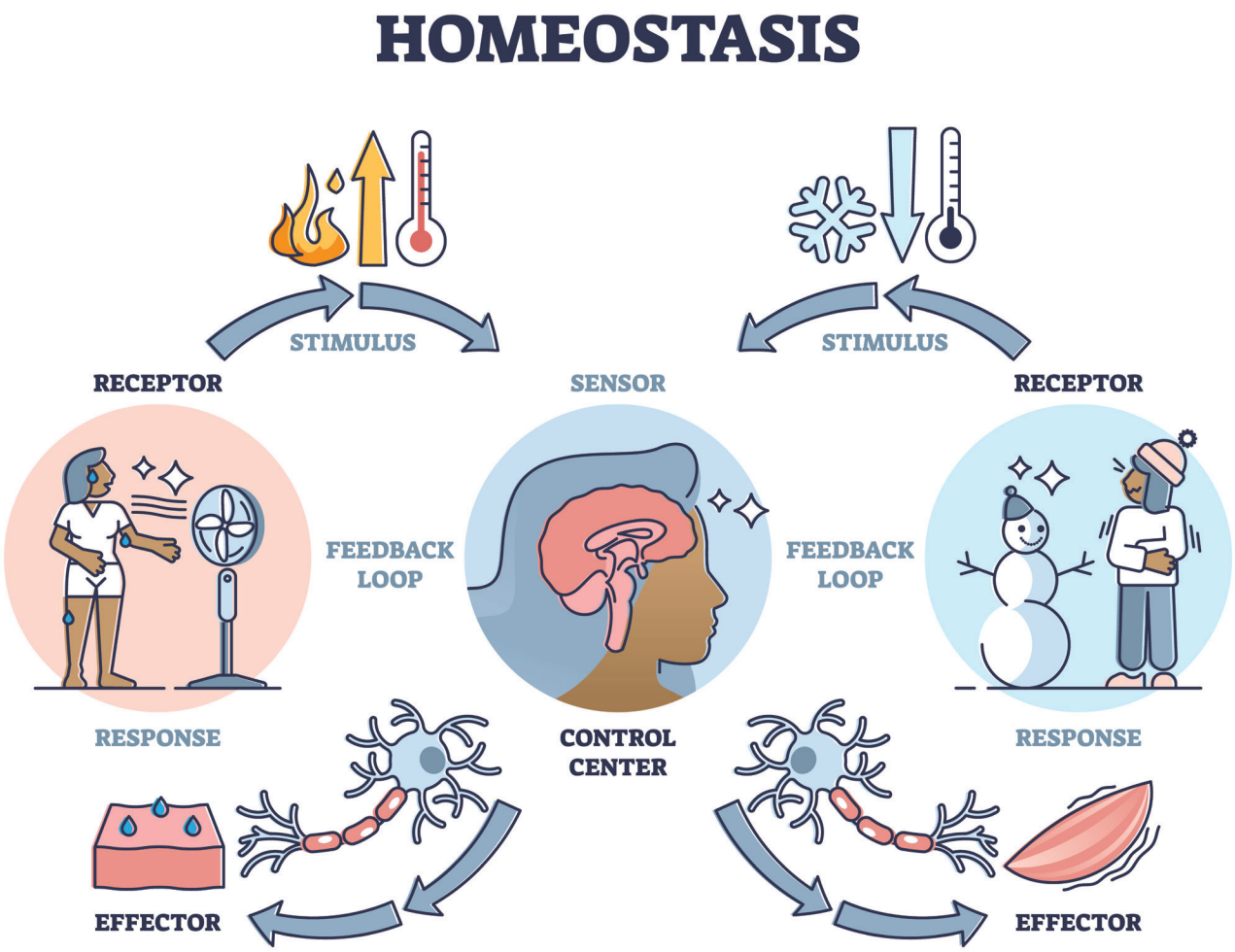
Materiais

- Termômetro clínico (digital, infravermelho, timpânica)
- Álcool 70% (*swab*)
- Preparação alcoólica para higiene das mãos.

Quadro 13 - Valores de normalidade: Adultos (≥18 anos).

Etapa		**Justificativa**
1	Realizar higiene das mãos	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
2	Realizar Meta 1* Confirmar nome completo do paciente, data de nascimento e nome completo da mãe	Garantir que a aferição e as condutas clínicas subsequentes sejam realizadas no paciente correto, reduzindo o risco de erros na avaliação, no diagnóstico e no tratamento.
*Meta Internacional de Segurança do Paciente		
3	Explicar o procedimento ao paciente	Proporcionar conforto, reduzir ansiedade e obter cooperação do paciente.
4	Verificar se o paciente realizou atividade física	Evitar erro da leitura da temperatura, pois a atividade física eleva a produção metabólica de calor.
5	Higienizar ou proteger o termômetro	Prevenir contaminações e garantir a confiabilidade da medição.
6	Posicionar o paciente conforme local de aferição	Reduz interferências e permite visualização clara do valor no termômetro.
7	Realizar a limpeza do termômetro após aferição	Evitar infecção cruzada.
8	Realizar higiene das mãos	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
9	Registrar corretamente	Documentar de forma padronizada e garantir seguimento adequado e comparação entre avaliações.

Figura 5 - Centro Termorregulador. Ilustração do funcionamento do Centro Termorregulador.



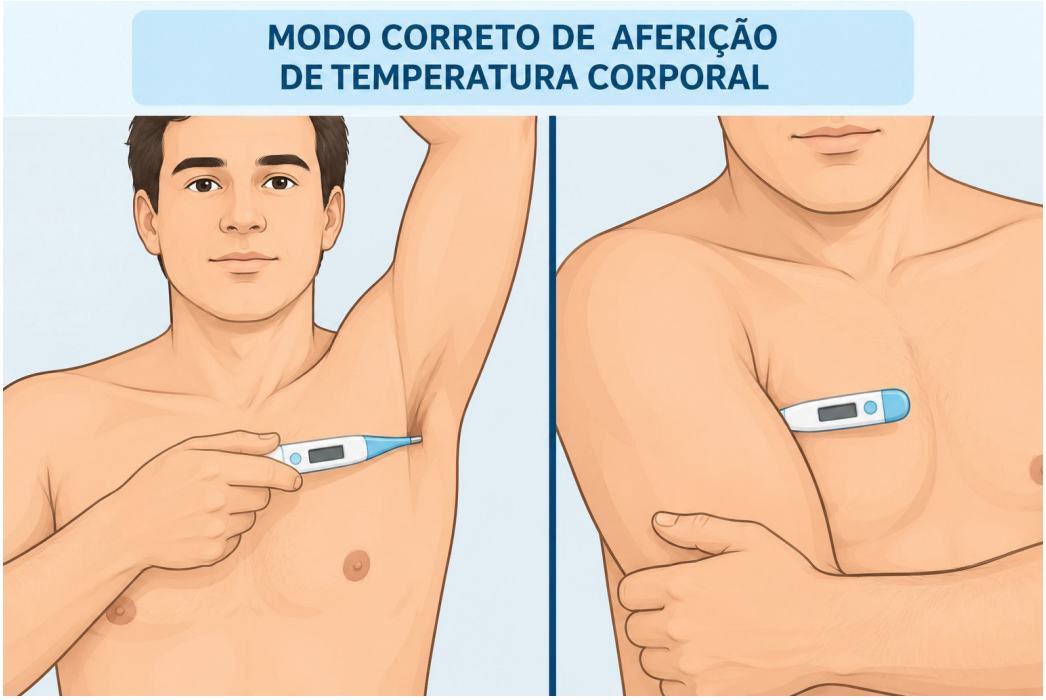
Fonte: Adaptado de Shutterstock, recurso ID 2025496802. Tradução para o português realizada para este *e-book* com auxílio do Microsoft Copilot. ID do recurso: 2025496802. https://www.shutterstock.com/pt/image-vector/homeostasis-biological-state-temperature-regulation-outline-2025496802

Quadro 14 - Implementação: cuidados durante a aferição nas diferentes regiões.

Etapa		**Justificativa**
1	**AXILAR** Figura 6 Colocar o termômetro na linha axilar média e manter o braço do paciente firmemente junto ao corpo, cruzando-o sobre o tórax	Atentar que a região apresenta menor vascularização superficial, sendo sua capacidade de refletir a temperatura central menor. Permitir maior vedação da axila com o posicionamento do braço, evitando entrada de ar frio e perda de calor.

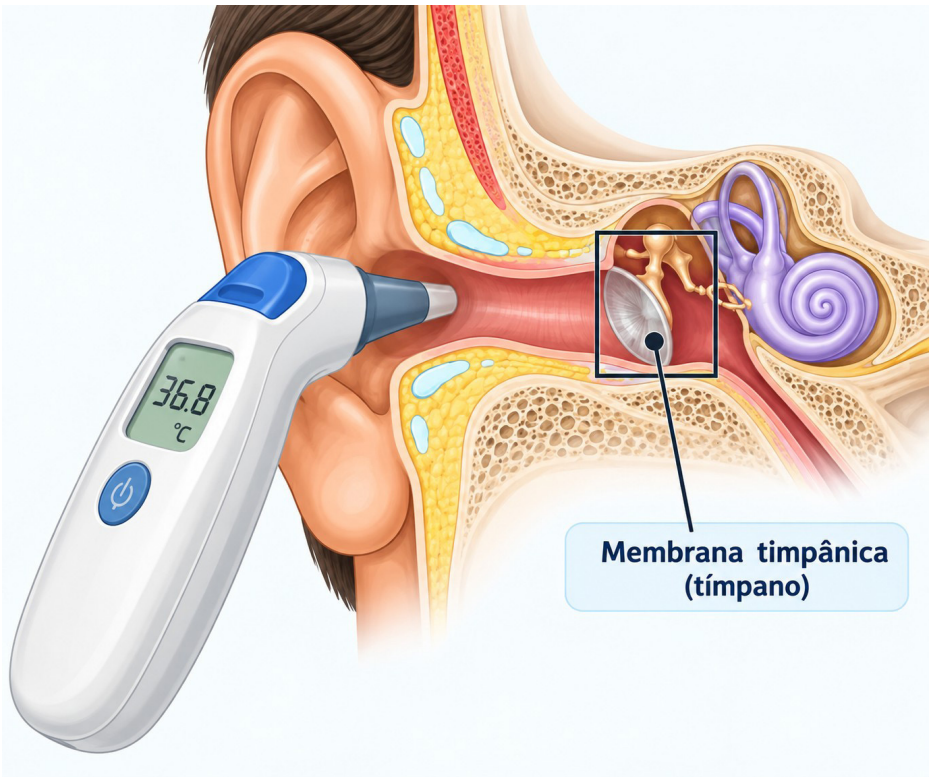
Etapa		Justificativa
2	**MEMBRANA TIMPÂNICA** Figura 7 Colocar o protetor descartável na ponta do termômetro, tracionar o pavilhão auricular para cima e para trás em pacientes adultos e para baixo e para trás em crianças menores que 3 anos. Introduzir a ponta do termômetro no conduto auditivo, direcionando para o tímpano	Possibilitar a aferição de um método confiável, pois a membrana timpânica possui irrigação semelhante à do hipotálamo e sofre pouca interferência de fatores ambientais, permitindo estimativa precisa da temperatura corporal central.
3	**ARTERIA TEMPORAL** (INFRAVERMELHO) Figura 8 Colocar o sensor no centro da testa ou a 1–5 cm de distância (conforme orientação do fabricante) e deslizar do centro da testa até a têmpora	Possibilitar a aferição da temperatura pela artéria temporal é eficaz e confiável, pois essa artéria transporta sangue do núcleo corporal, permitindo estimativa próxima da temperatura central por meio de radiação infravermelha.
4	**RETAL** Figura 9 Afastar suavemente os glúteos do paciente e introduzir o termômetro cerca de 2 a 3 cm no reto	Possibilitar a aferição da temperatura retal é altamente confiável, pois a proximidade com órgãos centrais e a elevada vascularização da mucosa permitem estimativa precisa da temperatura corporal central.
5	**ORAL** Figura 10 Colocar o termômetro na região sublingual posterior, próxima à base da língua, nas laterais	Permitir uma estimativa próxima da temperatura central devido à elevada vascularização da região sublingual.

Figura 6 - Aferição de temperatura axilar. Ilustração de onde colocar o termômetro.



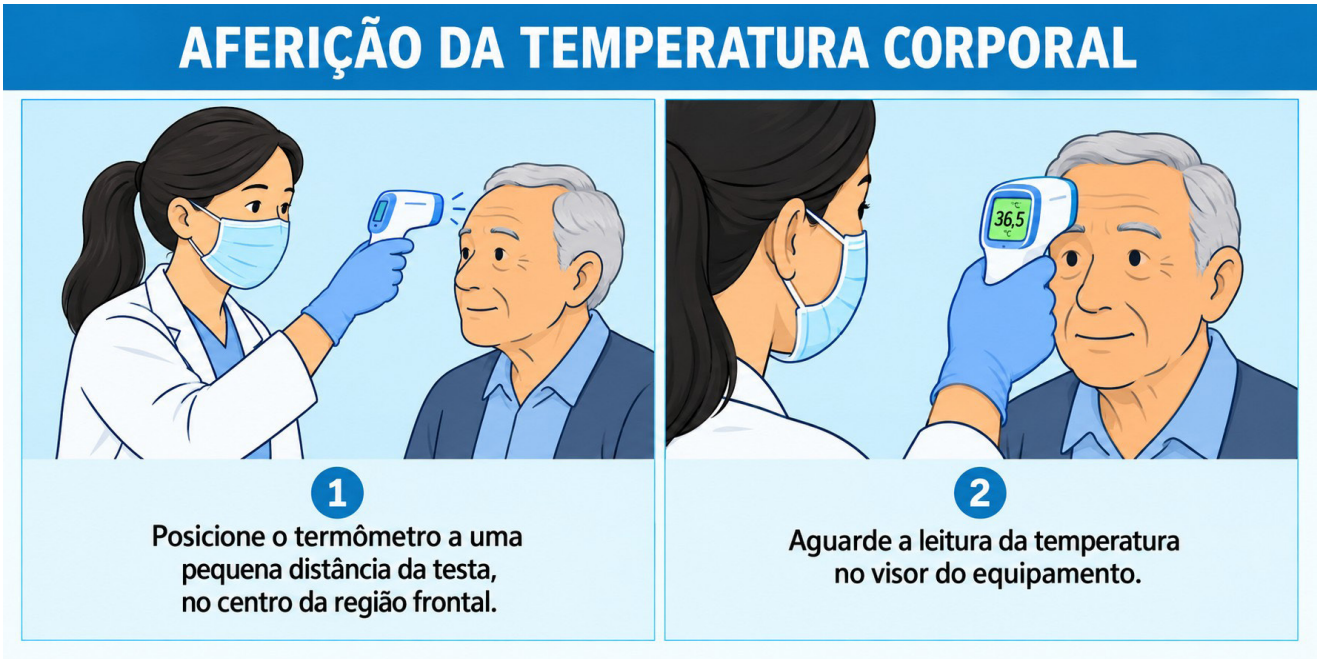
Fonte: Adaptado de Creche Segura. Adaptação visual elaborada para este *e-book* com auxílio do ChatGPT (OpenAI), com substituição da representação infantil por adulta.
https://www.crechesegura.com.br/qual-termometro-utilizar-na-escola/

Figura 7 - Aferição de temperatura Membrana Timpânica. Ilustração de onde colocar o termômetro.



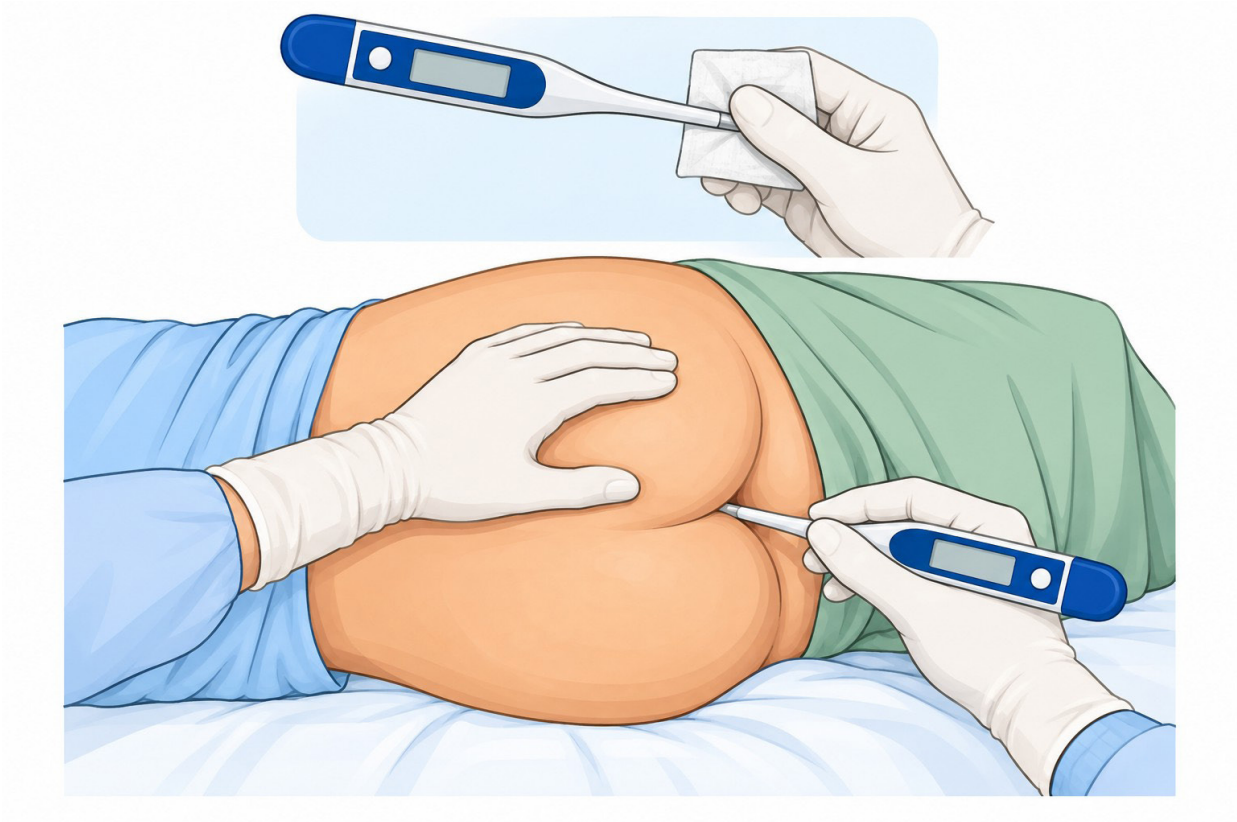
Fonte: Adaptado de Cardinal Health. Adaptação visual elaborada para este *e-book* com auxílio do Chat-GPT (OpenAI). https://www.cardinalhealth.com.au/en_au/medical-products/patient-care/genius-tympanic-ther-mometer/genius-thermometry-app/tympanic-temperature-measurement.html

Figura 8 - Aferição de temperatura da Artéria temporal. Ilustração de onde colocar o termômetro.



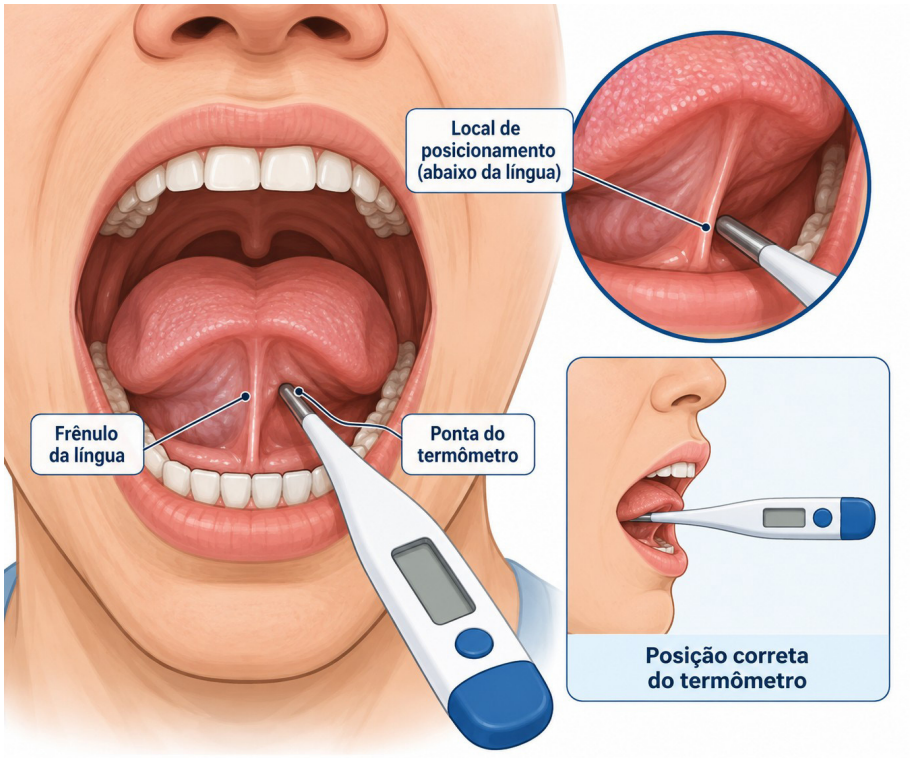
Fonte: Imagem gerada por inteligência artificial (ChatGPT, OpenAI), especialmente para este *e-book*.

Figura 9 - Aferição da temperatura retal. Ilustração do posicionamento adequado do termômetro por via retal.



Fonte: Adaptado de Creche Segura. Adaptação visual para representação de indivíduo adulto elaborada para este *e-book* com auxílio do ChatGPT (OpenAI).
https://www.crechesegura.com.br/qual-termometro-utilizar-na-escola/

Figura 10 - Aferição de temperatura Oral. Ilustração de onde colocar o termômetro.



Fonte: Adaptado de Creche Segura. Adaptação visual para representação de indivíduo adulto elaborada para este *e-book* com auxílio do ChatGPT (OpenAI).
https://www.crechesegura.com.br/qual-termometro-utilizar-na-escola/

Alertas

- Avaliar a temperatura timpânica certificando-se de que não há excesso de cerúmen visível, secreção ou dor.
- Introduzir com cuidado o termômetro em cavidades (oral, timpânica ou retal), nunca utilizar força.
- Observar sinais de desconforto ou dor intensa durante o procedimento.
- Evitar repetir a via retal com frequência, para não causar irritação local.
- Manter o termômetro no local geralmente em 10 a 60 segundos (digital).
- Evitar a aferição da temperatura oral em pacientes com quadro de agitação ou confusão, em crianças pequenas, no pós-operatório de cirurgias orais ou maxilofaciais, na presença de lesões, infecção ou sangramento na cavidade oral, em uso de oxigenoterapia por máscara, bem como em situações de náuseas, vômitos ou risco de aspiração.

O que registrar?

O registro em prontuário deve incluir as seguintes informações:

- Data e horário da verificação;
- Valor da temperatura (em °C);
- Via de aferição (axilar, oral, timpânica, retal ou temporal);
- Condições do paciente (repouso, sudorese, uso de antitérmicos, entre outros);

- Presença de sinais associados (calafrios, febre, hipotermia);
- Uso de dispositivos (tipo de termômetro, quando relevante).

Exemplo:

"10h00 - Realizada aferição da temperatura corporal na região axilar direita, com paciente em repouso. Valor obtido: 36,5°C (afebril)". Ass.: [nome do profissional de enfermagem], Coren: XXXX.

Quadro 15 - Valor de temperatura conforme local de aferição.

Locais	**Valor Normal (°C)**
Retal	37,5
Timpânica	37
Oral	37
Axilar	36,5
Frontal (infravermelho)	37

Terminologias

Quadro 16 - Valores de normalidade: Adultos (≥18 anos).

Locais	**Valor (°C)**
Afebril	36 - 36,7
Febre leve/febrícula/subfebril	37,5
Febre moderada	37,5 a 38,5
Febre alta ou elevada	acima de 38,5
Hipotermia	34 - <30

Seção 6 – Sinal vital: dor

Autora: Rosana Pires Russo Bianco (Docente)

Definição

Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial, e envolve componentes físicos (estímulos nociceptivos) e subjetivos (emoções, experiências anteriores e contexto social). (IASP – *International Association for the Study of Pain*).

Indicação

- Na admissão do paciente no serviço de saúde;
- Antes, durante e após procedimentos potencialmente dolorosos;
- No período pós-operatório;
- Em pacientes com condições clínicas agudas (trauma, infecções, isquemia);
- Em pacientes com doenças crônicas associadas à dor;
- Quando houver queixa verbal ou sinais não verbais de dor;
- Após administração de analgésicos, para avaliação da eficácia terapêutica;
- Em pacientes com dificuldade de comunicação (uso de escalas apropriadas).

Materiais

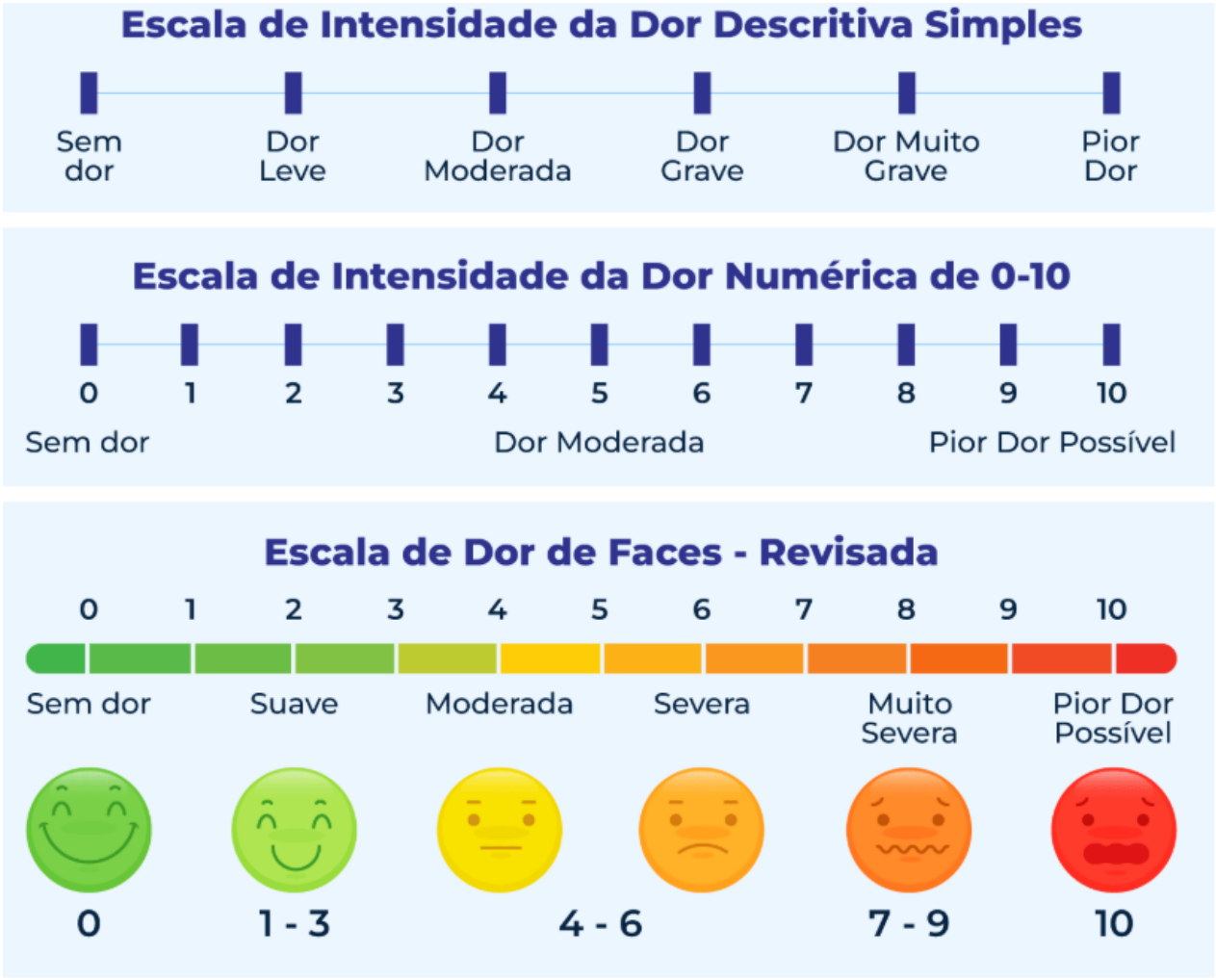
Quadro 17 - Escalas de Dor.

Escala Unidimensional	**Indicação**	**Descrição**
Escala Numérica (0 a 10) Figura 11	Adultos conscientes	0 = sem dor, 10 = pior dor possível
Escala Visual Analógica (EVA) Figura 11	Ambulatórios, adultos	Linha contínua entre "sem dor" e "pior dor imaginável"
Escala Facial (Wong-Baker) Figura 11	Crianças, idosos, pacientes com dificuldade de comunicação	Carinhas representando o nível de dor
Escala comportamental (Ex.: BPS, CPOT) Figura 12	Pacientes não comunicativos (UTI)	Observa expressões, movimentos e sinais fisiológicos

Quadro 18 - Implementação.

Etapa		Justificativa
1	Realizar higiene das mãos	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
2	Realizar Meta 1* Confirmar nome completo do paciente, data de nascimento e nome completo da mãe	Garantir que a aferição e as condutas clínicas subsequentes sejam realizadas no paciente correto, reduzindo o risco de erros na avaliação, no diagnóstico e no tratamento.
*Meta Internacional de Segurança do Paciente		
3	Explicar o procedimento ao paciente	Proporcionar conforto, reduzir ansiedade e obter cooperação do paciente.
4	Posicionar o paciente sentado ou em decúbito dorsal, em repouso	Reduz interferências e permite visualização clara do valor no termômetro.
5	Identificar a queixa de dor (algia)	Favorecer a detecção precoce de alterações, subsidiar o raciocínio clínico e orientar a implementação de intervenções adequadas.
6	Caracterizar a experiência dolorosa em todos os seus domínios	Caracterizar a dor (intensidade, tipo, localização, duração, fatores desencadeantes) permite entender melhor sua origem e escolher abordagens terapêuticas específicas.
7	Identificar as repercussões da dor no funcionamento biológico, emocional e comportamental	A compreensão do impacto global da dor sobre a vida do paciente, permite a elaboração de um plano de cuidado mais completo e humanizado.
8	Identificar fatores que contribuem para a melhora ou piora da queixa álgica	Permitir a elaboração de um plano de cuidado mais completo e humanizado.
9	Aplicar escalas de dor adequada à situação clínica do paciente	Permitir maior acurácia do estado de dor.
10	Selecionar alternativas de tratamento mais adequado a cada paciente	Otimizar os resultados e reduzir o risco de efeitos adversos. Cada paciente responde aos tratamentos (analgésicos, fisioterapia, técnicas psicológicas, bloqueios anestésicos) de maneira diferenciada.
11	Avaliar a eficácia das terapêuticas implementadas	Verificar se o manejo da dor está sendo adequado, e permitir o reajuste de terapêuticas.
12	Realizar higiene das mãos	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
13	Registrar corretamente	Documentar de forma padronizada e garantir seguimento adequado e comparação entre avaliações.

Figura 11 - Escalas de dor Unidimensional. Ilustração demonstrando instrumentos de avaliação da dor, como a escala numérica, visual analógica e de faces, que auxiliam na identificação e quantificação da intensidade da dor referida pelo paciente.



Fonte: https://www.dorcronica.blog.br/a-intensidade-da-dor-nao-diz-quanto-voce-sofre/

Figura 12 - Escalas de dor Unidimensional. Ilustração demonstrando instrumento de avaliação da dor para pacientes com dificuldade de comunicação.

Escala BPS - avaliação da dor em pacientes intubados		
Expressão Facial	Relaxada	1 ponto
	Parcialmente tensa (p.ex. abaixo a sobrancelha)	2 pontos
	Totalmente tensa (p.ex. fecha os olhos)	3 pontos
	Faz careta (sulco perilabial, testa franzida, pálpebras ocluídas)	4 pontos
Membros superiores	Sem movimento	1 ponto
	Com flexão parcial	2 pontos
	Com flexão total e flexão de dedos	3 pontos
	Com retração permanente: totalmente contraído	4 pontos
Adaptação à ventilação mecânica	Tolera movimento	1 ponto
	Tosse com movimentos	2 pontos
	Briga com o ventilador	3 pontos
	Incapaz de controlar a ventilação mecânica	4 pontos

O nível de dor estimado pode ser avaliado em uma estratificação de 4 categorias. Assim, temos:
Pontuação total = 3: Sem dor.
Pontuação total = 4-5: Dor suave.
Pontuação total = 6-11: Dor inaceitável.
Pontuação total ≥ 12: Dor máxima.

Fonte: Adaptado de WeMEDS. Adaptação visual elaborada para este *e-book* com auxílio do ChatGPT (OpenAI).
https://portal.wemeds.com.br/como-avaliar-a-dor-em-pacientes-intubados-bps/

Alertas

- Valorizar a dor, pois ela é uma experiência pessoal. O relato do paciente deve ser considerado, mesmo que não existam sinais físicos claros.
- Atentar para respostas do Sistema Nervoso Central que podem caracterizar dor: palidez; diaforese; aumento da PA, FC, FR; aumento da tensão dos músculos; náuseas e vômitos.
- Atentar para respostas comportamentais que podem caracterizar dor: imobilidade corporal; lamentações; suspiros; fácies de dor; quietude excessiva ou retração; choro; agitação e posição antálgica.
- Investigar se o paciente pratica automedicação, pois pode mascarar sinais importantes e dificultar o diagnóstico correto.

O que registrar?

O registro em prontuário deve incluir as seguintes informações:

- Intensidade da dor (escala utilizada: numérica, EVA, faces, entre outras);
- Localização da dor;
- Características da dor (ex.: pontada, queimação, pressão, cólica);
- Início e duração (aguda, crônica, contínua ou intermitente);
- Fatores desencadeantes e de alívio;
- Irradiação (quando presente);
- Impacto funcional (limitação de atividades, sono, mobilidade);
- Sinais associados (náuseas, sudorese, ansiedade);
- Intervenções realizadas (analgésicos, medidas não farmacológicas);
- Resposta ao tratamento;
- Data e horário da avaliação.

Exemplo:

"10h00 - Paciente relata dor na região lombar, com irradiação para a face posterior da coxa esquerda. Adota posição antálgica em semiflexão de tronco para aliviar o desconforto. Dor classificada como aguda, contínua, sem períodos de alívio espontâneo, pontuada em intensidade 7/10 na Escala Visual Numérica (EVN 0-10). Iniciado protocolo de dor conforme prescrição médica. Mantido monitoramento da resposta à terapia medicamentosa." Ass.: [nome do profissional de enfermagem], Coren: XXXX.

Ou pode ser apresentado neste formato abaixo.

Aspecto	**Descrição**
Localização	Região lombar
Irradiação	Para a face posterior da coxa esquerda
Intensidade	7/10 (moderada a intensa)
Escala utilizada	Escala Numérica da Dor (0 a 10)
Caráter da dor	Contínua (não intermitente)
Tempo de evolução	Aguda (presumivelmente início recente)
Posição antálgica	Semiflexão do tronco para alívio
Impacto funcional	Limita movimentos de extensão lombar e deambulação
Possível origem	Neuropática ou músculo-esquelética (ciatalgia ou lombociatalgia)
Associação com outros sinais/sintomas	Sensibilidade aumentada no trajeto do nervo ciático, possível parestesia.

Quadro 19 - Quadro de tipos de dor, características e localizações mais frequentes.

Tipo de dor	**Descrição**	**Regiões mais frequentes**	**Sugestão clínica**
Pontada (lancinante)	Aguda, súbita, bem localizada, tipo "facada"	Tórax, abdome, região torácica	Processos inflamatórios, pleurite
Queimação (ardor)	Sensação de calor ou ardência	Epigástrio, retroesternal, membros	Refluxo gastroesofágico, dor neuropática
Latejante (pulsátil)	Rítmica	Cabeça, áreas inflamadas	Processos vasculares, cefaleias
Pressão (opressiva)	Sensação de aperto ou peso	Região precordial (tórax)	Isquemia miocárdica
Cólica	Intermitente, em ondas	Abdome, região lombar	Contração de órgãos ocos (intestinal, biliar, renal)
Contínua	Persistente, sem alívio espontâneo	Variável	Processos inflamatórios ou infecciosos
Irradiada	Propaga-se para outras regiões	Tórax para braço/mandíbula; lombar para membros inferiores	Comprometimento nervoso ou visceral profundo

III MOBILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES

Seção 1 – Mobilização do paciente hospitalar

Autora: Rosana Pires Russo Bianco (Docente)

Definição

Mobilização no leito consiste no conjunto de técnicas destinadas à movimentação do paciente, com a finalidade de promover o alinhamento postural adequado, proporcionar conforto e prevenir complicações associadas à imobilidade prolongada.

Indicação

- Pacientes acamados;
- Pacientes com limitação temporária de movimento.

Objetivos da mobilização

- Prevenir lesão por pressão;
- Prevenir tromboses;
- Melhorar a ventilação pulmonar;
- Evitar atelectasias;
- Estimular a circulação sanguínea;
- Reduzir o risco de contraturas;
- Prevenir rigidez articular;
- Promover conforto e bem-estar;
- Facilitar os cuidados de higiene;
- Facilitar a alimentação;
- Diminuir a dor associada à imobilidade prolongada.

Material

- Superfície de suporte - Coxins (espuma comum, espuma viscoelástica ou gel);
- Protetores de calcanhar e cotovelos;
- Travesseiros adicionais;
- Lençol deslizante ou prancha de transferência (se necessário);
- Luvas de procedimento;
- Protetores e barreiras para prevenção de lesões;
- Equipamentos de proteção individual (EPI): luvas, máscara, avental (se necessário).

Quadro 1 - Implementação.

Etapa		**Justificativa**
1	Realizar higiene das mãos	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
2	Realizar Meta 1* Confirmar nome completo do paciente, data de nascimento e nome completo da mãe	Garantir que a aferição e as condutas clínicas subsequentes sejam realizadas no paciente correto, reduzindo o risco de erros na avaliação, no diagnóstico e no tratamento.
*Meta Internacional de Segurança do Paciente		
3	Avaliar o estado geral do paciente	Verificar as condições clínicas que possam interferir na mobilização (ex.: fraturas, lesões de pele, instabilidade hemodinâmica, entre outros).
4	Explicar o procedimento ao paciente	Proporcionar conforto, reduzir ansiedade e obter cooperação do paciente.
5	Manter segurança do paciente: cama baixa e grades elevadas	Evitar que o paciente caia do leito.
6	Realizar higiene das mãos	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
7	Registrar corretamente	Documentação padronizada garante seguimento adequado das posições.

Quadro 2 - Posição Lateral (Figura 1).

Etapa		Justificativa
1	Manter a inclinação do leito em 30° - posicionar o paciente lateralmente com uma inclinação de 30°	Reduzir a pressão sobre as áreas de contato com o leito (região sacral e os quadris), diminuindo assim o risco de lesão por pressão. Facilitar a drenagem das secreções pulmonares, auxiliando na prevenção de atelectasias e outras complicações respiratórias.
2	Acomodar a cabeça - colocar a cabeça sobre um travesseiro com a largura dos ombros e manter a cabeça alinhada ao tronco	Evitar contraturas ou lesões musculoesqueléticas.
3	Posicionar o ombro - apoiar o ombro sobre a escápula	Evitar compressão direta sobre o local, evitando luxações.
4	Posicionar o antebraço e braço - ajustar o braço e antebraço individualmente, mantendo-os estendidos ou semi-fletidos, simulando o gesto de abraçar um travesseiro	Evitar pressão excessiva sobre articulações e nervos.
5	Posicionar o membro superior contralateral - colocar o membro superior contralateral diante do corpo, apoiado sobre um travesseiro. Garantir que a mão, o cotovelo e o ombro estejam alinhados no mesmo plano anterior	Evitar rotações não anatômicas, pressão excessiva sobre articulações e nervos.
6	Posicionar o quadril e membro inferior contralateral - colocar o membro inferior contralateral sobre um travesseiro de modo que o pé, o joelho e o quadril permaneçam alinhados no mesmo plano	Evita rotações e adução indevidas.
7	Posicionar o membro inferior – colocar os membros inferiores de maneira a simular um passo	Estimular o retorno venoso e facilitar a drenagem linfática das extremidades inferiores.

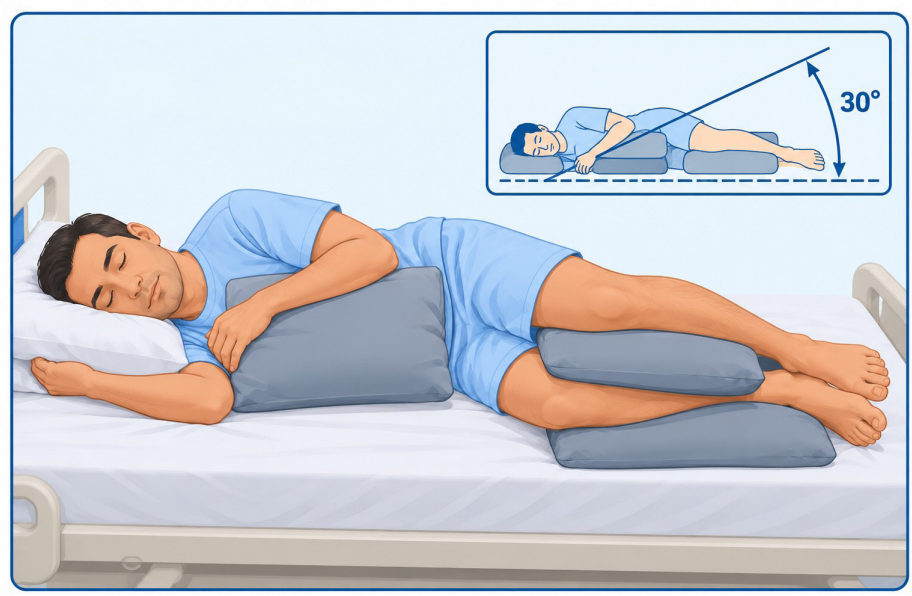
Quadro 3 - Posição Dorsal (Figura 2).

Etapa		Justificativa
1	Manter a inclinação do leito em 45°	Facilitar a respiração e prevenir broncoaspiração e pneumonia aspirativa.
2	Posicionar os membros superiores e inferiores ao longo do corpo	Prevenir tensões musculares ou compressões articulares que possam causar lesões ou complicações, como contraturas e rigidez muscular.
3	Colocar as mãos em posição anatômico-funcional, como se estivesse segurando um copo (superfície de suporte para apoiar a mão em suave extensão) (Figura 3)	Prevenir compressão nervosa e deformidades. Facilitar a circulação sanguínea. Evitar a retenção de suor ou sujidades.
4	Manter os membros inferiores em rotação externa - posicionar coxim sob os joelhos	Evitar dores articulares e tensões musculares.
5	Manter região de elevação dos calcâneos – utilizar coxins /protetores	Diminuir áreas de pressão, especialmente no tendão de Aquiles.
6	Posicionar os joelhos ligeiramente flexionados (5 a 10°)	Evitar a compressão da veia poplítea, reduzindo o risco de tromboembolismo venoso (TEV).

Quadro 4 - Posição Prona (Figura 3).

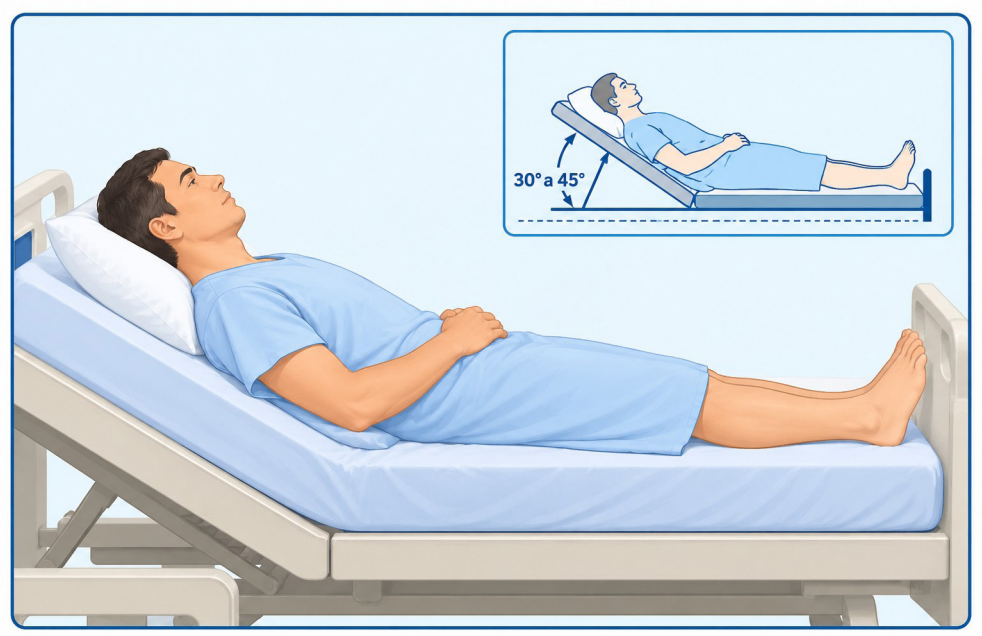
Etapa		Justificativa
1	Colocar o paciente com o abdome voltado para baixo	Favorecer a redistribuição da ventilação alveolar, reduzir áreas de atelectasia e melhorar a relação ventilação/perfusão.
2	Colocar coxins sob o tórax e cristas ilíacas	Diminuir a pressão abdominal sobre o diafragma, permitindo maior expansão pulmonar.
3	Manter a coluna vertebral alinhada e os membros superiores ao longo do corpo	Prevenir retrações musculares e articulares.
4	Manter rotação lateral da cabeça	Facilita a permeabilidade das vias aéreas e reduzir o risco de aspiração de secreções.

Figura 1 - Posição Lateral. Ilustração de como o paciente fica posicionado no leito.



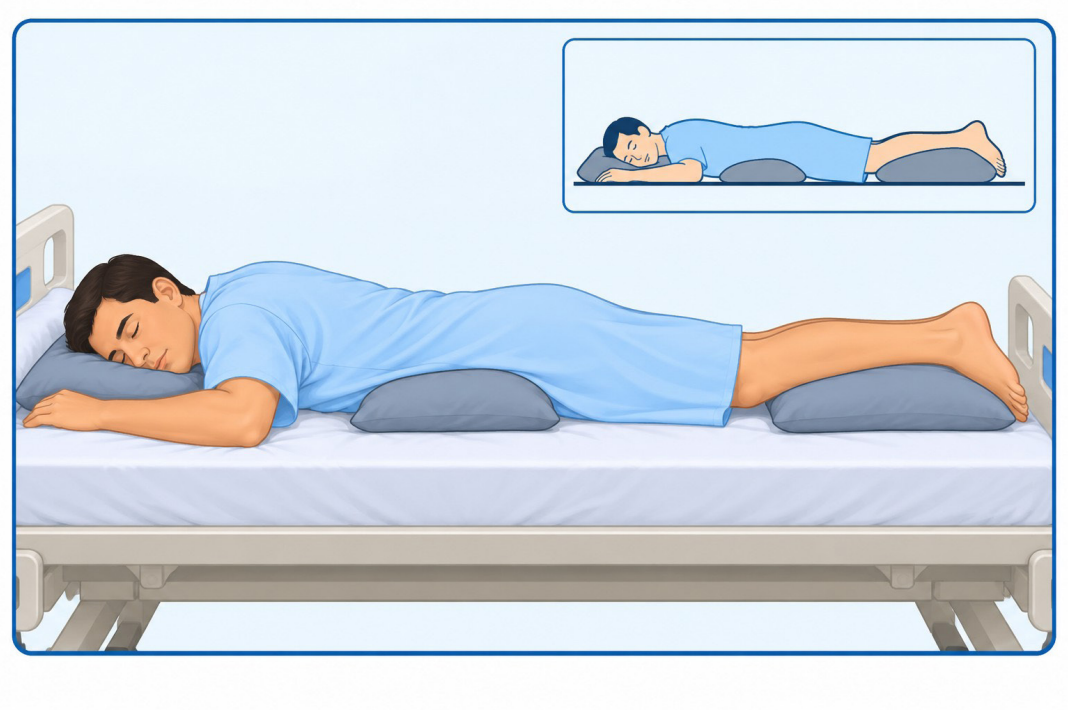
Fonte: Adaptado de Nurseslabs. Adaptação visual elaborada para este e-book com auxílio do ChatGPT (OpenAI). https://nurseslabs.com/patient-positioning/#google_vignette

Figura 2 - Posição Dorsal. Ilustração de como o paciente fica posicionado no leito.



Fonte: Adaptado de Nurseslabs. Adaptação visual elaborada para este e-book com auxílio do ChatGPT (OpenAI). https://nurseslabs.com/patient-positioning/#google_vignette

Figura 3 - Posição Prona. Ilustração de como o paciente fica posicionado no leito.



Fonte: Adaptado de Nurseslabs. Adaptação visual elaborada para este e-book com auxílio do ChatGPT (OpenAI). https://nurseslabs.com/patient-positioning/#google_vignette

Alertas

- Avaliar a condição física do paciente, antes de realizar a mudança de posição, incluindo sua capacidade de colaborar com o procedimento, a presença de infusões parenterais, cateteres ou outros equipamentos médicos que possam interferir na movimentação.
- Realizar as alterações de posicionamento do paciente em intervalos de 2 horas.
- Evitar a posição dorsal superior a 45°, para não aumentar a pressão e o cisalhamento na região sacra e coccígea.
- Rastrear a presença de pontos de pressão durante as mobilizações do paciente, o que permite uma avaliação precoce e ações preventivas.
- Hidratar a pele com soluções ou cremes para manter sua integridade e prevenir lesões.
- Manter acompanhamento da avaliação do estado nutricional do paciente para garantir nutrição necessária para a recuperação e manutenção da saúde da pele.
- Contraindicar o uso de almofadas de ar, gel ou espuma do tipo roda ou argola (com orifício no meio), pois elas aumentam a pressão no tecido cutâneo ao redor do orifício (efeito de garrote) reduzindo a perfusão sanguínea local.

O que registrar?

- Data e horário da realização do procedimento;
- Tipo de mobilização realizada:

- Mudança de decúbito (ex.: dorsal, lateral direito/esquerdo, Fowler).
- Mobilização passiva, ativa ou assistida.
- Elevação de cabeceira ou posicionamento específico.

- Posição final do paciente após a mobilização;
- Condições da pele: presença ou ausência de hiperemia e integridade da pele (lesões, áreas de pressão, umidade);
- Resposta do paciente ao procedimento: tolerância (boa, regular, ruim) e presença de dor, desconforto ou fadiga;
- Dispositivos e acessos: Condições de sondas, drenos, cateteres (íntegros, pérvios, sem tração);
- Intercorrências (se houver): Queda, tontura, dispneia, dessaturação, instabilidade hemodinâmica;
- Cuidados adicionais realizados: Uso de coxins, travesseiros, colchão especial.

Exemplo:

"10h00 – Realizada mudança de decúbito para lateral direito, mantendo a cabeceira da cama elevada a 30°, paciente orientado e colaborou com o movimento, sem sinais de dor ou desconforto. O cateter venoso periférico em membro superior direito e o cateter nasoentérico foram verificados e ajustados corretamente antes da mudança de posição. A pele do paciente encontra-se íntegra, sem sinais de lesão por pressão ou atrito nas áreas de contato com a cama. A pele foi hidratada com creme". Ass.: [nome do profissional de enfermagem], Coren: XXXX.

Para complementar a compreensão do conteúdo apresentado, recomenda-se a visualização do vídeo disponível no *link* a seguir, que demonstra de forma prática a técnica descrita.



https://www.arjo.com/pt-br/conhecimento/arjo-blog/int/dicas-e-tecnicas-a-considerar-no-uso-de-lencois-de-transferencia-sob-o-paciente/

Seção 2 – Transferência segura de pacientes

Autora: Rosana Pires Russo Bianco (Docente)

Definição

A transferência segura é o processo de mover um paciente de uma posição ou local para outro, de maneira que minimize os riscos de lesões (distúrbios musculoesqueléticos, quedas) associados a erros de movimentação.

Indicação

- Transferência do paciente entre superfícies. Exemplo: leito para cadeira, maca para leito, cadeira de rodas para leito;
- Mudança de setor/unidade assistencial. Exemplo: enfermaria para centro cirúrgico, UTI para enfermaria;
- Realização de exames e procedimentos. Exemplo: transporte para raio-X, tomografia, hemodinâmica;
- Pacientes com limitação de mobilidade: fraqueza muscular, déficit neurológico e pós-operatório;
- Pacientes totalmente dependentes ou com mobilidade reduzida;
- Necessidade de prevenir quedas durante deslocamento;
- Presença de dispositivos invasivos: drenos, cateteres, acesso venoso, ventilação mecânica;
- Pacientes com dor ou desconforto ao movimentar-se;
- Pacientes com risco de instabilidade clínica. Exemplo: alterações hemodinâmicas ou respiratórias;
- Situações que exigem proteção da equipe de saúde. Exemplo: prevenção de lesões ocupacionais (ex.: lombalgia).

Quadro 5 - Material/Equipamento.

Tipo	**Função**
Cadeira de Transferência Figura 4	Facilitar o deslocamento do paciente entre a cama, cadeira de rodas ou banheiro, especialmente quando o paciente tem mobilidade reduzida.
Guincho de Transferência Figura 5	Elevar e transferir o paciente com segurança, sustentando todo o peso corporal por meio de um sistema de alças e suporte.
Lençol de Transferência Figura 6	Facilitar a movimentação do paciente sobre o leito (como virar, elevar, reposicionar). Feito de tecido de baixo atrito.
Disco de Transferência Figura 7	Plataforma giratória colocada sob os pés do paciente, permitindo rotações seguras (por exemplo, da cama para a cadeira).
Almofada Giro Fácil Figura 8	Permite rotação suave do paciente sentado (como em cadeiras ou assentos de carro).
Cinto de Transferência Figura 9	Fita acolchoada colocada na cintura do paciente, permitindo segurá-lo e apoiá-lo com segurança durante a marcha ou a passagem cama-cadeira.

Quadro 6 - Implementação.

Etapa		**Justificativa**
1	Realizar higiene das mãos	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
2	Realizar Meta 1* Confirmar nome completo do paciente, data de nascimento e nome completo da mãe	Garantir que a aferição e as condutas clínicas subsequentes sejam realizadas no paciente correto, reduzindo o risco de erros na avaliação, no diagnóstico e no tratamento.
*Meta Internacional de Segurança do Paciente		
3	Avaliar o estado geral do paciente	Verificar as condições clínicas que possam interferir na mobilização (ex.: fraturas, lesões de pele, pressão arterial instável).
4	Explicar o procedimento ao paciente	Proporcionar conforto, reduzir ansiedade e obter cooperação do paciente.
5	Realizar higiene das mãos	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
6	Registrar corretamente	Garantir a continuidade da assistência, permitindo que toda a equipe multiprofissional tenha conhecimento das mobilizações realizadas.

Figura 4 - Cadeira de Transferência. Ilustração do tipo de Cadeira de transferência hospitalar com rodízios e coletor sanitário.



Fonte: : Adaptado de publicação disponível no Instagram. Adaptação visual elaborada para este *e-book* com auxílio do ChatGPT (OpenAI). https://www.instagram.com/p/DcRNkncHO1I/

Figura 5 - Guincho de Transferência. Ilustração de equipamento hospitalar utilizado para pesar e sustentar o paciente durante a elevação e transferência.



Fonte: : Adaptado de Tecnomedi. Adaptação visual elaborada para este *e-book* com auxílio do ChatGPT (OpenAI). https://loja.tecnomedi.com.br/guincho-hidraulico-com-elevacao-manual-dellamed

Figura 6 - Lençol de Transferência. Ilustração de lençol de transferência com alças utilizado para mobilização segura do paciente no leito.



Fonte: Adaptado de Tecnomedi. Adaptação visual elaborada para este *e-book* com auxílio do ChatGPT (OpenAI). https://loja.tecnomedi.com.br/lencol-de-transferencia-longevitech?srsltid=AfmBOoqUAjzImT-Sfz8FAFtDUwMDg65gaxiGkRLNX698_xX1iro-OUGfz

Figura 7 - Disco de Transferência. Ilustração de disco de transferência com plataforma rotatória.



Fonte: Adaptado de AyudaTecnia. Adaptação visual elaborada para este *e-book* com auxílio do ChatGPT (OpenAI). https://ayudatecnia.com/productos/disco-de-rotacion-duro-mobi-tools/

Figura 8 - Almofada de giro fácil. Ilustração de um dispositivo em formato circular posicionado sob os pés do paciente, permitindo a rotação do corpo durante a transferência, com auxílio de um profissional de saúde, promovendo movimentação segura e controlada.



Fonte: Adaptado de Perfetto. Adaptação visual elaborada para este *e-book* com auxílio do ChatGPT (OpenAI). https://produtosperfetto.com.br/products/almofada-giro-facil-big-mobilitta-perfetto

Figura 9 - Cinto de Transferência. Ilustração de um paciente em posição ortostática ou sentado, utilizando um cinto ajustado na região da cintura, enquanto um profissional de saúde o segura pelas alças, auxiliando na transferência de forma segura e controlada.



Fonte: Adaptado de Alento Hospitalar. Adaptação visual elaborada para este *e-book* com auxílio do ChatGPT (OpenAI). https://www.alentohospitalar.com.br/produtos-hospitalares/cinto-de-transferencia-hidrolight/

Quadro 7 - Transferência: posição sentado para a ortostática (Figura 10).

Etapa		Justificativa
1	Verificar se o paciente está calçado com meias ou sapatos antiderrapantes	Prevenir quedas.
2	Posicionar e ajustar corretamente o cinto de transferência ao redor da cintura do paciente	Manter a segurança e apoio do paciente.
3	Posicionar e ajustar corretamente o cinto de transferência ao redor da cintura do paciente. Manter a segurança e apoio do paciente	Distribuir o peso corporal de maneira equilibrada entre os dois pés.
4	Solicitar que o paciente se desloque até a borda anterior da cadeira, com os pés firmemente apoiados no solo	Manter a segurança e apoio do paciente.
5	Posicionar as mãos por baixo do cinto de transferência, sem puxar pelos membros superiores do paciente	Evitar lesões nos membros superiores do paciente, como luxações de ombro, estiramentos musculares e dor.
6	Manter a coluna vertebral alinhada e flexionar o joelho, postura que o profissional deve adotar na elevação do paciente	Possibilitar maior estabilidade postural do profissional.
7	Realizar um movimento suave de balanço (impulso) na elevação do paciente, mantendo tração do cinto sem efetuar levantamento direto	Possibilitar maior estabilidade postural do profissional. Manter a segurança e apoio do paciente.
8	Utilizar comandos verbais para o paciente, claros e temporizados, como uma contagem numérica (“um, dois, três...”)	Sincronizar o esforço e favorecer a cooperação ativa do paciente.
9	Proceder com a remoção do cinto de transferência, após o paciente estar corretamente posicionado	Manter a segurança e apoio do paciente.

Quadro 8 - Transferência: posição sentado no leito para a poltrona ou cadeira de rodas/higiênica.

Etapa		**Justificativa**
1	Posicionar a cadeira/poltrona, no lado dominante do paciente, em um ângulo aproximado de 90 graus em relação ao local de origem	Favorecer a estabilidade e o controle motor.
2	Realizar movimentos leves de balanço anteroposterior após a elevação do paciente à posição ortostática	Gerar impulso e facilitar a rotação do corpo em direção à cadeira/ poltrona de destino.
3	Conduzir o paciente até que a face posterior dos joelhos toque levemente a borda frontal da cadeira/ poltrona de destino	Proporcionar alinhamento adequado para o assento.
4	Orientar o paciente a alcançar os apoios de braços da nova cadeira/poltrona	Promover maior controle postural e segurança no momento da descida.
5	Auxiliar o paciente a sentar-se na cadeira/ poltrona, orientando a flexão leve dos joelhos e a manutenção da coluna vertebral ereta	Auxiliar o paciente a sentar de forma controlada e segura, sem realizar tração excessiva.

Quadro 9 - Transferência: leito para maca.

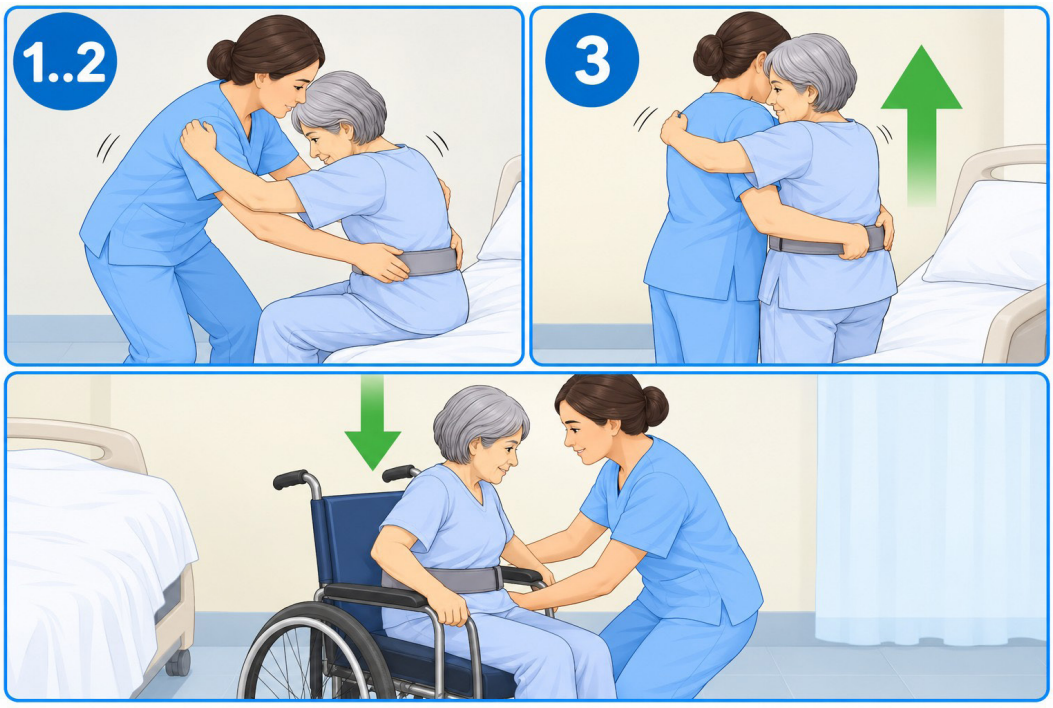
Etapa		Justificativa
1	Virar o paciente lateralmente (decúbito lateral) e posicionar o dispositivo (pranchas de transferência, lençóis de transferência) sob ele	Reduzir o atrito entre o corpo e o leito, facilitando a colocação do dispositivo de transferência sem necessidade de elevar o paciente. Diminuir o esforço físico dos profissionais, reduzindo o risco de lesões osteomusculares.
2	Introduzir cuidadosamente o dispositivo de transferência sob o tronco e a pelve	Permitir que o dispositivo fique corretamente posicionado nas áreas de maior sustentação do corpo (tronco e pelve), promovendo distribuição adequada do peso e um deslizamento mais seguro durante a transferência.
3	Reposicionar o paciente em decúbito dorsal (supino) sobre o dispositivo, assegurando centralização e bom apoio	Retornar o paciente ao decúbito dorsal garante alinhamento corporal adequado, equilíbrio e estabilidade sobre o dispositivo. Centralizar o corpo evita deslocamentos laterais, reduzir o risco de quedas.
4	Ajustar a altura da cama e da maca/leito para o mesmo nível	Manter as superfícies no mesmo nível facilita o deslizamento do paciente, reduzindo esforço físico, movimentos bruscos e risco de quedas ou trações inadequadas.
5	Travar as rodas da cama e da maca	Impedir deslocamentos inesperados durante, aumentando a estabilidade do procedimento. Prevenir acidentes tanto para o paciente quanto para os profissionais.
6	Mobilizar o paciente em bloco com movimento coordenado	Manter o alinhamento corporal, reduzir torções da coluna e proteger articulações e tecidos.
7	Manter cama abaixada e grades elevadas após a transferência	Prevenir queda.

Figura 10 - Sequência de transferência do paciente do leito para a posição ortostática. Ilustração demonstrando a sequência da mobilização do paciente: inicialmente em decúbito no leito, seguido da posição sentada à beira do leito (sedestação).



3 regras para o posicionamento
· Conhecer as condições do paciente e a posição necessária.
· Conhecer o ambiente e os recursos disponíveis.
· Utilizar os princípios da Ergonomia e da Biomecânica para executar a atividade.

Figura 11 - Sequência de elevação da paciente para a posição ortostática com auxílio de profissional de saúde, garantindo segurança e estabilidade durante todo o processo.



Fonte: Adaptado de wikiHow. Conteúdo original adaptado visualmente e organizado em duas figuras (Figuras 10 e 11) para este e-book, com auxílio do ChatGPT (OpenAI).

https://www.wikihow.com/Safely-Transfer-a-Patient

Alertas

- Adotar rigorosas precauções de isolamento e usar EPI adequados para evitar a transmissão cruzada.
- Verificar a integridade e o funcionamento de dispositivos antes da transferência para evitar desconexões acidentais.
- Utilizar técnicas cuidadosas e coordenadas, considerando condições como osteoporose e sarcopenia, para prevenir lesões.
- Usar dispositivos de auxílio (como guinchos e cadeiras de transferência) para reduzir esforço físico e prevenir lesões musculoesqueléticas.
- Monitorar sinais de desconforto e queda de saturação durante a transferência para evitar complicações respiratórias.
- A equipe deve sempre utilizar os princípios da Ergonomia e da Biomecânica para executar a atividade.
- Executar a transferência com no mínimo, dois profissionais para garantir segurança na manobra, e permitir melhor controle do movimento e resposta rápida a intercorrências.

OBSERVAÇÃO: A quantidade de profissionais deve ser proporcional ao peso, condições clínicas e nível de mobilidade do paciente, com foco na prevenção de lesões ocupacionais e assistência adequada.

Para complementar a compreensão do conteúdo apresentado, recomenda-se a visualização do vídeo disponível no *link* a seguir, que demonstra de forma prática a técnica descrita.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564305/

O que registrar?

O registro em prontuário deve incluir as seguintes informações:

- Data e horário;
- Tipo de mobilização/transferência;
- Condição clínica do paciente no momento;
- Grau de dependência;
- Técnica utilizada;
- Presença de dispositivos: cateteres, sondas, acesso venoso, drenos;
- Intercorrências: queda, tontura, dor durante mobilização, desconexão de dispositivos e instabilidade clínica.

Exemplo:

"10h00 - Realizada transferência do paciente do leito para poltrona, com auxílio de dois profissionais de enfermagem e uso de cinto de transferência. Paciente lúcido, orientado, hemodinamicamente estável, parcialmente dependente, apresentando fraqueza em membros inferiores. Mantidos cuidados com acesso venoso periférico em membro superior direito (MSD) e cateter vesical de demora, sem intercorrências. Procedimento realizado com técnica adequada e uso de lençol deslizante. Paciente referiu leve desconforto durante mobilização, sem dor intensa. Após transferência, mantido em poltrona, confortável, com campainha ao alcance e orientado quanto à solicitação de ajuda. Tolerou bem o procedimento." Ass.: [nome do profissional de enfermagem], Coren: XXXX.

Seção 3 – Aspectos ergonômicos do profissional de saúde

Autora: Rosana Pires Russo Bianco (Docente)

Definição

Ergonomia é a ciência que estuda a adaptação das condições de trabalho às capacidades e limitações físicas e cognitivas do trabalhador, visando a prevenção de lesões, fadiga, desconforto e acidentes.

Indicação

A aplicação da ergonomia é indicada em:

- Movimentação e transferência de pacientes acamados ou dependentes;
- Procedimentos prolongados em pé (exemplo: cirurgias, curativos);
- Manipulação de materiais pesados ou volumosos;
- Atividades repetitivas (administração de medicamentos, registros, digitação);
- Trabalho em ambientes confinados.

Materiais/Equipamentos

Observação:
As imagens destes materiais/equipamentos já foram ilustradas na seção anterior.

Quadro 10 - Materiais/Equipamentos.

Tipo	Benefícios ergonômicos e de segurança
Cadeira de Transferência	Evitar levantamento manual total. Reduzir sobrecarga lombar do profissional.
Guincho de Transferência	Eliminar esforço físico excessivo. Prevenir lesões musculoesqueléticas (lombalgia, distensões).
Lençol de Transferência	Diminuir o atrito entre paciente e superfície. Reduzir força de tração aplicada pelo trabalhador.
Disco de Transferência	Evitar torções lombares e movimentos bruscos do profissional.
Almofada Giro Fácil	Facilitar mudança de direção sem esforço. Evitar flexões e torções repetitivas da coluna do trabalhador.
Cinto de Transferência	Aumentar a segurança e o controle do movimento.
Calçado fechado com solado antiderrapante	Evitar escorregões e quedas. Proporcionar firmeza e estabilidade postural. Proteger os pés de impactos e derramamentos.

Implementação

Quadro 11 - Transferência do leito para cadeira de rodas.

Etapa		Justificativa
1	Aplicar Instrumento para avaliar a movimentação e transferência de pacientes Figura 12	Avaliar os riscos ergonômicos durante os procedimentos de movimentação e transferência de pacientes , por meio de escala específica.
2	Organizar o ambiente e remover obstáculos	Reduzir o número de manobras necessárias (menos deslocamentos, menos giros).
3	Aproximar a cadeira do leito quando retirar o paciente do leito com freios travados	Evitar movimentos compensatórios e inesperados causados por obstáculos (menores forças torcionais aplicadas ao tronco e membros inferiores).
4	Travar freios de segurança da cadeira de rodas e/ou leito	Evitar movimentos compensatórios e inesperados causados por obstáculos (menores forças torcionais aplicadas ao tronco e membros inferiores).

Etapa		Justificativa
5	Ajustar a cama regulando a altura do leito na altura da cintura do profissional Figura 13	Ajustar a/o cadeira/leito muito baixo exige flexão excessiva do tronco (flexão lombar), aumentando torque e esforço nos músculos paravertebrais e discos intervertebrais. Ajustar a cadeira/leito muito alto obriga a elevação dos ombros e uso de força nos membros superiores. Ajustar a cadeira/leito entre cintura e ligeiramente abaixo da cintura permite que os grandes músculos das pernas e quadris assumam a maior parte da força (padrão biomecânico seguro), reduzindo carga sobre a coluna lombar.
6	Usar o cinto de transferência, posicionando-o ao redor da cintura do paciente, firme mas confortável	Fornecer um ponto de alavanca centralizado e seguro, distribuindo forças em uma área ampla em vez de concentrá-las em braços ou nas axilas do paciente. Permitir que o profissional puxe/transfira usando o tronco e quadril, não os ombros e dedos, reduzindo os esforços em músculos de membro superior e diminuição do risco de lesões por apreensão inadequada.
7	Posicionar os pés afastados e joelhos semiflexionados, mantendo o tronco ereto	Aumentar com os pés afastados a base de apoio (estabilidade) e permitir transferir força pelo eixo das pernas. Ativar com os joelhos semiflexionados os músculos extensores das coxas (quadríceps e glúteos) que são biomecanicamente mais fortes e resistentes que os músculos lombares. Reduzir com o tronco ereto o momento de força sobre a coluna lombar (menor alavanca para as cargas). OBS.: Estas condutas exigem menores forças compressivas sobre discos intervertebrais, menos fadiga muscular e maior controle do movimento.
8	Efetuar comando verbal ao paciente, explicando o procedimento e pedindo sua colaboração	Reduzir a quantidade de massa corpórea que o profissional precisa suportar isoladamente, pois com a colaboração ativa do paciente os movimentos são sincronizados. Evitar movimentos inesperados que obriguem correções bruscas e esforços adicionais.

Quadro 12 - Reposicionamento no leito (decúbito dorsal para lateral).

Etapa		Justificativa
1	Posicionar prancha ou lençol deslizante sob o paciente Figura 14	Diminuir a força de tração necessária para mover o paciente. Evitar esforço excessivo dos músculos lombares e dos ombros. Reduzir o risco de lesões musculoesqueléticas, como distensões e lombalgias. Facilitar o trabalho em dupla, tornando o movimento mais suave e controlado. Evitar a necessidade de múltiplos ajustes ou puxões parciais.
2	Dobrar os joelhos do paciente (joelho oposto ao lado de rotação)	Reduzir a força manual que o profissional precisa exercer. Permitir movimento em bloco com menor esforço. Prevenir movimentos bruscos e torções lombares do profissional.
3	Posicionar os joelhos do paciente semiflexionados, perto do tronco	Reduzir o torque lombar e força de cisalhamento nos discos intervertebrais. Diminuir o risco de fadiga muscular e dores lombares. Permitir que o movimento seja feito com o peso do corpo, e não com a força dos braços.
4	Realize a “mudança/transferência em bloco” Figura 15	Reduzir forças de cisalhamento e o risco de torções indesejadas. Apoiar a força no cinto e empregar o movimento de rotação do próprio quadril possibilitando ao profissional usar a massa corporal e inércia em vez de força muscular isolada. Reduzir a sobrecarga em coluna e membros superiores.
5	Girar o paciente suavemente para retirar o dispositivo (prancha ou lençol deslizante) Figura 16	Evitar contrações bruscas que sobrecarregam coluna, ombros e punhos. Diminuir risco de lesões agudas (distensões e estiramentos).
6	Coordenar o movimento com a equipe ou com comando verbal Figuras 17	Uniformizar o esforço físico entre os membros da equipe. Reduzir desalinhamento postural e risco de tração excessiva.

Instrumento para avaliar a movimentação e transferência de clientes. Ilustração dos itens de avaliação do instrumento.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO NA MOVIMENTAÇÃO E TRANSFERÊNCIA

Instrução:
Atribuir pontuação de **1 a 3** para cada item, conforme avaliação do paciente.

Item	Critério	Pontuação
Peso	Até 50 kg	1
	51 – 69 kg	2
	≥ 70 kg	3
Altura	Até 1,50 m	1
	1,51 – 1,79 m	2
	≥ 1,80 m	3
Nível de consciência / Psicomotricidade	Alerta	1
	Confusão / letargia	2
	Inconsciência / agitação	3
Mobilidade no leito	Independente	1
	Movimenta com auxílio	2
	Dependente	3
Transferência	Independente	1
	Com auxílio	2
	Dependente	3
Deambulação	Independente	1
	Deambula com auxílio	2
	Dependente	3
Cateteres e equipamentos	Até 1 dispositivo	1
	2 a 4 dispositivos	2
	≥ 5 dispositivos	3
Ambiente do paciente	Seguro	1
	Potencial de risco	2
	Risco elevado	3
	Total	

Classificação do Risco e Conduta

08 – 12 pontos	13 – 18 pontos	19 – 24 pontos
Baixo risco • Movimentação com pouca complexidade • Não necessita de auxílio • Manter supervisão básica	**Médio risco** Uso de dispositivos auxiliares: • Lençol deslizante • Prancha de transferência • Cinto de transferência • Discos giratórios • Apoio da equipe de enfermagem	**Alto risco** • Uso de equipamentos mecânicos: guincho de transferência • Apoio de múltiplos profissionais • Alto risco de lesão para paciente e equipe

Fonte: Adaptado de Radovanovic e Alexandre (2002). Representação visual do instrumento elaborada para este *e-book* com auxílio do ChatGPT (OpenAI).
https://www.scielo.br/j/reeusp/a/m4yDxF3cxYhbFThCn5Ds8dH/

Reposicionamento no leito (decúbito dorsal para lateral).

Figura 12 - Regular a altura do leito na altura da cintura do profissional.



Figura 13 - Transferência em Bloco.



Figura 14 - Posicionar prancha ou lençol deslizante sob o paciente.



Figura 15 - Ajustar prancha ou lençol deslizante sob o paciente.



Figura 16 - Mover o paciente para cama.



Figura 17 - Retirar a prancha ou lençóis móvel e acomodar o paciente no leito.



Fonte: Fonte das Figuras 12 a 17: Adaptado de wikiHow. Adaptação visual e reorganização da sequência do procedimento elaboradas para este *e-book* com auxílio do ChatGPT (OpenAI). https://www.wikihow.com/Safely-Transfer-a-Patient

Alertas

- Elaborar um plano individualizado de Manuseio e Movimentação Segura de Pacientes;
- Trabalhar em equipe em movimentações mais pesadas;
- Manter a coluna reta (neutra) durante movimentos;
- Ativar os músculos do abdômen e região lombar ao fazer força;
- Evitar torções da coluna; sempre girar o corpo com os pés;
- Aproximar-se do paciente para reduzir o esforço;
- Utilizar alavancas mecânicas e equipamentos de apoio sempre que possível.

Para complementar a compreensão do conteúdo apresentado, recomenda-se a visualização dos vídeos disponíveis nos *links* a seguir, que demonstram de forma prática a técnica descrita.

Safe Patient Handling in Health Care

https://www.bing.com/videos/riverview/relatedvideo?q=7+tips+nurses+should+know+about+safe+patient+handling&mid=296AAC0D8011B3639B7F296AAC0D8011B3639B7F&FORM=VIRE

UCI Health | How to Safely Transfer a Patient from Their Bed

youtube.com/watch?v=6E4cb8NdV44&embeds_referring_euri=https%3A%2F%2Fwww.wikihow.com%2F&source_ve_path=OTY3MTQ

IV HIGIENE CORPORAL

Seção 1 – Princípios da higiene corporal no paciente. Tipos de higiene

Autora: Rosana Pires Russo Bianco (Docente)

Definição

A Higiene Corporal do paciente visa promover saúde, bem-estar e autoestima, prevenindo infecções e odores, revitalizando a pele e permitindo avaliação física, educação em saúde e fortalecimento do vínculo com o paciente.

Indicação

- Pacientes hospitalizados;
- Pacientes sob cuidados críticos;
- Alta dependência para autocuidado;
- Prescrição de repouso absoluto;
- Limitações físicas ou cognitivas;
- Incapacidade de realizar higiene oral de forma independente.

Dentre os tipos de Higiene Corporal, temos:

Quadro 1 - Tipos de Higiene Corporal.

Higiene	**Finalidade**
Corporal	Remover sujidades, secreções, suor e odores do corpo, promovendo bem-estar e prevenindo infecções.
Couro Cabeludo	Prevenir infestações (como piolhos), dermatites, e promover o conforto.
Íntima	Prevenir infecções geniturinárias e garantir conforto.
Facial	Remover secreções, oleosidade e impurezas do rosto.
Oral	Manter a cavidade bucal limpa, prevenir infecções (estomatite e pneumonia por aspiração), promover o conforto e bem-estar.
Tricotomia (remoção de pelos)	Realizada antes de procedimentos cirúrgicos ou em locais específicos para facilitar a higiene.

Seção 2 – Higiene do corpo

Autora: Rosana Pires Russo Bianco (Docente)

Definição

Os cuidados de higiene incluem atividades de limpeza e higiene pessoal que mantêm a limpeza e a aparência corporal.

Indicação

Indicado a pacientes independentes; sob cuidados críticos; alta dependência para o cuidado; repouso absoluto e que apresentam limitações no autocuidado.

Tipos de higiene do corpo

1. Banho de aspersão dos pacientes independentes;
2. Banho de aspersão aos pacientes semi-dependentes;
3. Banho no leito nos pacientes dependentes ou repouso absoluto.

1. Banho de aspersão dos pacientes independentes

Definição

O banho indicado para pacientes que conseguem realizar sua higiene de forma independente.

Indicação

É indicado para pacientes que possuem autonomia para se movimentar e manter o equilíbrio durante o banho, sem risco de quedas ou acidentes.

Material

- Sabonete Líquido;
- Shampoo;
- Creme Hidratante;
- Desodorante;
- Toalha de Banho;
- Toalha de Rosto;
- Piso;
- Pente de Cabelo;
- Jogos de Lençóis (Superior e Inferior);
- Fronha;
- Hamper com Saco Plástico.

Quadro 2 - Implementação.

Etapa		**Justificativa**
1	Realizar higiene das mãos	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
2	Realizar Meta 1* Confirmar nome completo do paciente, data de nascimento e nome completo da mãe	Garantir que o tratamento e o cuidado sejam aplicados à pessoa correta, reduzindo o risco de erros
*Meta Internacional de Segurança do Paciente		
3	Avaliar o estado geral do paciente	Verificar as condições clínicas que possam interferir no banho de aspersão (ex.: sinais vitais instáveis).
4	Explicar o procedimento ao paciente	Proporcionar conforto, reduzir ansiedade e obter cooperação do paciente.
5	Entregar roupas e itens de higiene para o paciente independente Figura 1	Evitar que falte material para higiene durante o banho.
6	Solicitar serviço do departamento de limpeza de material (DML)	Higienizar o banheiro evitando acidentes como queda.
7	Realizar troca de fronha e lençóis na cama	Facilitar retorno do paciente ao leito.
8	Realizar higiene das mãos	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
9	Registrar corretamente	Documentação padronizada garante seguimento adequado.

Figura 1 - Banho de aspersão dos pacientes independentes. Ilustração do paciente utilizando itens de higiene.



Fonte: Adaptado de wikiHow. Adaptação visual elaborada para este *e-book* com auxílio do ChatGPT (OpenAI). https://pt.wikihow.com/Dar-um-Banho-no-Leito

Alertas

- Elaborar um plano individualizado de Manuseio e Movimentação Segura de Pacientes.
- Avaliar a presença de fraqueza muscular ou instabilidade postural que pode levar a quedas no ambiente molhado.
- Identificar a presença de hipotensão, febre ou taquicardia, que podem indicar que o paciente não está em condições seguras para o banho.
- Verificar se paciente está utilizando calçado antiderrapante, para reduzir o risco de escorregões em pisos molhados.
- Orientar o paciente para evitar banhos quentes prolongados, pois o calor pode causar vasodilatação e queda da pressão arterial, resultando em tontura ou desmaio.
- Proteger e manter a integridade dos dispositivos durante o banho para evitar deslocamentos ou contaminação.

O que registrar?

O registro em prontuário deve incluir as seguintes informações:

- Data e horário;
- Tipo de banho (aspersão);
- Grau de dependência: independente;
- Condição clínica (lúcido, orientado, estável, sem queixas ou descrever);
- Deambulação sem auxílio;

- Orientações realizadas (risco de queda, uso de barras, campainha);
- Segurança (ambiente seguro, chinelo antiderrapante);
- Intercorrências (ausente ou descrever);
- Retorno ao leito sem auxílio;
- Tolerância ao procedimento (bem tolerado).

Exemplo:

"10h00 – Paciente em condição estável, consciente e colaborativo, com sinais vitais dentro dos parâmetros normais. Foi orientado sobre o procedimento do banho de chuveiro, incluindo medidas de segurança para prevenção de quedas e acidentes. Durante o banho, recebeu auxílio parcial, com utilização de materiais antideslizantes, controle da temperatura da água e proteção de curativos e dispositivo venoso periférico. O paciente tolerou bem o procedimento, sem apresentar desconfortos ou intercorrências. Após o banho, foi orientado sobre a secagem completa do corpo e realizada troca de roupas do paciente e enxoval do leito, promovendo conforto e higiene." Ass.: [nome do profissional de enfermagem], Coren: XXXX.

2. Banho de aspersão aos pacientes semi-dependentes

Definição

Procedimento de higiene corporal realizado no chuveiro, no qual o paciente participa parcialmente do cuidado, necessitando de auxílio da equipe para completar etapas do banho, devido à limitação física ou funcional.

Indicação

- Pacientes com dependência parcial para autocuidado;
- Presença de mobilidade reduzida, mas com capacidade de colaborar;
- Pacientes que mantêm controle postural (sentado ou com apoio);
- Quando há condições clínicas estáveis para deslocamento até o chuveiro;
- Situações em que o banho no leito não é necessário ou não é o mais indicado.

Material

- Sabonete Líquido;
- Shampoo;
- Creme Hidratante;
- Desodorante;
- Toalha de Banho;
- Toalha de Rosto;
- Piso;

- Pente de Cabelo;
- Jogos de Lençóis (Superior e Inferior);
- Fronha;
- Hamper com Saco Plástico;
- EPI: Caixa de Luvas de Procedimento e Avental.

Quadro 3 - Implementação.

Etapa		**Justificativa**
1	Realizar higiene das mãos	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
2	Realizar Meta 1* Confirmar nome completo do paciente, data de nascimento e nome completo da mãe	Garantir que o tratamento e o cuidado sejam aplicados à pessoa correta, reduzindo o risco de erros
*Meta Internacional de Segurança do Paciente		
3	Avaliar o estado geral do paciente	Verificar as condições clínicas que possam interferir no banho de aspersão (ex.: sinais vitais instáveis).
4	Explicar o procedimento ao paciente	Proporcionar conforto, reduzir ansiedade e obter cooperação do paciente.
5	Encaminhar o paciente ao banheiro (portas e janelas fechadas)	Evitar que falte material para higiene durante o banho.
6	Colocar itens de higiene e toalhas e piso no banheiro	Evitar que falte material para higiene durante o banho.
7	Abrir o chuveiro	Regular a temperatura da água e orientar o paciente sobre o manuseio dos registros.
8	Auxiliar o paciente a se despir	Evitar acidentes como queda, e só ajudar o paciente caso não consiga fazer sozinho.
9	Auxiliar na higiene corporal	Evitar que fique sujidades no corpo do paciente, porém se a situação permitir, deixá-lo realizar a higiene.
10	Enxugar o paciente	Evitar que o paciente fique úmido e observar as condições da pele.

Etapa		Justificativa
11	Auxiliar o paciente a se vestir e a se pentear	Proporcionar conforto, porém só fazer se o paciente não conseguir fazê-lo.
12	Realizar higiene das mãos	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
13	Solicitar serviço do departamento de limpeza de material (DML)	Higienizar o banheiro evitando acidentes como queda.
14	Realizar troca de fronha e lençóis na cama	Facilitar retorno do paciente ao leito.
15	Registrar corretamente	Documentação padronizada garante seguimento adequado.

Para complementar a compreensão do conteúdo apresentado, recomenda-se a visualização do vídeo disponível no *link* a seguir, que demonstra de forma prática a técnica descrita.

How to assist someone with a shower:
https://www.youtube.com/watch?v=awrSKeHYTOM

Alertas

- Manter a cadeira higiênica travada;
- Identificar a presença de hipotensão, febre ou taquicardia podem indicar que o paciente não está em condições seguras para o banho;
- Verificar se paciente está utilizando calçado antiderrapante, para reduzir o risco de escorregões em pisos molhados;
- Orientar quanto ao uso do suporte (barras ou cadeiras de banho), pois auxilia a estabilidade e segurança, especialmente em idosos ou pacientes com mobilidade reduzida;
- Garantir supervisão durante todo o banho, quando necessário, para prevenir quedas, síncopes e outras intercorrências durante o banho;
- Orientar o paciente para evitar banhos quentes prolongados, pois o calor pode causar vasodilatação e queda da pressão arterial, resultando em tontura ou desmaio;
- Proteger e manter a integridade dos dispositivos durante o banho para evitar deslocamentos ou contaminação.

O que registrar?

O registro em prontuário deve incluir as seguintes informações:

- Data e horário;
- Tipo de banho;
- Grau de dependência: semi-dependente;
- Condição clínica (lúcido, orientado, estável ou descrever);
- Necessidade de auxílio parcial (higiene/dificuldade motora);
- Deambulação: com auxílio (profissional/dispositivo);
- Recursos utilizados: Cadeira de banho/barras de apoio/andador (se houver);
- Orientações realizadas (risco de queda, campainha, segurança);
- Cuidados com dispositivos (acesso venoso, cateteres);
- Intercorrências (ausente ou descrever);
- Retorno ao leito: com auxílio/sem auxílio;
- Tolerância ao procedimento (bem tolerado ou não).

Exemplo:

"10h00 – paciente encaminhado para banho de aspersão, acompanhado por profissional de enfermagem. Apresenta-se em condição estável, consciente, colaborativo, com sinais vitais dentro dos parâmetros normais e nível de dependência parcial (semi-dependente), necessitando de auxílio para locomoção e auxílio durante a higienização. Durante o banho, recebeu auxílio para acesso aos produtos de higiene e controle da temperatura da água, protegendo curativos e dispositivo venoso periférico. O paciente tolerou bem o procedimento, sem apresentar desconfortos ou intercorrências. Após o banho, foi realizada a secagem completa do corpo, troca de roupas do paciente e enxoval do leito, promovendo conforto e higiene". Ass.: [nome do profissional de enfermagem], Coren: XXXX.

3. Higiene ou Banho no leito nos pacientes dependentes ou repouso absoluto

Definição

O banho no leito é a higienização completa do paciente sem necessidade de transferi-lo para o chuveiro ou banheiro, realizado no próprio leito.

Indicação

- Pacientes acamados;
- Incapacidade de deambular até o chuveiro;
- Dependência total ou importante para autocuidado;
- Pós-operatório imediato;
- Estado clínico instável (hemodinâmica/respiratória);
- Pacientes em ventilação mecânica;

- Presença de dispositivos invasivos (drenos, cateteres);
- Déficits neurológicos (rebaixamento de consciência, sedação);
- Limitações físicas importantes (fraqueza, imobilidade, dor intensa).

Material

- Sabonete Líquido;
- Shampoo;
- Creme Hidratante;
- Desodorante;
- Toalha de Banho;
- Toalha de Rosto;
- Piso;
- Pente de Cabelo;
- Jogo de Lençóis (Superior e Inferior);
- Fronha;
- Hamper com Saco Plástico;
- Intermediário Impermeável;
- Cobertura Intermediária;
- Toalhas Higiênicas;
- Recipientes em polietileno de alta densidade (material reciclável) uma para água morna e outro para sabonete líquido ou duas bacias e um jarro;
- Biombo;
- EPI caixa de luvas de procedimento e avental.

Quadro 4 - Implementação.

Etapa		**Justificativa**
1	Realizar higiene das mãos	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
2	Realizar Meta 1* Confirmar nome completo do paciente, data de nascimento e nome completo da mãe	Garantir que a aferição e as condutas clínicas subsequentes sejam realizadas no paciente correto, reduzindo o risco de erros na avaliação, no diagnóstico e no tratamento.
*Meta Internacional de Segurança do Paciente		
3	Avaliar o estado geral do paciente	Verificar as condições clínicas que possam interferir no banho de aspersão (ex.: sinais vitais instáveis).
4	Explicar o procedimento ao paciente (procurar respeitar as preferências sempre que possível)	Proporcionar conforto, reduzir ansiedade e obter cooperação do paciente.
5	Utilizar os EPIs (luvas, avental, máscara, óculos, se necessário)	Proteger o profissional e o paciente contra infecções e contaminações cruzadas.
6	Colocar biombo ou cortina em volta do paciente	Preservar a dignidade e a imagem do paciente.
7	Calçar as luvas de procedimento Figura 2	Reduz risco de contaminação direta com secreções e fluidos corporais.
8	Abaixar a grade da cama Figura 3	Facilitar o acesso ao corpo para a higienização completa.
9	Retirar o excesso de roupa de cama removendo coxins, cobertor e soltar a roupa de cama	Facilitar a movimentação, garantir higiene eficaz, evitar umidade e prevenir desconforto ou lesões na pele.
10	Atentar para a presença de tubos, drenos e/ou cateteres	Evitar acidentes como remoção e trações acidentais.
11	Preparar recipientes ou jarra e bacia com água aquecida entre 36-40°C Figura 4	Promover o conforto térmico e prevenção de hipotermia e queimaduras, pois: - Temperatura abaixo de 36°C, especialmente em pacientes acamados e debilitados, podem levar à queda da temperatura corporal, provocando tremores, vasoconstrição e instabilidade clínica. - Temperatura acima de 40°C pode causar queimaduras, especialmente em idosos, crianças, pacientes com neuropatias ou sensibilidade reduzida. - Temperatura equilibrada promove vasodilatação periférica leve, ajudando na circulação sanguínea e relaxamento muscular.

Etapa		Justificativa
12	Verificar temperatura da água antes de iniciar	Prevenir as lesões térmicas e respeitar o conforto térmico do paciente.
13	Umedecer e ensaboar lenços de banho Figura 5	Preparar o material para início da higienização.
14	Higienizar a face Figura 6	Prevenir infecções oculares, no nariz e boca bem como a pele da face. Manter a integridade da pele e mucosas (remoção de suor, oleosidade e secreções).
15	Higienizar a cavidade oral conforme seção 5	Prevenir infecções sistêmicas, conforto e saúde bucal.
16	Enxugar e cobrir o paciente, após a limpeza de cada região do corpo Figura 7	Evitar a exposição desnecessária e preserva a imagem do paciente.
17	Higienizar membros superiores e axilas com movimentos longos, firmes e circulares, partindo da região distal para proximal Figura 8	Estimular a circulação e remove impurezas da pele.
18	Imergir as mãos do paciente na água e secar	Promover a lavagem e secagem das mãos, inclusive entre os dedos.
19	Cortar unhas se necessário	Previne unhas encravadas e arranhões na pele.
20	Higienizar tórax, (entre mamas)	Remover suor e secreções, reduzir a proliferação de microrganismos, prevenir assaduras, infecções e lesões de pele.
21	Higienizar abdome (pregas, cicatriz umbilical) Figura 9	Diminuir quantidade de micro-organismos de áreas propensas à umidade e colonização microbiana.
22	Higienizar membros inferiores, usando movimentos curtos e rápidos. Secar a perna cuidadosamente do tornozelo para o joelho, e do joelho para a coxa	Estimular circulação e promover o retorno venoso. Não massagear panturrilha, pois pacientes acamados têm menor mobilidade, o que favorece a formação de coágulos (trombos) nas veias profundas, especialmente nesta região.
23	Imergir os pés do paciente na água e secar	Promover a lavagem e secagem dos pés, inclusive entre os dedos. Prevenir micoses e lesões.

Etapa		Justificativa
24	Lavar e secar os pés, entre os dedos	Evitar umidade entre os dedos previne fungos, micoses e infecções, especialmente em pacientes com diabetes.
25	Cortar unhas se necessário	Previne unhas encravadas e arranhões na pele.
26	Higiene íntima conforme seção 4 (se paciente não realizar sozinho)	Prevenção de infecções geniturinárias.
27	Posicionar paciente em decúbito lateral para lavar o dorso Figura 10	Retirar sujidades e prevenção de lesões por pressão na região dorsal.
28	Secar dorso e inspecionar quanto a lesões	Retirar umidade da pele e possibilitar detecção precoce de lesão por pressão.
29	Hidratar a pele com loção e realizar massagem de conforto	Prevenir o ressecamento e promover bem-estar.
30	Fazer desinfecção do colchão com solução (quaternário de amônio de 3 e 4ª geração, peróxido de hidrogênio, álcool etílico 70% (INPM) pós lateralização	Prevenir infecção cruzada e controle ambiental.
31	Realizar troca de fronha, lençol móvel, impermeável e lençóis na cama Figura 11	Manter o leito limpo, reduzir o risco de infecções, evitar umidade e garantir conforto, segurança e dignidade ao paciente.
32	Conferir fixação de cateteres e drenos	Prevenir trações de dispositivos, infecções e desconforto.
33	Trocar a roupa do paciente Figura 12	Proporcionar higiene e conforto.
34	Escolher uma posição e colocar coxins	Proporcionar posição anatômica e conforto, ao paciente.
35	Subir as grades do leito e manter a cama baixa após procedimento	Segurança física e prevenção de quedas.
36	Descartar materiais sujos no hamper e resíduo infectante	Evitar contaminação ambiental e manter ambiente limpo.
37	Retirar luvas e higienizar as mãos	Interromper a cadeia de transmissão de patógenos.
38	Recompor a unidade, organizar materiais	Proporcionar ambiente limpo e funcional.

Etapa		Justificativa
39	Registrar corretamente	Fazer anotações no prontuário: condições da pele, lesões, sinais de alerta, cuidados realizados

A massagem de conforto é uma técnica de cuidado direto, baseada no toque intencional, que promove vínculo entre profissional e paciente, melhora a qualidade da assistência e proporciona bem-estar.

Na prática de enfermagem, especialmente no cuidado com idosos, a massagem envolve seis etapas principais:

Quadro 5 - Etapas.

Técnica	Descrição	Efeitos
Deslizamento	Movimentos suaves e rítmicos com as mãos ou dedos.	Relaxa, alivia dor, ansiedade, melhora circulação superficial e reduz edemas.
Pressões	Pressão por pontos com diferentes intensidades (baixa a alta).	Estimula a circulação; contraindicada em hipertensos.
Amassamento	Movimentos de torção e compressão muscular com os dedos.	Aumenta metabolismo, elimina toxinas, melhora flexibilidade e reduz retenção líquida.
Fricção	Pressão localizada, em movimento circular ou linear.	Estimula cicatrização, reduz dor e rigidez, ativa fibras de colágeno.
Percussão	Batidas leves ou intensas com as mãos (tipo leque).	Tonifica músculos, melhora circulação, libera secreções e hormônios do prazer.
Vibração	Tremores com as mãos ou vibrador mecânico.	Efeito relaxante e calmante.

Figura 2 Calçar as luvas de procedimento.



Figura 3 - Abaixar a grade da cama.



Figura 4 - Preparar recipientes ou jarra e bacia com água aquecida entre 36-40°C.



Figura 5 - Umedecer e ensaboar lenços de banho.



Figura 6 - Umedecer e ensaboar lenços de banho.



Figura 7 - Umedecer e ensaboar lenços de banho.



Figura 8 - Higienizar membros superiores e axilas com movimentos longos, firmes e circulares, partindo da região distal para proximal.



Figura 9 - Higienizar abdome (pregas, cicatriz umbilical).



Figura 10 - Posicionar paciente em decúbito lateral para lavar o dorso.

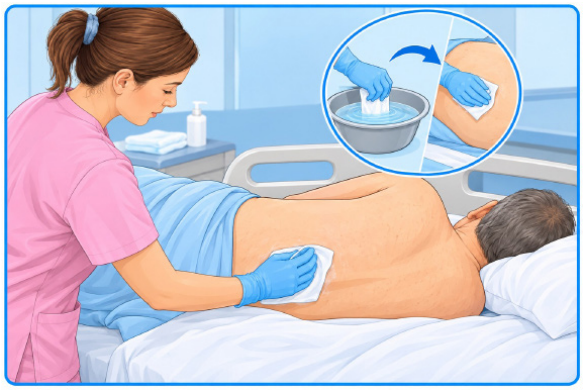


Figura 11 - Realizar troca de fronha, lençol móvel, impermeável e lençóis na cama.





Figura 12 - Troca a roupa do paciente.

Fonte: Adaptado de wikiHow. Adaptação visual elaborada para este *e-book* com auxílio do ChatGPT (OpenAI). https://pt.wikihow.com/Dar-um-Banho-no-Leito

Alertas

- Realizar a higiene no leito, quando possível com Descartável–BLD, pois o mesmo tem se demonstrado 4,5 vezes mais eficaz na redução da carga microbiana da pele em comparação ao modelo Convencional-BLC. Este banho é realizado com lenços macios (não tecido), e que para preservar o pH ácido do manto da pele, podem vir impregnados com hidratante enriquecido de vitamina E, surfactantes não iônicos e água deionizada, conservantes (biguanida) livres de cloro e outros minerais.
- Hidratar sempre a pele, pois quando ela fica ressecada por apresentar uma flexibilidade reduzida e formar rachaduras.
- Atentar para alterações nos sinais vitais, como por exemplo: hipotensão, taquicardia ou instabilidade cardíaca, alterações respiratórias e hipotermia ou hipertermia durante a higiene.
- Evitar a fricção excessiva ou utilização de produtos inadequados, pois podem causar irritação ou lesão na pele.

O que registrar?

O registro em prontuário deve incluir as seguintes informações:

- Data e horário;
- Tipo de banho (banho no leito);
- Condição clínica (consciência, estabilidade, queixas);
- Grau de dependência (geralmente dependente total);
- Técnica realizada (completa/parcial);
- Cuidados com dispositivos (cateteres, drenos);
- Avaliação da pele (integridade, hiperemia, lesão por pressão);
- Higiene íntima realizada (sim/não);
- Troca de roupas/enxoval;
- Medidas de conforto (hidratação da pele, posicionamento);
- Intercorrências (ausente ou descrever);
- Resposta do paciente (tolerância ao procedimento).

Exemplo:

"10h00 – Realizada higiene/banho no leito em paciente idoso, acamado, com colaboração parcial. Utilizadas toalhas umedecidas com produto neutro, respeitando áreas sensíveis e protegendo dispositivos invasivos (cateter venoso periférico e dreno) com plástico filme. Paciente em posição semi-Fowler, com apoio de travesseiros. Durante o procedimento, apresentou leve desconforto nos membros inferiores, aliviado com ajuste de posição e orientação verbal. Pele íntegra, sem lesões ou eritema. Feita a troca de roupas do paciente e enxoval do leito, promovendo conforto e higiene". Ass.: [nome do profissional de enfermagem], Coren: XXXX.

Seção 3 – Higiene do couro cabeludo

Autora: Rosana Pires Russo Bianco (Docente)

Definição

Consiste na lavagem dos cabelos e couro cabeludo, visando a remoção de sujidades, estimulação da circulação sanguínea da região e promoção de bem-estar ao paciente.

Indicação

- Pacientes acamados ou com mobilidade reduzida;
- Incapacidade de realizar higiene capilar de forma independente;
- Presença de oleosidade excessiva ou sujidade visível;
- Sudorese intensa (febre, permanência prolongada no leito);
- Pacientes em pós-operatório que não podem ir ao chuveiro;
- Prevenção de infecções e dermatites;
- Promoção do bem-estar e autoestima.

Material

- Luvas de procedimento;
- Bacia com água;
- Balde;
- Jarra;
- Protetor auricular (algodão);
- Shampoo;
- Biombo;
- Toalha de banho;
- EPIs (máscara descartável, avental).

Quadro 6 - Implementação.

Etapa		Justificativa
1	Realizar higiene das mãos	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
2	Realizar Meta 1* Confirmar nome completo do paciente, data de nascimento e nome completo da mãe	Garantir que a aferição e as condutas clínicas subsequentes sejam realizadas no paciente correto, reduzindo o risco de erros na avaliação, no diagnóstico e no tratamento.
*Meta Internacional de Segurança do Paciente		
3	Avaliar o estado geral do paciente	Verificar as condições clínicas que possam interferir no banho de aspersão (ex.: sinais vitais instáveis).
4	Explicar o procedimento ao paciente	Proporcionar conforto, reduzir ansiedade e obter cooperação do paciente.
5	Utilizar os EPIs (luvas, avental, máscara, óculos), se necessário	Proteger o profissional e o paciente contra infecções e contaminações cruzadas.
6	Colocar biombo ou cortina em volta do paciente	Preservar a dignidade e a imagem do paciente.
7	Abaixar/retirar grades e roupas de cama (com atenção aos cateteres e sondas)	Evitar acidentes como quedas, extubações e trações acidentais.
8	Organizar o material sobre mesa de apoio	Garantir que os materiais necessários estejam visíveis e acessíveis.
9	Preparar recipientes ou jarra e bacia com água aquecida entre 36-40°C	Promover o conforto térmico e prevenção de hipotermia e queimaduras.
10	Calçar as luvas de procedimento	Reduz risco de contaminação direta com secreções e fluidos corporais.
11	Proteger os ouvidos do paciente com bolas de algodão	Evitar que a água ou produtos de higiene entrem no canal auditivo do paciente, o que poderia causar desconforto, irritações ou até infecções.
12	Verificar temperatura da água antes de iniciar	Prevenir as lesões térmicas e respeitar o conforto térmico do paciente.
13	Colocar a bacia sob a cabeça do paciente, segurando o pescoço com uma das mãos Figura 13	Ajudar a coletar a água ou os resíduos durante o procedimento, mantendo o ambiente limpo. Segurar o pescoço com uma das mãos oferece segurança ao paciente, evitando movimentos que possam causar desconforto ou lesões.

Etapa		Justificativa
14	Umedecer os cabelos com água com a outra mão	Facilitar a aplicação do xampu ou sabonete, além de preparar o couro cabeludo para a massagem.
15	Proteger os olhos	Evitar que resíduos de shampoo caiam nos olhos, o que poderia causar irritação ou outras reações indesejadas.
16	Aplicar o shampoo nos cabelos e massagear o couro cabeludo	Massagear o couro cabeludo contribui para a remoção de sujidades, oleosidade e outras impurezas do couro cabeludo e fios limpeza, e possibilita o relaxamento e a circulação sanguínea na região.
17	Enxaguar para remover o shampoo	Evitar que resíduos de shampoo permaneçam nos fios ou no couro cabeludo, o que poderia causar irritação, coceira ou outras reações indesejadas.
18	Desprezar a água da bacia no balde	Descartar a água suja de forma apropriada para evitar a contaminação do ambiente.
19	Colocar o creme condicionador na palma da mão, espalhando pelos cabelos, se necessário	Manter o cabelo hidratado.
20	Retirar a bacia e envolver a toalha na cabeça do paciente	Manter o calor corporal, especialmente em pacientes acamados, idosos ou debilitados, que são mais sensíveis à perda de temperatura (hipotermia).
21	Secar o cabelo da paciente com secador se possível	Secar completamente os cabelos garantindo remoção da umidade e manutenção do conforto térmico, evitando assim a proliferação de fungos e bactérias, e risco de dermatite seborreica, micoses ou odor desagradável.
22	Trocar roupa de cama e colocar roupa limpa	Proporcionar conforto, higiene e segurança do paciente.
23	Elevar o decúbito do paciente	Proporcionar posição anatômica e conforto.
24	Subir as grades do leito após procedimento	Segurança física e prevenção de quedas.
25	Descartar materiais sujos no hamper e resíduo infectante	Evitar contaminação ambiental e manter ambiente limpo.
26	Retirar luvas e higienizar as mãos	Interromper a cadeia de transmissão de patógenos.
27	Recompor a unidade e organizar materiais	Proporcionar ambiente limpo e funcional.
28	Registrar corretamente	Fazer anotações no prontuário: condições da pele, lesões, sinais de alerta, cuidados realizados.

Figura 13 - Higiene do couro cabeludo. Ilustração da posição da cabeça da paciente durante a higiene do couro cabeludo.



Fonte: Imagem gerada por inteligência artificial (ChatGPT, OpenAI), especialmente para este *e-book*.

Alertas

- Realizar o procedimento de forma ágil, evitando que se prolongue excessivamente, a fim de prevenir desconforto térmico ao paciente.
- Observar atentamente o couro cabeludo durante o processo e comunicar imediatamente qualquer sinal de queda acentuada de cabelo, presença de pediculose ou lesões na região.

O que registrar?

O registro em prontuário deve incluir as seguintes informações:

- Data e horário;
- Procedimento realizado (higiene do couro cabeludo);
- Condição clínica (consciência, estabilidade, queixas);
- Grau de dependência (independente, semi ou dependente);
- Técnica utilizada (no leito / lavatório / com dispositivo);
- Produtos utilizados (shampoo, solução específica);
- Integridade do couro cabeludo (lesões, descamação, prurido, sujidade);
- Condições dos cabelos (oleosidade, presença de resíduos);
- Resposta do paciente (tolerância, conforto).

Exemplo:

"10h00 – Realizado procedimento de higiene do couro cabeludo, paciente em decúbito dorsal, colaborativo e consciente. Couro cabeludo higienizado com água e shampoo neutro, sem intercorrências durante a lavagem. Observada lesão por pressão (LPP) na região occipital, com aproximadamente 2 cm de diâmetro, bordas irregulares, eritematosa, sem exsudato. Comunicada à equipe de enfermagem para avaliação e conduta. Realizada proteção local com coxim."

Ass.: [nome do profissional de enfermagem], Coren: XXXX.

Seção 4 – Higiene íntima

Autora: Rosana Pires Russo Bianco (Docente)

Definição

A higiene íntima em pacientes acamados consiste na limpeza da região genital e perineal, visando a remoção de sujidades e secreções, a prevenção de infecções, a preservação da integridade da pele e mucosas, além de proporcionar conforto e bem-estar.

Indicação

A higiene íntima deve ser realizada em pacientes nas seguintes condições:

- Dependentes ou com mobilidade reduzida;
- Após eliminações fisiológicas;
- Uso de dispositivos invasivos (cateter vesical de demora);
- Pré e pós-procedimentos (cateterismos vesical, cirurgias ginecológicas ou urológicas).

Materiais

- EPIs: óculos protetores, avental, máscara cirúrgica e luvas de procedimentos;
- Bandeja e jarra;
- Toalha de banho;
- Biombo;
- Lençol;
- Comadre;
- Sabonete líquido ou solução degermante antisséptica.

Quadro 7 - Implementação.

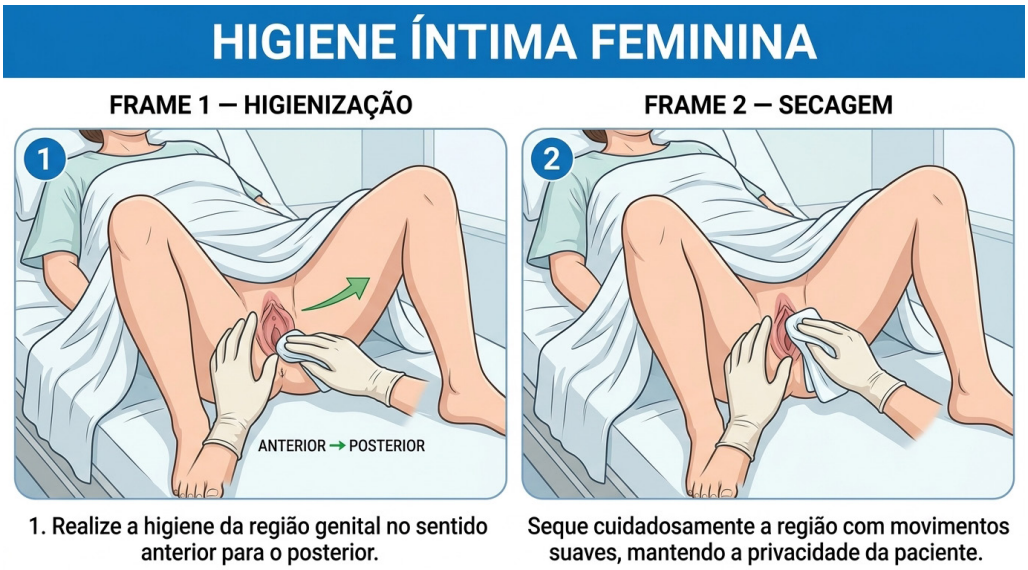
Etapa		**Justificativa**
1	Realizar higiene das mãos	"Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
2	Realizar Meta 1* Confirmar nome completo do paciente, data de nascimento e nome completo da mãe	Garantir que a aferição e as condutas clínicas subsequentes sejam realizadas no paciente correto, reduzindo o risco de erros na avaliação, no diagnóstico e no tratamento.
*Meta Internacional de Segurança do Paciente		
3	Reunir os materiais e encaminhá-los ao leito do paciente	Evitar que falte algum tipo de material após o procedimento ter iniciado.
4	Explicar o procedimento ao paciente	Proporcionar conforto, reduzir ansiedade e obter cooperação do paciente.
5	Proteger o leito com biombo	Preservar a privacidade do paciente.
6	Ajustar a altura do leito conforme altura dos profissionais	Reduz o esforço físico e a sobrecarga na coluna, dos profissionais, prevenindo lesões ocupacionais.
7	Colocar os EPI	Proteger o profissional contra secreções biológicas e prevenir infecções cruzadas.
8	Colocar forro impermeável sob a região glútea do paciente	Evitar umidade e sujidade no leito, mantendo a cama limpa e seca.
9	Colocar o lençol dobrado em diagonal sobre o abdome do cliente com uma das pontas cobrindo a genitália.	Preservar a privacidade e dignidade do paciente durante o procedimento.
10	Retirar a roupa íntima e/ou fralda descartável	Permitir acesso à região genital e evitar contaminação durante a higiene.
11	Remover as fezes ou secreções com toalha higiênica úmida com água morna e sabonete líquido, desprezando-os no recipiente de descarte, conforme orientações do PGRSS da instituição	Reduzir a carga de microrganismos, prevenir infecção e respeitar protocolos de biossegurança.
12	Flexionar as pernas e afastar os joelhos flexionados do paciente	Facilitar o acesso à região genital e perineal, proporcionando maior eficiência na higiene.
13	Colocar a comadre sob as nádegas	Coletar água e secreções, evitando sujidade no leito.

Etapa		Justificativa
14	Expor a região genital e observar as características, detectando qualquer tipo de alteração	Identificar alterações e registrar achados clínicos relevantes.
15	**Higiene de paciente feminina** Abaixo	
16	**Higiene de paciente masculina** Abaixo	
Após a realização da higiene, respeitando as particularidades conforme o sexo do paciente, seguir os passos descritos a seguir.		
17	Trocar roupa de cama do paciente se necessário	Manter o paciente em local limpo e seco.
18	Aplicar uma fina camada de creme barreira.	Proteger a pele e mucosa de umidade e secreções (película protetora), evitando o contato direto com urina, fezes, suor ou secreções vaginais/penianas, prevenindo dermatite de contato, maceração e lesão por pressão na região perineal.
19	Retirar a comadre e colocar o paciente em posição confortável	Prevenir quedas acidentais da comadre, melhorar a circulação e promove bem-estar físico e emocional ao paciente.
20	Colocar a fralda descartável ou a roupa íntima	Manter a higiene e proteger a pele. Favorecer a privacidade do paciente.
21	Recolher os materiais	Evitar risco de acidentes, contaminação ambiental e promover organização do ambiente.
22	Despejar a água da comadre no vaso sanitário situado no quarto do paciente	Minimizar o risco de contaminação cruzada, prevenir disseminação de microrganismos e odores desagradáveis, garantindo segurança microbiológica e conforto.
23	Retirar os EPIs	Prevenir a auto contaminação do profissional, respeitando normas de biossegurança.
24	Recompor a unidade e o cliente	Preservar a organização do espaço, manter o ambiente limpo e seguro, além de promover conforto e bem-estar ao paciente.
25	Atender às normas de controle de infecção hospitalar e gerenciamento de resíduos, reduzindo riscos ambientais e ocupacionais.	Atender às normas de controle de infecção hospitalar e gerenciamento de resíduos, reduzindo riscos ambientais e ocupacionais.
26	Realizar higiene das mãos	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
27	Registrar corretamente	Fazer anotações no prontuário: condições da mucosa, pele, sinais de alerta, cuidados realizados.

Proceder a higiene na paciente do sexo feminino, conforme os passos a seguir:		
1	Higienizar delicadamente a região dos grandes lábios, seguida dos pequenos lábios e do sulco interlabial, em sentido anteroposterior (da frente para trás) e em movimentos únicos, trocando a toalhinha Figura 14	Prevenir infecção ascendente ao evitar que bactérias da região anal migrem para a uretra ou vagina. Manter a limpeza sem causar trauma ou desconforto, respeitando estruturas sensíveis. Prevenir o acúmulo de corrimento vaginal, suor, urina, contaminação fecal e odor corporal desagradável.
2	Realizar a exposição do meato uretral e higienizar em movimento circular	Prevenir infecção do trato urinário, especialmente em pacientes sondados. Atentar que mulheres saudáveis têm uma microbiota da vulva diversificada, e estas podem incluir estafilococos, lactobacilos, estreptococos, bastonetes gram-negativos, leveduras e espécies de origem fecal.
3	Desprezar a toalha higiênica utilizada no recipiente de descarte	Evitar contaminação do ambiente.
4	Enxaguar a área cuidadosamente	Remover resíduos de sabão, evitar lesão da pele, da mucosa e desconforto.
5	Secar com a toalha de banho	Evitar irritação e umidade que favorecem infecções fúngicas e bacterianas.
6	Pedir à paciente para abaixar as pernas	Promover uma posição confortável.
Proceder a higiene no paciente do sexo masculino, conforme os passos a seguir:		
1	Cobrir abdome e coxas, expondo apenas a genitália	Preservar a privacidade e dignidade do paciente durante o procedimento.
2	Segurar o pênis perpendicularmente ao corpo com a mão não dominante, tracionando o prepúcio delicadamente (se não circuncidado). Figura 15	Expor a glande para remover esmegma e prevenir balanopostite. Esmegma: substância esbranquiçada ou amarelada, de consistência pastosa, que se acumula na região genital, composta por células epiteliais descamadas, secreções das glândulas sebáceas e restos de urina.
3	Higienizar o meato uretral em movimento circular, do centro para fora com toalha higiênica umedecida em água morna e sabonete líquido Figuras 14 e 15	Reduzir risco de infecção urinária, limpando da área mais limpa para a mais contaminada.
4	Lavar corpo do pênis e bolsa escrotal, inclusive pregas inferiores no sentido anteroposterior	Remover secreções, suor e células descamadas, prevenindo irritações e micoses.

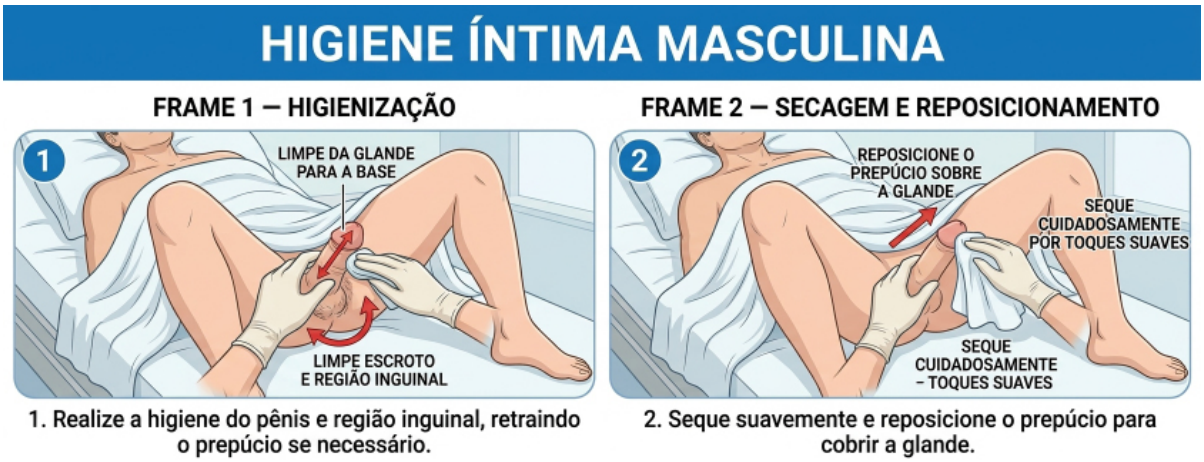
Proceder a higiene no paciente do sexo masculino, conforme os passos a seguir:		
5	Enxaguar e secar cuidadosamente a área higienizada	Evitar irritação e umidade que favorecem infecções fúngicas e bacterianas.
6	Recolocar o prepúcio em posição natural	Evitar garroteamento do prepúcio ao redor do corpo do pênis, o que pode causar edema local; desconforto; e, se não corrigido, uma lesão uretral permanente.
7	Retorná-lo para uma posição confortável e segura.	Gerar conforto ao paciente.

Figura 14 - Técnica de higiene íntima feminina. Ilustração da limpeza do períneo ao reto (Anteroposterior).



Fonte: : Adaptado Chapter 12 Hygiene (Personal Hygiene) BOOK TITLE: Basic Concepts of Nursing Procedures. Adaptação visual elaborada para este *e-book* com auxílio do Google Gemini.
https://www.jaypeedigital.com/book/9789350902844/chapter/ch12

Figura 15 - Técnica de higiene íntima masculina. Ilustração da limpeza da glande e corpo do pênis.



Fonte: Adaptado Chapter 12 Hygiene (Personal Hygiene) BOOK TITLE: Basic Concepts of Nursing Procedures. Adaptação visual elaborada para este *e-book* com auxílio do Google Gemini.
https://www.jaypeedigital.com/book/9789350902844/chapter/ch12

Alertas

- Manter a cadeira higiênica.
- Na presença de lesões de pele, a higiene íntima deve ser realizada antes do curativo; e quando infectadas fazer com clorexidina degermante 2%.
- Substituir a comadre por forros impermeáveis e lençóis durante a higiene íntima, na presença de lesão por pressão na região sacral, com a finalidade de evitar ferir a pele e provocar sangramentos.
- Utilizar a solução degermante antisséptica para a higienização íntima no pré-operatório e no preparo para exames e para cateterismos.

O que registrar?

O registro em prontuário deve incluir as seguintes informações:

- Data e horário;
- Procedimento realizado;
- Condições da pele e mucosa;
- Presença de hiperemia, lesões, secreção (cor/odor), edema e prurido;
- Feminino: ântero-posterior;
- Masculino: glande / reposição do prepúcio;
- Dispositivos (cateteres, fralda);
- Produtos utilizados.

Exemplo de registro de enfermagem – higiene íntima feminina:

"12h00 - Realizada higiene íntima em paciente do sexo feminino, dependente para autocuidado. Paciente lúcida, orientada e hemodinamicamente estável.

Higiene realizada no sentido ântero-posterior, com uso de água e sabonete neutro.

Região íntima íntegra, sem presença de lesões, hiperemia ou secreções. Mantidos cuidados com fralda, realizada troca. Procedimento realizado sem intercorrências, paciente confortável ao término." Ass.: [nome do profissional de enfermagem], Coren: XXXX.

Exemplo de registro de enfermagem – higiene íntima masculina:

"14h00 - Realizada higiene íntima em paciente do sexo masculino, dependente para autocuidado. Paciente lúcido, orientado e hemodinamicamente estável.

Realizada exposição da glande, higiene adequada da região, com posterior reposicionamento do prepúcio. Região íntima íntegra, sem lesões, hiperemia ou secreções. Mantidos cuidados com fralda, realizada troca. Procedimento realizado sem intercorrências, paciente confortável ao término." Ass.: [nome do profissional de enfermagem], Coren: XXXX.

Seção 5 – Higiene oral

Autora: Rosana Pires Russo Bianco (Docente)

Definição

Conjunto de cuidados e procedimentos realizados na cavidade bucal com o objetivo de manter a limpeza, prevenir infecções e complicações, bem como promover o conforto e o bem-estar.

Indicação

A higiene oral é indicada em pacientes debilitados para:

1. Evitar a proliferação de microrganismos patogênicos que podem causar infecções locais, como gengivites, periodontites, candidíase oral, além de infecções sistêmicas, como pneumonia aspirativa.
2. Prevenir lesões, úlceras e fissuras na boca.
3. Reduzir a formação de placa bacteriana, prevenindo cáries e doenças periodontais.
4. Prevenir a xerostomia (boca seca), a halitose (mau hálito) e o desconforto causado pela presença de resíduos.
5. Favorecer a mastigação, deglutição e a fala.
6. Minimizar o risco de infecções respiratórias, bacteremias e endocardites, especialmente em pacientes com doenças crônicas.

Materiais

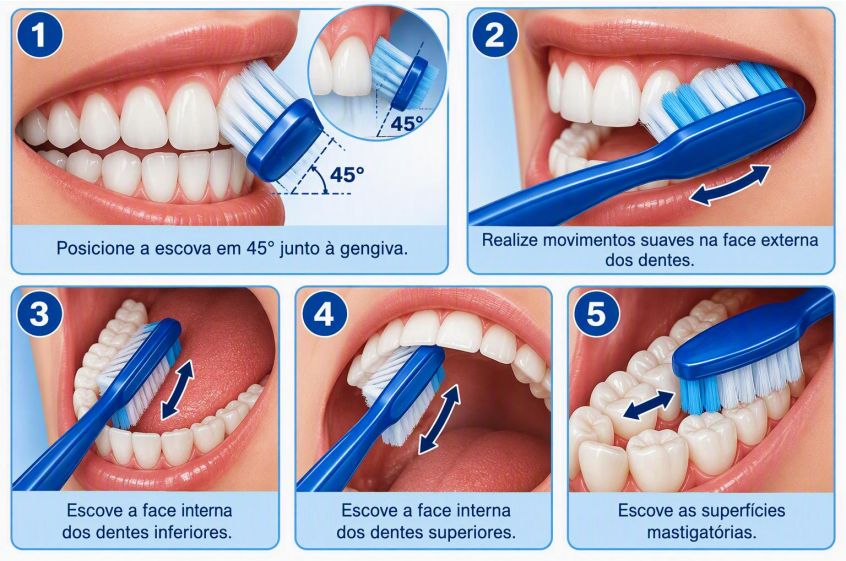
- Escova de dentes (cerdas macias) ou espátula com gaze;
- Creme dental ou solução antisséptica (clorexidina gel a 2%, água com bicarbonato);
- Luvas de procedimento;
- Copo com água ou enxaguante bucal;
- Seringa com água para enxágue, nas situações em que o paciente não consegue cuspir;
- Abaixador de língua;
- Lanterna de bolso;
- Aspirador;
- Sonda de aspiração nº 10;
- Cânula de Guedel (pacientes não colaborativos);
- Lubrificante labial hidrossolúvel;
- Toalha de rosto;
- Cuba rim.

Quadro 8 - Implementação.

Etapa		Justificativa
1	Realizar higiene das mãos	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
2	Realizar Meta 1* Confirmar nome completo do paciente, data de nascimento e nome completo da mãe	Garantir que a aferição e as condutas clínicas subsequentes sejam realizadas no paciente correto, reduzindo o risco de erros na avaliação, no diagnóstico e no tratamento.
*Meta Internacional de Segurança do Paciente		
3	Explicar o procedimento ao paciente	Proporcionar conforto, reduzir ansiedade e obter cooperação do paciente.
4	Avaliar a presença de reflexo do engasgo	Testar o paciente colocando o abaixador de língua na metade posterior da língua, para determinar o risco de broncoaspiração.
5	Posicionar adequadamente o paciente: elevar o leito até a sua posição horizontal mais alta e abaixar a grade lateral	Adotar correta mecânica corporal, contribui para a prevenção de lesões osteomusculares no profissional e facilita a execução segura do procedimento.
6	Posicionar uma toalha na parte superior do tórax e pescoço do paciente	Evitar que o paciente fique com a roupa molhada durante a higiene.
7	Remover próteses dentárias ou placas parciais	Permitir a limpeza completa da cavidade oral e da prótese.
8	Aplicar pasta de dente ou solução antibacteriana na escova	Promover, por meio da escovação, o amolecimento de crostas, placas e resíduos, favorecendo sua remoção mecânica e a ação antimicrobiana.
9	Utilizar esponja de limpeza bucal em pacientes com contraindicação à escovação	Garantir a higiene sem risco de lesões ou aspiração, especialmente em pacientes com comprometimento neurológico ou bucal.
10	Utilizar a Cânula de Guedel	Manter o afastamento dos dentes em pacientes não colaborativos.
11	Limpar suavemente as superfícies dos dentes (movimento de cima para baixo)	Remover a placa bacteriana de forma eficaz sem causar trauma à gengiva. (Figura 16)
12	Limpar primeiro as superfícies de mastigação e internas dos dentes	Essas áreas acumulam mais resíduos alimentares e bactérias, devendo ser higienizadas prioritariamente.
13	Escovar o palato, gengivas e parte interna das bochechas	Remover os resíduos e bactérias dessas regiões, prevenindo infecções e promovendo saúde bucal completa.

		Justificativa
14	Escovar a língua com delicadeza, evitando o reflexo de engasgo	Remover a saburra e bactérias da língua, prevenindo halitose. A escovação cuidadosa evita náuseas ou vômitos em pacientes sensíveis.
15	Oferecer água filtrada para bochecho entre a higiene de cada região e por último enxaguante bucal	Remover a pasta de dente, solução antibactericida e sujidades da boca.
16	Posicionar a cuba rim na lateral da face do paciente entre a higiene de cada região	Possibilitar o escoamento de líquidos
17	Repetir o enxágue várias vezes	Enxaguar várias vezes promove a remoção de todos os resíduos e ajuda na hidratação.
18	Aspirar secreções acumuladas na cavidade oral	Evitar o risco de broncoaspiração e melhorar o conforto respiratório, especialmente em pacientes acamados ou inconscientes.
19	Aplicar uma fina camada de hidratante labial hidrossolúvel.	Lubrificar os lábios e prevenir ressecamento (xerostomia) e rachaduras.
20	Retorná-lo para uma posição confortável e segura.	Gerar conforto ao paciente.
21	Realizar higiene das mãos	Prevenir a transmissão de microrganismos e reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
22	Registrar corretamente	Fazer anotações no prontuário: condições da mucosa, dentes, sinais de alerta, cuidados realizados.

Figura 16 - Higiene bucal para pacientes adultos. Ilustração das áreas a serem higienizadas da cavidade oral.



Fonte: Adaptado de: https://www.edufma.ufma.br/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2021/04/Protocolo-de-higiene-bucal.pdf

Alertas

- Manter uma frequência de 3 a 4 vezes ao dia, especialmente após as refeições. Na ausência de higiene oral por 24 horas pode-se observar a formação de biofilme.
- Observar presença de sangramentos, lesões, placas, mau hálito ou xerose (secura bucal).
- Evitar colocar os dedos na boca de um paciente inconsciente ou debilitado, pois ele pode morder.
- Evitar realizar a higiene oral em pós-operatório de cirurgia bucomaxilo e de cabeça e pescoço.
- Aumentar a frequência da higiene oral em pacientes inconscientes, entubados e em jejum oral prolongado, para evitar infecções nos tratos digestivo e respiratório.

O que registrar?

O registro em prontuário deve incluir as seguintes informações:

- Data/hora;
- Procedimento;
- Condição clínica;
- Grau de dependência;
- Técnica utilizada;
- Materiais/produtos;
- Prótese (retirada/higienizada);
- Avaliação (mucosa, lesões, saburra, sangramento, halitose, ressecamento);
- Cuidados: aspiração (se necessário) e hidratação labial.

Exemplo de anotação:

"10h00 - Realizada higiene oral em paciente acamado, colaborativo. Procedimento realizado com escova de dentes macia e creme dental neutro, com atenção para evitar lesão nas gengivas, língua e mucosas. Durante a higiene, observou-se leve sensibilidade gengival, sem sangramento. Lábios hidratados após o procedimento. Paciente apresentou boa tolerância, sem intercorrências". Ass.: [nome do profissional de enfermagem], Coren: XXXX.

Para complementar a compreensão do conteúdo apresentado, recomenda-se a visualização do vídeo disponível no *link* a seguir, que demonstra de forma prática a técnica descrita.

Higiene Oral do Paciente Acamado

https://www.youtube.com/watch?v=xmNOersbOa8

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este *e-book* apresenta, de forma estruturada e didática, alguns dos principais procedimentos da prática de enfermagem, contemplando temas como biossegurança, sinais de vitalidade, mobilidade e cuidados de higiene.

Ao longo dos capítulos, evidencia-se que a qualidade da assistência está diretamente associada à implementação de medidas de biossegurança, ao uso correto dos equipamentos de proteção individual e à prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), promovendo proteção tanto para o paciente quanto para o profissional.

A verificação dos sinais de vitalidade ressalta a relevância do acompanhamento contínuo para a detecção precoce de alterações clínicas, favorecendo decisões mais seguras e assertivas. De maneira complementar, a mobilidade e a transferência de pacientes reforçam a importância da adoção de práticas seguras, fundamentadas em princípios ergonômicos, assegurando a proteção do paciente e a manutenção da saúde ocupacional da equipe.

No que diz respeito à higiene corporal, entende-se que esse cuidado não se limita à limpeza, configurando-se como uma intervenção essencial para a prevenção de infecções, preservação da integridade da pele e mucosa, promoção do conforto e bem-estar, além de contribuir para a identificação precoce de alterações clínicas.

Dando continuidade a este conteúdo, o próximo *e-book* de Procedimentos de Enfermagem abordará cuidados igualmente relevantes relacionados à nutrição e ao suporte terapêutico, incluindo procedimentos como cateterismo enteral e gástrico e administração de dieta enteral. Serão ainda exploradas intervenções como enema e cuidados com estomias, bem como dispositivos e terapias respiratórias, como oxigenioterapia e aspiração traqueal. Além disso, serão apresentados cuidados urológicos, como cateterismo vesical e irrigação vesical.

Essa articulação entre cuidados básicos e procedimentos de maior complexidade possibilita ampliar a compreensão da assistência de enfermagem, contribuindo para uma prática mais qualificada, segura e centrada no paciente.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; ROGANTE, M. M. Movimentação e transferência de pacientes: aspectos posturais e ergonômicos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 165-173, jun. 2000. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-62342000000200006. Acesso em: 10 out. 2025.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION (ANA). **Safe patient handling and movement:** guidelines for nurses. Washington, DC: ANA, 2016. Disponível em: https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/health-safety/safe-patient-handling/. Acesso em: 10 out. 2025.

BRANDÃO, Andréa Araujo *et al.* Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 122, n. 9, e20250624, 2025. DOI: 10.36660/abc.20250624. Disponível em: Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025. Acesso em: 21 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Manual de referência técnica para a higiene das mãos em serviços de saúde**. Brasília: ANVISA. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/ManualdeReferenciaTcnica.pdf. Acesso em: 19 mar. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde**. Brasília: ANVISA, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-4-medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude.pdf. Acesso em: 2 abr. 2026.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32):** segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/rdc-222-de-marco-de-2018-comentada.pdf/@@display-file/file. Acesso em: 2 abr. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Nota técnica GVIMS/GGTES nº 04/2020:** orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília: ANVISA, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf/view. Acesso em: 31 mar. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 222**, de 28 de março de 2018. Dispõe sobre o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf. Acesso em: 2 abr. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde:** prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. Brasília: ANVISA, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/manuais/cadernos-da-serie-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servi-

cos-de-saude-2017. Acesso em: 2 abr. 2026.

CAGNASSI, T.; SILVA, L. S.; SILVA, T. B. F. Benefícios da massagem relaxante no corpo e associações com práticas integrativas: revisão de literatura. **Revista Saúde em Foco**, n. 15, 2023. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2023/06/Revisa%CC%83o-de-artigo-Beneficios-da-massagem-relaxante.pdf Acesso em: 05 out. 2025.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem:** guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Guideline for hand hygiene in health-care settings**. Atlanta: CDC. Disponível em: https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/hand-hygiene/index.html. Acesso em: 19 mar. 2026.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Sequence for putting on personal protective equipment (PPE) and how to safely remove personal protective equipment (PPE)**. Atlanta: CDC, 2020. Disponível em: https://www.cdc.gov/healthcare-associated-infections/media/pdfs/ppe-sequence-p.pdf. Acesso em: 31 mar. 2026.

CHEN, Y. *et al.* Role of female intimate hygiene in vulvovaginal health: global hygiene practices and product usage. **Women's Health**, Londres, v. 13, n. 3, p. 58-67, 2017. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7789027/. Acesso em: 05 out. 2025.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 14. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2021.

HARRISON, T. R. **Princípios de medicina interna**. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2022.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). **IASP terminology**. 2020. Disponível em: https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/. Acesso em: 05 out. 2025.

LÔBO, C. R.; SARAIVA, T. L. A. Importância do procedimento banho no leito para atendimento em enfermagem. **Revista Recien**, São Paulo, v. 7, n. 20, p. 82-90, 2017. Disponível em: https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/138/141. Acesso em: 05 out. 2025.

MARZIALE, M. H. P.; CARVALHO, E. C. Condições ergonômicas do trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internação de cardiologia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 99-117, jan. 1998. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/7hX7MYT-8TYCsCpTfZdKDjcm/abstract/?lang=pt. Acesso em: 10 out. 2025.

PAULELA, D. C. *et al.* Eficácia do banho no leito descartável na carga microbiana: ensaio clínico. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 7-16, 2018. DOI: 10.1590/1982-0194201800003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/q795GtCLLKC39fPb6PhFFZG/abstract/?lang=pt. Acesso em: 05 out. 2025.

PENNA, P. M. M.; AQUINO, C. F.; CASTANHEIRA, D. D.; BRANDI, I. V.; CANGUSSU, A. S. R.; MACEDO SOBRINHO, E.; SARI, R. S.; SILVA, M. P.; MIGUEL, Â. S. M. Biossegurança: uma revisão. **Arquivos do Instituto Biológico**, v. 77, n. 3, p. 555–561, jul./set. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/aib/a/hqt8HGY9DP6zrbSFCKRz4jt/?lang=pt. Acesso em: 2 abr. 2026.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2021.

RADOVANOVIC, C. A. T.; ALEXANDRE, N. M. C. Desenvolvimento de um instrumento para avaliar a movimentação e transferência de clientes: um enfoque ergonômico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 231-239, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/m4yDxF3cxYhbFThCn5Ds8dH/. Acesso em: 10 out. 2025.

SALOMÉ, G. M. Algoritmo para paramentação, desparamentação e prevenção de lesões faciais: covid-19. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 10, n. 2, p. 333–346, out. 2021. Disponível em: https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/3317/4417. Acesso em: 1 abr. 2026.

SPETH, J. Guidelines in practice: safe patient handling and movement. **AORN Journal**, v. 120, n. 2, p. 82-89, Aug. 2024. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/332947009_ODONTOLOGIA_HOSPITALAR_CONDICOES_BUCAIS_E_HABITOS_DE_HIGIENE_ORAL_DE_PACIENTES_INTERNADOS_HOSPITAL_DENTISTRY_ORAL_CONDITIONS_AND_ORAL_HYGIENE_HABITS_OF_INPATIENTS. Acesso em: 10 out. 2025.

SILVA, C. H. F. *et al.* Odontologia hospitalar: condições bucais e hábitos de higiene oral de pacientes internados. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 26, n. 1, p. 6-10, 2019. Disponível em: https://eacademica.org/eacademica/article/view/129. Acesso em: 05 out. 2025.

SILVA, J. C. *et al.* Práticas seguras para banho no leito na unidade de terapia intensiva: validação de um checklist. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 77, n. 1, e20220072, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/bXvXVbyJt53HpSQpmLQ3gKt/. Acesso em: 05 out. 2025.

SWENSON, S. L. 7 tips nurses should know about safe patient handling: following this advice can help protect you and your patients. **American Nurse Journal**, v. 15, n. 5, 2020. Disponível em: https://www.myamericannurse.com/7-tips-nurses-should-know-about-safe-patient-handling/. Acesso em: 10 out. 2025.

TEIXEIRA, M. G. S.; SOUSA, I. C. S.; SILVA, E. Efeitos hemodinâmicos da sedestação fora do leito em pacientes acamados hospitalizados. **Revista Brasileira de Reabilitação e Atividade Física**, v. 12, n. 2, p. 49–59, 2023. Disponível em: https://estacio.periodicoscientificos.com.br/index.php/rbraf/article/view/2290. Acesso em: 10 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241549929. Acesso em: 1 abr. 2026.

World Health Organization (WHO). **WHO guidelines on hand hygiene in health care**. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906. Acesso em: 19 mar. 2026.

SÃOCAMILO



VOLUME II