

MODELO DE PROTOCOLO

**PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS
À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS)**

**INFECÇÃO PRIMÁRIA DA
CORRENTE SANGUÍNEA (IPCS)**

BRASÍLIA/DF, 2025

NOME DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

PROTOCOLO

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO
PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA
ASSOCIADA A DISPOSITIVOS DE ACESSO
VASCULARES

Versão: 1 | Ano 2025

LOGOMARCA DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

LOGOMARCA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

CONTRACAPA

INFORMAÇÕES DA INSTITUIÇÃO: PRESIDENTE, DIRETORES ETC.

ELABORAÇÃO

Nome – Setor/unidade

REVISÃO

Nome – Setor/unidade

VALIDAÇÃO

Nome – Setor/unidade

APROVAÇÃO

Nome – Setor/unidade

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIRAS	Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
CIVP	Cateter intravenoso periférico
CPPS	Comissão de Padronização de Produtos para a Saúde
CUA	Cateter umbilical arterial
CUV	Cateter umbilical venoso
CC	Cateter central
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CRM	Conselho Regional de Medicina
CVC	Cateter venoso central
D1	Dia 1
D3	Dia 3
DAV	Dispositivo de acesso vascular
DAVC	Dispositivo de acesso vascular central
DAVP	Dispositivo de acesso vascular periférico
DI	Densidade de incidência
EPI	Equipamento de proteção individual
HM	Higiene das mãos
IPCS	Infecção primária de corrente sanguínea
IPCSL	IPCS laboratorialmente confirmada
IRAS	Infecção relacionada à assistência à saúde
MST	Membrana semipermeável transparente
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
PICC	<i>Peripherally Inserted Central Catheter</i> (cateter central de inserção periférica)
RX	Exame de imagem não invasivo
SCIRAS	Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
TA	Taxa de adesão

TU	Taxa de utilização
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VPIS-CC	Verificação das práticas de inserção segura de cateter central

SUMÁRIO

1	CONCEITOS	8	
2	OBJETIVO	10	
3	DESCRIÇÃO	10	
	3.1 FISIOPATOGENIA		11
4	RESULTADOS ESPERADOS	12	
5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	12	
6	RESPONSABILIDADES	13	
	6.1 GESTOR DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE		13
	6.2 UNIDADE ORGANIZACIONAL RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (SCIRAS)		13
	6.3 UNIDADE ORGANIZACIONAL RESPONSÁVEL PELO SCIRAS EM CONJUNTO COM O NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP) E SETOR DE GESTÃO DA QUALIDADE		14
	6.4 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ASSISTENCIAL		14
	6.5 EQUIPE MÉDICA		14
	6.6 ENFERMEIRO(A)		15
	6.7 TÉCNICO(A) DE ENFERMAGEM		15
	6.8 COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (CCIRAS)		16
7	MEDIDAS A SEREM IMPLEMENTADAS	17	
	7.1 MEDIDAS GERAIS PARA DISPOSITIVOS DE ACESSO VASCULAR PERIFÉRICOS E CENTRAIS		17
	7.2 MEDIDAS ESPECÍFICAS PARA CATETERES INTRAVENOSOS PERIFÉRICOS (CIVP)		20
	7.3 MEDIDAS ESPECÍFICAS PARA CATETER ARTERIAL PERIFÉRICO		22
	7.4 MEDIDAS ESPECÍFICAS PARA DAVC, INCLUINDO PICC, CATETER SEMI-IMPLANTÁVEIS OU TUNELIZADOS E CATETER TOTALMENTE IMPLANTADO		23
	7.4.1 ESPECIFICIDADES PARA PICC		24
	7.4.2 ESPECIFICIDADES PARA CATETER UMBILICAL		25
	7.4.3 ESPECIFICIDADES PARA CATETER SEMI-IMPLANTÁVEIS OU TUNELIZADOS		25
	7.4.4 ESPECIFICIDADES PARA CATETER TOTALMENTE IMPLANTADO		26
	7.5 OUTRAS MEDIDAS ESPECÍFICAS		26
8	MONITORAMENTO	27	

9 HISTÓRICO DE REVISÃO 28

10 REFERÊNCIAS 29

11 RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO 31

APÊNDICE A – MODELO DE PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ANTISSEPZIA DA PELE 32

APÊNDICE B – RESUMO* DA PERIODICIDADE DE TROCA/REMOÇÃO DOS SISTEMAS DE INFUSÃO 35

APÊNDICE C – MODELO 1 DE *CHECKLIST* DE INSERÇÃO DE DAVC 37

APÊNDICE D – MODELO 2 DE *CHECKLIST* DE INSERÇÃO DE DAVC 39

APÊNDICE E – MODELO DE *CHECKLIST* DE MANUTENÇÃO DE DAVC 40

OBSERVAÇÕES: O ITEM É CONSIDERADO “CONFORME” AS BOAS PRÁTICAS SE A RESPOSTA FOR “SIM” NO *CHECKLIST* DE MANUTENÇÃO DE DAVC. QUANDO A RESPOSTA FOR “NÃO” ELE SERÁ CONSIDERADO “NÃO CONFORME” ÀS BOAS PRÁTICAS. 41

* POR MEIO DE FRICÇÃO MECÂNICA VIGOROSA POR PELO MENOS 5 SEGUNDOS, PREFERENCIALMENTE COM UMA PREPARAÇÃO DE CLOREXIDINA ALCOÓLICA A 2% OU ÁLCOOL A 70%; 41

APÊNDICE F – FLUXOGRAMA DE PREVENÇÃO DE IPCS 43

APÊNDICE G – FICHA DO INDICADOR DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE IPCSL 44

APÊNDICE H – FICHA DO INDICADOR TAXA DE UTILIZAÇÃO DE CATETER CENTRAL 45

APÊNDICE I – FICHA DO INDICADOR TAXA DE ADESÃO AO USO DO *CHECKLIST* DE VPIS-CC 46

APÊNDICE J – FICHA DO INDICADOR TAXA DE CONFORMIDADE A TODOS OS ITENS DO *CHECKLIST* DE VPIS-CC 47

1 CONCEITOS

- a) *Bundle*: pacote ou conjunto de práticas baseadas em evidências que, quando realizadas coletivamente e de forma confiável, comprovadamente melhoram os resultados para o paciente;
- b) cateter central (CC) ou dispositivo de acesso vascular central (DAVC): dispositivo intravascular utilizado para infusão, coleta de amostra sanguínea ou monitoramento hemodinâmico, cuja terminação esteja posicionada próxima ao coração ou em um grande vaso (aorta, artéria pulmonar, veias cavas, veias braquicefálicas, veias jugulares internas, veias subclávias, veias ilíacas externa e comum, veias femorais), incluindo fios de marcapasso com lúmen que funcionam como vias de infusão e, em recém-nascidos, todo cateter umbilical venoso ou arterial;
- c) cateter central de inserção periférica (*peripherally inserted central catheter* - PICC): dispositivo intravenoso inserido por meio de veias superficiais ou profundas de membros superiores ou inferiores, com a extremidade posicionada no terço distal da veia cava superior ou na porção proximal da veia cava inferior, podendo ser inserido de forma tunelizada, quando indicado;
- d) cateter umbilical: dispositivo de acesso vascular central inserido por meio da artéria ou veia umbilical, utilizado exclusivamente em neonatos;
- e) cateter venoso central (CVC) temporário: cateter não tunelizado e não implantável, de uso temporário, incluindo cateteres provisórios para hemodiálise;
- f) CVC permanente: cateteres tunelizados, como os utilizados para diálise, quimioterapia ou nutrição parenteral, e cateteres totalmente implantáveis, como os *ports*;
- g) cateter intravenoso periférico curto: tipo de dispositivo de acesso vascular periférico (DAVP), caracterizado como um cateter sobre agulha, com estilete metálico oco posicionado no interior do cateter, com comprimento inferior a 6 cm, que geralmente é inserido em veias periféricas superficiais, localizadas logo abaixo da pele, havendo dois tipos principais:
 - cateter venoso periférico simples: com asa mínima ou ausente e sem extensão, também chamado de “sistema aberto”; e
 - cateter venoso periférico integrado: com asa ampla e extensão incorporada ao dispositivo, podendo conter ou não um conector livre de agulhas, também denominado “sistema fechado”;
- h) cateter intravenoso periférico longo: tipo de DAVP inserido em veias periféricas superficiais ou profundas, indicado quando o cateter curto não possui comprimento suficiente para canular adequadamente a veia disponível, sendo também conhecido como “mini-*midline*” ou “*midline* curto”;

- i) DAVP: qualquer dispositivo de acesso vascular com a ponta distal não localizada em veia cava superior ou inferior ou átrio direito, incluindo não apenas os dispositivos que – devido ao seu comprimento e à abordagem venosa – se destinam a ser periféricos, mas também os dispositivos que deveriam ser usados como DAVC, mas cuja ponta não está em uma veia central devido ao mau posicionamento primário ou secundário (ANVISA, 2024);
- j) dispositivo de acesso vascular (DAV): inclui os DAVC e os DAVP;
- k) data do evento infeccioso: data do primeiro critério atendido para a definição do caso, seja sinal clínico, sintoma, exame laboratorial ou de imagem, observado dentro da janela diagnóstica de sete dias, definida como o intervalo entre três dias antes e três dias após a data da coleta da hemocultura;
- l) flebotomia (dissecção venosa): procedimento cirúrgico que consiste na dissecção de uma veia para obtenção de acesso vascular, geralmente utilizado em situações que dificultam a punção venosa convencional;
- m) infecção primária de corrente sanguínea (IPCS): infecção na qual há a presença de um ou mais microrganismos na corrente sanguínea, sem identificação de outro foco primário de infecção, conforme critérios diagnósticos nacionais, a qual pode ou não estar associada ao uso de um CVC. Nesses casos, considera-se que o foco primário é a própria corrente sanguínea, razão pela qual a condição é classificada como infecção primária;
- n) IPCS laboratorialmente confirmada (IPCSL): IPCS confirmada laboratorialmente, conforme os critérios estabelecidos na Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 03/2025 – Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde de Notificação Nacional Obrigatória, ou atualizações, em pacientes que estejam em uso de CC por período superior a dois dias consecutivos (a partir do D3), contando-se o dia da inserção como D1, independentemente do horário. Para que a infecção seja considerada associada ao dispositivo, o paciente deve estar em uso do CC na data do evento infeccioso ou tê-lo retirado no dia anterior;
- o) Procedimento Operacional Padrão (POP): documento detalhado que descreve todas as etapas e a sequência de ações necessárias para a execução de uma tarefa ou procedimento específico. O POP padroniza procedimentos, atividades ou fluxos de trabalho para garantir que as tarefas sejam realizadas de forma consistente e eficiente, minimizando erros operacionais.

2 OBJETIVO

O objetivo deste documento é padronizar as diretrizes mínimas para inserção, manutenção e monitoramento de cateteres vasculares centrais e periféricos, com foco na prevenção e controle das IPCS associadas a esses dispositivos, contribuindo para a segurança do paciente nos serviços de saúde.

Com base nesse objetivo, este modelo de protocolo orienta que os protocolos institucionais:

- a) estabeleçam condutas claras e uniformes para a seleção, inserção, manutenção e retirada de cateteres vasculares;
- b) promovam a adesão da equipe multiprofissional às boas práticas de prevenção de infecções, especialmente em relação à higienização de mãos e à técnica asséptica;
- c) adotem recomendações atualizadas e alinhadas às evidências científicas e às diretrizes nacionais e internacionais vigentes;
- d) visem à redução da incidência de IPCS associadas ao uso de cateteres;
- e) estruturem processos de vigilância e análise sistemática dos casos suspeitos ou confirmados; e
- f) contribuam para a melhoria contínua da qualidade do cuidado em saúde.

Este modelo de protocolo não tem caráter limitativo e pode ser ampliado ou adaptado de acordo com a realidade e a complexidade de cada serviço de saúde.

3 DESCRIÇÃO

As IPCS estão associadas a desfechos clínicos adversos significativos, incluindo altas taxas de mortalidade, prolongamento do tempo de internação e aumento dos custos assistenciais (BUETTI *et al.*, 2022). Configuram-se entre as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) mais frequentes em unidades de terapia intensiva (UTI), afetando de 5% a 7% dos pacientes internados nesses ambientes (ANVISA, 2017).

Diversos fatores de risco independentes contribuem para a ocorrência das IPCS, entre eles: tempo prolongado de hospitalização antes da punção; duração estendida do uso do cateter; colonização microbiana intensa no sítio de inserção ou no lúmen do dispositivo; utilização de cateteres multilúmen ou múltiplos cateteres simultaneamente; neutropenia; prematuridade; proporção inadequada de profissionais de enfermagem por paciente em UTIs; nutrição parenteral; cuidados inadequados com o cateter, como manipulação excessiva; e transfusão de hemoderivados em crianças.

Trata-se das IRAS com maior potencial de prevenção atualmente conhecida. Estima-se que 65% a 70% dos casos poderiam ser evitados mediante a adoção de

medidas baseadas em evidências, como a adesão a pacotes de boas práticas (*bundles*) para inserção segura e manutenção adequada de CC (ANVISA, 2017).

A prevenção das IPCS associadas a dispositivos de acesso vasculares requer a adoção de boas práticas nas instituições de saúde, que envolvam tanto componentes técnicos quanto aspectos organizacionais e comportamentais. Isso inclui a capacitação contínua das equipes de saúde, a adequada indicação e manutenção dos dispositivos e a implementação de estratégias organizacionais para a mudança de cultura.

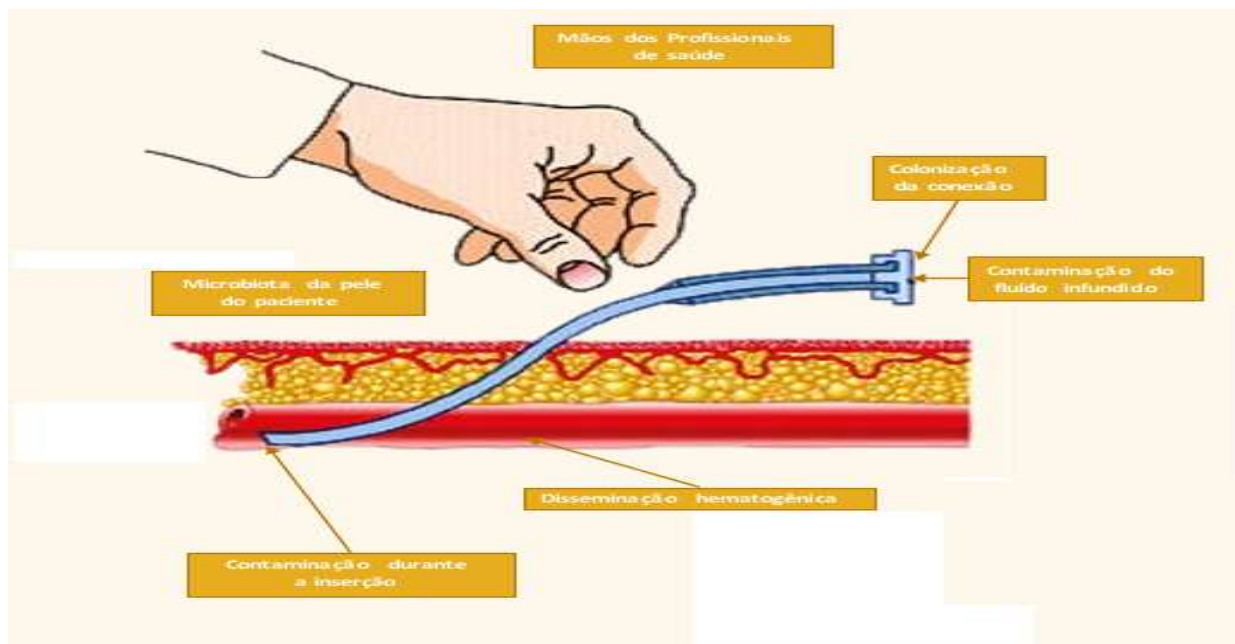
Um exemplo aplicado com sucesso em hospitais norte-americanos é o modelo dos "4E", *engage, educate, execute* e *evaluate*, que propõe: engajar as equipes, oferecer educação baseada em evidências, executar as intervenções propostas e avaliar sistematicamente os resultados. Essa abordagem envolve ainda a identificação de barreiras locais, a mensuração da performance assistencial e a garantia de que os pacientes recebam medidas eficazes de prevenção de infecções (BUETTI *et al.*, 2022).

3.1 FISIOPATOGENIA

Os dispositivos de acesso vascular central (DAVC) podem ser colonizados por microrganismos:

- a) extraluminalmente: quando os microrganismos da própria pele do paciente são introduzidos durante a inserção devido preparação inadequada da pele pré-procedimento ou quadro migram ao longo da superfície do dispositivo se o local de inserção estiver desprotegido ou manipulado de forma inadequada durante os cuidados pós-inserção; ou
- b) intraluminalmente: quando os microrganismos são introduzidos no lúmen do cateter enquanto o conector ou hub do cateter é manipulado, por contaminação do fluido administrado através do cateter ou pela disseminação hematogênica de um agente infeccioso de um outro foco infeccioso para a corrente sanguínea (**Figura 1**).

Figura 1 – Fisiopatogenia da infecção da corrente sanguínea



Fonte: Maki (1992) e Safdar & Maki (2004) apud Anvisa (2024).

4 RESULTADOS ESPERADOS

Com a implementação das medidas apresentadas neste protocolo, espera-se:

- redução na densidade de IPCS em pacientes em uso de dispositivo de acesso vascular central e periférico;
- padronização das orientações e medidas de prevenção de IPCS associada ao uso de cateter;
- implementação de checklists de inserção e manutenção de DAVC; e
- realização de ações de monitoramento com aplicação de ações de melhorias.

5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

As orientações desse protocolo devem ser aplicadas para todos os pacientes submetidos a terapia infusional.

6 RESPONSABILIDADES

6.1 Gestor da instituição de saúde

- a) Contribuir para a adequada estruturação da equipe assistencial, considerando o dimensionamento compatível com a complexidade do cuidado e a qualificação técnica dos profissionais envolvidos;
- b) viabilizar processos regulares de capacitação para os profissionais com foco na atualização conceitual e na padronização de condutas, conforme diretrizes e procedimentos institucionais vigentes;
- c) certificar-se de que a estrutura física das instalações seja compatível com as medidas e com a legislação vigente, garantindo a segurança tanto dos pacientes quanto dos profissionais de saúde;
- d) responsabilizar-se pela provisão oportuna de produtos para saúde e saneantes necessários à prevenção da IPCS, assegurando a disponibilidade de equipamentos de proteção individual (EPIs), produtos de limpeza e desinfecção, cateteres e demais insumos que sejam compatíveis entre si e com as diretrizes técnico-sanitárias e assistenciais da instituição, garantindo a segurança da terapia infusional;
- e) assegurar a realização de processos sistemáticos de monitoramento, avaliação e definição de ações com base nos indicadores e nas diretrizes estabelecidas neste protocolo, voltadas à melhoria contínua da assistência e à efetividade das medidas de prevenção e controle da IPCS; e
- f) atuar na viabilização das demais condições necessárias à implantação e aplicação das medidas previstas neste protocolo.

6.2 Unidade organizacional responsável pelo Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS)

- a) Apoiar a implantação e a implementação das medidas previstas neste protocolo, em articulação com as demais áreas envolvidas;
- b) apoiar tecnicamente a elaboração, implementação e atualização do Procedimentos Operacionais Padrão (POP) com a padronização da execução detalhada de procedimentos, rotinas e tarefas específicas definidas por este protocolo;
- c) monitorar os indicadores previstos nesse protocolo, avaliando periodicamente os dados e identificando oportunidades de intervenção;
- d) monitorar processo de trabalho em relação à inserção e manutenção de DAV e à adesão as medidas de prevenção propostas nesse protocolo;
- e) estimular a notificação de suspeita de infecção da corrente sanguínea;

- f) disponibilizar mensalmente para as equipes e a alta direção os relatórios de vigilância epidemiológica, por unidade, contendo as densidades de incidência de IPCS; e
- g) realizar a notificação compulsória dos casos de IPCS aos níveis municipal e estadual e à Anvisa, conforme recomendações existentes.

6.3 Unidade organizacional responsável pelo SCIRAS em conjunto com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e Setor de Gestão da Qualidade

- a) Promover ações educativas contínuas voltadas à prevenção de IPCS;
- b) realizar capacitações periódicas da equipe assistencial, com foco nas medidas preventivas descritas neste protocolo;
- c) realizar capacitações e treinamentos específicos para os profissionais de saúde envolvidos na inserção, no cuidado e na manutenção de cateteres vasculares sobre a implementação desse protocolo;
- d) apoiar na supervisão da adesão ao protocolo; e
- e) definir melhorias com vistas à redução da densidade de incidência de IPCSL associada a cateter central, assim como melhorias nos demais indicadores monitorados, junto aos representantes dos setores e equipe assistencial.

6.4 Equipe multiprofissional assistencial

- a) Implementar, de forma sistemática, as medidas gerais e específicas previstas neste protocolo;
- b) acompanhar os dias de uso de cateter do paciente;
- c) proceder com a retirada de cateteres, sempre que indicado;
- d) auxiliar a unidade organizacional responsável pelo SCIRAS, Setor de Gestão da Qualidade e o NSP na coleta de dados para compor os indicadores desse protocolo.

6.5 Equipe médica

- a) Avaliar clinicamente o paciente, definir etiologias e abordagens de prevenção de fatores de risco para infecção associada a dispositivo de acesso vascular central;
- b) discutir em equipe multidisciplinar a indicação da inserção, tipo (curta ou longa permanência) e tempo de permanência de cateteres intravasculares;
- c) prescrever a implantação do DAVC e DAVP e os medicamentos que serão utilizados durante o procedimento;

- d) na indicação, explicar procedimento ao paciente/familiar;
- e) observar e registrar em prontuário mudanças no quadro clínico e do local de inserção de cateteres intravasculares;
- f) solicitar exame radiográfico e analisar o posicionamento do DAVC;
- g) avaliar diariamente a necessidade da manutenção de uso do DAVC e DAVP;
- h) registrar em prontuário as atividades realizadas; e
- i) auxiliar o SCIRAS, o NSP e outras equipes na coleta de dados para compor os indicadores desse protocolo.

6.6 Enfermeiro(a)

- a) Estimular a adesão da equipe e a aplicação dos componentes essenciais de prevenção de infecção associada a DAV;
- b) discutir a indicação da inserção, características e permanência de cateteres intravasculares;
- c) manter o controle diário do uso de cateteres, sempre atentos a necessidade de retirada de cateteres, quando indicado;
- d) prescrever os cuidados de enfermagem quanto à administração de medicamentos, curativos e troca do sistema infusional;
- e) avaliar o local de inserção dos DAV diariamente, e registrar os achados em prontuário e, conforme tipo de dispositivo, no checklist de avaliação;
- f) capacitar a equipe de enfermagem para os cuidados com a manutenção dos DAV e troca dos sistemas de infusão;
- g) observar, registrar em prontuário e comunicar alterações no quadro clínico e local de inserção de cateteres intravasculares;
- h) supervisionar a equipe no cumprimento das prescrições; e
- i) auxiliar o SCIRAS, o NSP e outras equipes na coleta de dados para compor os indicadores desse protocolo.

6.7 Técnico(a) de Enfermagem

- a) Comunicar ao enfermeiro alterações no funcionamento, cobertura e aspecto do local de inserção de cateteres;
- b) registrar as atividades realizadas em checklist de inserção e manutenção de DAVC; e
- c) implementar os cuidados prescritos pelo enfermeiro.

6.8 Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CCIRAS)

- a) Deliberar diretrizes institucionais para prevenção de IPCS, com base em evidências científicas, normativos vigentes e dados institucionais;
- b) validar protocolos e procedimentos, elaborados pelos setores assistenciais, para prevenção da IPCS;
- c) analisar periodicamente os dados de densidade de incidência de IPCS, provenientes do sistema de vigilância epidemiológica, propondo recomendações e medidas corretivas ou preventivas quando necessário;
- d) deliberar sobre indicadores de processo e resultado relacionados à IPCS, apoiando a definição de metas institucionais, fluxos de monitoramento e estratégias de melhoria contínua;
- e) aprovar e apoiar a implantação de *bundles* e checklists assistenciais, quando propostos pelas equipes executoras, que visem padronizar e melhorar práticas relacionadas ao uso de CVC;
- f) deliberar sobre capacitações obrigatórias para prevenção da IPCS, em parceria com os setores assistenciais e de educação permanente;
- g) participar do processo de aquisição e uso de CVC e outros materiais e dispositivos relacionados, em articulação com a Comissão de Padronização de Produtos para a Saúde (CPPS), quando pertinente; e
- a) validar os boletins informativos sobre a situação das IPCS elaborados.

7 MEDIDAS A SEREM IMPLEMENTADAS

A prevenção das IPCS associadas a cateteres exige uma abordagem sistemática, envolvendo medidas gerais para dispositivos de acessos vasculares periféricos e centrais, bem como medidas específicas por tipo de dispositivo, todas embasadas por evidências científicas.

7.1 Medidas gerais para dispositivos de acesso vascular periféricos e centrais

As medidas gerais para prevenção de complicações infecciosas em DAVs devem ser aplicadas tanto para DAVC quanto para DAVP incluem higiene das mãos, preparo da pele, estabilização do dispositivo, cobertura, prevenção de obstruções e outras práticas que envolvem toda a equipe assistencial (**Quadro 1**).

Quadro 1 – Medidas gerais para dispositivos de acesso vascular periféricos e centrais, descrição das atividades e equipe responsável

Medida geral	Descrição das atividades	Equipe responsável
Higiene das Mãos (HM)	a) Higienizar as mãos com preparação alcoólica. b) utilizar água e sabonete líquido quando estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais, e quando os cuidados forem realizados em pacientes em precaução por colonização/infecção por <i>Clostridium difficile</i>; c) realizar a HM nos 5 momentos, conforme descrito nos Anexos I e II – “Aplicação dos ‘5 momentos de higiene de mãos’ nos cuidados com cateter venoso central” e periférico, incluindo: – imediatamente antes de qualquer manipulação do cateter e sistema de administração de medicamentos, tais como: inserção do cateter, remoção do cateter, troca de cobertura, coleta de sangue, quando acessar o sistema de infusão e equipos, e no preparo de medicamentos para administração no cateter; – após tocar o local de inserção do cateter, bem como antes e após a inserção, remoção, manipulação ou troca de cobertura; e – imediatamente após qualquer contato que possa envolver exposição a fluidos corporais, tais como: inserção ou remoção do cateter e coleta sangue; e d) higienizar as mãos antes de calçar as luvas e após retirá-las.	Toda equipe que presta assistência ao paciente
Preparo da pele	a) Realizar a remoção dos pelos, quando necessária, com tricotomizador elétrico ou tesouras (não utilizar lâmina de barbear); b) realizar limpeza em caso de sujidade visível no local da futura punção, seja periférica ou profunda, com água e sabonete líquido; c) realizar a antisepsia da pele conforme Procedimento Operacional Padrão (POP) da instituição (Apêndice A - Modelo de Procedimento Operacional Padrão de antisepsia da pele); d) realizar a antisepsia da pele para todos os bebês na UTI	Equipe médica e de enfermagem

Medida geral	Descrição das atividades	Equipe responsável
	neonatal (Quadro 1 do Apêndice A).	
Utilização de luvas	O uso de luvas está indicado apenas quando: a) há risco de contato com sangue ou fluidos corporais durante a manipulação do cateter; ou b) em caso de instalação de medicamentos quimioterápicos e antineoplásicos; ou c) em situações em que seja necessária a palpação do local de inserção após a antisepsia (calçar luvas estéreis antes do procedimento).	
Estabilização do dispositivo	a) Estabilizar o cateter de modo a preservar sua integridade, prevenir seu deslocamento e perda; b) a estabilização não deve interferir na avaliação do local de inserção ou dificultar a infusão da terapia; c) usar técnica asséptica; d) não utilizar fitas adesivas não estéreis (esparadrapo ou micropore) para estabilização ou cobertura de cateteres; e) considerar o uso de dispositivos de estabilização sem sutura para redução do risco de IPCS; e f) estabilizar a cânula do cateter antes de realizar o curativo/ cobertura.	Equipe médica ou de enfermagem
Cobertura dos cateteres	a) Utilizar cobertura estéril; b) selecionar o tipo de cobertura considerando os seguintes fatores: – tipo de cateter; – risco de sangramento ou infecção; – condição da pele; – alergias ou sensibilidades conhecidas; – tamanho e preferência do paciente; – custo; e – tempo de uso e facilidade de uso do curativo (mínimo de trocas possíveis); c) Considerar usar cobertura impregnada com clorexidina¹ nos pacientes a partir de 2 meses de idade com dispositivo de acesso vascular central; d) preferir uma cobertura transparente, utilizar gaze estéril e cobertura estéril nas primeiras 24 horas pós punção e considerar quando presença de sangramento ativo em local de inserção do cateter ou apenas quando a previsão de acesso for menor que 48h; e) usar cobertura com gaze estéril no local de inserção do cateter sempre que houver drenagem, excetuando-se os casos em que for utilizado agente hemostático para absorção da drenagem sanguinolenta, ou quando o paciente apresentar sudorese profusa (diaforese); f) trocar cobertura transparente estéril, impregnada ou não com clorexidina, pelo menos a cada 7 dias (exceto pacientes neonatais) ou imediatamente se a integridade da cobertura for comprometida (por exemplo, sujo, solto ou úmido) ou se a integridade da pele sob a cobertura estiver comprometida; g) trocar a gaze estéril e o filme transparente para DAVC: – no máximo a cada 2 dias; ou – quando a inspeção do local de inserção for necessária; ou – se a integridade da cobertura estiver comprometida (por exemplo, se úmido, solto ou visivelmente suja);	Equipe médica ou de enfermagem

Medida geral	Descrição das atividades	Equipe responsável
	h) manter técnica asséptica do não toque durante a troca de coberturas (usar luvas estéreis se houver necessidade de tocar o local de inserção); i) proteger as coberturas, cateteres e conexões com plástico de cores claras ou outro material impermeável durante o banho; j) utilizar cobertura com cuidado em pacientes com pele frágil ou patologias de pele complicadas; k) monitorar eritema e dermatite no local da cobertura e atentar para a secagem completa do antisséptico para evitar reações na pele. ¹Observações: Para cateteres tunelizados com <i>cuff</i> (por exemplo, cateteres de hemodiálise; cateter de Hickman), em que o local de acesso está bem cicatrizado, não está claro se o uso de cobertura de clorexidina reduz o risco de complicações infecciosas.	
Prevenção de obstrução dos dispositivos de acessos vasculares	a) Realizar a desinfecção ativa das conexões antes de realizar <i>flushing</i> ou <i>locking</i>; b) realizar <i>flushing</i> e aspiração para verificar retorno de sangue antes de cada infusão, para garantir funcionamento do cateter e prevenir complicações; c) realizar <i>flushing</i> após cada infusão para prevenir a mistura de medicamentos incompatíveis; d) utilizar frascos/flaconetes de dose única ou seringas pré-preenchidas com solução de cloreto de sódio 0,9% sem conservantes e específicas para <i>flushing</i> de cateteres; e) não utilizar seringas pré- preenchidas com solução de cloreto de sódio 0,9% para diluição de medicamentos; f) não usar água estéril para realização do <i>flushing</i> em DAVC; g) avaliar a permeabilidade do DAVC com seringas de diâmetro de 10 mL ou uma seringa projetada especificamente para gerar pressão de injeção mais baixa (ou seja, corpo de seringa de 10 mL de diâmetro) no lúmen do cateter e identificar qualquer tipo de resistência; h) utilizar técnica de pressão positiva para minimizar o refluxo de sangue para o lúmen do DAVC; i) evitar o refluxo de conexão/desconexão usando a sequência apropriada para o <i>flushing</i>, clampeamento da via e desconexão, determinada pelo tipo de conector livre de agulha que está sendo usado (consultar as recomendações do fabricante); j) realizar o <i>locking</i> de cada lúmen do DAVC após a conclusão do flush final; k) realizar o <i>locking</i> dos cateteres intravenosos periféricos (CIVP) curtos e longos e os cateteres de linha média, imediatamente após cada uso; e l) realizar o <i>locking</i> dos DAVC com cloreto de sódio a 0,9% isentos de conservantes.	Equipe de enfermagem
Troca ou remoção do cateter	Ver o Apêndice B que traz o resumo das recomendações para troca ou remoção de dispositivos centrais e periféricos.	Equipe médica e de enfermagem
Orientação de pacientes e acompanhantes	Orientar pacientes e acompanhantes quanto às medidas de prevenção de IPCS como, por exemplo, evitar tocar na área do cateter, higienizar as mãos, não molhar a região do cateter etc.	Equipe médica e de enfermagem

7.2 Medidas específicas para cateteres intravenosos periféricos (CIVP)

Esta seção apresenta medidas específicas voltadas à prevenção de IPCS associada ao uso de CIVP. As recomendações abrangem desde a seleção criteriosa do cateter e do vaso sanguíneo até a realização da punção, estabilização do dispositivo, manutenção e remoção conforme critérios clínicos (**Quadro 2**). A padronização dessas práticas é fundamental para reduzir complicações infecciosas e não infecciosas, assegurando a qualidade do cuidado e a segurança do paciente em todos os níveis de assistência.

Quadro 2 – Medidas específicas para prevenção de IPCS relacionadas a CIVP, descrição das atividades e equipe responsável

Medida específica	Descrição das atividades	Equipe responsável
Além das medidas gerais descritas no item 7.1, adotar as seguintes medidas específicas		
Seleção do cateter	Selecionar o CIVP de acordo com: a) a indicação clínica; b) tipo de solução intravenosa; c) duração da terapia/ tempo de permanência no local; d) necessidades do paciente, incluindo condições das veias; e) habilidade técnica de quem irá inseri-lo; e f) necessidades de infusão, considerando: – material da cânula do cateter; – design; – calibres (selecionar, preferencialmente, um calibre menor do cateter em relação à veia para minimizar o risco de flebite mecânica e flebite química, uma vez que preserva a hemodiluição da droga no interior do vaso); – comprimento (selecionar o CIVP curto de menor calibre que acomodará a terapia prescrita e a necessidade do paciente); – dispositivos de proteção da agulha e de contato com sangue; e – outros componentes acoplados ao dispositivo, como extensores, conectores e outros.	Equipes médica e de enfermagem
Seleção do vaso periférico	a) Considerar a preferência do paciente na escolha do membro para inserção do CIVP; b) utilizar um local de inserção no membro não dominante; c) evitar locais de inserção localizados em locais de flexão, membros comprometidos por lesões, infecções nas extremidades, veias com sinais e sintomas de flebite, áreas com infiltração ou extravasamento prévios e plegias; d) não puncionar veias: – em membros preservados para futuros procedimentos, como fístulas arteriovenosas, cateteres centrais inseridos por veias periféricas, dentre outros; – das extremidades inferiores (com exceção de neonatos e lactentes), a menos que seja necessário para uma inserção de emergência (quando usar, remover o mais rápido possível). e) em pacientes neonatos e pediátricos: – priorizar veias dos membros superiores; – considerar as veias das mãos e antebraço; e	Equipe de enfermagem

Medida específica	Descrição das atividades	Equipe responsável
Além das medidas gerais descritas no item 7.1, adotar as seguintes medidas específicas		
	– evitar a fossa antecubital.	
Inserção do cateter	a) Usar um garrote descartável ou passível de desinfecção entre pacientes; b) limitar no máximo a duas tentativas de punção venosa periférica por profissional. Caso não obtenha sucesso, solicitar ajuda para outro profissional com maior habilidade para acesso vascular ou reavaliar com a equipe multiprofissional outras possibilidades de acesso; e c) utilizar um novo CIVP a cada tentativa de punção no mesmo paciente.	Equipes de enfermagem e médica
Manutenção do cateter periférico	a) Proteger o local de inserção e todas as conexões e acessórios com material impermeável durante o banho; b) verificar as condições da cobertura e a necessidade de substituição do cateter por meio de inspeção visual e palpação externa da cobertura intacta; c) valorizar queixas do paciente em relação a qualquer sinal de desconforto, dor e parestesia; d) avaliar o local de inserção do dispositivo periférico e áreas ao redor quanto à presença de rubor, edema ou secreção, a cada quatro horas ou conforme criticidade do paciente: – Unidade de terapia intensiva de qualquer idade, sedados ou com déficit cognitivo: a cada 1-2 horas; – Unidades de Internação pediátrica: no mínimo a cada três horas; – Unidades de Internação adulto: a cada seis horas; e – situações de emergência para administrar medicamentos vasoativos: a cada uma ou duas horas ou intervalo menor, se necessário, até que um cateter venoso central tenha sido inserido e liberado para o uso.	Equipe de enfermagem

7.3 Medidas específicas para cateter arterial periférico

Os cateteres arteriais periféricos são utilizados principalmente para monitorização hemodinâmica contínua. Apesar de seu menor risco de infecção comparado aos DAVC, sua manipulação inadequada pode resultar em complicações graves. Esta seção traz orientações específicas para prevenção de IPCS relacionada a cateter arterial periférico desde a técnica de inserção até a monitorização (**Quadro 3**).

Quadro 3 – Medidas específicas para prevenção de IPCS relacionadas a cateter arterial periférico, descrição das atividades e equipe responsável

Medida específica	Descrição das atividades	Equipe responsável
Além das medidas gerais (exceção da prevenção de obstrução*) descritas no item 7.1, adotar as seguintes medidas específicas		
Inserção do cateter	a) Utilizar cateter próprio para essa finalidade; b) utilizar precaução de barreira máxima estéril na artéria axilar ou femoral (gorro, máscara, avental estéril de manga longa, luvas estéreis, óculos de proteção; campo estéril ampliado, de forma a cobrir o corpo todo do paciente); c) ao inserir um cateter arterial periférico em outros locais, que não o axilar ou femoral, usar touca, máscara, luvas estéreis, óculos e um pequeno campo fenestrado estéril na inserção do cateter.	Toda equipe que presta assistência ao paciente
Monitorização	a) Utilizar somente componentes estéreis para a monitorização; b) minimizar manipulações e entradas no sistema, se necessário, fazer por meio do sistema de <i>flush</i> contínuo fechado; c) utilizar transdutores descartáveis para a monitorização da pressão arterial invasiva; d) trocar os transdutores a cada 96 horas, juntamente com os acessórios e soluções para <i>flush</i> , imediatamente após a suspeita de contaminação ou quando a integridade do produto ou sistema for comprometida; e) utilizar gel estéril e uma capa protetora estéril sobre o probe/transdutor do ultrassom quando o cateter for guiado por ultrassom; f) desinfetar antes e após o procedimento todo o equipamento do ultrassom para reduzir o risco de contaminação e subsequente risco de infecção (consultar as orientações do fabricante)	Toda equipe que presta assistência ao paciente
Observação	*se utiliza solução de manutenção e o flushing é realizado com intervalo de tempo, e não após “cada infusão”, pois esse dispositivo não é utilizado para administração de medicamentos.	

7.4 Medidas específicas para DAVC, incluindo PICC, cateter semi-implantáveis ou tunelizados e cateter totalmente implantado

Os DAVC, incluindo os inseridos por veia periférica (PICC), os tunelizados, os semi e totalmente implantado, são fundamentais para a administração de terapias de média e longa duração. Contudo, representam importante fonte de risco para IPCS. Esta seção fornece medidas específicas para prevenção de IPCS relacionada a esses dispositivos que abrangem desde a seleção do local de inserção até cuidados com a manutenção, assegurando a adoção de práticas seguras e baseadas em evidências.

Quadro 4 – Medidas específicas para prevenção de IPCS relacionadas a DAVC, descrição das atividades e equipe responsável

Medida específica	Descrição das atividades	Equipe responsável
Além das medidas gerais descritas no item 7.1, adotar as seguintes medidas específicas		
Escolha do local de inserção do DAVC	a) Manter de fácil acesso uma lista de indicações para o uso de DAVC para evitar seu uso desnecessário; b) definir fluxo de decisão baseado no tempo de terapia infusional e seu propósito; c) considerar o risco para outras complicações não infecciosas (controle de sangramento, estenose, trombose); d) dar preferência à veia subclávia; e) em crianças e lactentes, a cateterização da veia femoral pode ser considerada se os locais para inserção da parte superior do corpo forem contraindicados; e f) cateteres de veia femoral tunelizados, com saída externa a área da fralda no meio da coxa, pode ser mais seguro e fornecer redução de risco adicional.	Equipe médica e de enfermagem
Inserção de DAVC	a) Aplicar o <i>checklist</i> de inserção de cateter central (Apêndices C ou D – Modelos de checklist de inserção de DAVC); b) utilizar barreira máxima estéril no momento da inserção dos cateteres centrais: – todos os profissionais envolvidos na inserção devem utilizar gorro, máscara, avental estéril de manga longa, luvas estéreis e óculos de proteção; e – utilizar campo estéril ampliado, de forma a cobrir o corpo todo do paciente (cabeça aos pés); c) preferir inserção guiada por ultrassom; d) utilizar kits que contenham todos os insumos necessários para inserção do DAVC. Observação: Os profissionais de saúde que estiverem observando a inserção do DAVC devem ser empoderados a interromper o procedimento se forem observadas quebras na técnica asséptica.	Equipe médica e de enfermagem
Manutenção de DAVC	a) Desinfetar os hubs de cateter, conectores livres de agulha ou locais para administração de medicamentos antes de acessar o cateter, por pelo menos 5 segundos; b) avaliar, no mínimo uma vez ao dia, o local de inserção dos cateteres centrais, por inspeção visual e palpação sobre a cobertura intacta; c) aplicar o <i>checklist</i> de manutenção de DAVC (Apêndice E).	Equipe médica e de enfermagem
Troca de DAVC	a) Utilizar as mesmas medidas de barreira apresentadas na inserção de DAVC para a troca do cateter por fio guia. Procedimento indicado se	

Medida específica	Descrição das atividades	Equipe responsável
Além das medidas gerais descritas no item 7.1, adotar as seguintes medidas específicas		
	não houver suspeita de infecção intraluminal do cateter; b) cateteres inseridos em emergência e que não tenham seguido a técnica adequada de paramentação e antissepsia da pele devem ser trocados para outro local, assim que possível, em até 48 horas. c) Ver apêndice B	

7.4.1 Especificidades para PICC

Os cuidados para prevenção de IPCS associada à PICC seguem as mesmas recomendações dos DAVC (**Quadro 4**) com as algumas especificidades (**Quadro 5**).

Quadro 5 – Especificidades para prevenção de IPCS relacionadas a PICC, descrição das atividades e equipe responsável

Especificidade	Descrição das atividades	Equipe responsável
Inserção	a) Selecionar a veia basílica, braquial ou cefálica acima da fossa antecubital que seja mais apropriada para a inserção do PICC, de preferência a veia basílica; garantir uma proporção cateter-vaso inferior a 45%; b) Para pacientes pediátricos e neonatais, locais de inserção adicionais podem ser considerados: veias axilares, veia temporal e auricular posterior (cabeça) e veia safena e poplítea (membros inferiores); e c) evitar, sempre que possível: veias dos membros inferiores para inserção do PICC relacionadas à patologia abdominal e veias dos membros superiores para neonatos, bebês e crianças com fisiologia de ventrículo único. d) evitar PICCs em pacientes com doença renal crônica devido aos riscos de estenose e oclusão de veia central, bem como prevenir a depleção venosa para a construção de fístula futura.	Equipe médica e de enfermagem
Troca	O PICC não deve ser substituído exclusivamente em virtude de tempo de permanência. Ver apêndice B	Equipe médica e de enfermagem

7.4.2 Especificidades para cateter umbilical

Os cateteres umbilicais requerem cuidados específicos para prevenção de IPCS, incluindo métodos adequados de estabilização e monitoramento (**Quadro 6**).

Quadro 6 –Especificidades para prevenção de IPCS relacionadas a cateter umbilical, descrição das atividades e equipe responsável

Especificidade	Descrição das atividades	Equipe responsável
Além das medidas gerais descritas no item 7.1 (exceção da cobertura), adotar as seguintes medidas específicas		
Estabilização do cateter	Escolher um método de estabilização do cateter umbilical arterial e venoso com base na manutenção da integridade da pele, redução de complicações e facilidade do uso.	Equipe médica ou enfermeiro(a)
Manutenção – recomendações adicionais	a) Manter o acesso umbilical limpo e seco; b) não utilizar antimicrobianos tópicos no local; c) monitorar os sinais e sintomas de complicações potenciais, incluindo, mas não se limitando a: sangramento do coto umbilical, extravasamento, hemorragia, embolia aérea, infecção, trombose, derrame pleural, derrame pericárdico, tamponamento cardíaco, arritmias cardíacas, lesão hepática e vasoconstrição vascular periférica.	Equipe médica ou equipe de enfermagem

7.4.3 Especificidades para cateter semi-implantáveis ou tunelizados

Cateteres semi-implantáveis ou tunelizados são utilizados em pacientes com necessidade de acesso venoso de longo prazo, como em casos de hemodiálise ou quimioterapia. Por sua complexidade, sua inserção deve ocorrer em ambiente controlado, seguindo recomendações específicas para prevenção de IPCS (**Quadro 7**).

Quadro 7 – Especificidades para prevenção de IPCS relacionadas a cateteres semi-implantáveis ou tunelizados, descrição das atividades e equipe responsável

Especificidade	Descrição das atividades	Equipe responsável
Além das medidas gerais descritas no item 7.1, adotar as seguintes medidas específicas		
Inserção de cateter semi-implantável ou tunelizado	a) Devem ser inseridos cirurgicamente em ambiente controlado, como, centro cirúrgico e sala de hemodinâmica; b) considerar o uso de um dispositivo de acesso vascular tunelizado com cuff em pacientes com doença renal crônica para uso a curto prazo quando clinicamente indicado, ou uso de longo prazo (sem limite de tempo máximo identificado). A inserção jugular interna é recomendada; no entanto, as seguintes veias podem ser usadas se a inserção jugular interna não for possível: jugular externa, braquiocefálica ou femoral; e c) após a cicatrização do óstio (em média 2 a 4 semanas)	Toda equipe que presta assistência ao paciente

Especificidade	Descrição das atividades	Equipe responsável
Além das medidas gerais descritas no item 7.1, adotar as seguintes medidas específicas		
	pode-se manter o local de inserção descoberto.	

7.4.4 Especificidades para cateter totalmente implantado

Os cateteres totalmente implantados, como os port-a-cath, oferecem uma opção segura e duradoura de acesso venoso para pacientes em tratamento oncológico ou com necessidade de infusão frequente. No entanto, seu manejo exige técnica asséptica rigorosa durante o acesso, uso de materiais apropriados e manutenção adequada da cobertura e permeabilidade do sistema para prevenção de IPCS (**Quadro 8**).

Quadro 8 – Medidas específicas para prevenção de IPCS relacionadas a cateter totalmente implantado

Especificidade	Descrição das atividades	Equipe responsável
Além das medidas gerais descritas no item 7.1, adotar as seguintes medidas específicas		
Inserção do dispositivo	Inserir cirurgicamente em ambiente controlado, como centro cirúrgico e sala de hemodinâmica.	Equipe médica
Punção do reservatório	a) Realizar a punção do reservatório (port) apenas com agulha não cortante, própria para uso na membrana do reservatório (agulha tipo Huber); e b) durante a punção, utilizar máscara cirúrgica (profissional e paciente) e luvas estéreis, obedecendo à técnica asséptica do não toque.	Enfermeiro
Cobertura	a) Usar uma cobertura de membrana semipermeável transparente (MST) estéril que cubra a agulha não cortante e o local de acesso quando o reservatório estiver puncionado; b) trocar a cobertura de MST estéril pelo menos a cada 7 dias; c) para pacientes oncológicos, utilizar cobertura impregnada de clorexidina ao redor do local de inserção da agulha não cortante com base na duração das infusões superiores a 4 a 6 horas; e d) fixar a agulha não cortante com fitas adesivas estéreis.	Enfermeiro
Permeabilidade do dispositivo	Realizar lavagem (<i>flushing</i>) e selamento (<i>locking</i>) do cateter para avaliar a funcionalidade e manter a permeabilidade.	Equipe de enfermagem

7.5 Outras medidas específicas

Medidas adicionais para prevenção de IPCS incluem:

- a) Instituir equipes de terapia infusional ou acesso vascular;
- b) utilizar tampa protetora com antisséptico para valvulados; e
- c) uso de citrato para cateteres da hemodiálise.

8 MONITORAMENTO

O monitoramento da implementação das medidas previstas neste protocolo deve ser realizado a partir da análise de indicadores definidos pela instituição. Recomenda-se o acompanhamento mensal desses indicadores e a realização de reuniões com as áreas envolvidas para planejamento, definição de estratégias e implementação de melhorias considerando todo o processo de prevenção de IPCS (**Apêndice F**).

O monitoramento dos DAV pode ser realizado através da utilização de *checklists* de inserção (**Apêndices C e D**) e de manutenção de dispositivos (**Apêndice E**).

A avaliação sistemática dos indicadores permite acompanhar os resultados alcançados, identificar oportunidades de melhoria e promover ajustes na estrutura e nos processos assistenciais. A seguir, sugerem-se indicadores que podem ser utilizados no monitoramento da adesão ao protocolo de prevenção de IPCS:

a) indicadores de resultados:

- densidade de incidência de IPCSL (**Apêndice G**); e
- taxa de utilização de cateter central (**Apêndice H**);

b) indicadores de processos:

- taxa de adesão ao checklist de verificação das práticas de inserção segura de cateter central (VPIS-CC) (**Apêndice I**);
- taxa de conformidade a todos os itens do checklist de verificação das práticas de inserção segura de cateter central (**Apêndice J**), que avalia a conformidade do *bundle* de inserção; e

Os indicadores devem ser estratificados por unidades de internação, em especial, UTI neonatal, pediátrica e adulta. A instituição deve definir outros indicadores conforme suas especificidades.

9 HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	21/07/2025	Versão inicial.

10 REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Caderno 4: *Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde*. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Versão preliminar – não finalizada. Brasília: Anvisa, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/manuais/cadernos-de-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-2024-versoes-preliminares-nao-finalizadas-aguardando-o-envio-de-sugestoes/caderno-4-prevencao-iras-nov-2024-assistencia-segura-nov-2024-versao-preliminar-nao-finalizada-aguardando-o-envio-de-sugestoes/>. Acesso em: 15 jul. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 03/2025 – *Critérios Diagnósticos das infecções relacionadas à assistência à saúde de notificação nacional obrigatória* – ano: 2025. Brasília: Anvisa, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/nota-tecnica-gvims-ggtes-dire3-anvisa-no-03-2025/>. Acesso em: 15 jul. 2025.

ALEXANDROU, E. et al. Use of Short Peripheral Intravenous Catheters: Characteristics, Management, and Outcomes Worldwide. *Journal of Hospital Medicine*, v. 13, n. 5, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.12788/jhm.3039>. Acesso em: 15 jul. 2025.

ASSOCIATION FOR PROFESSIONALS IN INFECTION CONTROL AND EPIDEMIOLOGY. APIC Implementation Guide. *Guide to Preventing Central Line-Associated Bloodstream Infections*. Washington: APIC, 2015. Disponível em: http://apic.org/Resource/TinyMceFileManager/2015/APIC_CLABSI_WEB.pdf. Acesso em: 15 jul. 2025.

BEN-DAVID, D. et al. Impact of intensified prevention measures on rates of hospital-acquired bloodstream infection in medical-surgical intensive care units, Israel, 2011 to 2019. *Eurosurveillance*, v. 28, n. 25, 2023. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/336/7650/924>. Acesso em: 15 jul. 2025.

BUETTI, N. et al. Strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute-care hospitals: 2022 Update. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, v. 43, n. 5, p. 553–569, maio 2022.

CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE. *Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation (GRADE) Working Group*, 2011. Disponível em: <http://canadiantaskforce.ca/methods/grade/>. Acesso em: 15 jul. 2025.

GUYATT, G. H. et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, v. 336, n. 7650, p. 924–926, 2008. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/336/7650/924>. Acesso em: 15 jul. 2025.

MARRA, A. R. et al. Nosocomial Bloodstream Infections in Brazilian Hospitals: Analysis of 2,563 Cases from a Prospective Nationwide Surveillance Study. *Journal of Clinical Microbiology*, v. 49, n. 5, p. 1866–1871, 2011. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21411591/>. Acesso em: 15 jul. 2025.

MOLLEE, P. et al. Catheter-associated bloodstream infection incidence and risk factors in adults with cancer: a prospective cohort study. *Journal of Hospital Infection*, v. 78, n. 1, p. 26–30, 2011.

PITIRIGA, V. et al. Central venous catheter-related bloodstream infection and colonization: the impact of insertion site and distribution of multidrug-resistant pathogens. *Antimicrob Resist Infect Control*. v. 9, n. 189, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13756-020-00851-1>. Acesso em: 15 jul. 2025.

REUNES, S. et al. Risk factors and mortality for nosocomial bloodstream infections in elderly patients. *European Journal of Internal Medicine*, v. 22, n. 5, p. e39-44, out. 2011.

TIMSIT, J. F. et al. Chlorhexidine-Impregnated Sponges and Less Frequent Dressing Changes for Prevention of Catheter-Related Infections in Critically Ill Adults: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, v. 301, n. 12, p. 1231, 2009.

11 RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Nome dos responsáveis pela elaboração da <u>versão atual</u> – cargo ou função, sigla do setor/unidade	_____ Data: ____/____/____
Análise Nome dos responsáveis pela análise – cargo ou função, sigla do setor/unidade	_____ Data: ____/____/____
Validação técnica Nome dos responsáveis pela validação técnica – cargo ou função, sigla do setor/unidade	_____ Data: ____/____/____
Validação de forma Nome dos responsáveis pela validação de forma – cargo ou função, sigla do setor/unidade	_____ Data: ____/____/____
Aprovação Nome dos responsáveis pela aprovação – cargo ou função, sigla do setor/unidade	_____ Data: ____/____/____

APÊNDICE A – Modelo de Procedimento Operacional Padrão de antissepsia da pele

1 OBJETIVO

Estabelecer um procedimento padronizado para a antissepsia da pele, incluindo a seleção e aplicação correta dos antissépticos, respeitando as particularidades clínicas dos pacientes, visando a redução do risco de infecções relacionadas à assistência à saúde e promovendo a segurança e qualidade do cuidado.

2 DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

2.1 Avaliar o histórico do paciente para qualquer alergia ou sensibilidade aos antissépticos de pele.

2.2 Selecionar o antisséptico conforme as seguintes orientações:

- a) utilizar antissépticos em embalagens (frasco, sachês, aplicador) de uso único (frascos multidose não são recomendados):
- b) selecionar o antisséptico adequado ao paciente:
 - clorexidina alcoólica a 2% como primeira opção;
 - clorexidina aquosa $\geq 1\%$ se houver contraindicação (por exemplo, lesão de pele, pele não íntegra como em grandes queimados, síndrome de *Stevens-Johnson* etc.) para uso de clorexidina alcoólica 2%; ou
 - um iodóforo de base alcóolica (por exemplo, iodopovidona) ou o álcool a 70% como última opção se houver contraindicação (reação alérgica, por exemplo) para o uso da solução de clorexidina; e
 - para bebês, seguir as recomendações do **Quadro 1**.

2.3 Realizar a antissepsia da pele com movimentos de vai e vem.

2.4 Aplicar a clorexidina por no mínimo 30 segundos (2 minutos, se inserção em local de inserção femoral) e, então, ampliar para áreas adjacentes.

2.5 Secar o antisséptico completamente e de forma espontânea, sem remover o excesso, abanar ou assoprar na pele.

Quadro 1 – Recomendações para antissepsia da pele em bebês

Idade	Tipo de antisséptico	Recomendações
Bebês com ≥ 8 semanas de idade	Usar clorexidina 2% alcoólica	a) Usar uma solução de clorexidina com cuidado devido aos riscos de queimaduras químicas na pele. Deve ser utilizada na menor área possível para reduzir o risco de absorção; b) remover os antissépticos após a conclusão do procedimento usando água estéril ou soro fisiológico; e c) evitar o uso de tintura de iodo devido ao potencial efeito deletério na glândula tireoide neonatal.
Bebê <8 semanas de idade	Usar produto contendo clorexidina, seja alcoólico ou aquoso	
Bebês nascidos com <28 semanas de gestação, especialmente quando ≤ 7 dias de idade	Considerar o uso de clorexidina aquosa $\geq 1\%$	

3 HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	dd/mm/aaaa <i>Inserir data de emissão da versão inicial</i>	Versão inicial.
XX <i>Inserir número da versão atual</i>	dd/mm/aaaa <i>Inserir data de emissão da versão atual</i>	Descrever as alterações realizadas em comparação com a versão anterior.

4 RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Nome dos responsáveis pela elaboração da <u>versão atual</u> – cargo ou função, sigla do setor/unidade	_____ Data: ____/____/____
Análise Nome dos responsáveis pela análise – cargo ou função, sigla do setor/unidade	_____ Data: ____/____/____
Validação técnica Nome dos responsáveis pela validação técnica – cargo ou função, sigla do setor/unidade	_____ Data: ____/____/____
Validação de forma Nome dos responsáveis pela validação de forma – cargo ou função, sigla do setor/unidade	_____ Data: ____/____/____
Aprovação Nome dos responsáveis pela aprovação – cargo ou função, sigla do setor/unidade	_____ Data: ____/____/____

APÊNDICE B – Resumo* da periodicidade de troca/remoção dos sistemas de infusão

Dispositivo	Frequência de troca /Remoção
Cateter intravenoso periférico (CIVP)	1 Avaliar a necessidade de permanência do CIVP diariamente 2 Remover caso não esteja em uso no período ≥ 24 horas (I) 3 Remover quando não houver medicamentos endovenosos prescritos (I) 4 Trocar o CIVP que foi inserido em situação de emergência, com riscos de comprometimento de técnica asséptica, o mais breve possível, dentro de 24 a 48 horas, ou assim que a condição clínica do paciente permitir (III) 5 Não há tempo pré-estabelecido para troca de acesso venoso periférico desde que todas as boas práticas de inserção, estabilização e manutenção sejam seguidas. 6 Remover o CIVP com base na avaliação do local (sítio de inserção e integridade da pele) e/ou sinais clínicos e sintomas de complicações sistêmicas: flebite, infiltração, extravasamento, obstrução, deslocamento, infecção ou mau funcionamento.
Dispositivo de acesso vascular central	1 Remover cateteres desnecessários 2 Não realizar troca pré-programada dos cateteres centrais, ou seja, não os substituir exclusivamente em virtude de tempo de sua permanência. As recomendações de troca de cateteres umbilicais estão descritas abaixo(I) 3 Trocas por fio guia, no caso de cateteres centrais de curta permanência, em geral devem ser limitadas a complicações não infecciosas (ruptura e obstrução). (III)
Cateteres umbilicais venosos (CUV)	1. Considerar limitar o tempo de permanência do CUV para 7 a 10 dias; riscos de complicações infecciosas e trombóticas aumentam com tempos de permanência mais longos. 2. Considerar a remoção do CUV em 4 dias seguida pela inserção de um PICC para infusão contínua como uma estratégia de prevenção de infecção.
Cateteres umbilicais arteriais (CUA)	1. Considerar limitar o tempo de permanência do CUA a não mais do que 5 dias.
Conectores livres de agulha	1 Rotina: Não trocar antes de 96 horas ou de acordo com a orientação do fabricante, a menos em caso de sujidade ou mau funcionamento. (III). 2 Os conectores devem ser trocados adicionalmente nas seguintes situações: • Em caso de mau funcionamento ou • Presença de sujidade e/ou detritos no conector.
Para os equipos e dispositivos adicionais em geral	1. Deve seguir a técnica asséptica do não toque, sendo pré-programada ou baseada em alguns fatores como: • Troca da solução utilizada; • Frequência da infusão (contínua ou intermitente); • Suspeita de contaminação; • Quando a integridade do produto ou do sistema estiver comprometida; • Na troca do acesso vascular.
Equipos de infusão contínua e intermitente	1. Equipos de infusão contínua: Não trocar em intervalos inferiores a 96 horas. (I) No entanto, essa troca pode ocorrer antes das 96 horas em caso de suspeita de contaminação, quando a integridade do produto ou do sistema estiver comprometida ou quando houver troca do acesso vascular, como descrito acima. 2. Equipos de administração intermitente: O período máximo para troca de equipos intermitentes não deve ser superior a 24 horas. (III)

Equipo e dispositivos adicionais de nutrição parenteral	1. Trocar a cada bolsa. (III)
Equipo e dispositivos adicionais de infusões lipídicas	1. Trocar a cada 12 horas. (III)
Equipo e dispositivos adicionais para administração de Propofol	1. Trocar (juntamente com o frasco do medicamento) de 6 – 12 horas (de acordo com a recomendação do fabricante do medicamento). (III)
Equipo e dispositivos adicionais de administração de hemocomponente	1. Trocar a cada bolsa. (III)
Equipo de sistema fechado de monitorização hemodinâmica e pressão arterial invasiva	1. Trocar a cada 96 horas. (II)
Equipos de bomba de infusão	1. A troca de equipos de bomba de infusão deve ser feita de acordo com a recomendação do fabricante.

**Este resumo não exclui a necessidade de considerar as recomendações descritas no caderno 4 de Segurança do Paciente: Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde da Anvisa.*

***Baseado em evidências científicas. Qualidade da evidência das recomendações segundo Canadian Task Force on Preventive Health Care e Grades for Recommendation, Assessment, Development, and Evolution (GRADE): (I) alta, (II) moderada ou (III) baixa.*

Fonte: Anvisa (2024).

APÊNDICE C – Modelo 1 de *checklist* de inserção de DAVC

Logo da instituição de saúde		Hospital X	
Tipo de documento: Formulário	Formulário nº X	Emissão: X/X/202X	Versão: 01
CHECKLIST DE INSERÇÃO DE DAVC			
Nome do paciente:			Nº prontuário:
Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino	Idade	Data internação na UI:	Diagnóstico da internação:
Unidade: ☐ UTI ☐ Outra	Leito/ Box:	Data inserção DAVC:	Turno da inserção: ☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Noite
Profissional responsável pela inserção do DAVC			
Nome:			
☐ Médico plantonista - Qual especialidade? _____			
☐ Médico residente ☐ R1 ☐ R2 ☐ R3 ☐ R4 - Qual especialidade? _____			
Profissional auxiliar na inserção do DAVC			
☐ Enfermeiro ☐ Residente enfermagem ☐ Técnico de enfermagem			
☐ Médico plantonista - Qual especialidade? _____			
☐ Médico residente ☐ R1 ☐ R2 ☐ R3 ☐ R4 - Qual especialidade? _____			
Motivo da inserção do DAVC			Tipo de DAVC
☐ IRA ☐ DRC ☐ DRC agudizada ☐ Droga vasoativa ☐ NPT ☐ Rede venosa periférica prejudicada ☐ Troca de cateter. Qual o motivo da troca? _____ ☐ Outro. Qual? _____			☐ Mono lúmen ☐ Duplo lúmen ☐ Hemodiálise duplo lúmen ☐ Hemodiálise triplo lúmen ☐ Outro. Qual? _____
Local de inserção do DAVC	Em caso de inserção em femoral, inserir justificativa da escolha	Nº tentativas de punção	Durante o implante do DAVC houve mudança do local de inserção?
☐ Jugular interna direita ☐ Jugular interna esquerda ☐ Subclávia direita ☐ Subclávia esquerda ☐ Femoral direita ☐ Femoral esquerda	☐ Plaquetopenia. Valor? _____ ☐ Uremia. Valor? _____ ☐ RNI alargado. Valor? _____ ☐ Dificuldade anatômica ☐ Outros. _____	☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três. Quantas? _____	☐ Sim ☐ Não Caso sim, qual foi o local? Inicial: _____ Puncionado: _____
Antes da inserção do DAVC – Higiene das mãos			
Higienização das mãos do responsável pela inserção: ☐ Realizada ☐ Não realizada			
Solução utilizada: ☐ Preparação alcoólica ☐ Preparação alcoólica com antisséptico ☐ Sabonete líquido com antisséptico			
☐ Outra. Qual? _____			
Antes da inserção do DAVC – Preparo da pele do paciente			
Sujidade visível no local ☐ Sim ☐ Não			
Limpeza prévia da pele: ☐ Realizada ☐ Não realizada			
Antissepsia da pele: ☐ Realizada ☐ Não realizada			

Solução utilizada: ☐ Clorexidina alcoólica ☐ PVPI alcoólica ☐ Outra.			
Qual? _____			
Tempo de fricção: ☐ Menos de 30 segundos ☐ Mais de 30 segundos			
Tempo de secagem da solução antes da punção: ☐ Não aguardou secar ☐ Menos de 2 minutos ☐ 2 minutos ou mais			
Durante a inserção do DAVC			
O responsável pela inserção do cateter utilizou			
Gorro	☒ Sim	☐ Não	☒ Sim, após intervenção
Máscara	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim, após intervenção
Luva estéril	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim, após intervenção
Avental estéril manga longa	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim, após intervenção
Campo estéril da cabeça aos pés do paciente	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim, após intervenção
O auxiliar			
Higienizou as mãos	☐ Sim	☐ Não	☒ Sim, após intervenção
Utilizou gorro	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim, após intervenção
Utilizou máscara	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim, após intervenção
Após a inserção do DAVC			
Utilizou técnica asséptica para realizar a cobertura estéril logo após a inserção do dispositivo? ☐ Sim ☐ Não ☐ Sim, após intervenção			
A data da realização do curativo foi registrada no próprio curativo? ☐ Sim ☐ Não ☐ Sim, após intervenção			
Responsável preenchimento	pelo	Nome: _____	

		Categoria Profissional: _____	
		Coren/CRM: _____	

APÊNDICE D – Modelo 2 de *checklist* de inserção de DAVC

Logo da instituição de saúde		Hospital X		
Tipo de documento: Formulário		Formulário nº X	Emissão: X/X/202X	Versão: 01
Checklist de inserção de DAVC				
Nome do paciente:				
Data de nascimento:		Prontuário:		
Unidade:		Leito:	Data da inserção de DAVC:	
Profissionais envolvidos na inserção de DAVC (Nome e função):				
Profissional Auditor checklist:				
Local de inserção:		Lateralidade:		
CONFORMIDADE DOS ITENS OBSERVADOS		SIM, após	SIM	NÃO
	intervenção			
1	O local de inserção do DAVC escolhido foi adequado?	☐	☐	☐
2	Os profissionais envolvidos no procedimento higienizaram as mãos corretamente?	☐	☐	☐
3	Foi respeitada a barreira estéril máxima?	☐	☐	☐
4	Foi realizado preparo adequado da pele do paciente?	☐	☐	☐
5	Foi feita cobertura adequada após o procedimento?	☐	☐	☐
OBSERVAÇÕES				
- A punção em veia femoral não deve ser realizada de rotina. Este local deve ser escolhido somente caso haja contra-indicação para punção em veias subclávias ou jugulares. - A higiene das mãos deve ser realizada com solução alcoólica 60-80% ou água e sabonete líquido, caso estejam visivelmente sujas ou contaminadas com fluidos corporais. Para realizar a higiene das mãos, o profissional não pode estar utilizando adornos como anéis, pulseiras e relógio. Durante a higienização, o profissional deve friccionar palmas, dorso das mãos e dos dedos, espaços interdigitais, polegares, polpas e unhas dos dedos. O passo a passo de como realizar a higiene das mãos está descrito nos cartazes da Anvisa, disponíveis em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/cartazes - Constituem a barreira estéril máxima o uso de gorro, máscara, avental estéril de manga longa e luvas estéreis, por todos os profissionais envolvidos na inserção e o uso de campo estéril ampliado, que cubra todo o corpo do paciente (da cabeça aos pés). - O preparo da pele do paciente deve ser realizado com solução de clorexidina alcoólica. A aplicação da clorexidina deve ser realizada por meio de movimento vai e vem por, pelo menos, 30 segundos. Em caso de sujidade visível no local da punção, realizar limpeza com água e sabonete líquido antes de prosseguir com a aplicação do antisséptico. Um iodóforo de base alcóolica (por exemplo, iodopovidona) ou o álcool a 70% como última opção se houver contra-indicação (reação alérgica, por exemplo) para o uso da solução de clorexidina. - A primeira cobertura deve ser feita pelo profissional que realizou a inserção do cateter, utilizando cobertura estéril. - O profissional auditor deve ser alguém não envolvido no procedimento. - Os profissionais de saúde que estiverem observando a inserção do DAVC devem ser empoderados a interromper o procedimento se forem observadas quebras na técnica asséptica. - Caso seja necessário intervenção, esta deve ser registrada no checklist, assim como a ação de adequação do item não conforme, lembrando que esse item deve ser contabilizado como realizado.				
Observação: Checklist baseado no modelo FOR.SUP052 fornecido pela EBSEH (Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão).				

APÊNDICE E – Modelo de checklist de manutenção de DAVC

[illegible]

	1 23 45	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	
	1 23 45	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	
5º dia- Justificativa médica de manutenção:												
	1 23 45	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	
	1 23 45	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	
	1 23 45	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	
	1 23 45	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	
	1 23 45	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	SIM NÃO □	
10º dia - Justificativa médica de manutenção:												

Observações: O item é considerado “conforme” as boas práticas se a resposta for “sim” no checklist de manutenção de DAVC. Quando a resposta for “Não” ele será considerado “não conforme” às boas práticas.

*** Por meio de fricção mecânica vigorosa por pelo menos 5 segundos, preferencialmente com uma preparação de clorexidina alcoólica a 2% ou álcool a 70%;**

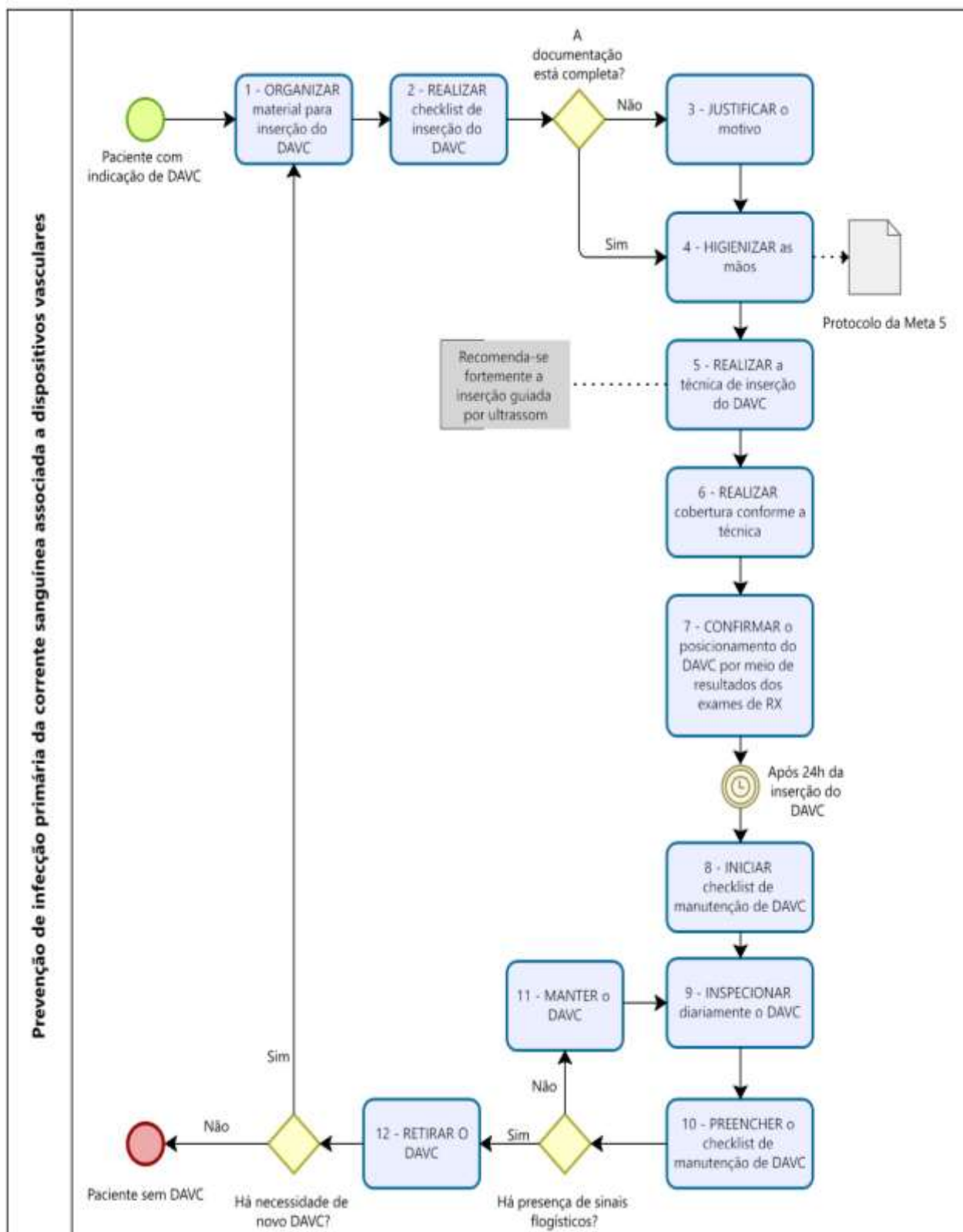
**** Integridade comprometida como por exemplo, cobertura suja, solta ou úmida.**

*****Em pacientes neonatais, realizar a troca de cobertura conforme necessário por paciente ou indicações clínicas devido ao risco de deslocamento do cateter, desconforto do paciente ou lesão de pele.**

Tabela 1 - CRITÉRIOS PARA MANUTENÇÃO DO DAVC*

1 – Necessidade de droga vasoativa/ NPT	2- Cirurgia de grande porte	3 – Hemodiálise	4 – Impossibilidade de acesso periférico	5 – Outros:
	Data de retirada do cateter: / /			

APÊNDICE F – Fluxograma de prevenção de IPCS



APÊNDICE G – Ficha do indicador Densidade de incidência de IPCSL

Descrição: avalia a incidência de IPCS confirmada laboratorialmente (IPCSL) associada a Cateter central (CC) no período em que os pacientes estiveram internados sob o risco de adquirir a infecção pelo uso do cateter, por 1000 cateteres-dia.
População: todos os pacientes internados na instituição em uso de cateter central
Numerador: número de casos novos de IPCSL no período de vigilância. Representado pelo somatório do número total de pacientes com IPCSL associadas a cateter central na unidade avaliada no período de vigilância considerando os seguintes critérios de inclusão: a) diagnóstico de IPCSL realizada conforme os critérios estabelecidos na Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 03/2025 – Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde de Notificação Nacional Obrigatória, ou atualizações; b) pacientes em uso de CC por período superior a dois dias consecutivos (a partir do D3), contando-se o dia da inserção como D1, independentemente do horário; e c) paciente em uso do CC na data do evento infeccioso ou tê-lo retirado no dia anterior.
Denominador: número de pacientes com cateter central-dia no período da vigilância.
Fórmula: $\text{DI de IPCSL} = \frac{\text{Nº de IPCSL no período de vigilância}}{\text{Nº de pacientes com cateter central} - \text{dia no período de vigilância}} \times 1000$ DI: Densidade de incidência IPCSL: Infecção primária da corrente sanguínea laboratorialmente confirmada
Fonte de informação: prontuário, ficha de visita da SCIRAS, resultados de exames e outros registros do laboratório de microbiologia e fichas de antimicrobianos
Meta: deve ser estabelecida pela instituição com base na análise de suas séries históricas, perfil epidemiológico da população assistida e capacidade operacional de intervenção. Recomenda-se que, a partir da linha de base identificada, sejam definidos percentuais progressivos de melhoria a serem alcançados em intervalos de tempo predeterminados. Como referência inicial, considera-se desejável atingir 0 ‰. Quanto menor o valor do indicador, melhor, entretanto, valores muito baixos podem indicar subregistro.

APÊNDICE H – Ficha do indicador Taxa de utilização de cateter central

Descrição: mensura o grau de utilização de cateter central pelo total de pacientes, refletindo a exposição ao fator de risco para aquisição da IPCSL.
População: todos os pacientes em uso de cateter central internados na instituição.
Numerador: número de pacientes com cateter central – dia internados na unidade avaliada no período de vigilância.
Denominador: número de pacientes-dia internados na unidade avaliada no período de vigilância.
Fórmula: $\text{TU de CC} = \frac{\text{Nº de pacientes com cateter central – dia no período de vigilância}}{\text{Nº de pacientes – dia no período de vigilância}} \times 100$ TU de CC: taxa de utilização de cateter central. Paciente-dia: Soma do número total de pacientes internados, a cada dia, por UTI, no período de vigilância
Fonte de informação: prontuário, ficha de visita da unidade organizacional responsável pelo SCIRAS.
Meta: deve ser estabelecida pela instituição com base na análise de suas séries históricas, perfil epidemiológico da população assistida e capacidade operacional de intervenção. Deve ser analisada em conjunto com a DI de IPCSL para que medidas preventivas sejam corretamente implementadas.

APÊNDICE I – Ficha do indicador Taxa de adesão ao uso do checklist de VPIS-CC

Descrição: Esse indicador avalia a quantidade de checklists de verificação das práticas de inserção segura de cateter central que foram aplicados na inserção dos CC na unidade no período de vigilância
População: todos os CC inseridos na unidade no período de vigilância
Numerador: número total de checklist de VPIS-CC aplicados durante as inserções de CC na unidade avaliada no período de vigilância
Denominador: número total de inserções de CC na unidade avaliada no período de vigilância
Fórmula: $TA = \frac{\text{Nº total de checklist de VPIS – CC aplicados durante as inserções de CC na unidade, no período}}{\text{Nº total de inserções de CC na unidade no período de vigilância}} \times 100$ TA: Taxa de adesão ao checklist de VPIS-CC CC: cateter central
Fonte de informação: prontuário, ficha de visita da SCIRAS, checklist de VPIS-CC.
Meta: deve ser estabelecida pela instituição com base na análise de suas séries históricas, perfil epidemiológico da população assistida e capacidade operacional de intervenção. Recomenda-se que, a partir da linha de base identificada, sejam definidos percentuais progressivos de melhoria a serem alcançados em intervalos de tempo predeterminados. Como referência inicial, considera-se desejável atingir 100%.

APÊNDICE J – Ficha do indicador Taxa de conformidade a todos os itens do checklist de VPIS-CC

Descrição: avalia a conformidade de adesão às práticas de inserção segura de cateter central
População: todos os CC inseridos na unidade no período de vigilância
Numerador: número total de checklists de VPIS-CC aplicados que tiveram 100% de conformidade (todas as recomendações seguidas) na unidade avaliada no período da vigilância
Denominador: número total de checklists de VPIS-CC aplicados durante as inserções de CC na unidade avaliada no período de vigilância
Fórmula: $TX_{\text{inserção}} = \frac{\text{Nº total de checklists de VPIS – CC aplicados que tiveram 100\% de conformidade na unidade, no período de vigilância}}{\text{Nº total de checklist de VPIS – CC aplicados durante as inserções de CC na unidade, no período de vigilância}} \times 100$ TX_inserção: Taxa de conformidade a todos os itens do checklist de verificação das práticas de inserção segura de cateter central VPIS-CC: verificação das práticas de inserção segura de cateter central
Fonte de informação: prontuário, <i>checklist</i> de VPIS-CC
Meta: deve ser estabelecida pela instituição com base na análise de suas séries históricas, perfil epidemiológico da população assistida e capacidade operacional de intervenção. Recomenda-se que, a partir da linha de base identificada, sejam definidos percentuais progressivos de melhoria a serem alcançados em intervalos de tempo predeterminados. Como referência inicial, considera-se desejável atingir 100%.