

POP

HUAB-UFRN/EBSERH

PROCEDIMENTOS E ROTINAS DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO

Versão: 2 | 2025

1. OBJETIVO

Atualizar e sistematizar as normas de prevenção de infecção do sítio cirúrgico, baseadas em evidências, levando em consideração também a disponibilidade de recursos, valores e preferências no Hospital Universitário Ana Bezerra, Santa Cruz/RN.

2. JUSTIFICATIVA

As medidas de prevenção de infecção do sítio cirúrgico trazem maior segurança para paciente e equipe e paciente, além de diminuir os custos assistenciais em saúde.

3. INFECÇÕES DE SÍTIO CIRURGICO (ISC)

As Infecções do Sítio Cirúrgico (ISC) são as complicações mais comuns decorrentes do ato cirúrgico e ocorrem no pós-operatório em cerca de 3 a 20% dos procedimentos realizados, tendo um impacto significativo na morbidade e mortalidade do paciente.

A ocorrência das ISC ocupa o 3º lugar entre as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), compreendendo 14% a 16% das infecções em pacientes hospitalizados. Estima-se que as ISC podem ser evitadas em até 60% dos casos através da aplicação das medidas de orientação e prevenção.

Além dos prejuízos físicos, psicológicos e financeiros aos pacientes acometidos, as ISC podem prolongar o tempo de internamento do paciente, além de aumentar a chance de readmissão hospitalar, cirurgias adicionais e, conseqüentemente, aumentar os gastos assistenciais com o tratamento.

Diante do exposto, e considerando que esta complicação é passível de prevenção, torna-se imprescindível a implementação de medidas de prevenção das ISC por meio de boas práticas, protocolos, guias ou manuais baseados em informações científicas.

4. MEDIDAS DE CONTROLE

4.1. Medidas de controle pré-operatória

4.1.1. Busca de focos infecciosos no perioperatório

- Infecções do trato urinário (ITU):
- Exame de elementos anormais e sedimento urinário (EAS);
- Urocultura, se houver sintomas urinários, ITU de repetição, imunossuprimidos, cirurgias que envolvam manipulação / instrumentação do trato urinário.
- Infecções de pele e partes moles

- Exame clínico detalhado;
- Tratamento pré-operatório das infecções cutâneas;
- Fechamento das soluções de continuidade.
- Infecções dentárias
- Avaliação e tratamento pré-operatório.

4.1.2. Banho

- Tomar banho com água e sabão antes da realização do procedimento cirúrgico, na noite anterior ou manhã da cirurgia;
- Utilizar sabão neutro ou antisséptico (banhos com antisséptico apenas em situações especiais como cirurgias de grande porte, cirurgias com implantes ou situações específicas como surtos);
- Incluir a higiene do couro cabeludo e o cuidado com as unhas;
- Dar atenção especial à higiene da cabeça nas cirurgias crânio-encefálicas;
- Observar que o cabelo deve estar seco antes de ir para o bloco operatório;
- Enfatizar a importância da higiene oral. Nos casos que houver previsão de intubação orotraqueal fazer higiene oral com clorexidina 0,12%;
- Fornecer toalhas limpas ao paciente para o banho pré-operatório;
- Proceder à troca de pijama/camisola, da roupa de cama ou da maca de transporte após o banho.

Quadro 1. Recomendação de banho por procedimento cirúrgico.

Cirurgia	Sabonete Neutro	Antisséptico	Horário
Cirurgia de grande porte, cirurgias com implantes		Clorexidina 2%	Banho (corpo total): 2 horas antes do procedimento cirúrgico
Cirurgia eletiva, pequeno e médio porte	Sabonete neutro		Banho (corpo total): antes do encaminhamento ao CC
Cirurgias de urgência	Sabonete neutro		O banho fica a critério da avaliação da equipe assistente

4.1.3. Tricotomia

Não deve ser feita de rotina, se os pelos tiverem que ser removidos, deve-se fazê-lo

imediatamente antes da cirurgia, utilizando tricotomizadores elétricos, e fora da sala de cirurgia. O uso de lâminas está contraindicado (ver Princípios e Técnica da Tricotomia Pré-operatória no ANEXO I).

4.1.4. Antissepsia cirúrgica das mãos

O objetivo é eliminar a microbiota transitória; reduzir a microbiota residente da pele das mãos e dos antebraços dos profissionais que participam das cirurgias; e proporcionar efeito residual na pele dos profissionais (Ver Anexo II).

4.1.5. Profilaxia antibacteriana

- Determinar a microbiota provável numa infecção pós-operatória, com o objetivo de escolher o antibiótico eficaz na profilaxia, uma vez que as infecções pós-operatórias são causadas geralmente pela microbiota do paciente;
- Administrar dose efetiva de 0 a 60 minutos antes da incisão cirúrgica;
- Avaliar o risco de toxicidade, desenvolvimento de resistência e custo do antibiótico antes da indicação da profilaxia antimicrobiana;
- Escolher o antibiótico de acordo com as recomendações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do Hospital; ajustando a dose efetiva para pacientes idosos, obesos e portadores de doença renal crônica;
- Evitar drogas utilizadas no tratamento de infecções graves;
- Na maioria das cirurgias uma única dose antes da incisão é suficiente. Em cirurgias longas, deve-se repetir a dose do antibiótico após um intervalo igual a duas vezes o tempo da meia-vida do antibiótico, a contar a partir da infusão da primeira dose;
- Não estender a profilaxia antibacteriana por mais de 24 horas;
- Se uma infecção for identificada durante a cirurgia, o antibiótico terá objetivo terapêutico e deverá ser reformulado de acordo com a infecção encontrada e se estender até quando clinicamente indicado.

4.2. Medidas de controle intraoperatórias

4.2.1. Circulação de pessoal

- A circulação na sala cirúrgica consiste em atividade desenvolvida exclusivamente pela

equipe de enfermagem: enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, os quais durante todo ato anestésico-cirúrgico, desenvolvem atividades a fim de garantir condições funcionais e técnicas necessárias para a equipe médica.

- Deve-se manter as portas das salas cirúrgicas fechadas durante o ato operatório;
- Limitar o número de pessoas na sala operatória, permanecendo o número de pessoas necessário para atender o paciente e realizar o procedimento;
- Evitar abrir e fechar a porta da sala operatória desnecessariamente;
- Não levar alimentos, celular, bolsas e outros objetos para dentro da sala cirúrgica.

4.2.2. Preparo da pele do paciente

- Realizar degermação da toda a região próxima à incisão cirúrgica antes da antisepsia;
- Realizar a antisepsia no campo operatório no sentido centrífugo circular (do centro para a periferia) e ampla o suficiente para abranger possíveis extensões da incisão, novas incisões ou locais de inserção de drenos;
- Utilizar soluções antissépticas alcoólicas de PVPI ou clorexidina.

4.2.3. Paramentação

- A finalidade da paramentação cirúrgica é estabelecer uma barreira microbiológica contra a penetração de microrganismos no sítio cirúrgico do paciente, que podem ser oriundos dele mesmo, dos profissionais, produtos para saúde e ar ambiente. Também tem o sentido de proteger a equipe cirúrgica do contato com sangue e fluidos dos pacientes.
- A equipe de campo cirúrgico deve fazer uso de paramentação completa (avental, luvas estéreis, touca e máscara);
- Ao se paramentar o profissional que participará do procedimento cirúrgico deve remover os adornos (anéis, pulseiras, relógios, etc);
- Utilizar máscara que cubra nariz e boca para entrar na sala de cirurgia, se a cirurgia estiver para iniciar, em andamento ou se tiver material cirúrgico exposto, a fim de impedir a contaminação da área cirúrgica, bem como do instrumental cirúrgico por microrganismos originados do trato respiratório superior da equipe cirúrgica;
- Utilizar toucas que cubram toda a cabeça e cabelos antes se entrar na sala de cirurgia;

- Utilizar vestimentas cirúrgicas que sejam barreiras efetivas caso sejam molhadas ou contaminadas.

4.2.4. Controle metabólico

4.2.4.1. Controle glicêmico

- Manter glicemia abaixo de 180 mg/dl até 24 horas após o final da anestesia.

4.2.4.2. Controle da temperatura corporal

- Manter a temperatura corpórea acima de 35,5°C no período perioperatório.

Tem sido observada a associação frequente de hipotermia ($T < 35^{\circ}\text{C}$) intraoperatória e um aumento na incidência de sangramento pós-operatório, infecções e eventos cardíacos. Para evitar a instalação da hipotermia no intraoperatório, a American Society of Anesthesiologists (ASA) tem padronizado o método de monitorização e manutenção da estabilidade da temperatura corpórea durante o ato cirúrgico. Vários métodos de monitorização podem ser utilizados e encontram-se disponíveis e serão escolhidos dependendo da natureza da cirurgia em questão.

4.2.4.3. Suplementação da oxigenação tecidual

- Paciente adultos submetidos a anestesia geral com intubação orotraqueal devem receber uma fração de oxigênio de 80% no ar inspirado durante a cirurgia e por 2 a 6 horas no pós-operatório imediato.

4.2.4.4. Manutenção adequada do volume intravascular

- Manter o paciente normovolêmico.
- Utilizar terapia orientada por metas para a gestão intraoperatória dos fluidos

4.2.5. Drenos

- A inserção dos drenos geralmente deve ocorrer no momento da cirurgia, de preferência, em uma incisão separada, diferente da incisão cirúrgica.
- Deve-se utilizar, prioritariamente, sistemas de drenagens fechados, e remover o dreno o mais breve possível.

4.3. Medidas de controle pós-operatórias

4.3.1. Avaliação de curativos

- Sistematizar e gerenciar a avaliação de feridas e a realização dos curativos.

Curativo é um meio terapêutico que consiste na limpeza e aplicação de uma cobertura estéril

em uma ferida, quando necessário, com o objetivo de proteger o tecido recém-formado da invasão microbiana, aliviar a dor, oferecer conforto para o paciente, manter o ambiente úmido, promover a rápida cicatrização e prevenir a contaminação ou infecção.

A escolha do curativo depende do tipo de ferida, estágio de cicatrização e processo de cicatrização de cada paciente. Os aspectos da ferida com relação à presença de inflamação, infecção, umidade e condições das bordas da ferida devem ser avaliados.

4.3.1.1. Princípios para um curativo ideal

- Manter elevada umidade entre a ferida e o curativo;
- Remover o excesso de exsudação;
- Permitir a troca gasosa;
- Fornecer isolamento térmico;
- Ser impermeável a bactérias;
- Ser asséptico;
- Permitir a remoção sem traumas e dor.

4.3.1.2. Limpeza da ferida

- Utilizar Cloreto de Sódio (CS) 0,9% em temperatura ambiente, frasco de 500 ml, com ponteiros para irrigação.
- A limpeza da ferida deve ser exaustiva até a retirada dos debris e crostas.

4.3.1.3. Manuseio do curativo

- Permanecer com o curativo cirúrgico estéril por 24 a 48 horas após a cirurgia, exceto se houver drenagem da ferida ou indicação clínica;
- Realizar o curativo a partir do segundo dia de pós-operatório ou conforme orientação médica;
- Substituir o curativo antes das 24 a 48 horas se molhar, soltar, sujar ou a critério médico;
- Remover o curativo anterior com luvas de procedimento;
- Realizar o curativo com toque suave de CS 0,9% em incisão cirúrgica;
- Avaliar local da incisão, se não apresenta exsudato, manter as incisões expostas até a remoção da sutura. Nestes casos recomenda-se higienizar as incisões com água e sabão comum durante o banho e secar o local com toalhas limpas e secas;

- Registrar o procedimento e comunicar a equipe médica em casos de sangramento excessivo, deiscências e sinais flogísticos.
- Solicitar avaliação da CCIH em casos de feridas com suspeita de infecção para orientação da antibioticoterapia e coleta de amostras para cultura.

4.3.2. Vigilância e notificação

- Todos os casos de ISC e as intercorrências relacionadas ao processo de trabalho deverão ser notificadas no Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares (Vigihosp).
- Todos os profissionais devem realizar a notificação, quando necessário.

5. CUIDADOS COM O AMBIENTE E ESTRUTURA

- Manter a ventilação na sala cirúrgica com pressão positiva em relação ao corredor e áreas adjacentes com, pelo menos, 15 trocas de ar por hora, além do uso de filtro HEPA (High Efficiency Particulate Air);
- Manter o controle da temperatura (21-24°C), umidade, pressão e filtração do ar (manutenção preventiva) da sala de cirurgia – checagem de vazão, limpeza de dutos e grelhas, e trocas de filtros;
- Esterilização de todo o instrumental cirúrgico. Não utilizar a esterilização flash como rotina ou alternativa para a redução do tempo;
- Manter dentro da sala operatória somente materiais e equipamentos necessários ao procedimento;
- Manter janelas lacradas para não interferir com o sistema de ventilação da sala;
- Manter as portas da sala operatória fechadas, exceto para a passagem de equipamentos, pessoas e pacientes, limitando a entrada às pessoas essenciais;
- Manter a limpeza e organização da sala operatória durante todo o procedimento cirúrgico;
- Realizar a limpeza e desinfecção da sala cirúrgica após cada procedimento realizado, com ênfase nas superfícies mais tocadas e na limpeza de equipamentos;
- Realizar limpeza terminal diariamente, após a última cirurgia do período, incluindo todas as superfícies e acessórios da sala;
- Não há indicação de técnica de limpeza diferenciada após cirurgias contaminadas ou infectadas.

6. ORIENTAÇÕES E ESTRATÉGIAS DE ENGAJAMENTO DE PACIENTES, FAMILIARES E CUIDADORES NA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO (ISC)

As orientações direcionadas aos pacientes, familiares e cuidadores no período pós-operatório constituem componente central da prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) e devem ser apresentadas de forma padronizada, acessível e contínua. A equipe assistencial deve fornecer esclarecimentos sobre sinais e sintomas sugestivos de infecção, cuidados com o curativo, manejo adequado de drenos, higiene pessoal e práticas que favoreçam a cicatrização durante todo o processo de permanência do paciente no ambiente hospitalar, sendo reforçada no momento da alta, com recomendações verbais.

É importante orientar o paciente a manter o curativo cirúrgico estéril por 24 a 48 horas ou conforme indicação clínica, evitando manipulações desnecessárias. Após esse período, deve-se higienizar a incisão com água e sabão durante o banho e secar com toalha limpa, observando diariamente alterações como dor acentuada, odor, vermelhidão progressiva, saída de secreção, abertura dos pontos ou febre. A família deve ser instruída sobre a necessidade de procurar assistência caso qualquer desses sinais seja percebido. Quando houver drenos, a equipe deve explicar o motivo de uso, cuidados de higiene, manutenção da fixação e acompanhamento do volume e aspecto do líquido drenado, reforçando a importância de não puxar ou tensionar o sistema e de comunicar imediatamente qualquer mudança no funcionamento.

A equipe também deve enfatizar medidas gerais de prevenção, como correta higiene corporal, manter as incisões limpas e secas, evitar roupas apertadas ou que gerem atrito sobre o local operado, não aplicar substâncias não prescritas e seguir rigorosamente as orientações médicas e de enfermagem. O envolvimento ativo da família favorece a identificação precoce de alterações e amplia a segurança do paciente no domicílio.

7. REFERÊNCIAS

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.

Berrios-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, Leas B, Stone EC, Kelz RR, et al. Centers for Disease Control and Prevention guideline for the prevention of surgical site infection, 2017. JAMA Surg. 2017;152:784–91.

Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. Geneva: World Health Organization; 2018

Surgical site infections: prevention and treatment. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2020.

8. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	01/10/2023	Elaboração do documento
2	05/12/2025	Atualização do documento

9. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Larissa de Queiroz Torres - UBCME/GAS Rodolfo Alves da Silva - UBCME/GAS Taynah Neri Correia Campos - STGQ/SUP	Data: 05/12/2025
Análise Abraao Allen Honorato Sobrinho - UBCME/GAS Ozanira Araujo de Oliveira - UBCME/GAS Danilo Veras Lobo de Paiva Almeida - UBCME/GAS Rita Berenice da Silva Costa - UBCME/GAS Vanessa Campos de Andrade de Melo Pérsico - STGQ/SUP	Data: 05/12/2025
Validação Wilton Nogueira de Abreu - STGQ/SUP Franciane Carla de Souza Bento - STGQ/SUP	Data: 05/12/2025
Aprovação Rita Berenice da Silva Costa - UBCME/GAS	Data: 05/12/2025

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © Ano 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br.

ANEXOS

ANEXO I. Princípios e Técnica da Tricotomia Pré-operatória

Princípios

A remoção de pelos do sítio cirúrgico pode evitar interferências com a incisão e com a aderência do campo cirúrgico bem como de placas/ almofadas de aterramento do paciente. Ainda, contribui para evitar a aderência dos curativos pós-operatórios aos pelos presentes no sítio cirúrgico.

A remoção dos pelos depende da quantidade de pelos, do local da incisão, do tipo de procedimento e da conduta do cirurgião.

Materiais necessários

Tricotomizador, fita adesiva hospitalar (para remover os pelos soltos), luvas de procedimento e toalhas descartáveis ou papel toalha.

Técnica

Antes de efetuar a tricotomia:

Levar à sala somente os materiais necessários à preparação;

Verificar junto ao enfermeiro ou a prescrição médica (ordens especiais, paciente que será submetido ao procedimento, área corporal ou local a ser tricotomizado);

Identificar o paciente;

Verificar se o paciente está ciente do procedimento cirúrgico;

Informar o paciente sobre o procedimento a ser realizado e a área a ser preparada;

Providenciar local para descarte dos pelos removidos e os resíduos dos materiais descartáveis utilizados;

Providenciar a iluminação adequada para execução da técnica de tricotomia;

Manter a privacidade do paciente, expondo somente a área a ser tricotomizada;

Proteger os lençóis de camas ou macas com campos impermeáveis reutilizáveis ou descartáveis.

Ao efetuar a tricotomia:

Adaptar a lâmina descartável no tricotomizador e testar o funcionamento;

Esticar a pele, manter o tricotomizador num ângulo de 15 – 30 graus em relação à superfície da pele e fazer a tricotomia cuidando para não pressionar o tricotomizador contra a pele com força;

Remover os pelos cortados da área à medida que são cortados;

Pressionar suavemente o lado adesivo da fita crepe sobre a área tricotomizada para remover os pelos residuais na área tricotomizada;

Encaminhar o paciente para o banho de aspersão. Pacientes que não deambulam, providenciar banho de leito, higienizando a área tricotomizada com água morna e sabão antisséptico;

Secar a pele com toalha limpas e secas;

Substituir os lençóis da cama ou maca;

Administrar o pré-anestésico prescrito;

Encaminhar paciente ao centro cirúrgico;

Descartar os Produtos Para Saúde (PPS) descartáveis em local apropriado (lâmina do tricotomizador deverá ser descartada no pérfuro cortante);

Encaminhar os PPS não descartáveis ao posto de enfermagem, limpar, organizar e guardá-los;

Limpar o tricotomizador após cada uso, de acordo com as instruções do fabricante;

Registrar a técnica realizada no prontuário do paciente, assinar e carimbar.

Esta documentação deve incluir, mas não se limitar a:

Condições da pele no local cirúrgico (por exemplo, presença de irritações, erupções, abrasões e outros);

Método de remoção de pelos, horário do procedimento e área;

Tipo de produto utilizado para preparo da pele utilizado (agente de limpeza, antisséptico e outros);

Nome do responsável pela realização do preparo da pele;

Desenvolvimento de quaisquer reações de hipersensibilidade.

Recomendações

O procedimento de remoção de pelos deve ser feito em local fora da sala onde o procedimento cirúrgico será realizado, pois a dispersão de pelos soltos pode potencialmente contaminar o sítio cirúrgico e o campo estéril.

A presença de marcas, verrugas, erupções e outras condições da pele no local da incisão cirúrgica devem ser avaliadas e documentadas antes do preparo da pele do paciente.

O uso de cremes depilatórios tem causado reações adversas na pele de alguns pacientes, provocando o cancelamento de cirurgias.

Deve-se tomar extremo cuidado para não causar cortes à pele, pois as bactérias multiplicam-se rapidamente sobre a pele traumatizada e o paciente pode ficar predisposto à infecção na ferida.

Durante a realização da tricotomia:

Usar luvas de procedimento não estéril durante o preparo do paciente.

Avisar o paciente que a área preparada poderá ser maior que a necessária para a cirurgia;

Colocar avisos à porta;

Evitar exposição desnecessária;

Não utilizar toalhas de tecido para recolher qualquer tipo de resíduos (pelos).

Sempre realizar a limpeza e desinfecção do tricotomizador ao término do procedimento.

Identificar, no Registro Operatório, o nome do profissional responsável pela tricotomia, a área preparada, a data e o horário.

A enfermeira deve checar a adequação da remoção de pelos.

ANEXO II. Técnica para Antissepsia Cirúrgica das Mãos com PBA – OMS

Técnica para Antissepsia Cirúrgica das Mãos com Produto à Base de Álcool

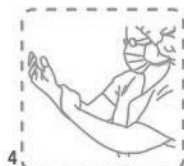
- Lave as mãos com sabonete líquido e água ao chegar ao centro cirúrgico, após ter vestido a roupa privativa e colocado o gorro e a máscara.
- Use para preparo cirúrgico das mãos um produto à base de álcool (PBA), seguindo cuidadosamente as seguintes técnicas ilustradas nas imagens 1 a 17, antes de cada procedimento cirúrgico.
- Caso tenha qualquer resíduo de pó/talco ou fluidos corporais ao remover as luvas após a cirurgia, lave as mãos com sabonete líquido e água.



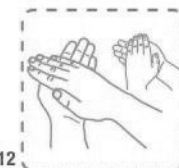
1 Coloque aproximadamente 5 ml (3 doses) de PBA na palma da sua mão esquerda, usando o cotovelo do outro braço para operar o dispensador.



2 Mergulhe as pontas dos dedos da mão direita no produto, friccionando-as para descontaminar embaixo das unhas (5 segundos).



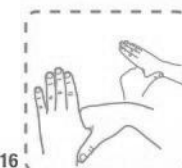
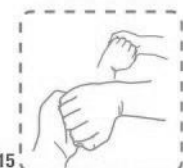
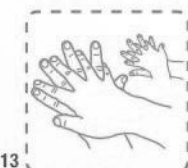
Imagens 3-7: Espalhe o produto no antebraço direito até o cotovelo. Assegure-se de que todas as superfícies sejam cobertas pelo produto. Utilize movimentos circulares no antebraço até que o produto evapore completamente (10-15 segundos).



Imagens 8-10: Agora, repita os passos 1 a 7 para a mão e antebraço esquerdo

11 Coloque aproximadamente 5ml (3 doses) do PBA na palma da mão esquerda como ilustrado, e esfregue ambas as mãos ao mesmo tempo até o punho, seguindo todos passos nas imagens 12 a 17 (20-30 segundos).

12 Cubra com PBA todas as superfícies das mãos até o punho, friccionando palma contra palma, em movimentos rotativos.



13 Friccione o produto no dorso da mão esquerda, incluindo o punho, movimentando a palma da mão direita no dorso esquerdo com movimentos de vai e vem e vice-versa.

14 Friccione uma palma contra a outra com os dedos entrelaçados.

15 Friccione o dorso dos dedos mantendo-os dentro da palma da outra mão, em movimentos de vai e vem.

16 Friccione o polegar da mão esquerda com movimentos de rotação da palma da mão direita enlaçada e vice-versa.

17 Quando as mãos estiverem secas, o avental cirúrgico/capote poderá ser vestido e as luvas cirúrgicas estéreis poderão ser calçadas.

Esta sequência dura em média 60 segundos. Repita-a 2 ou 3 vezes, até alcançar a duração total recomendada nas instruções do fabricante do PBA.



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Certidão - SEI

Processo nº 23527.009080/2025-91

Interessado: Unidade de Bloco Cirúrgico e Processamento de Material Esterilizado

POP.UBCME.001 – versão 2

PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO (55991385)

Elaboração Larissa de Queiroz Torres – Médica UBMCE Rodolfo Alves da Silva – Médico HUOL Taynah Neri Correia Campos – Enfermeira STGQ	DATA: 05/12/2025
Análise Abraao Allen Honorato Sobrinho - Médico UBMCE Ozanira Araujo de Oliveira - Médico UBMCE Danilo Veras Lobo de Paiva Almeida – Médico UBMCE Rita Berenice da Silva Costa - Chefe da UBMCE Vanessa Campos Andrade de Melo Persico - Médica Infectologista STGQ	Data: 05/12/2025
Validação Wilton Nogueira de Abreu – STGQ/SUP Franciane Carla de Souza Bento – STGQ/SUP	Data: 05/12/2025
Aprovação	

Rita Berenice da Silva Costa - Chefe da UBMCE

Data: 05/12/2025



Documento assinado eletronicamente por **Rita Berenice da Silva Costa, Chefe de Unidade**, em 05/12/2025, às 10:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Larissa de Queiroz Torres, Médico(a)**, em 05/12/2025, às 11:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Abraão Allen Honorato Sobrinho, Médico(a)**, em 05/12/2025, às 18:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Franciane Carla de Souza Bento, Assistente Administrativo**, em 12/12/2025, às 09:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Taynah Neri Correia Campos, Enfermeiro(a)**, em 12/12/2025, às 10:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **55990118** e o código CRC **D68DC7CE**.