

A importância do reposicionamento a cada duas horas é redistribuir a pressão e, conseqüentemente, favorecer a circulação nas áreas do corpo com risco de desenvolvimento de UPP.

O reposicionamento de pacientes de risco alterna ou alivia pressão sobre as áreas suscetíveis, reduzindo o risco de desenvolvimento de UPP. Travesseiros e coxins são materiais facilmente disponíveis e que podem ser utilizados para auxiliar a redistribuição da pressão. Quando utilizados de forma apropriada, podem expandir a superfície que suporta o peso.

Geralmente a pele de pacientes com risco para UPP rompe-se facilmente durante o reposicionamento, portanto, deve-se tomar cuidado com a fricção durante este procedimento (BRASIL, 2013).

Superfícies de apoio específicas (como colchões, camas, almofadas) redistribuem a pressão que o corpo do paciente exerce sobre a pele e os tecidos subcutâneos. Se a mobilidade do paciente está comprometida e a pressão nesta interface não é redistribuída, a pressão pode prejudicar a circulação, levando ao surgimento de lesão (BRASIL, 2013).

Os pacientes cirúrgicos que são submetidos à anestesia por tempo prolongado geralmente apresentam auto risco para desenvolver UPP, sendo de grande importância à avaliação da pele desses pacientes. É importante que os profissionais de saúde implantem estratégias de prevenção, como garantir o reposicionamento do paciente e sua colocação em superfície de redistribuição de pressão, para todos os pacientes com risco identificado (BRASIL, 2013).

### **5.6.1. Procedimento Operacional para minimizar a pressão.**

A. Mudança de decúbito ou reposicionamento:

- Deve ser realizada para minimizar a duração e a magnitude da pressão. (IHI, 2011).
- Avaliar a pele e conforto individuais. (IHI, 2011).
- A frequência da mudança de decúbito será influenciada por variáveis relacionadas ao indivíduo (tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição

clínica, objetivo do tratamento, condição da pele e avaliação da dor) e pelas superfícies de redistribuição depressão (IHI, 2011).

- Reposicionar o paciente de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída, evitar sujeitar a pele a forças de torção (cisalhamento). Evitar posicionar sobre sondas, drenos ou proeminências ósseas com hiperemia não reativa. (IHI, 2011).
- B. Medidas preventivas de fricção e cisalhamento:
- Elevar à cabeceira a 30º para evitar pressão nos trocânteres quando em posição lateral.
- Limitar o tempo de cabeceira mais elevada, pois o paciente tende a escorregar, ocasionando fricção e cisalhamento (IHI, 2011; NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2007 apud BRASIL, 2013).
- Usar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover os pacientes durante a mudança de decúbito. Deve se verificar se nada foi esquecido sob o corpo do paciente para evitar dano tecidual. (IHI, 2011; NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2007 apud BRASIL, 2013).
- Avaliar a necessidade do uso de coberturas preventivas (filme transparente não estéril) para proteger proeminências ósseas, a fim de evitar o desenvolvimento de UPP. (NATIONALPRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2007 apud BRASIL, 2013).

Este posicionamento da cabeceira em 30º também contempla o protocolo de prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação (PAV).

#### C. Materiais e equipamentos de redistribuição de pressão:

- Utilizar colchões de espuma altamente específica em vez de colchões hospitalares padrão, em todos os indivíduos de risco para desenvolver UPP (IHI, 2011).
- Não utilizar colchões ou sobreposição de colchões de células pequenas de alternância depressão com o diâmetro inferior a 10 cm. (IHI, 2011).
- Os calcâneos devem ser mantidos afastados da superfície da cama. (IHI, 2011).
- Os dispositivos de prevenção de UPP nos calcâneos devem elevá-los de tal forma que o peso seja distribuído ao longo da sua parte posterior, sem colocar pressão sobre o

tendão de Aquiles. O joelho deve ter ligeira flexão. Pode utilizar almofada ou travesseiro abaixo das pernas para, manter os calcâneos flutuantes. (IHI, 2011).

A hiperextensão do joelho pode causar obstrução da veia poplíteia, que pode predispor a uma trombose venosa profunda. (IHI, 2011).

## 5.6 Minimizar a pressão

A principal preocupação é a redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas. Pacientes com mobilidade limitada apresentam risco maior do desenvolvimento de LPP. Todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a pele através do reposicionamento a cada duas horas e da utilização de superfícies de redistribuição de pressão (Figura 3 e 4) (BRASIL, 2013).

Pacientes que se encontram na posição sentada, utilizar um assento de redistribuição de pressão e para os pacientes com mobilidade reduzida e que apresentam risco de desenvolvimento de UPP.

## 5. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA ÚLCERA POR PRESSÃO

Durante a avaliação os fatores de risco identificados fornecem informações para o desenvolvimento do plano de cuidados.

Recomendações conforme a classificação de risco:

- Sem risco (19 pontos ou mais na escala de Braden): Hidratação da pele e manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento.
- Risco baixo (15 a 18 pontos na escala de Braden): Mudança de decúbito, proteção com filme transparente das áreas com protuberância óssea, hidratação da pele e manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão.
- Risco moderado (13 a 14 pontos na escala de Braden): Mudança de decúbito com posicionamento a 30°, proteção com filme transparente das áreas com protuberância óssea, hidratação da pele e manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão.
- Risco alto (10 a 12 pontos na escala de Braden): Mudança de decúbito com posicionamento a 30°, proteção com filme transparente das áreas com protuberância



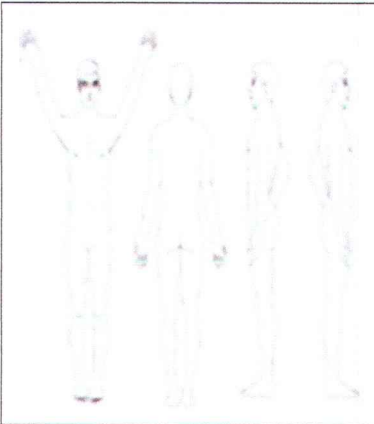
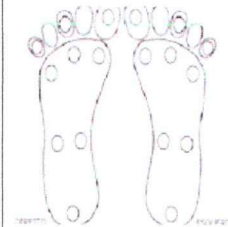
óssea, hidratação da pele e manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão, utilizar coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°.

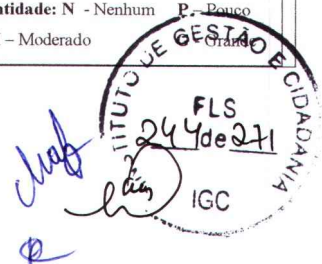
- Risco muito alto (09 ou menos pontos na escala de Braden): Mudança de decúbito com posicionamento a 30°, proteção com filme transparente das áreas com protuberância óssea, hidratação da pele e manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão, utilizar coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30° e manejo da dor (BRASIL, 2013).

Avaliação do grau de risco – Escala de BRADEN				
PERCEPÇÃO SENSORIAL	1. TOTALMENTE LIMITADO	2. MUITO LIMITADO	3. LEVEMENTE LIMITADO	4. NENHUMA LIMITAÇÃO
UMIDADE	1. EXCESSIVO	2. MUITA	3. OCASIONAL	4. RARA
ATIVIDADE	1. ACAMADO	2. CONFINADO A CADEIRA	3. DEAMBULA OCASIONALMENTE	4. DEAMBULA FREQUENTEMENTE
MOBILIDADE	1. IMÓVEL	2. MUITO LIMITADO	3. DISCRETA LIMITAÇÃO	4. SEM LIMITAÇÃO
NUTRIÇÃO	1. DEFICIENTE	2. INADEQUADA	3. ADEQUADA	4. EXCELENTE
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	1. PROBLEMA	2. PROBLEMA POTENCIAL	3. SEM PROBLEMA APARENTE	—
TOTAL	RISCO BRANDO 16 A 16 ( )		RISCO MODERADO DE 12 A 14 ( )	RISCO SEVERO ABAIXO DE 11 ( )

- A contagem de pontos baixa, indica uma baixa habilidade funcional, estando o indivíduo em alto risco para desenvolver a lesão por pressão.
- A pontuação pode ir de 4 a 23.
- Pacientes adultos hospitalizados, com uma contagem  $\leq$  que 16, são considerados de risco.

Uma pontuação de 16 é considerada risco mínimo: de 13 a 14, risco moderado de 12 ou menos, risco elevado.

FICHA DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM FERIDAS CRÔNICAS			
Unidade:			
Nome:		Idade:	
Identificação/Leito:	Data do Ferimento:	Início do tratamento:	Alta:
Realização do curativo:		Casa ( )	Domicílio ( )
<b>Exame dos Pés</b>			
Ausência (A) Presença (P) <input type="checkbox"/> História prévia de úlcera <input type="checkbox"/> Sensibilidade protetora <input type="checkbox"/> Calosidade <input type="checkbox"/> Deformidade <input type="checkbox"/> Calçados <input type="checkbox"/> Pulso (Tibial, posterior/pedioso) <input type="checkbox"/> Micose, rachadura, fissura, pele seca	Marque a área de teste (+) Sim      (-) Não		
			
<b>Doenças e antecedentes</b> <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Doenças Vasculares <input type="checkbox"/> Diabetes      Outros _____ _____		<b>Mobilidade</b> <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado parcial <input type="checkbox"/> Acamado total	
		<b>Ingesta</b> Vide escala de Braden <input type="checkbox"/> Muito pobre <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Excelente	
<b>Tipos/Causas de Feridas</b> IC - Incisão Cirúrgica A - Abrasão    LP - Lesão por Pressão L - Laceração    UN - Úlcera Neuropática CO - Contusão    UA - Úlcera Arterial Q - Queimadura    UV - Úlcera Venosa F - Fixadores B - Bolha    D - Deiscência    C - Cisalhamento		<b>Estágios</b> Estágio I - Avermelhado/Pele íntegra Estágio II - Bolhas/Lesão de pequena espessura (Epiderme/Derme) Estágio III - Lesão total de pele, abrange subcutâneo Estágio IV - Lesão total de pele, envolvendo músculos, tendões e/ou ossos	
		<b>Cor:</b> R - Rosa      A - Amarelo C - Cinza    P - Preto      V - Vermelho <b>Odor:</b> D - Discreto M - Moderado F - Forte <b>Exsudato:</b> S - Seroso SS - Serossanguinolento      P - Purulento <b>Quantidade:</b> N - Nenhum    P - Pouco M - Moderado      G - Grande	


 IGC

Rua: Catulo da Paixão Cearense, 135 | Salas: 1001-1002 (10º Andar)  
Triângulo - Juazeiro do Norte/CE | CEP: 63.041-162  
{88} 2156-9263 | igcce.com.br  
CNPJ: 24.127.105/0001-74



		<b>Perifoneal:</b> N - Normal V - Vermelha I - Induração M - Macerada ED - Edema H - Hematoma C - Cianose B - Bolha F - Frio Q - Quente

## REFERÊNCIAS

1. BLANES L, FERREIRA LM. Prevenção e tratamento de úlcera por pressão. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2014.
2. BRASIL. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anexo 02: Protocolo para prevenção de úlcera por pressão [Internet]. 2017. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/informacao/publicacoes/2017/02/20170202.pdf](#)



em:<<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao>>. Acesso em: 01 set. 2016.

3. DOMANSKY RC, BORGES EL. Manual para prevenções de lesão de pele. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2014.

4. INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. How-to-Guide: Prevent Pressure Ulcers.

Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2011. Disponível em: [www.ihc.org](http://www.ihc.org). Acessado em: 31 ago 2016.

5. TVP – Trombose Venosa Profunda. Disponível em: <<http://www.plasticadosonho.com.br/equipe-medica/cirurgioes/riscos-da-cirurgia-plastica/trombose-venosa-profunda>>. Acesso em: 06 set. 2016.

6. IBSP. Muda terminologia para úlcera por pressão; confira. Disponível em: <<http://segurancadopaciente.com.br/noticia/muda-terminologia-para-ulcera-por-pressao-confira/>>. Acesso em: 08 ago. 2016.

7. SOBEST. Classificação das Lesões por Pressão - Consenso NPUAP 2016 - Adaptada Culturalmente para o Brasil. Disponível em: <http://www.sobest.org.br/textod/35>. Acesso em 08 ago. 2016

9. Malagutt William, Kakiyara Tárzia Cristiano. Curativos, estomias e dermatologia, 3ª edição.

### PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS

É a assistência multidisciplinar no monitoramento e implementação de medidas para prevenção de quedas em pacientes internados, em atendimento no Pronto Socorro e nos Serviços de Apoio e Diagnóstico Terapêutico.

Tem como finalidade Reduzir a ocorrência de queda de pacientes hospitalizados e o dano dela decorrente, através da implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional e um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais. Essas medidas devem resguardar a dignidade do paciente.



Para a Sociedade Brasileira de Gerontologia (SBGG) a queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, provocada por circunstâncias multifatoriais que compromete a estabilidade.

A criação de um protocolo para prevenção de quedas e a avaliação de suas causas é uma oportunidade de aprendizagem para a equipe assistencial, por meio da análise de informações, feedback dos resultados para os profissionais e adoção de práticas de melhoria se necessário.

Reduzir a ocorrência de queda dos pacientes nos pontos de assistência e o dano delas decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco individualizada, a garantia ao cuidado multiprofissional e ao ambiente seguro, promoção da educação do paciente, familiares e profissionais.

#### **SÃO CONSIDERADAS COMO QUEDAS:**

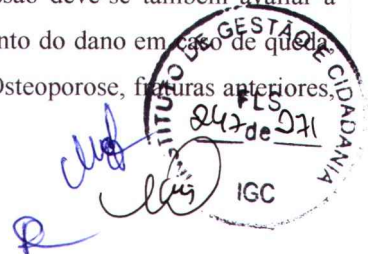
- Quando encontramos o paciente no chão;
- Quando o paciente é amparado durante a queda (mesmo que não chegue ao chão);
- Quando o paciente escorrega de uma cadeira/poltrona/vaso sanitário para o chão.

- As ocorrências de quedas podem ser da própria altura, de macas, de camas/berços ou de assentos, tais como: cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeiras higiênicas, banheiras, trocador de fraldas, vasos sanitários e outros.

- Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo, incluindo-se doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte.

#### **Avaliação do risco de queda**

A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente com o emprego de uma escala adequada ao perfil de pacientes da instituição. Esta avaliação deve ser repetida diariamente até a alta do paciente. Na admissão deve-se também avaliar a presença de fatores que podem contribuir para o agravamento do dano em caso de queda, especialmente risco aumentado de fratura e sangramento. Osteoporose, fraturas anteriores,





uso de anticoagulante e discrasias sanguíneas são algumas das condições que podem agravar o dano decorrente de queda.

#### Fatores de risco para queda

- a) Demográfico: crianças < 5anos e idosos > 65 anos.
- b) Psico-cognitivos: declínio cognitivo, depressão, ansiedade.
- c) Condições de saúde e presença de doenças crônicas: acidente vascular cerebral prévio; hipotensão postural; tontura; convulsão; síncope; dor intensa; baixo índice de massa corpórea; 4 anemia; insônia; incontinência ou urgência miccional; incontinência ou urgência para evacuação; artrite; osteoporose; alterações metabólicas (como, por exemplo, hipoglicemia).
- d) Funcionalidade: dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária, necessidade de dispositivo de auxílio à marcha; fraqueza muscular e articulares; amputação de membros inferiores; e deformidades nos membros inferiores.
- e) Comprometimento sensorial: visão; audição; ou tato.
- f) Equilíbrio corporal: marcha alterada.
- g) Uso de medicamentos: Benzodiazepínicos; Antiarrítmicos; anti-histamínicos; antipsicóticos; antidepressivos; digoxina; diuréticos; 5 laxativos; relaxantes musculares; vasodilatadores; hipoglicemiantes orais; insulina; e Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos).
- h) h) Obesidade severa.
- i) História prévia de queda.

#### Paciente com alto risco de queda

- a) Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos um fator de risco.
- b) Paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator de risco. Anda com auxílio (de pessoa ou de dispositivo) ou se locomove em cadeira de rodas.
- c) Paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames ou transferência, com ou sem a presença de fatores risco.

### **Paciente com baixo risco de queda**

- a) Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros, com ou sem fatores de risco.
- b) Indivíduo independente e sem nenhum fator de risco. As escalas de avaliação de risco de queda não são universais, sendo cada uma delas específicas para determinado tipo de paciente, por exemplo adulto e pediátrico. Todas as escalas apresentam vantagens, mas também limitações operacionais e metodológicas. As utilizadas com maior frequência no Brasil e internacionalmente são: Morse12,13 e St Thomas Risk Assessment Tool in the Falling Elderly (STRATIFY)14,15 . Essas duas escalas possuem semelhanças quanto à gradação dos fatores que predisõem à queda e 6 permitem, portanto, classificar o grau de risco que o paciente apresenta para cair, possibilitando orientar as intervenções necessárias para evitar a ocorrência de queda. Recentemente a escala Morse Fall Scale foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa. Salientamos que tanto a Morse Fall Scale (versão traduzida ou original), quanto as demais escalas existentes não são de acesso livre, sendo necessária autorização dos autores para sua utilização. Importante: Este protocolo não adota nenhuma escala em particular e teve como foco intervenções de prevenção norteadas pelo risco de queda do paciente.

Medidas Gerais A unidade de saúde, orientada pelo seu Núcleo de Segurança do Paciente, deverá adotar medidas gerais para a prevenção de quedas de todos os pacientes, independente do risco. Tais medidas incluem:

- A criação de um ambiente de cuidado seguro conforme legislação vigente: pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação adequada, corredores livres de obstáculos (por exemplo, equipamentos, materiais e entulhos);
- O uso de vestuário e calçados adequados;
- Movimentação segura dos pacientes;
- Para os pacientes pediátricos, deve-se observar a adequação das acomodações e do mobiliário à faixa etária.
- Orientações a pacientes e familiares sobre o risco de queda e de dano por queda, e também sobre como prevenir sua ocorrência. Essas ações deverão ocorrer.

INSTITUTO DE GESTÃO E CIDADANIA  
IGC  
24 de 07  
FLS 4189  
Rúbrica

admissão e durante a permanência do paciente no hospital. A elaboração e a distribuição de material educativo devem ser estimuladas.

### Medidas Específicas:

- A unidade de saúde, orientada pelo Núcleo de Segurança do Paciente, devem definir o (s) profissional (ais) responsável (eis) por avaliar o risco de queda e definir as ações de caráter preventivo para pacientes que apresentem tal risco.
- Medidas individualizadas para prevenção de queda para cada paciente devem ser prescritas e implementadas.
- Políticas e procedimentos devem ser estabelecidos e implementados pela unidade para assegurar a comunicação efetiva entre profissionais e serviços sobre o risco de queda e risco de dano da queda nas passagens de plantão, bem como sobre as medidas de prevenção.
- A reavaliação do risco dos pacientes deve acontecer em caso de transferência de setor, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação ou na identificação de outro fator de risco. A ocorrência de queda deve ser notificada e o paciente avaliado e atendido imediatamente para mitigação/atenuação dos possíveis danos.

### NOTIFICAÇÃO E AÇÕES NA OCORRÊNCIA DE QUEDA:

- Em caso de ocorrência de queda, encaminhar o paciente ao leito, comunicar a enfermeira de plantão para avaliação e exame físico;
- Na ausência do médico responsável pelo paciente, à enfermeira solicita a avaliação do médico do Pronto Socorro Adulto ou em casos de crianças solicita o médico da Unidade Neonatal;
- Registrar no prontuário as circunstâncias em que ocorreu a queda e conduta médica;
- Preencher o impresso de Ficha de Ocorrência de Queda;
- Encaminhar a Ficha de Ocorrência de Queda para a Supervisão de Emergência e Comissão de Prevenção de Quedas para análise.



## DADOS MONITORADOS NAS OCORRÊNCIAS DE QUEDA

- Risco de queda identificado na admissão;
- Período do dia em que ocorreu o evento;
- Local da queda;
- Como ocorreu a queda;
- Se o paciente estava sozinho ou com acompanhante;
- Fatores que predispõem ao risco;
- Morbidade presente;
- Medicações em uso;
- Registro da avaliação / conduta médica após a queda;
- Perfil dos pacientes que apresentam Quedas;
- Consequências das quedas;
- Causas das Quedas; Qualidade dos registros de enfermagem;
- Prorrogação no tempo de permanência;



## CAMPO DE APLICAÇÃO

Áreas de internação, centro obstétrico, bloco cirúrgico e serviço de atendimento ambulatorial (SAA)

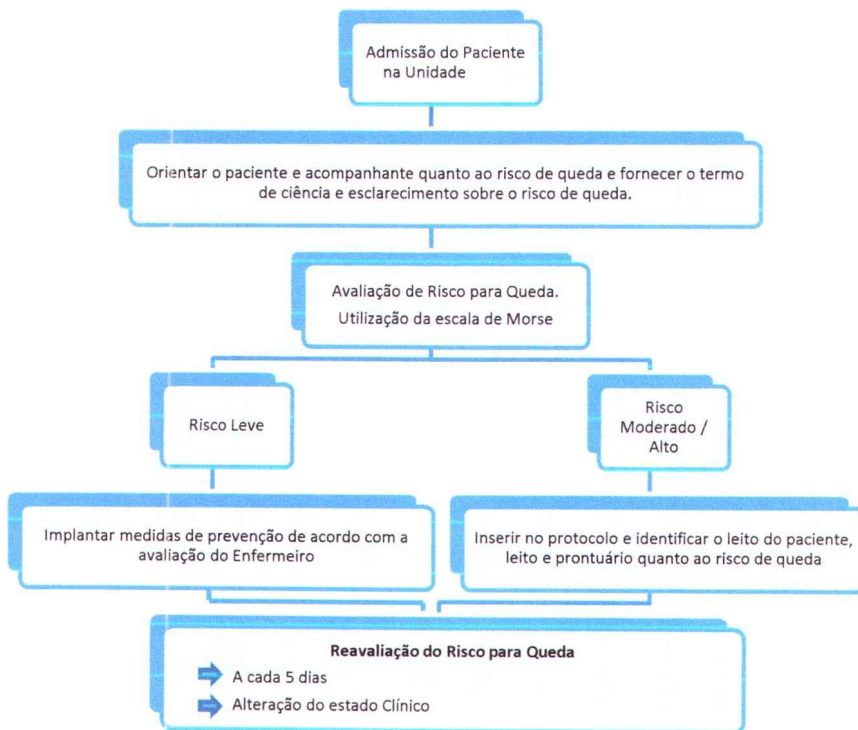
## INDICADORES:

- Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão.
- Número de quedas com dano.
- Número de quedas sem dano.
- Índice de quedas  $[(n^\circ \text{ de eventos} / n^\circ \text{ de paciente-dia}) * 1000]$ : este indicador pode ser monitorado utilizando um diagrama de controle, visando não só construir a série histórica do evento, como também auxiliar a estabelecer metas e parâmetros de avaliação.



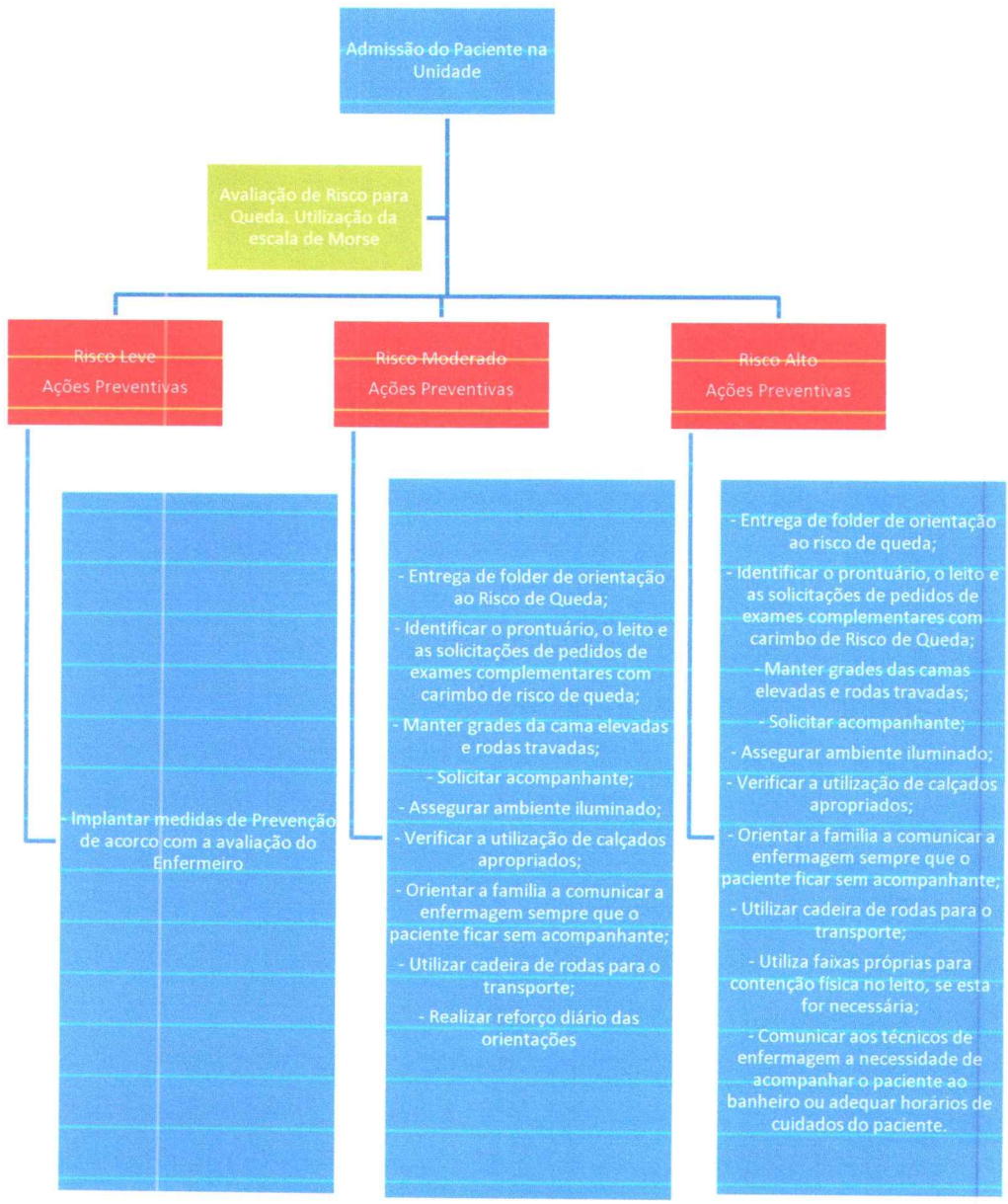


## FLUXOGRAMA DE PREVENÇÃO DE QUEDA

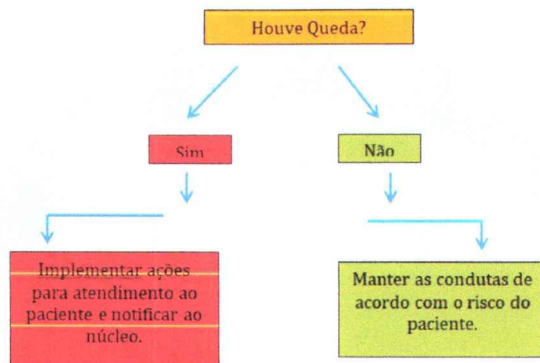


INSTITUTO DE GESTÃO E CIDADANIA  
FLS 252 de 271  
IGC  
*[Handwritten signature]*

### FLUXOGRAMA DE AÇÕES PREVENTIVAS



*[Handwritten signatures]*  
INSTITUTO DE GESTÃO E CIDADANIA  
FLS 053 de 271  
IGC



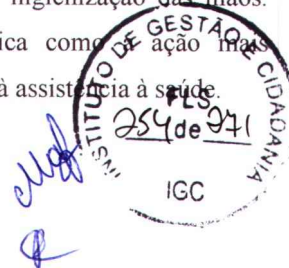
## PROTOCOLO DE SERVIÇO PARA PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS

### FINALIDADE:

Este protocolo tem a finalidade de instituir e promover a higiene das mãos em todas as unidades de saúde gerenciadas pelo IGC com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos no cuidado aos pacientes.

### JUSTIFICATIVA:

As mãos são consideradas as principais ferramentas dos profissionais que atuam nos serviços de saúde, pois é através delas que eles executam suas atividades. Assim, a segurança dos pacientes, nesses serviços, depende da higienização cuidadosa e frequente das mãos desses profissionais. A Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 2.616, de 12 de maio de 1998, estabelece as ações mínimas a serem desenvolvidas sistematicamente, com vistas à redução da incidência e da gravidade das infecções relacionadas aos serviços de saúde. Destaca também a necessidade da higienização das mãos nos serviços de saúde. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50 da ANVISA, de 21 de fevereiro de 2002, dispõe sobre Normas e Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, definindo, entre outras, a necessidade de lavatórios/pias para a higienização das mãos. Esses instrumentos normativos reforçam o papel dessa prática como importante na prevenção e no controle das infecções relacionadas à assistência à saúde.



## **ABRANGÊNCIA:**

O protocolo poderá ser aplicado em todo o ambiente de saúde, nos pontos de assistência, isto é, local onde estão presentes o paciente, o profissional de saúde e a assistência ou tratamento envolvendo o contato com o paciente e suas imediações, considerando a existência de estrutura física e insumos adequados para a prática de higienização das mãos.

## **DEFINIÇÃO:**

“Higiene das mãos” é um termo geral, que se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e consequentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram IRAS (BRASIL, 2013b). De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, o termo engloba os conceitos abaixo:

- Higienização simples.

Remove os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de microrganismos. A higienização simples das mãos deve ter duração de 40 a 60 segundos.

- Higienização anti-séptica.

Promove a remoção de sujidades e de microrganismos, reduzindo a carga microbiana das mãos, com auxílio de um anti-séptico. A higienização anti-séptica das mãos deve ter duração de 40 a 60 segundos.

- Fricção de anti-séptico.

Reduzir a carga microbiana das mãos (não há remoção de sujidades). A utilização de gel alcoólico preferencialmente a 70% – ou de solução alcoólica a 70% com 1%-3% de glicerina pode substituir a higienização com água e sabonete quando as mãos não estiverem visivelmente sujas. A fricção das mãos com anti-séptico deve ter duração de 20 a 30 segundos.

## **TÉCNICA**

A técnica de higiene simples das mãos envolve os passos a seguir:





- ✓ Molhe as mãos com água;
- ✓ Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir toda a superfície das mãos;
- ✓ Ensaboe as palmas das mãos friccionando-as entre si;
- ✓ Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;
- ✓ Entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais;
- ✓ Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimentos de vai e vem e vice-versa;
- ✓ Esfregue o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita utilizando-se de movimento circular e vice-versa;
- ✓ Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa;
- ✓ Enxague bem as mãos com água;
- ✓ Seque as mãos com papel toalha descartável
- ✓ No caso de torneiras de fechamento manual, para fechar sempre utilize o papel toalha;
- ✓ Agora as suas mãos estão seguras.

A técnica de higienização antisséptica é igual àquela utilizada para a higienização simples das mãos, substituindo-se o sabonete líquido comum por um associado a antisséptico, como antisséptico degermante. Os seguintes passos devem ser seguidos durante a realização da técnica de fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica:

- ✓ Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcóolica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.
- ✓ Friccione as palmas das mãos entre si;
- ✓ Friccione a palma de mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;
- ✓ Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados;



- ✓ Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento vai e vem e vice-versa;
- ✓ Friccione o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa;
- ✓ Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa;
- ✓ Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras

### Como Higienizar as Mãos com Água e Sabão?

Higienize as mãos com água e sabão apenas quando estiverem visivelmente sujas! Senão, friccione as mãos com preparações alcoólicas!

Duração de todo o procedimento: 40 a 60 segundos 



1. Mohe as mãos com água.

2. Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos.

3. Enxague as palmas das mãos, friccionando-as entre si.

4. Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.

5. Entrelace os dedos e friccione as encaixas interdigitais.

6. Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai e vem e vice-versa.

7. Esfregue o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.

8. Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa.

9. Enxague bem as mãos com água.

10. Seque as mãos com papel toalha descartável.

11. No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha.

12. Agora, suas mãos estão seguras.

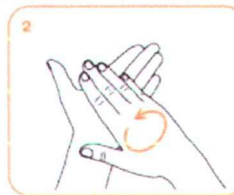
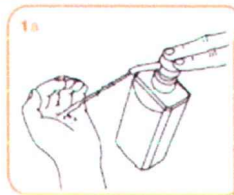


INSTITUTO DE GESTÃO E CIDADANIA  
FLS 257 de 91  
IGCC

## Como Fazer a Fricção Anti-Séptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?

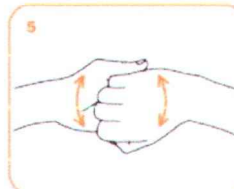
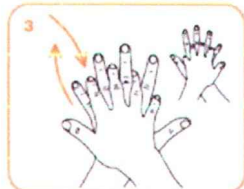
Friccione as mãos com Preparações Alcoólicas! Higienize as mãos com água e sabão apenas quando estiverem visivelmente sujas!

Duração de todo procedimento: 20 a 30 segundos



1a Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.

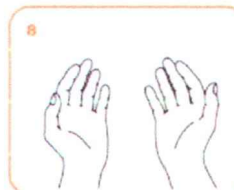
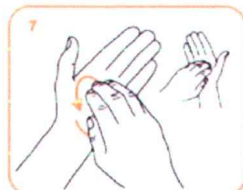
2 Friccione as palmas das mãos entre si.



3 Friccione a palma direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.

4 Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.

5 Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



6 Friccione o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.

7 Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa.

8 Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

- ✓ Preparação alcoólica para higiene das mãos sob a forma líquida preparação contendo álcool, na concentração final entre 60% a 80% destinadas à aplicação nas mãos para reduzir o número de microorganismos. Recomenda-se que contenha emolientes em sua formulação para evitar o ressecamento da pele.
- ✓ Preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espuma e outras preparações contendo álcool, na concentração final mínima de 70% com atividade antibacteriana comprovada por testes de laboratório in vitro (teste de suspensão) ou in vivo, destinadas a reduzir o número de microorganismos. Recomenda-se que contenha emolientes em sua formulação para evitar o ressecamento da pele.

#### **MOMENTO:**

As mãos devem ser higienizadas em momentos essenciais e necessários de acordo com o fluxo de cuidados assistenciais para prevenção de IRAS causadas por transmissão cruzada pelas mãos. A correta higiene das mãos é uma ação simples, mas que realizada no momento certo e da maneira certa, pode salvar vidas:


1. Antes de tocar o paciente
2. Antes de realizar procedimento limpo/asséptico
3. Após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções
4. Após tocar o paciente
5. Após tocar superfícies próximas ao paciente

#### **RECOMENDAÇÕES:**

As recomendações formuladas foram baseadas em evidências descritas nas várias seções das diretrizes e consensos de especialistas.

As indicações para higiene das mãos contemplam:

1. Higienizar as mãos com sabonete líquido e água:
  - i. Quando estiverem visivelmente sujas ou manchadas de sangue ou outros fluidos corporais (IB) ou após uso do banheiro



FLS (II):  
259 de 271  
IGC