



NOTA TÉCNICA CEMPI/SUV/SES/SC N° 01/2025

Assunto: Orientações aos SCIRAS quanto aos cuidados de prevenção frente a procedimentos invasivos oftalmológicos, assim como a vigilância das Endoftalmites pós procedimentos no Estado de Santa Catarina.

A endoftalmite é um processo inflamatório intraocular causado por microrganismos, principalmente bactérias, que quando ocorre após um procedimento oftalmológico invasivo é classificada como uma infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS) e representa um evento adverso grave, com o prognóstico, na maioria das vezes, ruim, resultando em perda ou redução da acuidade visual e, em alguns casos mais traumáticos, na perda do olho.

A incidência de endoftalmite é variável, podendo chegar até 0,7%, sendo sua maior incidência após transplante de córnea com 0,36%, seguido da cirurgia antiglaucomatosa com 0,23%, cirurgia para remoção da catarata com 0,17%, injeção intravítreo com 0,06% e as cirurgia de vitrectomia posterior com 0,05%.

São encontrados como agentes etiológicos mais comuns os gram-positivos, sobretudo os *Staphylococcus coagulase negativa* seguidos pelos gram-negativos e menos comumente os fungos, porém em casos de surto os principais agentes etiológicos são microrganismos gram-negativos, sobretudo as *Pseudomonas spp.* e os fungos.

Os sinais e sintomas da infecção aparecem geralmente nos primeiros quatro dias após a cirurgia, porém em casos de fungos podem ser diagnosticados mais tardiamente.

Nos últimos anos no Brasil, Segundo o Ministério da Saúde, de 2013 a 2016 foram realizados mais de 4,3 milhões de procedimentos invasivos pelo Sistema Único de saúde (SUS), dentre esses mais de dois milhões foram cirurgias de catarata e mais de 115 mil injeções intra-vítreo. Com o aumento no volume de procedimentos oftalmológicos, principalmente os realizados em pequeno espaço de tempo em determinado local, começaram a aparecer surtos catastróficos de endoftalmite pós procedimento, onde foram encontrados fatores que contribuíram para a infecção como a não realização de antissepsia cirúrgica das mãos entre um paciente e outro; ausência de troca de paramentação cirúrgica entre um paciente e outro; uso de instrumental e outros materiais sem reprocessamento adequado; não realização de troca da caneta de irrigação entre os pacientes; ausência de esterilização das vias de irrigação e aspiração entre os procedimentos cirúrgicos; reuso de cassete, ponteira, equipos, sendo estes materiais de uso único; reutilização do viscoelástico e do BSS (solução salina balanceada) e estrutura física incompatível com o número de cirurgias (VIDAL et al 2024).

A Associação Brasileira dos profissionais em Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar (ABIH) e a Sociedade Brasileira de Infectologia consideraram em sua nota conjunta em 2024, sobre os surtos de endoftalmite em serviços de saúde (SS) no Brasil, que as principais causas estavam associadas a falhas na ação do controle de infecção e na esterilização dos materiais cirúrgicos.

Entre os fatores de risco, para endoftalmite após cirurgia, associados ao paciente destacam-se o sexo masculino, a idade avançada (superior a 84 anos), o comprometimento do estado nutricional, a obesidade, o diabetes mellitus, o tabagismo, a presença de infecções



preexistentes (como as do trato respiratório, dentárias, geniturinárias e gastrointestinais), a colonização por microrganismos patogênicos, as alterações na resposta imune e o tempo de hospitalização prolongado.

A avaliação clínica geral é muito importante para o paciente que será submetido a um procedimento oftalmológico, pois é necessária a correção do estado nutricional, melhoria da imunidade, tratamento de focos infecciosos, redução do excesso de peso, interrupção do tabagismo pelo menos um mês antes do procedimento cirúrgico e compensação de doenças de base.

Pacientes com conjuntivite infecciosa, ceratite bacteriana ou fúngica, blebíte, dacriocistite aguda ou agudizada, hordéolo, meibomite e blefarite grave, devem ter o procedimento cirúrgico adiado até o tratamento e resolução do quadro infeccioso. Em casos de conjuntivite alérgica, uveíte, esclerite e episclerite não impedem a realização do procedimento, mas o médico deve avaliar o risco/benefício da intervenção e, se possível, aguardar a resolução destes processos.

As cirurgias oftalmológicas são classificadas pela Portaria nº 2616/1998 como cirurgias potencialmente contaminadas, onde a microbiota local residente é passível de redução, mas não de eliminação, sendo assim é de suma importância uma abordagem abrangente a este tipo de procedimento, que inclui o preparo adequado do paciente, a adesão rigorosa aos princípios da técnica asséptica durante a cirurgia, profilaxia antibiótica apropriada e cuidados pós-operatórios adequados. Além disso, a implementação de medidas de controle de infecção, como a higiene das mãos e o monitoramento ambiental, é fundamental para reduzir o risco de infecções.

As recomendações para prevenção de endoftalmite, conforme ANVISA 2017, são:

I. Cuidados domiciliares pré-operatórios (Paciente)

- Orientar o paciente a tomar banho, lavando cuidadosamente a pele da face, pálpebras e sobrancelhas com água e sabonete neutro no dia da cirurgia.

Atenção: Orientar o paciente a evitar o contato do sabão com os olhos para prevenir irritações.

II. Preparo da pele no pré-operatório imediato

- Realizar uma avaliação minuciosa da pele ao redor do olho a ser operado e se necessário limpar a pele para remover sujidades, oleosidade e quaisquer outros resíduos.

III. Antissepsia periocular

- Realizar uma antissepsia da córnea, folículos pilosos dos cílios, pálpebras e pele ao redor do olho com solução aquosa de povidine a 10% com 1% de iodo livre (PVPI tópico), com movimentos circulares, em casos de alergia ao iodo, utilizar clorexidina solução aquosa a 2%.

IV. Antissepsia da córnea e conjuntiva

- Instilar colírio de iodopovidona a 5% sem degermantes na córnea e conjuntiva, por no mínimo três minutos antes da incisão cirúrgica.
- Para pacientes alérgicos à iodopovidona, considerar a administração de colírio de clorexidina aquosa 0,05%, avaliando os riscos e benefícios.



V. Antissepsia cirúrgica das mãos

- Realizar a antissepsia cirúrgica das mãos e antebraços com antisséptico degermante (Cloroxidina 2% ou Polivinilpirrolidona-iodo - PVPI) e esponja estéril, conforme a sequência (ponta dos dedos, mãos, antebraços e cotovelos) por aproximadamente 60 segundos, repetindo a sequência conforme orientação do fabricante, ou por meio do uso de produto à base de álcool (PBA) específico para fricção cirúrgica das mãos com concentração de 60 a 80%, com técnica conforme orientação do fabricante.

VI. Cuidados com colírios e soluções

- Higienizar as mãos com água e sabonete ou álcool gel 70% antes de manipular frascos multidoses de colírios.
- Evitar o contato da ponta do frasco com a mucosa ocular, pálpebras, cílios ou qualquer outra parte do olho do paciente.
- Fechar o frasco imediatamente após o uso para evitar contaminação.
- Descartar o frasco em caso de suspeita de contaminação da ponta ou do conteúdo.
- Estabelecer o controle da data de abertura do frasco e observar o tempo de validade após aberto.
- Não reaproveitar soluções remanescentes, como solução viscoelástica ou BSS, de uma cirurgia para outra.

VII. Paramentação cirúrgica

- Utilizar avental e luvas estéreis, máscara e gorro.
- Sempre trocar toda a paramentação cirúrgica e efetuar nova antissepsia cirúrgica das mãos a cada novo procedimento cirúrgico.
- Substituir as luvas esterilizadas a cada olho a ser operado, mesmo que seja do mesmo paciente.
- Isolar os cílios do campo operatório com campos adesivos esterilizados.
- Utilizar um campo estéril sobressalente, além do campo fenestrado, nos casos em que estes não cobrirem o abdômen do paciente.

VIII. Uso intracameral de antimicrobiano

- Ter cuidado rigoroso na diluição do antimicrobiano para evitar complicações.

IX. Cuidados com o ambiente cirúrgico

- Limitar o número de pessoas na sala operatória, mantendo apenas o número necessário para atender o paciente e realizar o procedimento.
- Evitar abrir e fechar a porta da sala operatória desnecessariamente.
- Não levar para dentro da sala operatória bolsas e equipamentos eletrônicos (celulares, tablets, computadores, etc.).
- Realizar uma cirurgia por vez em cada sala cirúrgica.

X. Limpeza da Sala Cirúrgica:

- Realizar a limpeza da sala cirúrgica conforme os seguintes tipos:



- Limpeza preparatória: realizada antes do início das cirurgias programadas do dia, removendo partículas de poeira das superfícies com álcool 70% ou outro saneante padronizado.
- Limpeza concorrente: realizada após o término de cada cirurgia e antes do início de outra e montar a sala cirúrgica para a próxima cirurgia.
- Limpeza operatória: realizada sempre que necessário durante o procedimento cirúrgico, removendo mecanicamente matéria orgânica derramada com material absorvente.
- Limpeza terminal diária: realizada após a última cirurgia programada do dia, seguindo todos os procedimentos da limpeza concorrente e limpeza cuidadosa de equipamentos, acessórios, mobiliários, lavabos, portas, macas e carros de transporte de materiais.
- A Limpeza terminal periódica deve ser realizada a cada 15 dias, em todas as salas do centro cirúrgico, incluindo todas as superfícies horizontais e verticais, internas e externas, portas, paredes, teto, grades de ar condicionado e interior dos armários.

XI. Recomendações gerais:

- Todos os produtos para saúde utilizados nos procedimentos oftalmológicos invasivos, devem estar estéreis;
- A limpeza, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição de produtos para saúde devem ser realizados pelo CME do serviço de saúde e suas unidades satélites ou por empresa processadora (RDC N°15/2012);
- Os produtos para saúde passíveis de processamento, independente da sua classificação de risco, inclusive os consignados ou de propriedade do cirurgião, devem ser submetidos ao processo de limpeza, dentro do próprio CME do serviço de saúde ou na empresa processadora, antes de sua desinfecção ou esterilização (RDC N°15/2012);
- Nunca reaproveitar solução viscoelástica ou de BSS remanescentes para a próxima cirurgia;
- Todo o conjunto de caneta de facoemulsificação e ponteira, classificados como passíveis de reprocessamento, deve ser lavado e esterilizado entre uma cirurgia e outra;
- Nunca utilizar as mangueiras de irrigação e aspiração em procedimentos subsequentes sem a devida limpeza e esterilização, no caso de serem classificadas como passíveis de processamento;
- As conexões para a caneta e demais instrumentos que serão utilizados no campo cirúrgico devem ser realizadas em campo estéril por profissional da equipe cirúrgica devidamente paramentado (paramentação estéril);
- Descartar imediatamente a agulha e seringa utilizadas para injetar medicações no frasco de BSS;
- Utilizar uma nova seringa e agulha para cada medicamento injetado;
- Utilizar uma nova agulha estéril para cada aspiração no frasco multidoso de azul de tripan;
- Sempre desinfetar a borracha do frasco com álcool a 70% antes de aspirar o conteúdo;
- Fazer um flush de 10 ml de água destilada nas canetas de irrigação e aspiração e nos dois orifícios da caneta de facoemulsificação, imediatamente antes de retirar o material usado na cirurgia e encaminhar para a CME o mais rápido possível;
- Fazer um flush de 20 ml de água destilada nas mangueiras de irrigação e aspiração do aparelho de facoemulsificação imediatamente antes de retirar o material usado na cirurgia e encaminhar para a CME o mais rápido possível;



- Trocar a cada paciente o cassete/coletor;
- Se a sonda de vitrectomia anterior for reutilizável, pré-lave com água destilada usando o vitreófago em modo de corte, ainda na sala cirúrgica;
- Ressalta-se que os produtos para saúde classificados como proibidos de serem processados, devem ser descartados após o uso;
- Utilizar o checklist de cirurgia segura.

XII- Após a realização do procedimento, também são necessárias orientações de prevenção de infecção aos pacientes.

- Observação quanto aos sinais e sintomas de complicações pós-operatórias, principalmente dor, diminuição da acuidade visual e sinais de infecção e procurar imediatamente a equipe responsável pela cirurgia em caso de ocorrência destes sintomas;
- Realizar a higienização das mãos antes de tocar no olho operado e antes da aplicação dos colírios;
- Evitar atividades que possam comprometer a recuperação ou permitir a penetração de poeira ou outras sujidades no olho operado;
- Proteger o olho operado após a cirurgia com curativo oclusivo (considerar o tipo de anestesia para determinar o tipo de curativo).

XII. Avaliação pós-operatória

- Realizar avaliações no 1º dia, 1ª semana e 1º mês;
- Verificar sinais de infecção em cada avaliação;
- Para a retirada de pontos, utilizar pinças, tesouras ou lâminas estéreis;
- Em casos de pontos frouxos com secreção, ter atenção redobrada devido ao risco maior de contaminação;
- Comunicar à CCIH em caso de infecção para reforçar medidas preventivas e realizar a notificação de IRAS.

Para que possamos garantir a segurança do paciente salientamos a importância do monitoramento de todo o processo, desde o planejamento do procedimento oftalmológico invasivo até a vigilância pós-alta pelos Serviços de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS), tanto dos serviços que habitualmente realizam estes procedimentos (serviços de oftalmologia) quanto os que são contratados pontualmente (serviços de saúde com outra vocação) para receber equipe cirúrgica e pacientes para os procedimentos oftalmológicos.

Os SS especializados em oftalmologia tem a obrigação de contar com SCIRAS instituído, que é o responsável pela adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais gerais e direcionadas, visando à prevenção e controle das IRAS em oftalmologia; fazer capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das IRAS; adequando, implementando e supervisionando a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, sempre com enfoque na prevenção e tratamento das IRAS. Nestes serviços a direção e o responsável técnico têm a responsabilidade de planejar, implantar e garantir a qualidade dos processos, conforme RDC Nº63/2011.

Nos SS que não possuem assistência especializada em oftalmologia, ou seja, hospitais gerais que recebem equipes para cirurgias em grande volume, ressaltamos que a instituição é corresponsável pelo resultado dos procedimentos executados, mesmo que por equipe externa,



sendo que a direção e o responsável técnico têm a responsabilidade de planejar, implantar e garantir a qualidade dos processos (RDC N°63/2011), assim como o SCIRAS.

Desta forma é preciso que sejam garantidos uma série de quesitos como:

- garantir que a realização da atividade seja feita por profissionais legalmente habilitados e capacitados para as atividades que serão realizadas;
- fornecer informações sobre a sua realização à Vigilância Sanitária (Visa) local e à Coordenação Estadual de Monitoramento e prevenção de infecção (CEMPI/SUV/SES-SC);
- dispor de equipe multiprofissional dimensionada segundo o perfil de demanda;
- registrar a formação e qualificação dos profissionais, com respectivos registros nos conselhos de classes (COREN);
- capacitar todos os profissionais envolvidos antes do início das atividades e de forma permanente, segundo o perfil das atividades desenvolvidas,
- verificar se o responsável técnico e os profissionais médicos que realizarão os procedimentos cirúrgicos possuem títulos de especialistas em suas respectivas especialidades médicas (Registro de Qualificação de Especialidade – RQE - registrado no Conselho Regional de Medicina);
- Orientar para limpeza e desinfecção das superfícies para cinco tipos de limpeza (limpezas preparatória, concorrente, operatória, terminal diária, terminal periódica);
- Dispor de materiais necessários à operacionalização do serviço de acordo com a demanda, modalidade de assistência prestada e a legislação vigente.(RDC 63/2011). É necessário que haja uma adequada organização do serviço, incluindo a escolha de equipamentos de esterilização que atendam a necessidade do serviço e o planejamento da programação cirúrgica adequada ao quantitativo do arsenal existente, para que este seja processado de forma segura pelo CME ou unidade satélite. Exemplo: para uma programação diária de 27 cirurgias de correção de catarata com implante de lentes intraoculares, não há necessidade de 27 caixas cirúrgicas. Porém, deve haver quantidades suficientes de caixas para que cada uma delas seja processada, entre um uso e outro, seguindo POP estabelecido na instituição, sem caracterizar situação de emergência.

Todos os serviços de saúde oftalmológicos intra-hospitalares e extra-hospitalares (hospitais, clínicas, consultórios, etc.) públicos, privados, filantrópicos, geridos por organizações sociais, civis e militares que realizam procedimentos oftalmológicos invasivos, a partir de 2025 precisam notificar, à ANVISA obrigatoriamente, as Endoftalmites pós procedimento, independentemente do volume de procedimentos realizados, inclusive em grandes campanhas ou ações concentradas.

Devem ser monitorados em relação a endoftalmite:

- Paciente submetido a facectomia (cirurgia de catarata), independente do método ou técnica cirúrgica,
- Paciente sem quadro infeccioso ocular submetido a injeção de medicamentos por via intravítrea para tratamento de doenças não infecciosas.

Para fim de vigilância epidemiológica das IRAS, a definição de endoftalmite deve seguir os critérios diagnósticos abaixo, que não se destinam ao diagnóstico clínico do paciente, e podem ser aplicados por qualquer profissional responsável pela vigilância e monitoramento das IRAS.



Paciente submetido a facectomia (cirurgia de catarata) ou injeção intravítrea de medicamentos e apresenta pelo menos UM dos critérios:

O paciente tem microrganismo identificado em amostra de humor vítreo por meio de cultura ou por meio de métodos microbiológicos não baseados em cultura (confirmação laboratorial)

e/ou

O paciente foi submetido a injeção intravítrea (excluindo injeções para tratamento de suspeita de endoftalmite) de antimicrobiano

ou

O paciente possui diagnóstico médico de endoftalmite

A data da infecção (endoftalmite) é definida como a data da realização do procedimento oftalmológico.

O período de vigilância é o período de monitoramento do paciente após o procedimento (cirurgia de catarata ou injeção intravítrea) para identificar endoftalmite. Esse período é de 90 dias após a facectomia e de 30 dias após a injeção intravítrea, com o dia 1 sendo a data do procedimento. Em caso de reabordagem cirúrgica no mesmo sítio operatório, um novo período de vigilância para ISC deve ser iniciado.

Embora a endoftalmite se manifeste comumente nos primeiros dias após o procedimento cirúrgico, é importante ressaltar que os sinais e sintomas podem surgir tardiamente, até várias semanas depois. Por essa razão, do ponto de vista epidemiológico, a vigilância e o monitoramento das infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos oftalmológicos (endoftalmite) devem ser mantidos por um período de até 30 dias após a última injeção intravítrea do mês de vigilância, ou até 90 dias após a última facectomia do mês de vigilância.

A vigilância pós-alta consiste na busca ativa de casos de infecção (endoftalmite) em pacientes que já receberam alta após o procedimento, pelo SCIRAS dos serviços de saúde onde foi realizado o procedimento.

A notificação dos dados deve ser realizada pelo SS onde foi realizado procedimento, por meio do preenchimento do Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) em Serviços de Oftalmologia, disponibilizado pela Anvisa, através do link <http://pesquisa.anvisa.gov.br/index.php/933244?lang=pt-BR>. Basta clicar no link para abrir e preencher o formulário, use apenas números inteiros (sem vírgulas ou barras) nos campos numerador e denominador.

Em caso de surtos infecciosos em qualquer serviço oftalmológico, independentemente do procedimento, devem ser notificados no formulário de surtos da Anvisa: <https://pesquisa.anvisa.gov.br/index.php/742771?lang=pt-BR>.

Os dados para o cálculo dos indicadores devem ser coletados de forma sistemática, utilizando principalmente métodos de vigilância ativos e prospectivos (vide Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/Anvisa nº 1/2025).

Os dados mensais devem ser obtidos pelo somatório, no último dia do mês de vigilância, de todos os casos de endoftalmite (número de olhos afetados) associados às facectomias (cirurgias de catarata) e ou injeção intravítrea de medicamentos realizadas no mês, independentemente da confirmação laboratorial. Cada olho operado ou submetido a injeção intravítrea de medicamentos



deve ser contabilizado como uma cirurgia ou injeção intravítreo e, em caso de endoftalmite, registrado como um caso por olho afetado, ou seja, contamos o procedimento por olho, assim como a endoftalmite.

Indicadores:

1- Endoftalmites relacionadas a Facectomia (cirurgia de catarata)

1.1 - Taxa de Endoftalmites relacionadas à Facectomia:

$$\frac{\text{Nº de casos de endoftalmites relacionadas a facectomia no mês}}{\text{Nº de facectomias realizadas no mês de vigilância}} \times 100$$

1.2 - Taxa de Endoftalmites, com confirmação laboratorial, relacionadas à Facectomia:

$$\frac{\text{Nº de casos de endoftalmites relacionadas a facectomia no mês, com confirmação laboratorial}}{\text{Número de facectomias realizadas no mês de vigilância}} \times 100$$

2 - Endoftalmites relacionadas a injeção intravítreo de medicamentos
(excluindo injeções para tratamento de suspeita de endoftalmite)

2.1 - Taxa de Endoftalmites relacionadas a Injeção intravítreo de medicamentos

$$\frac{\text{Nº de casos de endoftalmites relacionadas a injeção intravítreo de medicamentos no mês}}{\text{Nº de Injeção intravítreo de medicamentos realizadas no mês de vigilância}} \times 100$$

2.2 - Taxa de Endoftalmites, com confirmação laboratorial, a injeção intravítreo de medicamentos no mês de vigilância

$$\frac{\text{Nº de casos de endoftalmites, com confirmação laboratorial, relacionadas a injeção intravítreo de medicamentos no mês}}{\text{Nº de Injeção intravítreo de medicamentos realizadas no mês de vigilância}} \times 100$$

Cada serviço de saúde deve calcular, analisar e monitorar seus indicadores, conforme o cálculo acima, para orientar as ações de prevenção e controle das IRAS em sua instituição, também devem ser monitorados além dos indicadores de notificação nacional obrigatória, outros indicadores de resultados, estrutura e processos.

A implementação da vigilância das endoftalmites relacionadas a procedimentos oftalmológicos invasivos é um passo fundamental para a melhoria da segurança do paciente e da qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde do Estado de Santa Catarina. A colaboração de todos os profissionais de saúde e instituições envolvidas é essencial para o sucesso desta iniciativa.

Referências bibliográficas

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2025). Orientações para a vigilância das endoftalmites relacionadas aos procedimentos oftalmológicos invasivos (Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 05/2025). Anvisa.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2025). Orientações para vigilância das Infecções Relacionadas à assistência à Saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos em serviços de saúde (Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 01/2025). Anvisa.



Brasil. Ministério da Saúde. (1998). Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de programa de controle de infecções hospitalares. Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2017). Medidas de Prevenção de Endoftalmites e de Síndrome Tóxica do Segmento Anterior Relacionadas a Procedimentos Oftalmológicos Invasivos (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, 9). Anvisa.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2012). Dispõe sobre requisitos de Boas Práticas para o processamento de produtos para saúde (Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 15, de 15 de março de 2012). Anvisa.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2011). Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde (Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 63, de 20 de dezembro de 2011). Anvisa.

Vidal, C. F. de L., Souza Carneiro, I. C. do R., & Oliveira, P. R. (2024). Nota Conjunta da Associação Brasileira dos Profissionais em Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar (ABIH) e a Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI) sobre Surtos de Endoftalmite em Serviços de Saúde no Brasil. ABIH/SBI.

Florianópolis, 14 de abril de 2025

**Coordenação Estadual de Monitoramento e Prevenção de Infecção
CEMPI/SUV/SES/SC**



Assinaturas do documento



Código para verificação: **W5QB6117**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

✓ **KARINE BARETTA TONINELO VIEIRA** (CPF: 949.XXX.969-XX) em 14/04/2025 às 16:25:19
Emitido por: "SGP-e", emitido em 06/05/2019 - 15:43:08 e válido até 06/05/2119 - 15:43:08.
(Assinatura do sistema)

✓ **SIMONE SUPLICY VIEIRA FONTES** (CPF: 887.XXX.209-XX) em 14/04/2025 às 16:41:37
Emitido por: "SGP-e", emitido em 09/10/2020 - 15:36:12 e válido até 09/10/2120 - 15:36:12.
(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VTXzcwNTIfMDAwODcwNzlfODc4NjBfMjAyNV9XNVFCNkxNw==> ou o site <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00087079/2025** e o código **W5QB6117** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.