



# 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 Transparéncia 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



## Objetivos

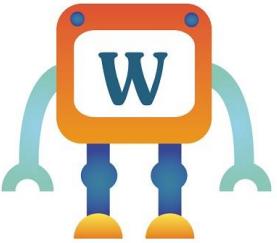
- **Importância dos médicos anestesiologistas na prevenção das infecções de sítio cirúrgico**
- **Como o checklist de anestesia segura contribui para a segurança da anestesia/cirurgia**
- **Publicações e campanhas**

# 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.



# webinar

seminários virtuais



## **LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)**

## Antes da indução anestésica

#### **Antes de o paciente sair da sala de operações**

## **IDENTIFICAÇÃO**

- PACIENTE CONFIRMOU

  - IDENTIDADE
  - SÍTIO CIRÚRGICO
  - PROCEDIMENTO
  - CONSENTIMENTO

SÍTIO DEMARCADO/NAO SE APlica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA  
ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E  
EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA?

NÃO

SIM

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO?

NÃO

SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEL

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

NÃO

SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO  
E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS

## **CONFIRMAÇÃO**

- CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO
  - CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE:
    - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
    - SITIO CIRÚRGICO
    - PROCEDIMENTO
  - EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS**
  - REVISÃO DO CIRURGIÃO:**  
QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGUÍNEA 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?

REGISTRO

- O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:
    - REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATORIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO
    - SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)
    - COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
    - SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
  - O CIRURGIANO, 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.



# webinar

seminários virtuais



## **LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)**

#### **Antes da indução anestésica**

**Antes de o paciente sair da sala de operações**

## **IDENTIFICAÇÃO**

- PACIENTE CONFIRMOU
    - IDENTIDADE
    - SÍTIO CIRÚRGICO
    - PROCEDIMENTO
    - CONSENTIMENTO
  - SÍTIO DEMARCADO/NAO SE APlica
  - VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA  
ANESTÉSICA CONCLUÍDA
  - OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E  
EM FUNCIONAMENTO

## O PACIENTE POSSUI:

- Alergia conhecida:**  
NÃO  
SIM

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO?

- NÃO  
SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS

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

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

CONFIRMAÇÃO

- CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO
  - CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE:
    - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
    - SÍTIO CIRÚRGICO
    - PROCEDIMENTO

## EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

- REVISÃO DO CIRURGÃO:  
QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU  
INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO,  
PERDA SANGUÍNEA 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 QUAISSER  
PREOCUPAÇÕES?

- A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?
  - SIM
  - NÃO SE APLICA
  - AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?
  - SIM
  - NÃO SE APLICA

REGISTRO

- O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

  - REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATORIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO
  - SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)
  - COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
  - SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
  - O CIRURGIAO, 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)

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



ANVISA

Agência Nacional de Vigilância Sanitária



**webinar**  
seminários virtuais

EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA?

- NÃO
- SIM

VIA AEREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO?

- NÃO
- SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 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 SANGUÍNEA PREVISTA?

- REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HA 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)? HA 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 CIRURGÃO, 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)

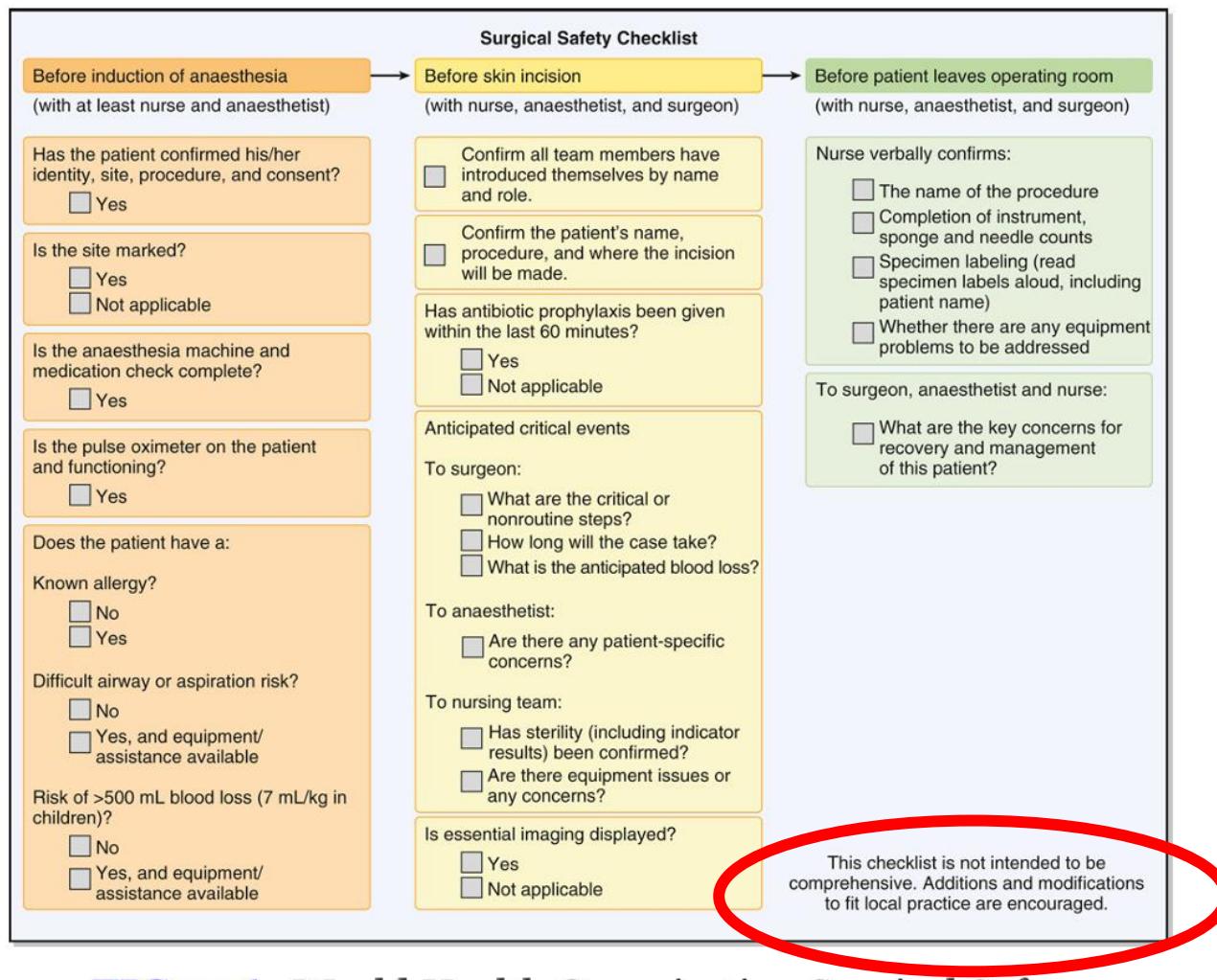
Assinatura

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





**webinar**  
seminários virtuais



**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

**PACIENTE** Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Alergias: \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO** Procedimento proposto: \_\_\_\_\_  
Lateraldade ou Níveis:  Direita  Esquerda  Bilateral  Não se aplica  Outro: Qual? \_\_\_\_\_

**EQUIPE** Cirúrgica: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  NA Enfermeiro: \_\_\_\_\_  
Circulante: \_\_\_\_\_ Instrumentador: \_\_\_\_\_

ENTRADA   SIGN IN		PAUSA   TIME OUT		SAÍDA   SIGN OUT	
<b>Paciente:</b> <input type="checkbox"/> Identificação, Procedimento, Lateraldade, Alergias e Consentimentos		<b>Apresentação da equipe:</b> Nome e função  <b>Confirmações com todos presentes:</b> <input type="checkbox"/> Identificação do paciente <input type="checkbox"/> Procedimento proposto <input type="checkbox"/> Lateraldade _____		<b>Conferência com todos:</b> <input type="checkbox"/> Paciente com pulseira de identificação? <input type="checkbox"/> Procedimento executado foi o proposto? <input type="checkbox"/> Peças cirúrgicas corretamente identificadas? <input type="checkbox"/> Equipamentos apresentaram problemas? <input type="checkbox"/> Prescrição do pós-operatório realizada	
<b>Anestesista:</b> <input type="checkbox"/> Equipamento de anestesia <input type="checkbox"/> Via aérea difícil? Risco <input type="checkbox"/> baixo <input type="checkbox"/> intermediário <input type="checkbox"/> alto <input type="checkbox"/> muito alto		<b>Profilaxia antimicrobiana</b> administrada nos últimos 60 minutos?  <b>HORÁRIO DA PAUSA:</b> _____ h _____ min		<b>Confirmar com cirurgião / anestesista</b> <input type="checkbox"/> Alguma preocupação no pós-operatório? <input type="checkbox"/> Profilaxia tromboembólica no pós-operatório? <input type="checkbox"/> Destino do paciente _____	
<b>Cirurgião:</b> <input type="checkbox"/> Preocupações específicas <input type="checkbox"/> Risco de perda sanguínea <input type="checkbox"/> Reserva de hemocomponentes disponível <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tempo cirúrgico _____					
<b>Conferência entre todos:</b> <input type="checkbox"/> Materiais <input type="checkbox"/> OPME <input type="checkbox"/> Equipamentos especiais					
CONTAGEM	Compressas	Compressinhas	Gazes	Torundas/ torundinhas	
INICIAL					
FINAL					

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



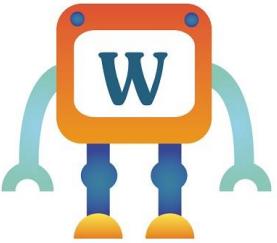
# webinar

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
<p><b>IDENTIFICAÇÃO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> PACIENTE CONFIRMOU           <ul style="list-style-type: none"> <li>• IDENTIDADE</li> <li>• SÍTO CIRÚRGICO</li> <li>• PROCEDIMENTO</li> <li>• CONSENTIMENTO</li> </ul> </li>   <li><input type="checkbox"/> SÍTO DEMARCADO/NAO SE APlica</li>   <li><input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDA</li>   <li><input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO</li>   <p>O PACIENTE POSSUI:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ALERGIA CONHECIDA?</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> NÃO</li> <li><input type="checkbox"/> SIM</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>VIA AEREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO?</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> NÃO</li> <li><input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>RISCO DE PERDA SANGUÍNEA &gt; 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> NÃO</li> <li><input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS</li> </ul> </ul>	<p><b>CONFIRMAÇÃO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO</li>   <li><input type="checkbox"/> CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</li> <li>• SÍTO CIRÚRGICO</li> <li>• PROCEDIMENTO</li> </ul> </li>   <p>EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIAO: QUais SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGUÍNEA PREVISTA?</li> <li><input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?</li> <li><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?</li> </ul>   <p>A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> SIM</li> <li><input type="checkbox"/> NÃO SE APlica</li> <li>AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?</li> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> SIM</li> <li><input type="checkbox"/> NÃO SE APlica</li> </ul> </ul> </ul>	<p><b>REGISTRO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:</li>   <li><input type="checkbox"/> REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO</li> <li><input type="checkbox"/> SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APlicam)</li> <li><input type="checkbox"/> COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)</li> <li><input type="checkbox"/> SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO</li>   <li><input type="checkbox"/> O CIRURGIAO, 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)</li> </ul>

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



# webinar

seminários virtuais

## **LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)**

## **Antes da indução anestésica**

**Antes de o paciente sair da sala de operações**

IDENTIFICAÇÃO		CONFIRMAÇÃO	REGISTRO
<input type="checkbox"/> PACIENTE CONFIRMOU • IDENTIDADE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO • CONSENTIMENTO		<input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO	<input type="checkbox"/> O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE
<input type="checkbox"/> SÍTIO DEMARCADO/NAO SE APlica		<input type="checkbox"/> CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE: • 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 CONCLUIDA		<b>EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS</b>	<input type="checkbox"/> SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APPLICAM)
<input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO		<input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIAO: QUAIAS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGUÍNEA 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 CIRURGIAO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOcupaçõEs ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITERIOS MINIMOS A SEREM OBSERVADOS. EX: DOR)
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		<b>A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?</b>	
VIA AEREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO?		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APlica AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONIVEIS?	
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APlica	
RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?			
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS			

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





## **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



<b>PACIENTE</b> Nome completo: _____ Alergias: _____		Data de nascimento: ____ / ____ / ____		
<b>PROCEDIMENTO</b> Procedimento proposto: _____ Laterais ou Níveis: <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Outro: Qual? _____				
<b>EQUIPE</b> Cirúrgica: _____ Anestesista: _____ <input type="checkbox"/> NA Enfermeiro: _____ Circulante: _____ Instrumentador: _____				
<b>ENTRADA   SIGN IN</b>		<b>PAUSA   TIME OUT</b>		<b>SAÍDA   SIGN OUT</b>
<b>Paciente:</b> <input type="checkbox"/> Identificação, Procedimento, Laterais ou Níveis, Alergias e Consentimentos		<b>Apresentação da equipe:</b> Nome e função  <b>Confirmações com todos presentes:</b> <input type="checkbox"/> Identificação do paciente <input type="checkbox"/> Procedimento proposto <input type="checkbox"/> Laterais _____  <input type="checkbox"/> Profilaxia antimicrobiana administrada nos últimos 60 minutos?  <b>HORÁRIO DA PAUSA:</b> _____ h _____ min		<b>Conferência com todos:</b> <input type="checkbox"/> Paciente com pulseira de identificação? <input type="checkbox"/> Procedimento executado foi o proposto? <input type="checkbox"/> Peças cirúrgicas corretamente identificadas? <input type="checkbox"/> Equipamentos apresentaram problemas? <input type="checkbox"/> Prescrição do pós-operatório realizada  <b>Confirmar com cirurgião / anestesista</b> <input type="checkbox"/> Alguma preocupação no pós-operatório? <input type="checkbox"/> Profilaxia tromboembólica no pós-operatório? <input type="checkbox"/> Destino do paciente _____
<b>Anestesista:</b> <input type="checkbox"/> Equipamento de anestesia <input type="checkbox"/> Via aérea difícil? Risco <input type="checkbox"/> baixo <input type="checkbox"/> intermediário <input type="checkbox"/> alto <input type="checkbox"/> muito alto				
<b>Cirurgião:</b> <input type="checkbox"/> Preocupações específicas <input type="checkbox"/> Risco de perda sanguínea <input type="checkbox"/> Reserva de hemocomponentes disponível <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tempo cirúrgico _____				
<b>Conferência entre todos:</b> <input type="checkbox"/> Materiais <input type="checkbox"/> OPME <input type="checkbox"/> Equipamentos especiais				
<b>CONTAGEM</b> Compressas Compressinhas Gazes Torundas/ INICIAL _____ _____ _____ _____ torundinhas FINAL _____ _____ _____ _____				

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



**webinar**  
seminários virtuais



## Publicações e Campanhas



**webinar**  
seminários virtuais

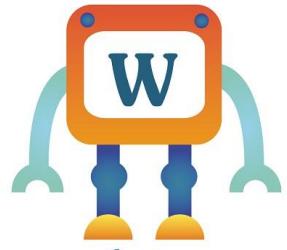


ALIANÇA MUNDIAL PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

## CIRURGIAS SEGURAS SALVAM VIDAS

SEGUNDO DESAFIO GLOBAL PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Organização Pan-Americana da Saúde  
ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
BRSL



**webinar**  
seminários virtuais



- 1 Identificar corretamente o paciente.
  - 2 Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.
  - 3 Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
  - 4 Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.
  - 5 Higienizar as mãos para evitar infecções.
  - 6 Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.
- Melhorar sua vida, nosso compromisso.**



**Figura 11.1** Segurança do paciente.

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



**webinar**  
seminários virtuais



# **Dia Mundial de Higiene das Mão**s

**5 de maio de 2025**



**webinar**  
seminários virtuais

Dia Mundial de Higiene  
das Mãoas 2025

**SALVE VIDAS**  
Higienize suas mãos

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

 Organização Mundial de Saúde  
 Organização Panamericana de Saúde  
 Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**OPAS**

 ANVISA  
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Dia Mundial de Higiene  
das Mãoas 2025

**SALVE VIDAS**  
Higienize suas mãos

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

 Organização Mundial de Saúde  
 Organização Panamericana de Saúde  
 Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**OPAS**

 ANVISA  
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

 **ANVISA**  
Agência Nacional de Vigilância Sanitária





**webinar**  
seminários virtuais



Dia Mundial de Higiene  
das Mãoas 2025



**OPAS**

ANVISA  
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

# Higienize suas mãoas e use luvas de forma correta.



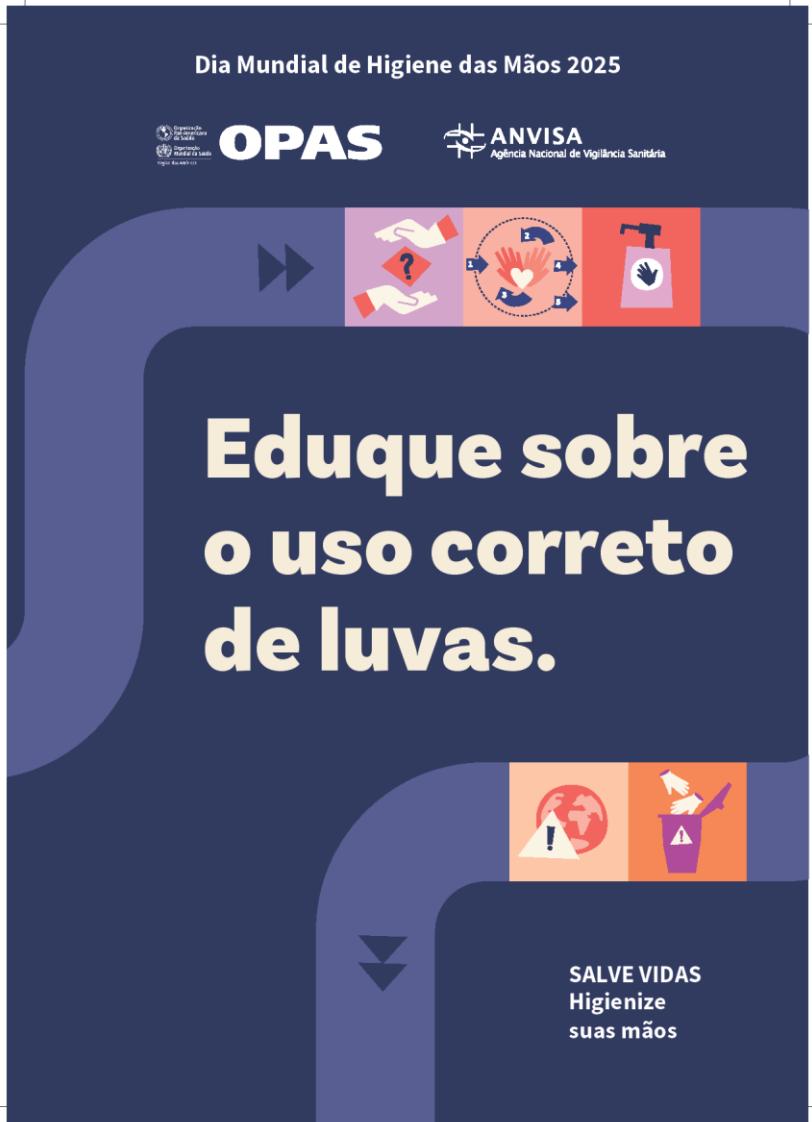
**SALVE VIDAS**  
Higienize suas mãoas





**webinar**  
seminários virtuais







**webinar**  
seminários virtuais



# 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





**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**

[vicecientífico@sbahq.org](mailto:vicecientífico@sbahq.org)

[lcsalles63@gmail.com](mailto: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**