



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCIRAS.005 – Página 1/23	
Título do Documento	PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA – IPCS	Emissão: 03/10/2025	Próxima revisão: 03/10/2027
		Versão: 11	

SUMÁRIO

1. SIGLAS E CONCEITOS	2
1.1. Definições	2
2. OBJETIVOS	4
3. JUSTIFICATIVAS	5
4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	5
5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES	5
5.1. Cateter Periférico	6
5.2. Cateter central de curta permanência	11
5.3. Cateter Central de Inserção Periférica (PICC)	13
5.4. Cateter semi-implantáveis ou tunelizados	14
5.5. Cateter totalmente implantável	14
5.6. Cateter umbilical	15
5.7. Cateter arterial periférico	16
5.8. Dispositivo intraósseo	16
5.9. Infusão subcutânea contínua (hipodermóclise)	17
5.10. Sistemas de infusão	17
6. MONITORAMENTO	20
7. REFERÊNCIAS	20
8. HISTÓRICO DE REVISÃO	21
ANEXO 1 – MODELO DE CHECK-LIST DE INSERÇÃO DE CVC	22
ANEXO 2 – MODELO DE CHECK-LIST DE MANUTENÇÃO DE CVC	23

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCIRAS.005 – Página 2/23	
Título do Documento	PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA – IPCS	Emissão: 03/10/2025	Próxima revisão: 03/10/2027
		Versão: 11	

1. SIGLAS E CONCEITOS

- IPCS – Infecção Primária da Corrente Sanguínea;
- IPCSL - Infecção primária de corrente sanguínea laboratorialmente confirmada;
- SCOPE – *Surveillance and Control of Pathogens of Epidemiological Importance*;
- HU-UFGD – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados;
- CVC – Cateter Venoso Central;
- CCIRAS – Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde;
- POP – Procedimento Operacional Padrão;
- PVPI – Iodopovidona;
- UTI – Unidade de Terapia Intensiva;
- PICC – Cateter Central de Inserção Periférica;
- NPT – Nutrição Parenteral Total;
- DEHP – Dietilexiftalato;
- ICSAC- Infecção de Corrente Sanguínea Associada ao Cateter Central.

1.1. Definições

1.1.1 Definição de Infecção Primária da Corrente Sanguínea.

É a presença de um ou mais microrganismos na corrente sanguínea, cuja origem dos mesmos não está relacionada a nenhum outro foco de infecção (foco primário), conforme definido nos critérios diagnósticos nacionais. Neste sentido o foco primário é a própria corrente sanguínea, e por isso a infecção é denominada de infecção primária de corrente sanguínea.

1.1.2. Infecção primária de corrente sanguínea laboratorialmente confirmada (IPCSL) associada a um cateter central.

Infecção primária da corrente sanguínea confirmada laboratorialmente em paciente em uso de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (a partir do D3, sendo o dia da inserção considerado D1, independentemente do horário de inserção) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este havia sido removido no dia anterior.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCIRAS.005 – Página 3/23	
Título do Documento	PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA – IPCS	Emissão: 03/10/2025	Próxima revisão: 03/10/2027
		Versão: 11	

1.1.3. Critérios diagnósticos de infecção primária de corrente sanguínea associada a um cateter central.

- Critério 1: IPCSL associada a cateter central causada por microrganismo patogênico em adultos e crianças > 28 dias

Paciente acima de 28 dias de vida Paciente > 28 dias em uso de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (sendo o D1 o dia de instalação do dispositivo) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este foi removido no dia anterior **E** com agente patogênico bacteriano ou fúngico não incluído na lista de microrganismos comensais, isolado em amostra sanguínea: Identificado a partir de uma ou mais amostras de sangue obtidas em hemocultura **OU** identificado gênero e espécie ou pelo menos o gênero, por métodos validados de teste microbiológico não baseado em cultura **E** o microrganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso.

- Critério 2: IPCSL associada a cateter central causada por microrganismo contaminante de pele em adultos e crianças > 1 ano

Paciente > 1 ano em uso de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (sendo o D1 o dia de instalação do dispositivo) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este foi removido no dia anterior **E** apresenta pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: febre (temperatura: >38°C), calafrios, hipotensão (pressão sistólica ≤ 90 mmHg em adultos) **E** DUAS ou mais hemoculturas, coletadas em momentos distintos no mesmo dia ou no máximo no dia seguinte, positivas para agentes contaminantes de pele: *Corynebacterium* spp. (exclui *C. diphtheriae*), *Bacillus* spp. (exclui *B. anthracis*), *Propionibacterium* spp., *Staphylococcus* coagulase negativa, *Streptococcus* do grupo *viridans*, *Aerococcus* spp. e *Micrococcus* spp. **E** o microrganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso **E** os sinais/sintomas e o resultado da hemocultura ocorreram no período de janela da Infecção.

- Critério 3: IPCSL associada a cateter central causada por microrganismo contaminante de pele em crianças > 28 dias e ≤ 1 ano

Paciente criança > 28 dias e < 1ano em uso de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (sendo o D1 o dia de instalação do dispositivo) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este foi removido no dia anterior, **E** apresenta pelo menos **UM** dos seguintes sinais ou sintomas: febre (temperatura: >38°C), hipotermia (temperatura: ≤35°C), apneia, bradicardia **E** DUAS ou mais hemoculturas, coletadas em momentos distintos no mesmo dia ou no máximo no dia seguinte, positivas para agentes contaminantes de pele: *Corynebacterium* spp. (exclui *C. diphtheriae*), *Bacillus* spp. (exclui *B. anthracis*), *Propionibacterium* spp., *Staphylococcus* coagulase negativa, *Streptococcus* do grupo *viridans*, *Aerococcus* spp. e *Micrococcus* spp. **E** o microrganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso. **E** os sinais/sintomas e o resultado da hemocultura ocorreram no período de janela da Infecção.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCIRAS.005 – Página 4/23	
Título do Documento	PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA – IPCS	Emissão: 03/10/2025	Próxima revisão: 03/10/2027
		Versão: 11	

1.1.4. Critérios diagnósticos de infecção primária de corrente sanguínea associada à cateter central em neonatologia.

- Critério 1: IPCSL associada a cateter central causada por microrganismo patogênico em recém-nascidos ≤ 28 dias

Paciente ≤ 28 dias¹ em uso de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (sendo o D1 o dia de instalação do dispositivo) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este foi removido no dia anterior; **E** apresenta microrganismo patogênico bacteriano ou fúngico, não incluído na lista de microrganismos comensais, isolado em amostra sanguínea: Identificado a partir de uma ou mais amostras de sangue obtidas em hemocultura **OU** identificado gênero e espécie ou pelo menos o gênero, por métodos validados de teste microbiológico não baseado em cultura; **E** o microrganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso.

-Critério 2: IPCSL associada a cateter central causada por microrganismo contaminante de pele em recém-nascidos ≤ 28 dias

Paciente ≤ 28 dias¹ em uso de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (sendo o D1 o dia de instalação do dispositivo) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este foi removido no dia anterior; **E** com pelo menos **DOIS** dos seguintes sinais e sintomas sem outra causa não infecciosa reconhecida: Instabilidade térmica ($T^a > 37,5^{\circ}C$ ou $< 36^{\circ}C$), bradicardia, apneia, intolerância alimentar; piora do desconforto respiratório, intolerância à glicose, instabilidade hemodinâmica; hipoatividade/letargia. **E** pelo menos um dos seguintes: Apresenta microrganismos contaminantes de pele (comensais): *Corynebacterium* spp. (exclui *C. diphtheriae*), *Bacillus* spp. (exclui *B. anthracis*), *Propionibacterium* spp., *Streptococcus* do grupo viridans, *Aerococcus* spp. e *Micrococcus* spp. Identificados em **DUAS** ou mais hemoculturas coletadas em momentos distintos no mesmo dia ou no máximo no dia seguinte; Apresenta *Staphylococcus* coagulase negativo identificado em duas hemoculturas e pelo menos **UMA** hemocultura coletada por punção periférica, com positividade até 48 horas de incubação. **E** pelo menos um dos seguintes: hemograma com ≥ 3 parâmetros alterados; proteína C Reativa quantitativa alterada. **E** o microrganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso. **E** os sinais/sintomas e exame de identificação do microrganismo ocorreram no Período de Janela da Infecção.

2. OBJETIVOS

Oferecer orientações aos profissionais de saúde para a prevenção das infecções primárias da corrente sanguínea.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCIRAS.005 – Página 5/23	
Título do Documento	PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA – IPCS	Emissão: 03/10/2025	Próxima revisão: 03/10/2027
		Versão: 11	

3. JUSTIFICATIVAS

As infecções primárias de corrente sanguínea estão entre as mais comumente relacionadas à assistência à saúde. Estima-se que cerca de 60% das bacteremias nosocomiais sejam associadas a algum dispositivo intravascular. Dentre os mais frequentes fatores de risco conhecidos para IPCS, podemos destacar o uso de cateteres vasculares centrais, principalmente os de curta permanência.

As infecções da corrente sanguínea relacionadas a cateteres centrais estão associadas a importantes desfechos desfavoráveis em saúde. Nos Estados Unidos da América, a mortalidade atribuível a esta síndrome geralmente ultrapassa os 10%, podendo chegar a 25% em pacientes de maior risco. Em nosso país, o estudo *Brazilian SCOPE* encontrou 40% de taxa de mortalidade entre pacientes com infecção da corrente sanguínea.

Assim, o presente protocolo busca padronizar procedimentos de inserção e manutenção de cateteres, com foco na qualidade e segurança dos processos que envolvem acessos vasculares.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

O protocolo é aplicado a todas as unidades / serviços assistenciais do HU-UFMG, adultos, pediátricos e neonatais.

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

O material utilizado na fabricação dos cateteres e seus componentes influenciam diretamente na ocorrência de complicações. Dada a especificidade de cada material, as técnicas utilizadas para a inserção devem seguir as recomendações técnicas do fabricante. A reinserção da agulha enquanto a cânula estiver no vaso é contraindicada devido a riscos de corte da cânula e de embolismo.

Os cateteres deverão ser radiopacos. Cateteres utilizados para a punção venosa são considerados produtos para a saúde de reprocessamento proibido, e em casos de insucesso no procedimento, os mesmos não podem ser usados para uma nova tentativa de punção.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCIRAS.005 – Página 6/23	
Título do Documento	PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA – IPCS	Emissão: 03/10/2025	Próxima revisão: 03/10/2027
		Versão: 11	

Quadro1 – Distribuição das atribuições e responsabilidades de cada profissional da equipe.

Atribuição	Responsável
Prescrição do cateter	Médico
Inserção do cateter periférico	Equipe de Enfermagem
Inserção de cateter PICC	Enfermeiro* / Médico
Inserção de cateter umbilical	Enfermeiro* / Médico
Inserção de CVC e de diálise	Médico
Inserção de cateter implantável ou semi-implantável	Médico
Inserção de cateter arterial periférico	Enfermeiro* / Médico
Inserção de dispositivo intraósseo	Enfermeiro* / Médico
Hipodermoclise	Enfermeiro* / Médico
Preenchimento de <i>check-list</i> de inserção de cateter	Todos os profissionais da equipe
Cuidados com a manutenção do cateter	Todos os profissionais da equipe

* Poderão desde que legalmente habilitados.

5.1. Cateter Periférico

- Higiene das mãos:
 - Higienizar as mãos antes e após a inserção de cateteres e para qualquer tipo de manipulação dos dispositivos, conforme PRT 01 - CCIRAS;
 - O uso de luvas não substitui a necessidade de higiene das mãos. No cuidado específico com cateteres intravasculares, a higiene das mãos deverá ser realizada antes e após tocar o sítio de inserção do cateter, bem como antes e após a inserção, remoção, manipulação ou troca de curativo.
- Seleção do sítio de inserção:
 - Selecionar o cateter periférico com base no objetivo pretendido, na duração da terapia, na viscosidade do fluido, nos componentes do fluido e nas condições de acesso venoso;
 - Não use cateteres periféricos para infusão contínua de produtos vesicantes, para

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCIRAS.005 – Página 7/23	
Título do Documento	PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA – IPCS	Emissão: 03/10/2025	Próxima revisão: 03/10/2027
		Versão: 11	

nutrição parenteral com mais de 10% de dextrose ou outros aditivos que resultem em osmolaridade final acima de 900 mOsm/L, ou para qualquer solução com osmolaridade acima de 900 mOsm/L;

- Para atender à necessidade da terapia intravenosa devem ser selecionados cateteres de menor calibre e comprimento de cânula. Cateteres com menor calibre causam menos flebite mecânica (irritação da parede da veia pela cânula) e menor obstrução do fluxo sanguíneo dentro do vaso. Um bom fluxo sanguíneo, por sua vez, ajuda na distribuição dos medicamentos administrados e reduz o risco de flebite química (irritação da parede da veia por produtos químicos);
 - Agulha de aço só deve ser utilizada para coleta de amostra sanguínea e administração de medicamento em dose única, sem manter o dispositivo no sítio;
 - Em adultos, as veias de escolha para canulação periférica são as das superfícies dorsal e ventral dos antebraços. As veias de membros inferiores não devem ser utilizadas a menos que seja absolutamente necessário, em virtude do risco de embolias e tromboflebites;
 - Para pacientes pediátricos, selecione o vaso com maior probabilidade de duração de toda a terapia prescrita, considerando as veias da mão, do antebraço e braço (região abaixo da axila). Evite a área ante cubital;
 - Para crianças menores de 03 (três anos) também podem ser consideradas as veias da cabeça. Caso a criança não caminhe, considere as veias do pé;
 - Considerar a preferência do paciente para a seleção do membro para inserção do cateter, incluindo a recomendação de utilizar sítios no membro não dominante;
 - Evitar região de flexão, membros comprometidos por lesões como feridas abertas, infecções nas extremidades, veias já comprometidas (infiltração, flebite, necrose), áreas com infiltração e/ou extravasamento prévios, áreas com outros procedimentos planejados;
 - Usar metodologia de visualização para instalação de cateteres em adultos e crianças com rede venosa difícil e/ou após tentativas de punção sem sucesso.
- Preparo da pele:
- Um novo cateter periférico deve ser utilizado a cada tentativa de punção no mesmo paciente;
 - Em caso de sujidade visível no local da futura punção, removê-la com água e sabão antes da aplicação do antisséptico;
 - O sítio de inserção do cateter intravascular não deverá ser tocado após a aplicação do antisséptico (técnica de *no touch*). Em situações em que houver necessidade de palpação do sítio, calçar luvas estéreis;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCIRAS.005 – Página 8/23	
Título do Documento	PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA – IPCS	Emissão: 03/10/2025	Próxima revisão: 03/10/2027
		Versão: 11	

- Realizar fricção da pele com solução a base de álcool: gliconato de clorexidina 0,5% (primeira escolha), iodopovidona – PVPI alcoólico 10% ou álcool 70%. O tempo de aplicação da clorexidina é de 30 segundos enquanto o do PVPI é de 1,5 a 2,0 minutos. Indica-se que a aplicação da clorexidina deva ser realizada por meio de movimentos de vai e vem e do PVPI com movimentos circulares (dentro para fora).
- Aguarde a secagem espontânea do antisséptico antes de proceder à punção;
- A remoção dos pelos, quando necessária, deverá ser realizada com tricotomizador elétrico ou tesouras. Não utilize lâmina de barbear, pois essas aumentam o risco de infecção;
- Limitar no máximo a duas tentativas de punção periférica por profissional e, no máximo, quatro no total. Múltiplas tentativas de punções causam dor, atrasam o início do tratamento, comprometem o vaso, aumentam custos e os riscos de complicações. Pacientes com dificuldade de acesso requerem avaliação minuciosa multidisciplinar para discussão das opções apropriadas.

- Estabilização do Cateter:

- Estabilizar o cateter significa preservar a integridade do acesso, prevenir o deslocamento do dispositivo e sua perda.
- A estabilização dos cateteres não deve interferir na avaliação e monitoramento do sítio de inserção ou dificultar/impedir a infusão da terapia;
- A estabilização do cateter deve ser realizada utilizando técnica asséptica. Não utilize fitas adesivas e suturas para estabilizar cateteres periféricos. É importante ressaltar que fitas adesivas não estéreis (esparadrapo comum e fitas do tipo microporosa não estéreis, como micropore) não devem ser utilizadas para estabilização ou coberturas de cateteres. Rolos de fitas adesivas não estéreis podem ser facilmente contaminados com microrganismos patogênicos. Suturas estão associadas a acidentes percutâneos, favorecem a formação de biofilme e aumentam o risco de IPCS;
- Considerar dois tipos de estabilização dos cateteres periféricos: um cateter com mecanismo de estabilização integrado, combinado com um curativo de poliuretano com bordas reforçadas ou um cateter periférico tradicional combinado a um dispositivo adesivo específico para estabilização.

- Coberturas:

- O propósito das coberturas é de proteger o sítio de punção e minimizar a possibilidade de infecção, por meio da interface entre a superfície do cateter e a pele,

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCIRAS.005 – Página 9/23	
Título do Documento	PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA – IPCS	Emissão: 03/10/2025	Próxima revisão: 03/10/2027
		Versão: 11	

e de fixar o dispositivo no local para prevenir a movimentação do dispositivo com dano ao vaso;

- Qualquer cobertura para cateter periférico deve ser estéril, podendo ser semioclusiva (gaze e fita adesiva estéril) ou membrana transparente semipermeável. Utilizar gaze e fita adesiva estéril apenas quando a previsão de acesso for menor que 48h. Caso a necessidade de manter o cateter seja maior que 48h não utilizar a gaze para cobertura devido ao risco de perda do acesso durante sua troca;
- A cobertura não deve ser trocada em intervalos pré-estabelecidos;
- A cobertura deve ser trocada imediatamente se houver suspeita de contaminação e sempre quando úmida, solta, suja ou com a integridade comprometida. Manter técnica asséptica durante a troca;
- Proteger o sítio de inserção e conexões com plástico durante o banho.

- Flushing e Manutenção do cateter periférico:

- Realizar o *flushing* e aspiração para verificar o retorno de sangue antes de cada infusão para garantir o funcionamento do cateter e prevenir complicações, e antes de cada administração para prevenir a mistura de medicamentos incompatíveis;
- Utilizar frascos de dose única ou seringas preenchidas comercialmente disponíveis para a prática de *flushing* e *lock* do cateter. Seringas preenchidas podem reduzir o risco de infecções e otimizam o tempo da equipe assistencial. Não utilizar soluções em grandes volumes (como *bags* e frascos de soro) como fonte para obter soluções para *flushing*.
- Utilizar solução de cloreto de sódio 0,9% isenta de conservantes para *flushing* e *lock* dos cateteres periféricos. Usar o volume mínimo equivalente a duas vezes o lúmen interno do cateter mais a extensão para *flushing*. Volumes maiores (como 5 ml para periféricos e 10 ml para cateteres centrais) podem reduzir depósitos de fibrina, drogas precipitadas e outros debris do lúmen. No entanto, alguns fatores devem ser considerados na escolha do volume, como tipo e tamanho do cateter, idade do paciente, restrição hídrica e tipo de terapia infusional. Infusões de hemoderivados, nutrição parenteral, contrastes e outras soluções viscosas podem requerer volumes maiores. Não utilizar água estéril para realização do *flushing* e *lock* dos cateteres.
- Avaliar a permeabilidade e funcionalidade do cateter utilizando seringas de diâmetro de 10 ml para gerar baixa pressão no lúmen do cateter e registrar qualquer tipo de resistência. Não forçar o *flushing* utilizando qualquer tamanho de seringa. Em caso de resistência, avaliar possíveis fatores (como, por exemplo, *clamps* fechados ou extensores e linhas de infusão dobrados). Não utilizar seringas preenchidas para diluição de medicamentos.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCIRAS.005 – Página 10/23	
Título do Documento	PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA – IPCS	Emissão: 03/10/2025	Próxima revisão: 03/10/2027
		Versão: 11	

- Utilizar a técnica da pressão positiva para minimizar o retorno de sangue para o lúmen do cateter. O refluxo de sangue que ocorre durante a desconexão da seringa é reduzido com a sequência *flushing*, fechar o *clamp* e desconectar a seringa.
- Realizar o *flushing* e *lock* de cateteres periféricos imediatamente após cada uso.

- Cuidados com o sítio de inserção:

- Avaliar o sítio de inserção do cateter periférico e áreas adjacentes quanto à presença de rubor, edema e drenagem de secreções por inspeção visual e palpação sobre o curativo intacto e valorizar as queixas do paciente em relação a qualquer sinal de desconforto, como dor e parestesia. A frequência ideal de avaliação do sítio de inserção é a cada quatro horas ou conforme a criticidade do paciente.
- Pacientes de qualquer idade em terapia intensiva, sedados ou com déficit cognitivo: avaliar a cada 1 – 2 horas.
- Pacientes pediátricos: avaliar no mínimo duas vezes por turno.
- Pacientes em unidades de internação: avaliar uma vez por turno.

- Remoção do cateter:

- A avaliação de necessidade de permanência do cateter deve ser diária;
- Remover o cateter periférico tão logo não haja medicamentos endovenosos prescritos e caso o mesmo não tenha sido utilizado nas últimas 24 horas;
- O cateter periférico instalado em situação de emergência com comprometimento da técnica asséptica deve ser trocado tão logo quanto possível;
- Remover o cateter periférico na suspeita de contaminação, complicações ou mau funcionamento;
- Rotineiramente o cateter periférico não deve ser trocado em um período inferior a 96h. A decisão de estender a frequência de troca para prazos superiores ou quando clinicamente indicado dependerá da adesão da instituição às boas práticas recomendadas nesse documento, tais como: avaliação rotineira e frequente das condições do paciente, sítio de inserção, integridade da pele e do vaso, duração e tipo de terapia prescrita, local de atendimento, integridade e permeabilidade do dispositivo, integridade da cobertura estéril e estabilização estéril;
- Para pacientes neonatais e pediátricos, não trocar o cateter rotineiramente. Porém, é imprescindível a avaliação rigorosa e frequente das condições do paciente, sítio de inserção, integridade da pele e do vaso, duração e tipo de terapia prescrita, local de atendimento, integridade e permeabilidade do dispositivo, integridade da cobertura estéril e estabilização estéril.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCIRAS.005 – Página 11/23	
Título do Documento	PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA – IPCS	Emissão: 03/10/2025	Próxima revisão: 03/10/2027
		Versão: 11	

5.2. Cateter central de curta permanência

- Indicação:

- Pacientes sem reais condições de acesso venoso por venóclise periférica;
- Necessidade de monitorização hemodinâmica (medida de pressão venosa central);
- Administração rápida de drogas, expansores de volume e hemoderivados em pacientes com instabilidade hemodinâmica instalada ou previsível;
- Acesso imediato para terapia dialítica;
- Administração de soluções/medicamentos que não podem ser administrados por via periférica;
- Administração concomitante de drogas incompatíveis entre si (por meio de cateteres de múltiplos lúmens);
- Quando o plano infusional prever necessidade de acesso venoso central por > 21 dias, preferir cateteres de média a longa permanência.

- Inserção:

- Utilize um *check-list* de inserção de cateter central para assegurar as práticas de prevenção de IPCS no momento da inserção do cateter (**anexo 1**);
- Na escolha do sítio de inserção, considerar risco para outras complicações não infecciosas (por exemplo, evitar inserção em subclávia para cateteres de hemodiálise por risco de estenose);
- A veia subclávia é considerada o local preferível para a inserção do cateter venoso central (CVC) no ambiente de terapia intensiva para reduzir as complicações infecciosas.
- A recomendação de usar a orientação por ultrassom para a inserção do cateter é respaldada por melhores evidências. Desde que disponível no hospital e respeitando a observação rigorosa da técnica estéril.
- Não há recomendação para o uso de flebotomia como via de acesso de forma rotineira;
- Utilizar kits que contenham todos os insumos necessários para a adequada inserção do cateter central;
- A remoção dos pelos, quando necessária, deverá ser realizada com tricotomizador elétrico ou tesouras. Não utilize lâmina de barbear, pois essas aumentam o risco de infecção;
- Higienizar as mãos antes e após a inserção e para qualquer tipo de manipulação do cateter, conforme PRT 01 - CCIRAS. O uso de luvas não substitui a necessidade de higiene das mãos. No cuidado específico com cateteres intravasculares, a higiene das mãos deverá ser realizada antes e após tocar o sítio de inserção do cateter, bem como antes e

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCIRAS.005 – Página 12/23	
Título do Documento	PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA – IPCS	Emissão: 03/10/2025	Próxima revisão: 03/10/2027
		Versão: 11	

após inserção, remoção, manipulação ou troca de curativo.

- 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.
- Utilizar campo estéril ampliado, de forma a cobrir o corpo todo do paciente (cabeça aos pés).
- Preparar a pele com solução alcoólica de clorexidina a 2%, aplicando por fricção vigorosa, em movimentos de vai e vem, durante pelo menos 30 segundos, aguardando a secagem espontânea antes da punção. Em recém-nascidos prematuros extremos ou de muito baixo peso (< 1.000 g), utilizar clorexidina aquosa a 1%. Em recém-nascidos maiores, pode-se empregar clorexidina alcoólica em concentrações entre 0,5% e 2%, sempre avaliando risco-benefício. A degermação prévia não deve ser realizada rotineiramente, sendo indicada apenas quando houver sujidade visível na pele. Cateteres inseridos em situação de emergência ou sem a utilização de barreira máxima devem ser trocados para outro sítio assim que possível, não ultrapassando 48 horas.
- Recomenda-se o uso de cateteres centrais impregnados/recobertos de minociclina/rifampicina ou clorexidina/ sulfadiazina de prata de segunda geração em pacientes adultos internados em unidades de terapia intensiva;
- Quando disponível, recomenda-se utilizar cateteres impregnados/recobertos por minociclina/rifampicina em crianças internadas em UTI;
- A utilização de cateteres centrais impregnados/recobertos de minociclina/rifampicina ou clorexidina/ sulfadiazina de prata de segunda geração em outros pacientes de risco deve ser avaliada pelo médico assistente.

- Cobertura, fixação e estabilização:

- Considerar o uso de dispositivos de estabilização sem sutura para redução do risco de IPCS;
- Usar gaze e fita adesiva estéril ou cobertura transparente semipermeável estéril para cobrir o sítio de inserção. Em caso de sangramento ou diaforese excessivos, preferir gaze e fita adesiva estéril a coberturas transparentes;
- Curativos impregnados com clorexidina são recomendados para pacientes com mais de 2 meses de idade, apresentando evidência científica forte em adultos, enquanto a evidência em neonatos ainda é limitada.
- Para crianças maiores e adultos, realizar a troca da cobertura com gaze e fita adesiva estéril a cada 48 horas e a troca com a cobertura estéril transparente a cada sete dias. Qualquer tipo de cobertura deve ser trocado imediatamente, independente do prazo, se estiver suja, solta ou úmida. Não atrasar a troca da cobertura que perder a sua

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCIRAS.005 – Página 13/23	
Título do Documento	PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA – IPCS	Emissão: 03/10/2025	Próxima revisão: 03/10/2027
		Versão: 11	

integridade, pois isto se associa a 4-12 vezes o risco de IPCS;

- Para neonatos, a troca rotineira do curativo estéril transparente não é recomendada e está associada a maior risco de perda do cateter;
- As coberturas, cateteres e conexões devem ser protegidos com plástico ou outro material impermeável durante o banho;

- Manutenção:

- Realizar desinfecção das conexões, conectores valvulados e porta de adição de medicamentos com solução antisséptica a base de álcool, com movimentos aplicados de forma a gerar fricção mecânica, de 5 a 15 segundos (*scrub the rub*);
- Avaliar no mínimo uma vez ao dia o sítio de inserção dos cateteres centrais, por inspeção visual e palpação sobre o curativo intacto.
- Recomenda-se seguir um *check-list* de manutenção (**anexo 2**).

- Troca / remoção:

- Avaliar diariamente a necessidade de manutenção do cateter, removendo prontamente cateteres desnecessários. **Registrar o motivo para a indicação de permanência do cateter.**
- Não realizar troca pré-programada dos cateteres centrais, ou seja, não substituí-los exclusivamente em virtude de tempo de sua permanência;
- Em geral, trocas por fio guia devem ser limitadas a complicações não infecciosas (ruptura e obstrução).

5.3. Cateter Central de Inserção Periférica (PICC)

- Não utilizar PICC como estratégia para reduzir o risco de IPCS em pacientes internados. No entanto, o risco parece ser menor do que o observado com os cateteres centrais de curta permanência convencionais no subgrupo de pacientes ambulatoriais;
- Os cuidados para prevenção de infecções associadas à PICC seguem as mesmas recomendações de cateteres centrais de curta permanência.
- A inserção do PICC idealmente deve ser feita por técnica de microintrodução guiada por ultrassonografia. As veias: basílica, cefálica e braquial são as de escolha;
- Para pacientes pediátricos e neonatais, sítios adicionais podem ser considerados: veias axilares, veia temporal e auricular posterior (cabeça) e veia safena e poplítea (membros inferiores).
- O uso de *lock* com substâncias contendo propriedades antimicrobianas em

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCIRAS.005 – Página 14/23	
Título do Documento	PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA – IPCS	Emissão: 03/10/2025	Próxima revisão: 03/10/2027
		Versão: 11	

substituição a outros produtos desprovidos desta ação (heparina e soro fisiológico 0,9%) é recomendado na população adulta e pediátrica submetida à hemodiálise, quimioterapia e a uso de nutrição parenteral.

5.4. Cateter semi-implantáveis ou tunelizados

- O acesso venoso de longa permanência do tipo “semi-implantável ou tunelizado” é recomendado principalmente para pacientes onco-hematológicos, em portadores de insuficiência renal (diálise programada por mais de 21 dias) e em pacientes em nutrição parenteral prolongada. Estes dispositivos permitem a coleta de amostras de sangue e administração de drogas, hemocomponentes, nutrição parenteral total (NPT), antimicrobianos e contraste. Podem permanecer por meses ou anos.
- Os cuidados para prevenção de infecção de corrente sanguínea associada ao cateter semi-implantável seguem as mesmas recomendações de cateteres centrais de curta permanência.
- Devem ser inseridos cirurgicamente em ambiente controlado, como centro cirúrgico e sala de hemodinâmica.
- Após a cicatrização do óstio (em média 2 - 4 semanas) pode-se manter o sítio de inserção descoberto.
- O uso de *lock* com substâncias contendo propriedades antimicrobianas em substituição a outros produtos desprovidos desta ação (heparina e soro fisiológico 0,9%) é recomendado na população adulta e pediátrica submetida à hemodiálise, quimioterapia e a uso de nutrição parenteral.

5.5. Cateter totalmente implantável

- O acesso venoso de longa permanência do tipo “totalmente implantável” (ou port) é recomendado principalmente para pacientes onco-hematológicos e em pacientes em nutrição parenteral prolongada, além de outras indicações que necessitem de acesso seguro por períodos prolongados. Estes dispositivos permitem a coleta de amostras de sangue e administração de drogas, hemocomponentes, NPT, antimicrobianos e contraste. Podem permanecer por meses, até mesmo por anos.
- Os cuidados para prevenção de infecção associada ao cateter totalmente implantável seguem as mesmas recomendações de cateteres centrais de curta permanência.
- Devem ser inseridos cirurgicamente em ambiente controlado, como centro cirúrgico e sala de hemodinâmica.
- Os reservatórios são implantados em uma loja subcutânea, geralmente na região peitoral entre o esterno e o mamilo. Escolher veia subclávia jugular ou cefálica.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCIRAS.005 – Página 15/23	
Título do Documento	PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA – IPCS	Emissão: 03/10/2025	Próxima revisão: 03/10/2027
		Versão: 11	

- A punção do reservatório (port) deve ser realizada com agulha angulada, própria para uso na membrana do reservatório (agulha tipo *Huber*). Não utilizar agulha hipodérmica ou dispositivo com asas e cânula metálica (escalpe).
- Durante a punção, utilizar máscara cirúrgica (profissional e paciente), e luvas estéreis, obedecendo à técnica asséptica.
- Realizar antissepsia da pele com solução alcoólica de clorexidina a 2%, aplicando por fricção vigorosa, em movimentos de vai e vem, durante pelo menos 30 segundos, aguardando a secagem espontânea antes da punção. Em recém-nascidos prematuros extremos ou de muito baixo peso (< 1.000 g), utilizar clorexidina aquosa a 1%. Em recém-nascidos maiores, pode-se empregar clorexidina alcoólica em concentrações entre 0,5% e 2%, sempre avaliando risco-benefício. A degermação prévia não deve ser realizada rotineiramente, sendo indicada apenas quando houver sujidade visível na pele.
- Manter a agulha por até sete dias, protegida por cobertura estéril;
- Garantir estabilização da fixação, evitando mobilização da agulha tipo *Huber*.
- O uso de *lock* com substâncias contendo propriedades antimicrobianas em substituição a outros produtos desprovidos desta ação (heparina e soro fisiológico 0,9%) é recomendado na população adulta e pediátrica submetida à hemodiálise, quimioterapia e a uso de nutrição parenteral.

5.6. Cateter umbilical

- Realizar antissepsia do coto e da região peri-umbilical com solução de clorexidina alcoólica 0,5% a 2% para maiores de 1kg, ou clorexidina **aquosa** 1% em recém-nascidos prematuros, de muito baixo peso ao nascimento (< 1kg), e dentro dos primeiros 14 dias de vida, devido aos riscos de queimaduras químicas na pele. Não utilizar tintura de iodo pelo impacto sobre a glândula tireoide do neonato;
- Utilizar precauções de barreira máxima no momento da inserção, incluindo uso de gorro, máscara, avental estéril de manga longa, luvas estéreis e campo ampliado estéril;
- Escolher um método para estabilização do cateter umbilical arterial e venoso baseado na promoção da integridade da pele, redução de complicações e facilidade de uso;
- Manter o sítio umbilical limpo e seco. Não utilizar pomada antimicrobiana tópica em sítio umbilical pelo risco de infecções fúngicas e resistência antimicrobiana;
- Remover cateteres umbilicais quando não for mais necessários ou se ocorrer uma complicação;
- Limitar o tempo de permanência do cateter umbilical venoso a 7, uma vez que os riscos de infecção são aumentados com períodos prolongados de uso. Remoção de cateter umbilical venoso em 7 dias, seguido de inserção de PICC para terapia infusional contínua é uma estratégia para reduzir infecções de corrente sanguínea;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCIRAS.005 – Página 16/23	
Título do Documento	PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA – IPCS	Emissão: 03/10/2025	Próxima revisão: 03/10/2027
		Versão: 11	

- Limitar o tempo de permanência do cateter umbilical arterial em 5 a 7 dias.

5.7. Cateter arterial periférico

- Os cateteres arteriais periféricos geralmente são inseridos na artéria radial ou femoral. Permitem uma mensuração contínua da pressão arterial e coleta de sangue para a medição dos gases arteriais.
- Preparar a pele com solução alcoólica de clorexidina a 2%, aplicando por fricção vigorosa, em movimentos de vai e vem, durante pelo menos 30 segundos, aguardando a secagem espontânea antes da punção. Em recém-nascidos prematuros extremos ou de muito baixo peso (< 1.000 g), utilizar clorexidina aquosa a 1%. Em recém-nascidos maiores, pode-se empregar clorexidina alcoólica em concentrações entre 0,5% e 2%, sempre avaliando risco-benefício. A degermação prévia não deve ser realizada rotineiramente, sendo indicada apenas quando houver sujidade visível na pele.
- Durante a inserção do cateter arterial devem ser utilizadas precauções de barreira máxima estéreis: todos os profissionais envolvidos na inserção devem utilizar gorro, máscara, avental estéril de manga longa, luvas estéreis e óculos de proteção.
- Utilizar campo estéril ampliado, de forma a cobrir o corpo todo do paciente (cabeça aos pés).
- Utilizar cateter específico para punção arterial na instalação da pressão arterial invasiva, utilizando somente componentes estéreis para o sistema de monitorização de pressão arterial invasiva.
- Avaliar diariamente a necessidade de manter o cateter arterial, removendo-o prontamente;
- Não trocar rotineiramente os cateteres arteriais periféricos.
- Minimizar as manipulações do cateter arterial periférico, se necessário fazê-las por meio do sistema de *flush* contínuo fechado.
- Utilizar transdutores descartáveis para a monitorização da pressão arterial invasiva, trocando-os a cada 96 horas, juntamente com os seus acessórios e soluções para *flush*.

5.8. Dispositivo intraósseo

- Realizar a antisepsia da pele seguindo as mesmas recomendações dos procedimentos anteriores.
- Utilizar cobertura estéril sobre o local do sítio de acesso intraósseo e estabilizar o dispositivo.
- Limitar o tempo de permanência do dispositivo intraósseo a 24 horas.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCIRAS.005 – Página 17/23	
Título do Documento	PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA – IPCS	Emissão: 03/10/2025	Próxima revisão: 03/10/2027
		Versão: 11	

5.9. Infusão subcutânea contínua (hipodermóclise)

- O mecanismo da hipodermóclise consiste na administração lenta de soluções no espaço subcutâneo, sendo o fluido transferido para a circulação sanguínea por ação combinada entre difusão de fluidos e perfusão tecidual.
- Constitui modalidade de administração de fluidos para correção rápida de desequilíbrio hidroeletrólítico. Deve ser realizado com técnica asséptica.
- Escolher o sítio de inserção para acesso subcutâneo de modo a incluir áreas com pele intacta que não estão perto de articulações e têm tecido subcutâneo adequado, tais como: parte superior do braço, parede torácica subclavicular, abdômen (pelo menos 5 centímetros distantes do umbigo), parte superior das costas, coxas e/ou recomendado pelo fabricante do medicamento. Evitar áreas com crostas, infectadas ou inflamadas.
- Realizar a antissepsia da pele seguindo as mesmas recomendações dos procedimentos anteriores.
- Utilizar cobertura transparente semipermeável estéril sobre o local do sítio de acesso subcutâneo para permitir a observação contínua e avaliação. Alterar a cobertura transparente a cada troca de sítio, mas imediatamente se a integridade do curativo estiver comprometida.
- Utilizar um dispositivo de infusão de pequeno calibre (24 a 27 gauge) para estabelecer o acesso subcutâneo.
- Dispositivo com asas e cânula metálica (escalpe) não é recomendado.
- Trocar o local do acesso subcutâneo utilizado para administração de medicamentos a cada 7 dias e quando clinicamente indicado com base nos resultados da avaliação do sítio de inserção.
- Trocar o local do acesso subcutâneo utilizado para soluções de hidratação a cada 24-48 horas ou depois da infusão de 1,5 a 2 litros e conforme clinicamente indicado com base nos resultados da avaliação do sítio de inserção.
- Avaliar o sítio do acesso subcutâneo e trocar o local quando há eritema, edema, vazamento, sangramento, hematoma, queimadura, abscesso ou dor.

5.10. Sistemas de infusão

- Conectores sem agulha

- Recomenda-se o uso de conectores sem agulhas no lugar de cânulas (torneirinhas de três vias). Caso haja necessidade do uso de cânula na fase de implantação dos conectores, seguir as recomendações: trocar as cânulas junto com o sistema de infusão; possuir sistema de conexão *luer lock*; cobrir as entradas com tampas estéreis e de uso único (descartar após cada uso); realizar desinfecção das entradas.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCIRAS.005 – Página 18/23	
Título do Documento	PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA – IPCS	Emissão: 03/10/2025	Próxima revisão: 03/10/2027
		Versão: 11	

- Os conectores devem ser compatíveis com conexão *luer lock*;
- Devem possuir, preferencialmente, o corpo e componentes internos transparentes, permitindo a visualização de seu interior e evitando o acúmulo de sangue.
- Os componentes devem ser isentos de látex.
- O conector não deve conter artefatos metálicos na sua composição, para permitir o uso durante a realização de ressonância magnética.
- Realizar desinfecção dos conectores antes e após cada acesso ou manipulação com solução antisséptica a base de álcool, com movimentos aplicados de forma a gerar fricção mecânica, de 5 a 15 segundos (*scrub the hub*);
- Trocar os conectores em intervalos não inferiores a 96 horas ou de acordo com a recomendação do fabricante. Para cateteres periféricos com tempo de permanência superior a 96 horas, não há estudos sobre a frequência de troca. Os conectores devem ser trocados imediatamente em caso de desconexão do cateter ou sistema de infusão, presença de sangue ou outra sujidade.

- Troca do equipamento e dispositivos complementares (extensor, perfusor, entre outros):

- Os equipamentos e dispositivos complementares devem ser trocados sempre nas trocas dos cateteres venosos (periférico ou centrais);
- Os equipamentos e dispositivos complementares devem ser do tipo *luer lock*, para garantir injeção segura e evitar desconexões;
- Minimizar o uso de equipamentos e extensões com vias adicionais. Cada via é um potencial fonte de contaminação. Caso seja utilizado injetor lateral dos equipamentos, o mesmo se destina apenas a conexões com sistema sem agulha do tipo *luer lock*.
- Evitar a desconexão do equipamento do hub do cateter ou conector.
- Trocar equipamentos de infusão contínua a cada 96 horas e de infusão intermitente a cada 24 horas. Desconexões repetidas com consequente reconexão do sistema aumenta o risco de contaminação do *luer* do equipamento, do hub do cateter e conectores sem agulhas, com consequente risco para a ocorrência de IPCS.
- Deve-se proteger a ponta do equipamento de forma asséptica com uma capa protetora estéril, de uso único, caso haja necessidade de desconexão. Não utilize agulhas para proteção.
- Trocar o equipamento e dispositivo complementar de nutrição parenteral a cada bolsa. O equipamento para administração de nutrição parenteral total (mistura de nutrientes ou formulações com aminoácido/dextrose) deve ser isento de dietilexilftalato (DEHP). A via para administração da nutrição parenteral deve ser exclusiva.
- Trocar o equipamento e dispositivo complementar de infusões lipídicas (ex: anfotericina B

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCIRAS.005 – Página 19/23	
Título do Documento	PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA – IPCS	Emissão: 03/10/2025	Próxima revisão: 03/10/2027
		Versão: 11	

lipossomal) a cada 12 horas. O equipo para administração de infusões lipídicas deve ser isento de DEHP.

- Trocar o equipo e dispositivo complementar utilizado para administrar o Propofol (juntamente com o frasco do medicamento) de 6 – 12 horas (de acordo com a recomendação do fabricante).
- Trocar o equipo e dispositivo complementar de administração de hemocomponente a cada bolsa;
- Trocar equipos de sistema fechado de monitorização hemodinâmica e pressão arterial invasiva a cada 96 horas.
- Filtros de linha não devem ser utilizados com o propósito de prevenir infecção.

- Bomba de infusão:

- Deve ser realizada a manutenção preventiva de acordo com cronograma estabelecido pelo fabricante/ engenharia clínica;
- A limpeza e a desinfecção da superfície e do painel das bombas de infusão devem ser realizadas duas vezes ao dia nas enfermarias, três vezes ao dia nas UTIs e na troca de paciente.

- Cuidados com preparo e administração de medicamentos:

- Técnica asséptica se refere à utilização de várias barreiras e precauções para evitar a transferência de microrganismos a partir do profissional de saúde e o meio ambiente para o paciente durante um procedimento.
- Higienizar as mãos antes de acessar materiais/suprimentos, frascos de medicamentos e soluções intravenosas, e durante preparo e administração de medicamentos.
- Utilizar técnica asséptica em todos os aspectos da utilização de frasco de medicamento, preparação e administração de medicamentos parenterais.
- Armazenar, acessar e preparar medicamentos e materiais/suprimentos em uma área limpa ou superfície limpa.
- Evitar o contato não estéril com áreas estéreis dos dispositivos, recipientes e medicamentos.
- Após um evento de emergência, descarte todos os frascos de produtos parenterais estéreis abertos ou perfurados com agulha, soluções intravenosas e recipientes de uso único. Nunca guarde seringas e agulhas desembulhadas, pois a esterilidade não pode ser assegurada.
- Desinfetar o diafragma (borracha) do frasco-ampola, ampola de vidro e ampola de plástico com álcool 70% antes de inserir uma agulha ou quebrar a ampola.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCIRAS.005 – Página 20/23	
Título do Documento	PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA – IPCS	Emissão: 03/10/2025	Próxima revisão: 03/10/2027
		Versão: 11	

- Não transportar seringas de medicamentos em bolsos ou roupas.
- Nunca utilizar um recipiente de solução intravenosa (por exemplo, bolsa ou frasco de soro) para obter soluções de *flushing* para mais de um paciente.
- Nunca utilize os mesmos materiais de infusão, tais como: agulhas, seringas, sistemas de infusão, para mais de um paciente.
- Frascos de medicamentos multidoses utilizados por mais de um paciente devem ser armazenados e rotulados de forma adequada e não devem entrar na área de atendimento imediato ao paciente (por exemplo, sala cirúrgica, carro de anestesia). Se frascos multidoses entrarem na área de assistência ao paciente, eles devem ser dedicados para administração em um único paciente e descartados imediatamente após o uso.
- Nunca utilize uma seringa para mais de um paciente mesmo se a agulha tiver sido trocada entre pacientes.

6. MONITORAMENTO

Diariamente são avaliados resultados de hemoculturas liberados pelo laboratório de microbiologia do HU-UFMG. São monitorados também dispositivos de acessos venosos centrais das UTÍ's, assim como adesão aos *bundles* de inserção e manutenção de prevenção de IPCS (anexos 1 e 2).

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília: ANVISA, 2017.

Institute for Healthcare Improvement – IHI. Colaborativa PROADI-SUS Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil. **Bundles de prevenção: Diagrama Direcionador, Pacote de Mudanças e Estratégia de Medição**, 2020.

BRASIL. 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, DF: Anvisa, 2025.

CALIL, Roseli. *Recomendações atuais para prevenção de infecção primária de corrente sanguínea em unidade de terapia intensiva neonatal*. Campinas: CAISM/UNICAMP, 2024. Apresentação em slides.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCIRAS.005 – Página 21/23	
Título do Documento	PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA – IPCS	Emissão: 03/10/2025	Próxima revisão: 03/10/2027
		Versão: 11	

BUETTI N, MARSCHALL J, DREES M, et al. Strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute-care hospitals: 2022 Update. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2022;43(5):553-569. doi:10.1017/ice.2022.87

8. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
11	08/2025	Atualização das medidas preventivas, com inclusão dos critérios diagnósticos de IPCS em neonatologia.
10	10/2022	Atualização das medidas preventivas
9	10/2020	Atualização das medidas preventivas, com inclusão dos <i>bundles</i> .
8	01/2016	Atualização das medidas preventivas
7	10/2014	Atualização das medidas preventivas
6	09/2012	Atualização das medidas preventivas
5	01/2011	Atualização das medidas preventivas
4	10/2010	Atualização das medidas preventivas
3	04/2009	Atualização das medidas preventivas
2	03/2008	Atualização das medidas preventivas
1	06/2005	Elaboração do documento

Elaboração Wilson Brum Júnior.	Data: 06/2005
Revisão 2ª Versão: Elenice Brandão Cunha. 3ª Versão: Mariana Garcia Croda.. 4ª Versão: Mariana Garcia Croda.. 5ª Versão: Mariana Garcia Croda.. 6ª Versão: Mariana Garcia Croda.. 7ª Versão: Pablo Custódio 8ª Versão: Graciela Mendonça dos Santos Bet. 9ª Versão: Fuad Fayez Mahmoud. 10ª Versão: Najara Paiva dos Santos e Silvane Cavalheiro da Silva 11ª Versão: Kamila Onose Araujo Cunha	Data: 03/2008 Data: 04/2009 Data: 10/2010 Data: 01/2011 Data: 09/2012 Data: 10/2014 Data: 01/2016 Data: 10/2020 Data: 10/2022 Data: 08/2025
Validação Fuad Fayez Mahmoud - Setor de Gestão da Qualidade	Data: 29/09/2025
Aprovação CCIRAS – Ata SEI 81/2025 (53642833) Colegiado Executivo	Data: 29/08/2025 Data: 03/10/2025

Assinado eletronicamente no processo SEI 23529.002899/2023-46



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCIRAS.005 – Página 22/23	
Título do Documento	PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA – IPCS	Emissão: 03/10/2025	Próxima revisão: 03/10/2027
		Versão: 11	

ANEXO 1 – MODELO DE CHECK-LIST DE INSERÇÃO DE CVC

Data: ___/___/___ Hora: _____ Prontoário: _____

Nome do Paciente: _____ Turno: () Matutino () Vespertino () Noturno

Profissional que inseriu e/ou Preceptor: _____

Tipo de Cateter: () Mono Lúmen () Duplo Lúmen () Triplo Lúmen () PICC () Schilley () Outro:

Procedimento: () Punção de rotina eletiva () Procedimento de emergência

Via utilizada: () Jugular () D () E () Subclávia () D () E () Femoral () D () E outra: _____

Se via Femoral, justificativa para escolha:

Paciente com traqueostomia () sim () não Punção única () sim () não

Número de tentativas: _____ Número de Cateter utilizado: _____

Prática Segura	Sim	Sim, depois de lembrado	Não
Higienização das mãos com clorexidine degermante 2%			
Uso de barreira máxima estéril para o profissional que estiver inserindo e para quem estiver auxiliando na inserção			
Gorro cobrindo o cabelo			
Máscara cobrindo boca e nariz			
Máscara cirúrgica e gorro pelo profissional que estiver auxiliando			
Preparo do material de forma estéril			
Preparo da Pele: Clorexidine degermante 2%, e clorexidine alcoólica 0.5%			
Campos cirúrgicos estéreis grandes cobrindo o corpo e cabeça do paciente			
Se utilizou Ultrassom, este foi com técnica estéril			
Mantida técnica estéril na inserção do cateter			
Retirado fio guia após inserção			
Realizado teste de refluxo com seringa			
Curativo com data:			
Desprezou corretamente os materiais perfurocortantes do procedimento			

- O processo de inserção do cateter deve ser interrompido e reiniciado caso haja quebra de técnica estéril.

• Observações:

Assinatura do profissional que realizou o procedimento

Profissional que realizou o check-list.

