



Webinar: Dia nacional do controle de Infecções (2025) - Cirurgias Seguras: Prevenir infecções para salvar vidas

Luiz Carlos Bastos Salles

Sociedade Brasileira de Anestesiologia - SBA

UNIRIO

Realização:

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Coordenação de Gestão da Transparência e Acesso à Informação - CGTAI
Gerência-Geral de Conhecimento, Inovação e Pesquisa - GGCIP

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde – GVIMS
Gerência-Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTES



Webinar: Dia nacional do controle de Infecções (2025) - Cirurgias Seguras: prevenir infecções para salvar vidas



Objetivos

- **Importância dos médicos anestesiológicos na prevenção das infecções de sítio cirúrgico**
- **Como o checklist de anestesia segura contribui para a segurança da anestesia/cirurgia**
- **Publicações e campanhas**





Webinar: Dia nacional do controle de Infecções (2025) - Cirurgias Seguras: prevenir infecções para salvar vidas

O apresentador declara não apresentar conflitos de interesse

De acordo com:

- Código de Ética Médica (27 de setembro de 2018).
- Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- RDC 96/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- Resolução 1.595/ 2000 do Conselho Federal de Medicina.



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)

Antes da indução anestésica



Antes da incisão cirúrgica



Antes de o paciente sair da sala de operações

| IDENTIFICAÇÃO | CONFIRMAÇÃO | REGISTRO |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> PACIENTE CONFIRMOU <ul style="list-style-type: none"> • IDENTIDADE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO • CONSENTIMENTO | <input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO | <p>O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:</p> |
| <input type="checkbox"/> SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA | <input type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE: <ul style="list-style-type: none"> • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO | <input type="checkbox"/> REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO |
| <input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA | <input type="checkbox"/> EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS | <input type="checkbox"/> SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM) |
| <input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO | <input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA? | <input type="checkbox"/> COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) |
| <p>O PACIENTE POSSUI:</p> <p>ALERGIA CONHECIDA?</p> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? | <input type="checkbox"/> SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO |
| <p>VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO?</p> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS | <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES? | <input type="checkbox"/> O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS. EX: DOR) |
| <p>RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?</p> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS | <p>A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?</p> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <p>AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?</p> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA | <p>Assinatura _____</p> |

ESTA LISTA DE VERIFICAÇÃO NÃO TEM A INTENÇÃO DE SER ABRANGENTE. ACRESCIMOS E MODIFICAÇÕES PARA ADAPTAÇÃO À PRÁTICA LOCAL SÃO RECOMENDADOS.



webinar
seminários virtuais



| LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO) | | |
|--|--|---|
| Antes da indução anestésica | Antes da incisão cirúrgica | Antes de o paciente sair da sala de operações |
| IDENTIFICAÇÃO <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> PACIENTE CONFIRMOU<ul style="list-style-type: none">• IDENTIDADE• SÍTIO CIRÚRGICO• PROCEDIMENTO• CONSENTIMENTO<input type="checkbox"/> SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA<input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA<input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTOO PACIENTE POSSUI:<ul style="list-style-type: none">ALERGIA CONHECIDA?<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> NÃO<input type="checkbox"/> SIMVIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO?<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> NÃO<input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEISRISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> NÃO<input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS | CONFIRMAÇÃO <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO<input type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE:<ul style="list-style-type: none">• IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE• SÍTIO CIRÚRGICO• PROCEDIMENTOEVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA?<input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?<input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> SIM<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICAAS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> SIM<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA | REGISTRO <p>O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO<input type="checkbox"/> SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)<input type="checkbox"/> COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)<input type="checkbox"/> SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO<input type="checkbox"/> O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS. EX: DOR) <p>Assinatura</p> |

ESTA LISTA DE VERIFICAÇÃO NÃO TEM A INTENÇÃO DE SER ABRANGENTE. ACRÉSCIMOS E MODIFICAÇÕES PARA ADAPTAÇÃO À PRÁTICA LOCAL SÃO RECOMENDADOS.



webinar
seminários virtuais

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA?

- ☐ NÃO
- ☐ SIM

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO?

- ☐ NÃO
- ☐ SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML
(7 ML/KG EM CRIANÇAS)?

- ☐ NÃO
- ☐ SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO
E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS

QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU
INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO,
PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA?

- ☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA:
HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA
EM RELAÇÃO AO PACIENTE?

- ☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS
MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS,
PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO
PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO?
(INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)?
HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A
EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER
PREOCUPAÇÕES?

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

- ☐ SIM
- ☐ NÃO SE APLICA
- ☐ AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?
- ☐ SIM
- ☐ NÃO SE APLICA

(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

- ☐ SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM
EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

- ☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE
(ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A
SEREM OBSERVADOS. EX: DOR)

Assinatura

ESTA LISTA DE VERIFICAÇÃO NÃO TEM A INTENÇÃO DE SER ABRANGENTE. ACRESCIMOS E MODIFICAÇÕES PARA ADAPTAÇÃO A PRÁTICA LOCAL SÃO RECOMENDADOS.

| Surgical Safety Checklist | | |
|---|---|--|
| <p>Before induction of anaesthesia (with at least nurse and anaesthetist)</p> <p>Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent? <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>Is the site marked? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable</p> <p>Is the anaesthesia machine and medication check complete? <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>Is the pulse oximeter on the patient and functioning? <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>Does the patient have a:</p> <p>Known allergy? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>Difficult airway or aspiration risk? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and equipment/assistance available</p> <p>Risk of >500 mL blood loss (7 mL/kg in children)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and equipment/assistance available</p> | <p>Before skin incision (with nurse, anaesthetist, and surgeon)</p> <p>Confirm all team members have introduced themselves by name and role. <input type="checkbox"/></p> <p>Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made. <input type="checkbox"/></p> <p>Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable</p> <p>Anticipated critical events</p> <p>To surgeon: <input type="checkbox"/> What are the critical or nonroutine steps? <input type="checkbox"/> How long will the case take? <input type="checkbox"/> What is the anticipated blood loss?</p> <p>To anaesthetist: <input type="checkbox"/> Are there any patient-specific concerns?</p> <p>To nursing team: <input type="checkbox"/> Has sterility (including indicator results) been confirmed? <input type="checkbox"/> Are there equipment issues or any concerns?</p> <p>Is essential imaging displayed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable</p> | <p>Before patient leaves operating room (with nurse, anaesthetist, and surgeon)</p> <p>Nurse verbally confirms:</p> <p><input type="checkbox"/> The name of the procedure <input type="checkbox"/> Completion of instrument, sponge and needle counts <input type="checkbox"/> Specimen labeling (read specimen labels aloud, including patient name) <input type="checkbox"/> Whether there are any equipment problems to be addressed</p> <p>To surgeon, anaesthetist and nurse:</p> <p><input type="checkbox"/> What are the key concerns for recovery and management of this patient?</p> |

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged.

FIG. 5.6 World Health Organization Surgical Safety Checklist. Reproduced with permission from World Health Organization. WHO Surgical Safety Checklist.



webinar
seminários virtuais



Checklist | Cirurgia segura

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE - RS

PACIENTE Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
Alergias: _____

PROCEDIMENTO Procedimento proposto: _____
Lateralidade ou Níveis: ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ Bilateral ☐ Não se aplica ☐ Outro: Qual? _____

EQUIPE Cirúrgica: _____
Anestesiista: _____ ☐ NA Enfermeiro: _____
Circulante: _____ Instrumentador: _____

ENTRADA | SIGN IN

Paciente:

☐ Identificação, Procedimento, Lateralidade, Alergias e Consentimentos

Anestesiista:

☐ Equipamento de anestesia

☐ Via aérea difícil?

Risco ☐ baixo ☐ intermediário ☐ alto ☐ muito alto

Cirurgião:

☐ Preocupações específicas

☐ Risco de perda sanguínea

☐ Reserva de hemocomponentes disponível

☐ Sim ☐ Não

Tempo cirúrgico _____

Conferência entre todos:

☐ Materiais

☐ OPME

☐ Equipamentos especiais

PAUSA | TIME OUT

☐ Apresentação da equipe: Nome e função

Confirmações com todos presentes:

☐ Identificação do paciente

☐ Procedimento proposto

☐ Lateralidade _____

☐ Profilaxia antimicrobiana administrada nos últimos 60 minutos?

HORÁRIO DA PAUSA: _____ h _____ min

SAÍDA | SIGN OUT

Conferência com todos:

☐ Paciente com pulseira de identificação?

☐ Procedimento executado foi o proposto?

☐ Peças cirúrgicas corretamente identificadas?

☐ Equipamentos apresentaram problemas?

☐ Prescrição do pós-operatório realizada

Confirmar com cirurgião / anestesiista

☐ Alguma preocupação no pós-operatório?

☐ Profilaxia tromboembólica no pós-operatório?

☐ Destino do paciente _____

| CONTAGEM | Compressas | Compressinhas | Gazes | Torundas/ torundinhas |
|----------|------------|---------------|-------|--------------------------|
| INICIAL | | | | |
| FINAL | | | | |

Figura 10.3 Exemplo de *checklist* – modelo do hospital de clínicas de porto alegre.



ESTA LISTA DE VERIFICAÇÃO NÃO TEM A INTENÇÃO DE SER ABRANGENTE. ACRÉSCIMOS E MODIFICAÇÕES PARA ADAPTAÇÃO À PRÁTICA LOCAL SÃO RECOMENDADOS.



webinar
seminários virtuais



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)

Antes da indução anestésica >>>>>>>> Antes da incisão cirúrgica >>>>>>>> Antes de o paciente sair da sala de operações

| IDENTIFICAÇÃO | CONFIRMAÇÃO | REGISTRO |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> PACIENTE CONFIRMOU <ul style="list-style-type: none">• IDENTIDADE• SÍTIO CIRÚRGICO• PROCEDIMENTO• CONSENTIMENTO | <input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO | O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE: |
| <input type="checkbox"/> SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA | <input type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE: <ul style="list-style-type: none">• IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE• SÍTIO CIRÚRGICO• PROCEDIMENTO | <input type="checkbox"/> REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO |
| <input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA | EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS | <input type="checkbox"/> SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM) |
| <input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO | <input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA? | <input type="checkbox"/> COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) |
| O PACIENTE POSSUI: | <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? | <input type="checkbox"/> SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO |
| ALERGIA CONHECIDA? | <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX: INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES? | <input type="checkbox"/> O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS. EX: DOR) |
| NÃO | <input type="checkbox"/> A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? | |
| SIM | <input type="checkbox"/> SIM | |
| VIA AEREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO? | <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA | |
| NÃO | <input type="checkbox"/> AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? | |
| SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS | <input type="checkbox"/> SIM | |
| RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)? | <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA | |
| NÃO | <input type="checkbox"/> SIM | |
| SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS | <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA | |

Assinatura _____

ESTA LISTA DE VERIFICAÇÃO NÃO TEM A INTENÇÃO DE SER ABRANGENTE. ACRÉSCIMOS E MODIFICAÇÕES PARA ADAPTAÇÃO À PRÁTICA LOCAL SÃO RECOMENDADOS.



webinar
seminários virtuais



Antes da indução anestésica

- **Consentimento**
- **Verificação de segurança anestésica**
- **Oxímetro de pulso no paciente e em funcionamento**
- **Via aérea difícil**



Antes da incisão cirúrgica

- **Profilaxia antimicrobiana realizada nos últimos 60 minutos**





webinar
seminários virtuais



Checklist | Cirurgia segura

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE - RS

PACIENTE Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
Alergias: _____

PROCEDIMENTO Procedimento proposto: _____
Lateralidade ou Níveis: ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ Bilateral ☐ Não se aplica ☐ Outro: Qual? _____

EQUIPE Cirúrgica: _____
Anestesiista: _____ ☐ NA Enfermeiro: _____
Circulante: _____ Instrumentador: _____

ENTRADA | SIGN IN

Paciente:

☐ Identificação, Procedimento, Lateralidade, Alergias e Consentimentos

Anestesiista:

☐ Equipamento de anestesia

☐ Via aérea difícil?

Risco ☐ baixo ☐ intermediário ☐ alto ☐ muito alto

Cirurgião:

☐ Preocupações específicas

☐ Risco de perda sanguínea

☐ Reserva de hemocomponentes disponível

☐ Sim ☐ Não

Tempo cirúrgico _____

Conferência entre todos:

☐ Materiais

☐ OPME

☐ Equipamentos especiais

PAUSA | TIME OUT

☐ Apresentação da equipe: Nome e função

Confirmações com todos presentes:

☐ Identificação do paciente

☐ Procedimento proposto

☐ Lateralidade _____

☐ Profilaxia antimicrobiana administrada nos últimos 60 minutos?

HORÁRIO DA PAUSA: ____ h ____ min

SAÍDA | SIGN OUT

Conferência com todos:

☐ Paciente com pulseira de identificação?

☐ Procedimento executado foi o proposto?

☐ Peças cirúrgicas corretamente identificadas?

☐ Equipamentos apresentaram problemas?

☐ Prescrição do pós-operatório realizada

Confirmar com cirurgião / anestesiista

☐ Alguma preocupação no pós-operatório?

☐ Profilaxia tromboembólica no pós-operatório?

☐ Destino do paciente _____

| CONTAGEM | Compressas | Compressinhas | Gazes | Torundas/ torundinhas |
|----------|------------|---------------|-------|--------------------------|
| INICIAL | | | | |
| FINAL | | | | |

Figura 10.3 Exemplo de *checklist* – modelo do hospital de clínicas de porto alegre.

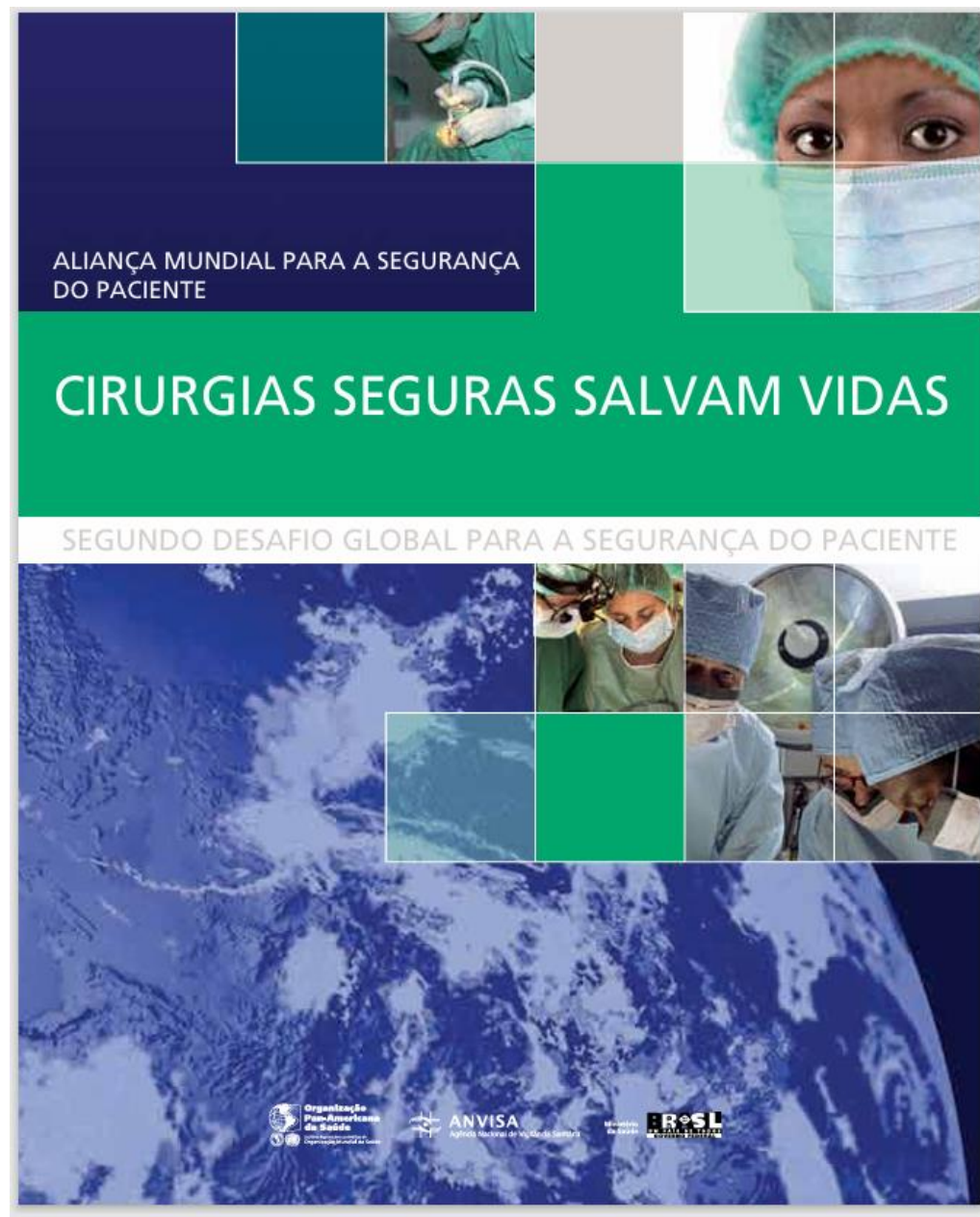


Publicações e Campanhas





webinar
seminários virtuais



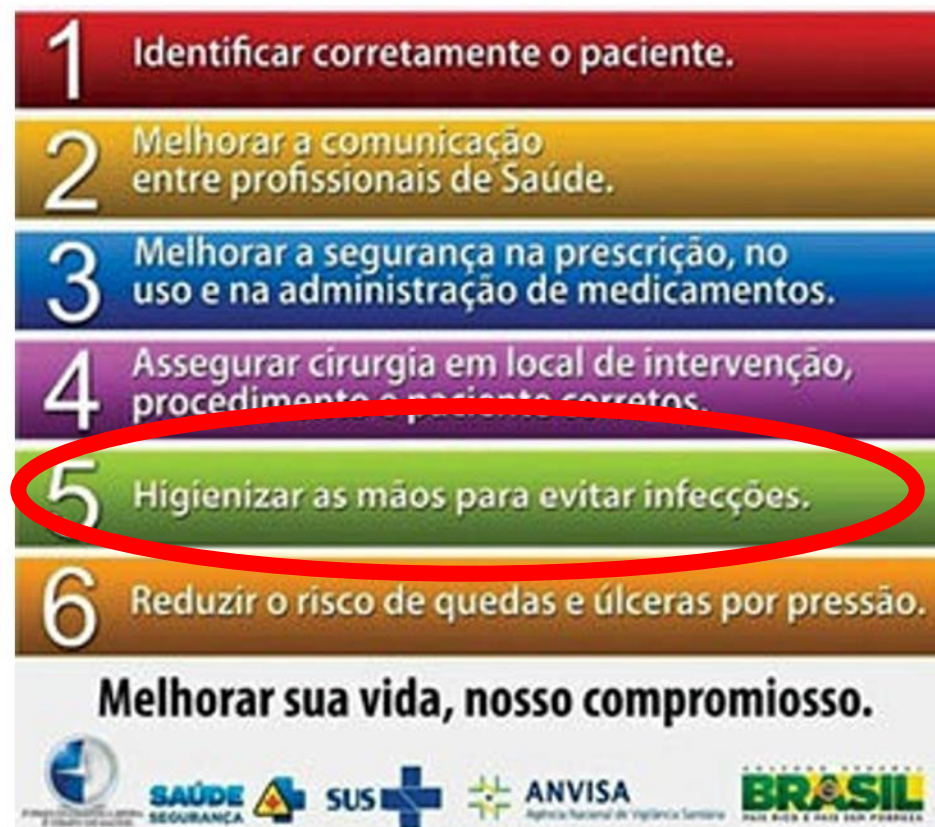


Figura 11.1 Segurança do paciente.

Fonte: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).



Dia Mundial de Higiene das Mãos

5 de maio de 2025





Dia Mundial de Higiene
das Mãos 2025

SALVE VIDAS
Higienize suas mãos

**Luvas, às vezes.
Higiene das mãos,
sempre.**



Dia Mundial de Higiene
das Mãos 2025

SALVE VIDAS
Higienize suas mãos

**Luvas, às vezes.
Higiene das mãos,
sempre.**





webinar
seminários virtuais

Dia Mundial de Higiene
das Mãos 2025



OPAS



ANVISA
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Higienize suas mãos e use luvas de forma correta.



SALVE VIDAS
Higienize suas mãos





webinar
seminários virtuais

Dia Mundial de Higiene
das Mãos 2025



**O uso de luvas
não substitui
a higiene
das mãos.**

SALVE VIDAS
Higienize suas mãos





webinar
seminários virtuais

Dia Mundial de Higiene das Mãos 2025



OPAS



ANVISA
Agência Nacional de Vigilância Sanitária



Eduque sobre o uso correto de luvas.



SALVE VIDAS
Higienize
suas mãos



ANVISA
Agência Nacional de Vigilância Sanitária



Dia Mundial de Higiene
das Mãos 2025



Priorize a higiene das mãos nas políticas.



SALVE VIDAS
Higienize suas mãos





Webinar: Dia nacional do controle de Infecções (2025) - Cirurgias Seguras: Prevenir infecções para salvar vidas



Mensagens

- Importância dos protocolos para a Anestesiologia
- Onde podemos e devemos melhorar
- Campanhas e divulgação





**Instituto SBA
de Simulação
e Certificação**





webinar
seminários virtuais





webinar
seminários virtuais





webinar
seminários virtuais





webinar
seminários virtuais







Webinar: Dia nacional do controle de Infecções (2025) - Cirurgias Seguras: Prevenir infecções para salvar vidas



Obrigado !

Luiz Carlos Bastos Salles

Sociedade Brasileira de Anestesiologia - SBA

vicecientifico@sbahq.org

lcsalles63@gmail.com

Realização:

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Coordenação de Gestão da Transparência e Acesso à Informação - CGTAI
Gerência-Geral de Conhecimento, Inovação e Pesquisa - GGCIP

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde – GVIMS
Gerência-Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTES