

PROTOCOLO

HC-UFTM/EBSERH

Cirurgia Segura

Versão: 4 | 2026

SUPERINTENDENTE
LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

CHEFE DO SETOR DE GESTÃO DA QUALIDADE
LUCIANA PAIVA

CHEFE DA UNIDADE DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE
RAQUEL BESSA RIBEIRO ROSALINO

ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Luciana Paiva, Setor de Gestão da Qualidade

Data da emissão: 5/3/2026

Vigência: dois anos

Código do documento: PRT.HC-UFTM-UGQSP.003

ISBN:

Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados © 2026, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



Hospital de Clínicas



EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

1. ABRANGÊNCIA

O protocolo de Cirurgia Segura com o *checklist* de Cirurgia Segura deve ser aplicado em todas as unidades do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) **que realizem procedimentos terapêuticos ou diagnósticos que envolvam** incisão no corpo humano **ou** introdução de equipamentos endoscópicos, dentro ou fora do centro cirúrgico.

2. OBJETIVOS

- Garantir que a cirurgia seja realizada no paciente correto e no local correto;
- Prevenir danos relacionados à administração de anestésicos, assegurando proteção adequada contra a dor;
- Reconhecer e preparar-se adequadamente para situações de perda de via aérea ou função respiratória que ameacem a vida;
- Identificar e estar preparado para o risco de grandes perdas sanguíneas;
- Evitar reações adversas a medicamentos ou reações alérgicas previamente conhecidas;
- Aplicar sistematicamente medidas de prevenção de infecção no sítio cirúrgico;
- Prevenir a retenção inadvertida de instrumentais cirúrgicos ou compressas nas feridas;
- Assegurar a identificação correta e o manejo seguro dos espécimes cirúrgicos;
- Promover comunicação efetiva entre os membros da equipe, garantindo a troca de informações críticas para a condução segura do procedimento;
- Manter vigilância contínua sobre a capacidade, volume e resultados das atividades cirúrgicas.

3. DESCRIÇÃO

O protocolo de Cirurgia Segura do HC-UFTM tem por finalidade padronizar as ações que garantam a identificação correta do paciente, do procedimento e do sítio cirúrgico, bem como a disponibilidade de materiais, equipamentos e condições seguras para a realização do ato cirúrgico.

Este protocolo fundamenta-se nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio do programa “*Cirurgias Seguras Salvam Vidas*” (Safe Surgery Saves Lives), e na Portaria nº 2.095/2013 do Ministério da Saúde, que institui os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A aplicação do protocolo visa prevenir eventos adversos evitáveis durante o perioperatório, promover a comunicação efetiva entre as equipes envolvidas, e reforçar a cultura de segurança institucional. O documento compreende o uso obrigatório do *Checklist de Cirurgia Segura* em todas as unidades do HC-UFTM que realizam procedimentos cirúrgicos ou invasivos, terapêuticos ou diagnósticos, dentro ou fora do centro cirúrgico.

As etapas do *checklist* contemplam momentos críticos do processo cirúrgico — **antes da indução anestésica (Sign In)**, **antes da incisão cirúrgica (Time Out)** e **antes da saída da sala cirúrgica (Sign Out)** — e devem ser conduzidas de forma colaborativa e documentadas no prontuário do paciente.

4. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

4.1. Enfermeiro Circulante / Profissional de Enfermagem Designado

- Atuar como condutor do *checklist*, preferencialmente, garantindo que todas as etapas sejam executadas.
- Confirmar identificação do paciente, consentimento informado, lateralidade/sítio cirúrgico e documentação necessária.
- Verificar funcionamento de equipamentos, materiais esterilizados e disponibilidade de medicamentos.
- Registrar formalmente o cumprimento das etapas no prontuário ou sistema institucional.
- Facilitar a comunicação entre cirurgião, anestesista e demais membros da equipe.
- Garantir a contagem de compressas, instrumentos e agulhas junto ao instrumentador.

4.2. Anestesiologista

- Realizar e confirmar a avaliação pré-anestésica, alergias, via aérea, risco anestésico e monitorização mínima obrigatória.
- Verificar funcionamento do equipamento de anestesia e disponibilidade de oxigênio e medicamentos essenciais.
- Confirmar jejum, acesso venoso e exames relevantes.
- Participar ativamente das três etapas do checklist.
- Registrar e comunicar eventos anestésicos relevantes durante o Time out e no Sign out.

4.3. Cirurgião Responsável

- Confirmar, perante a equipe, a identidade do paciente, o sítio cirúrgico, o procedimento e o consentimento.
- Indicar necessidade de profilaxia antimicrobiana e tempo adequado de administração.
- Conduzir o Time Out, comunicando:
 - etapas críticas da cirurgia;
 - riscos potenciais;
 - previsão de perdas sanguíneas;
 - equipamentos e materiais especiais necessários.
- Manter comunicação clara e contínua com anestesia e enfermagem.
- No Sign Out, declarar achados cirúrgicos, contagem final de materiais e plano pós-operatório.

4.4. Instrumentador Cirúrgico / Técnico de Enfermagem de Centro Cirúrgico

- Preparar e organizar o instrumental, garantindo esterilidade e integridade.
- Relatar não conformidades relacionadas a materiais e equipamentos.
- Realizar contagem conjunta de instrumentais, compressas e agulhas, registrando discrepâncias.
- Confirmar disponibilidade dos materiais necessários à cirurgia.
- Colaborar com a execução das etapas do *checklist*.

4.5. Equipe de Enfermagem da Recuperação Pós-Anestésica (RPA)

- Receber do Sign Out as informações críticas sobre o procedimento.
- Confirmar condições do paciente: vias aéreas, dor, dispositivos, drenagens, curativos e medicações.
- Manter comunicação com o cirurgião e anestesiológico quando houver intercorrências ou dúvidas sobre o plano assistencial.

4.6. Responsabilidade Coletiva da Equipe

Todos os profissionais presentes na sala cirúrgica devem:

- Participar ativamente das três etapas do *checklist*.
- Sinalizar riscos ou inconformidades antes de prosseguir com o procedimento.
- Adotar postura de comunicação aberta, respeitosa e objetiva.
- Contribuir para a cultura de segurança e melhoria contínua.
- Interromper o procedimento quando identificar risco iminente ao paciente.

5. OPERACIONALIZAÇÃO DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

O *checklist* de Cirurgia Segura é um instrumento de uso **obrigatório**, devendo ser **integralmente preenchido, assinado e anexado ao prontuário do paciente**, em conformidade com a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que institui as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

O registro adequado no prontuário assegura a rastreabilidade do cuidado, a comprovação da execução das etapas de segurança assistencial e a responsabilização compartilhada da equipe multiprofissional envolvida no procedimento cirúrgico.

A ausência, o preenchimento incompleto ou o não arquivamento do *checklist* de Cirurgia Segura no prontuário caracteriza **não conformidade assistencial**, estando sujeito às medidas administrativas cabíveis, além de impactar negativamente os processos de auditoria, avaliação da qualidade e acreditação institucional.

Cabe à equipe do Centro Cirúrgico garantir a aplicação do *checklist* em todos os procedimentos cirúrgicos, eletivos ou de urgência, bem como o correto registro no prontuário físico ou eletrônico do paciente.

A estrutura do ***checklist* de Cirurgia Segura do HC-UFTM** contempla a verificação das medidas críticas gerais de segurança nas fases pré e intraoperatória, distribuídas em três momentos:

1. **Antes do encaminhamento do paciente ao Centro Cirúrgico** – verificação realizada e registrada na unidade assistencial.
2. **Antes da indução anestésica e da incisão cirúrgica** – verificação conduzida e registrada dentro da sala operatória.
3. **Antes da saída do paciente da sala operatória** – verificação conduzida e registrada na sala operatória.

A Lista de Verificação deve ser **conduzida por uma única pessoa**, designada como Coordenador da Lista de Verificação.

O(a) Coordenador(a) é responsável por marcar todos os itens (boxes) da lista.

Preferencialmente, a função será desempenhada **pelo profissional de enfermagem circulante**, podendo, entretanto, ser atribuída a qualquer profissional médico integrante da equipe cirúrgica.

6. ESTRUTURA DA LISTA DE VERIFICAÇÃO

A Lista de Verificação é dividida em duas etapas, correspondentes a momentos específicos do fluxo do procedimento cirúrgico:

- 1ª Etapa: Pré-Operatória

- Antes do encaminhamento do paciente ao Centro Cirúrgico.

- 2ª Etapa: Intraoperatória

- **Fase 1 – Identificação:** período anterior à indução anestésica.
- **Fase 2 – Confirmação:** período após a indução anestésica e antes da incisão cirúrgica.
- **Fase 3 – Registro:** período durante ou imediatamente após o fechamento da ferida operatória.

Em cada fase, o coordenador deve ter autonomia para confirmar verbalmente com o cirurgião e demais membros da equipe se todas as tarefas foram cumpridas antes de prosseguir para a etapa seguinte.

6.1. 1ª Etapa: Pré-Operatória

6.1.1 Antes do encaminhamento do paciente ao Centro Cirúrgico

a) Identificação do paciente

- Confirmar a identificação do paciente por meio da pulseira de identificação e pela confirmação verbal, quando possível.
- Em casos de crianças ou pacientes incapacitados, a identificação poderá ser realizada por tutor ou familiar responsável.
- O paciente não deverá ser encaminhado ao Centro Cirúrgico sem pulseira de identificação ou com pulseira danificada.

b) Jejum

- Orientar previamente o paciente sobre a necessidade e o tempo de jejum prescrito (recomenda-se 8 horas para alimentos sólidos).
- Monitorizar glicemia capilar e observar sinais de hipoglicemia (sudorese, tremores, palidez, náuseas etc.).

c) Preparo gastrointestinal

- Confirmar realização de preparo intestinal, quando prescrito.

d) Higiene corporal

Quadro 1 – Banho pré-operatório: recomendações

Cirurgias	Antissépticos	Grau de Dependência	Horários
Implante de próteses ou cirurgia de grande porte	Clorexidina 2%	Acamado – banho leito / Deambula – banho aspersão	1º banho 18h30min / 2º banho 22h / 3º banho 5h (manhã)*
Outras cirurgias	Sabão neutro líquido	Acamado – banho leito / Deambula – banho aspersão	Horário institucional conforme mapa cirúrgico

*Cirurgias normalmente agendadas para o 1º horário. Fonte: Protocolo de Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico, EBSEH – HC-UFTM (2024).

e) Tricotomia

- Realizar tricotomia nas áreas previstas para o procedimento e posicionamento de eletrodos, quando indicado.
- Realizar até duas horas antes do procedimento.
- Utilizar tricotomizador elétrico; evitar lâminas.

f) Remoção de próteses e adornos

- Questionar sobre presença de adornos (brincos, colares, piercings, relógios, pulseiras, cintos, prendedores, anéis, unhas/cílios postiços etc.), e solicitar a remoção;
- Garantir retirada e correta guarda de próteses (dentária, lentes de contato etc.);
- Verificar ausência de esmalte ou esmalte claro; providenciar remoção se necessário;
- Solicitar a retirada de roupas íntimas.

g) Demarcação de lateralidade

- Indicar em casos de lateralidade (direita/esquerda), estruturas múltiplas ou níveis múltiplos;
- Utilizar símbolo “⊙” no local cirúrgico; pode ser feito sobre pele, tala ou curativo;
- Utilizar marcador dermatográfico;
- Realizar com o paciente acordado, quando possível.

h) Necessidade de reserva cirúrgica

- Planejar necessidade de hemocomponentes conforme **Protocolo de Reserva Pré-Operatória de Hemocomponentes do HC-UFTM**, www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/PRT.HCUFTMUH0.005ReservaPreOperatoriadeHemocomponentesversao2.pdf
- Coletar e encaminhar amostra para prova cruzada com mínimo de 24h de antecedência.
- Confirmar disponibilidade com o Hemocentro e registrar no prontuário.

i) Tipo de precaução

- Verificar necessidade, conforme **Protocolo Institucional de Precaução e Isolamento**. <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/PRT.HCUFTMUVS.008Precaucoesisolamentoversao5.pdf>

j) Termos de Consentimento

- Verificar se os Termos de Consentimento (Cirúrgico, Anestésico e de Hemotransusão) estão devidamente informados e assinados (Apêndices A, B, C e D).

PRÉ-OPERATÓRIO	
Antes do Encaminhamento do Paciente ao Bloco Cirúrgico	
• Cliente com pulseira de identificação.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
• Jejum.	<input type="checkbox"/> Sim/Início _____ <input type="checkbox"/> Não
• Preparo intestinal.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
• Banho.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
• Tricotomia.	<input type="checkbox"/> Sim/Horário _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
• Sítio cirúrgico demarcado.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
• Sem próteses.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
• Sem adornos.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
• Reserva sanguínea.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
• Tipo de precaução:	_____
• Documentação:	
Consentimento cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Consentimento anestésico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Consentimento hemotransfusão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
_____ Enfermeiro/Técnico Enfermagem (carimbo)	

Estrutura de apresentação do Checklist de Cirurgia Segura destacando a Etapa Pré-Operatória- momento “Antes do Encaminhamento do Paciente ao Bloco Cirúrgico.

6.2 Etapa Intraoperatória

6.2.1 Fase 1 – Identificação (pré-indução anestésica)

O coordenador deve realizar as seguintes ações:

a) Confirmar verbalmente com o paciente (quando possível):

- Identidade;
- Sítio cirúrgico;
- Procedimento a ser realizado;
- Existência do termo de consentimento devidamente assinado.

b) Confirmar visualmente a marcação do sítio operatório, quando aplicável;

c) Revisar verbalmente com o profissional de anestesia:

- Risco estimado de perda sanguínea;
- Presença de alergias;
- Potenciais dificuldades de acesso às vias aéreas;
- Conclusão da verificação de segurança dos equipamentos, materiais e medicamentos anestésicos.

d) **Recomenda-se a presença do cirurgião nesta fase**, considerando seu conhecimento sobre riscos específicos, alergias e possíveis complicações. **Entretanto, sua presença não é obrigatória para completar a fase de Identificação.**

Antes da Indução Anestésica (IDENTIFICAÇÃO)	
• Paciente Confirmou:	
Nome completo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Data de nascimento	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Procedimento cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Local da cirurgia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Consentimento	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Não é capaz de responder	<input type="checkbox"/> Sim
• Sítio cirúrgico demarcado.	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
• Verificação de Segurança Anestésica Concluída?	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
• Monitorização adequada	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
• Paciente possui:	
Alergia conhecida	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Via aérea difícil	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Risco de perda sanguínea	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> (se sim, acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos)	
_____ Condutor do Checklist (carimbo)	

Estrutura de apresentação do Checklist de Cirurgia Segura destacando a Etapa Intraoperatória- Fase 1 “Antes da Indução Anestésica- IDENTIFICAÇÃO.

6.2.2 Fase 2 – Confirmação (pré-incisão cirúrgica)

Ocorre imediatamente antes da incisão cutânea. Nesta fase, o coordenador e a equipe devem:

a) Realizar pausa cirúrgica (Time Out) para confirmar verbalmente e em voz alta:

- Identidade do paciente;
- Procedimento correto;
- Sítio cirúrgico correto.

b) Promover revisão verbal entre todos os membros da equipe quanto aos pontos críticos do plano cirúrgico, utilizando como referência as perguntas do *checklist* de Cirurgia Segura.

c) Confirmar que antibióticos profiláticos foram administrados dentro dos últimos 60 minutos, quando indicados.

d) Verificar que todas as imagens diagnósticas essenciais ao procedimento estão disponíveis e expostas de maneira adequada.

e) Garantir que o **cirurgião esteja presente**, sendo sua **participação obrigatória nesta fase**.

INTRAOPERATÓRIO
Antes da Incisão Cirúrgica (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, anesthesiologista e a equipe de enfermagem confirmam verbalmente: <ul style="list-style-type: none"> • identificação do paciente • sítio cirúrgico • procedimento
EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Médicos Cirurgião e Anestesista. Paciente apresenta pontos críticos do procedimento cirúrgico? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (Relatar e discutir plano de intervenção) <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermagem, confirma Sala montada e equipada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Eletrocautério posicionado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <ul style="list-style-type: none"> • A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • As imagens essenciais estão disponíveis? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <hr/> <p style="text-align: center;">Condutor do Checklist (carimbo)</p>

Estrutura de apresentação do Checklist de Cirurgia Segura destacando a Etapa Intraoperatória- Fase 2 “Antes da Indução Incisão Cirúrgica- CONFIRMAÇÃO.

6.2.3 Fase 3 – Registro (durante ou imediatamente após o fechamento cirúrgico)

Nesta fase final, a equipe deve realizar em conjunto as seguintes verificações:

- a) Revisar verbalmente a operação realizada, confirmando que o procedimento corresponde ao planejado.
- b) Confirmar a conclusão das contagens de compressas, instrumentais e agulhas, assegurando que não há discrepâncias.
- c) Verificar a etiquetagem correta de todas as amostras cirúrgicas obtidas, incluindo identificação completa do paciente e local de origem.
- d) Registrar e discutir quaisquer falhas de equipamentos, incidentes ou questões que exijam correção ou manutenção.
- e) Revisar os planos e cuidados essenciais para a abordagem pós-operatória, incluindo riscos, previsões de complicações e orientações para a equipe responsável pelo transporte e recepção do paciente.
- f) Concluir a Lista de Verificação antes da saída do paciente da sala operatória.

Antes do Paciente Sair da Sala Operatória (REGISTRO)
<p>O profissional da equipe de enfermagem ou da equipe médica confirma verbalmente com a equipe:</p>
<p>• Contagem de compressas confere? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>• Contagem de instrumentais confere? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>• Amostra para anatomia patológica identificada e com requisição preenchida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>• Registro completo do procedimento intraoperatório, incluindo procedimento executado, prescrição e solicitações? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>• Não conformidades em equipamentos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (Relatar, Registrar e Notificar)</p>
<p>• O cirurgião, anestesista e a equipe de enfermagem revisam preocupações, observações e o manejo do paciente na SRPA a serem observados. (ex: dor e débitos) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (Relatar, Registrar e Notificar)</p>
<p>_____ Condutor do Checklist (carimbo)</p>

Estrutura de apresentação do Checklist de Cirurgia Segura destacando a Etapa Intraoperatória- Fase 3 “Antes De Sair da Sala Operatória (REGISTRO)”.

7. MONITORAMENTO

O cumprimento integral deste protocolo é obrigatório para todos os procedimentos cirúrgicos realizados na instituição.

Compete à liderança do Bloco Cirúrgico e à Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente monitorar a adesão e promover melhorias contínuas do processo.

Indicadores de Processo (adesão ao Protocolo de Cirurgia Segura)

1. **Percentual de preenchimento do Checklist de Cirurgia Segura**
 - $Checklist \text{ completo} \div \text{total de cirurgias realizadas} \times 100$
2. **Percentual de realização do Sign In**
 - Confirmação de paciente, procedimento, sítio cirúrgico e consentimento antes da anestesia
3. **Adesão à demarcação do sítio cirúrgico**
 - $\text{Cirurgias com sítio demarcado} \div \text{cirurgias elegíveis} \times 100$
4. **Conferência de materiais, compressas e instrumentos**
 - Registro de contagem inicial e final correta
5. **Profilaxia antimicrobiana no tempo adequado**
 - Administração até 60 minutos antes da incisão (ou conforme protocolo)

8. REFERÊNCIAS

- 1 - EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Unidade de Vigilância em Saúde. **Protocolo: Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico.** Disponível em: www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/PRT.UVS.007_Prevencao_de_Infeccao_de_Sitio_Cirurgico_versao_4..pdf
- 2 - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)** / Organização Mundial da Saúde; Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. 211p.
- 3 - EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Unidade de Hematologia, Hemoterapia e Oncologia. **Protocolo Reserva Pré-Operatória de Hemocomponentes.** Disponível em: www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/PRT.HCUFTMUHHO.005ReservaPreOperatoriadeHemocomponentesversao2.pdf
- 4 - BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 25 set. 2013.
- 5 - BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 26 jul. 2013.
- 6 - EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Unidade de Vigilância em Saúde. **Protocolo: Precauções e Isolamento.** Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/PRT.HCUFTMUVS.008Precaucoeselsolamentoversao5.pdf>



9. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da ação/atualização
1	17/6/2019	Elaboração da 1ª versão do Protocolo (PRT)
2	8/1/2021	Revisão e atualização
3	11/12/2023	Revisão e atualização
4	5/3/2026	Revisão e inserção em novo modelo

10. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

<p>Elaboração da versão atual (versão 4) – data: 12/12/2025 Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (UGQSP)</p> <p>Aprovação – data: 22/12/2025 Luciana Paiva, chefe do Setor de Gestão da Qualidade (STGQ)</p> <p>Registro, validação de forma e revisão – data: 28/1/2026 e 5/3/2026 Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental</p>
<p>Elaboração da versão 3 – data: 11/12/2023 Thaís Santos Guerra Stacciarini, enfermeira, responsável técnica (RT) do Serviço de Educação em Enfermagem (SEE). Gestora do documento e membro da Comissão de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais (CPAM) Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da UGQSP e membro da CPAM</p> <p>Validação Luciana Paiva Romualdo, chefe do STGQ</p> <p>Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos</p> <p>Aprovação Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, gerente de atenção à saúde</p>
<p>Elaboração da versão 2 – data: 8/1/2021 Thaís Santos Guerra Stacciarini, enfermeira. RT do SEE; Giovanna Valim Presotto e Rosana Huppel Engel, enfermeiras do SEE; Luciano Alves Matias da Silveira, chefe da Unidade de Especialidades Cirúrgicas; Luciana Paiva Romualdo, chefe da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais; Ana Claudia de Moraes Faquim, chefe da Unidade de Bloco Cirúrgico/RPA/CME; Fabíola Cardoso de Oliveira, RT de enfermagem do Bloco Cirúrgico; Lharissa Cristina Mateus, enfermeira, residente da Saúde do Idoso; Douglas Lidovino de Oliveira e Kamila dos Santos Rezende Guimarães, técnicos de enfermagem do Bloco Cirúrgico; Ludmila Lopes Figueiredo Longo e Marina Stark Rezende de Paula, enfermeiras do Bloco Cirúrgico</p> <p>Validação Rodrigo Juliano Molina, chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente (SVSSP)</p> <p>Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento</p> <p>Aprovação Andreia Duarte de Resende, gerente de atenção à saúde</p>
<p>Elaboração da versão 1 – data: 17/6/2019 Thaís Santos Guerra Stacciarini, enfermeira RT/SEE, membro do subcomitê de cirurgia segura; Patrícia Nunes da Silva, enfermeira. Residente em saúde do adulto pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde pela UFTM</p> <p>Validação Cristina Hueb Barata, chefe do SVSSP; Luciano Alves Matias da Silveira, chefe da Unidade de Especialidades Cirúrgicas; Eva Claudia Venâncio de Senne, chefe da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar; Patrícia Borges Peixoto, chefe da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais; Luciana Paiva Romualdo, enfermeira da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais; Mara Danielle P. Rodrigues, chefe da Divisão de Enfermagem; Rosana Huppel Engel e Aldenora Laisa Paiva de Carvalho Cordeiro, enfermeiras do SEE; Tassiana Márcia Moreira e Lorena Campos Mendes, enfermeiras da equipe cirúrgica; Daniela Galdino Costa e Ludmilla Lopes de Figueiredo Longo, enfermeiras do Bloco Cirúrgico; Lucas Carvalho Santana, enfermeiro da SRPA; Eliene Machado Freitas Felix, chefe da Divisão Médica e presidente do Núcleo de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais (NPM)</p> <p>Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes - chefe da Unidade de Planejamento</p> <p>Aprovação Colegiado Executivo</p>

Apêndice A – Checklist de Cirurgia Segura

	CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA	HOSPITAL DE CLÍNICAS	
Nome completo: _____		Data Nascimento: ____/____/____.	
RG: _____		Unidade de origem: _____	
Data Procedimento: ____/____/____.		Modalidade: <input type="checkbox"/> Eletiva <input type="checkbox"/> Urgência	
Cirurgia realizada: _____			
PRE-OPERATORIO	INTRAOPERATORIO		
Antes do Encaminhamento do Paciente ao Bloco Cirúrgico	Antes da Indução Anestésica (IDENTIFICAÇÃO)	Antes da Incisão Cirúrgica (CONFIRMAÇÃO)	Antes do Paciente Sair da Sala Operatória (REGISTRO)
+ <ul style="list-style-type: none"> • Cliente com pulseira de identificação. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Jejum. <input type="checkbox"/> Sim/Início _____ <input type="checkbox"/> Não • Preparo intestinal. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA • Banho. <input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não • Tricotomia. <input type="checkbox"/> Sim/Horário _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA • Sítio cirúrgico demarcado. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA • Sem próteses. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Sem adornos. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Reserva sanguínea. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA • Tipo de precaução: _____ • Documentação: <ul style="list-style-type: none"> Consentimento cirúrgico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Consentimento anestésico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Consentimento lesões <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <hr/> Conductor do Checklist (carimbo)	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente Confirmou: <ul style="list-style-type: none"> Nome completo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data de nascimento <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Procedimento cirúrgico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local da cirurgia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Consentimento <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Não é capaz de responder <input type="checkbox"/> Sim • Sítio cirúrgico demarcado. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA • Verificação de Segurança Anestésica Concluída? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Monitorização adequada <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Paciente possui: <ul style="list-style-type: none"> Alergia conhecida <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Via aérea difícil <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Risco de perda sanguínea <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> (se sim, acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos) <hr/> Conductor do Checklist (carimbo)	<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, anestesista e a equipe de enfermagem confirmam verbalmente: <ul style="list-style-type: none"> identificação do paciente sítio cirúrgico procedimento EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS <ul style="list-style-type: none"> • Médicos Cirurgião e Anestesista. Paciente apresenta pontos críticos do procedimento cirúrgico? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (Relatar e discutir plano de intervenção) <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermagem, confirma <ul style="list-style-type: none"> Sala montada e equipada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Eletrocautério posicionado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • As imagens essenciais estão disponíveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <hr/> Conductor do Checklist (carimbo)	<p style="text-align: center;">O profissional da equipe de enfermagem ou da equipe médica confirma verbalmente com a equipe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contagem de compressas confere? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA • Contagem de instrumentais confere? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA • Amostra para anatomia patológica identificada e com requisição preenchida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA • Registro completo do procedimento intraoperatório, incluindo procedimento executado, prescrição e solicitações? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Não conformidades em equipamentos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (Relatar, Registrar e Notificar) • O cirurgião, anestesista e a equipe de enfermagem revisam preocupações, observações e o manejo do paciente na SRPA a serem observados. (ex: dor e débitos) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (Relatar, Registrar e Notificar) <hr/> Conductor do Checklist (carimbo)

Apêndice B - Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento Informado para Anestesia e Sedação



APÊNDICE B



Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento (Consentimento Informado) para Anestesia e Sedação

NOME DO PACIENTE: _____

RG HC/UFTM: _____

Autorizo o médico anestesiológico (abaixo identificado) ou outro médico cadastrado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, a realizar a seguinte técnica anestésica ou sedação: _____, para realização da (o) seguinte cirurgia/procedimento proposta(o): _____ no paciente acima citado.

A proposta do procedimento anestésico/ sedação acima especificada, seus benefícios, riscos, complicações potenciais, alternativas e analgesia pós-operatória/procedimento me foram explicados claramente. Tive a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas de forma satisfatória e entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para ser alcançado/obtido o melhor resultado. Também estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o procedimento, assim como pode ser necessária a modificação da proposta inicial da anestesia em virtude de situações imprevistas.

Declaro que recebi as explicações, li, compreendi e concordo com o exposto acima e que me foi dada a oportunidade de questões que julgo importante.

Preenchido pelo paciente ou responsável:

<input type="checkbox"/> Paciente – Assinatura usual do paciente: _____		Uberaba ____/____/____ Hora: ____:____
Aplicável se responsável	<input type="checkbox"/> Responsável Nome: _____ Assinatura: _____ Doc. Identidade nº: _____ Grau de Parentesco: _____	

Preenchido pelo médico:

Expliquei sobre o procedimento anestésico/sedação ao paciente acima identificado e/ou seu responsável, assim como os benefícios, riscos, alternativas e analgesia pós-operatória/procedimento, tendo respondido às perguntas formuladas pelo mesmo. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Nome: _____

Assinatura: _____

CRM: _____

O nome e CRM podem ser substituídos pelo carimbo legível

Apêndice C - Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento Informado para Procedimentos Invasivos e Cirurgias



APÊNDICE C



Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento (Consentimento Informado) para Procedimentos Invasivos e Cirurgias

NOME DO PACIENTE: _____

RG HC/UFTM: _____

Autorizo a realização do(s) seguintes (s) procedimentos(s) invasivos e/ou cirurgia(s): _____ no paciente (acima citado). No caso de envolver lateralidade, especificar: () Direito, () Esquerdo, () Bilateral indicado pelo médico(a)/cirurgião(ã) Dr.(a) (abaixo identificado), após ter sido informado(a) do resultado das avaliações e exames, que revelaram as seguintes alterações e/ou diagnóstico(s): _____

1. Recebi explicações claras sobre as alternativas de tratamento, riscos, benefícios e complicações potenciais.
2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento, **incluindo transfusão sanguínea** e/ou cirurgia que sejam necessários em decorrência de situações imprevistas e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
3. Autorizo a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, exclusivamente para finalidade científica da Instituição, desde que minha identidade permaneça anônima.
4. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente durante o procedimento realizado seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico e terapêutico, **bem como para propósitos científicos ou educacionais.**
5. Autorizo a realização de filmagens/fotografias e, caso necessário, a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a)/cirurgião(ã), sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro, assegurando o pleno sigilo de minha identidade.
6. Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas, reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).
7. Estou ciente que posso solicitar esclarecimentos das dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento.
8. Estou ciente de que, no momento da alta, deverei estar acompanhado por uma pessoa adulta.
9. Declaro que recebi as explicações, li, compreendi e concordo com o exposto acima e que me foi dada a oportunidade para anular (itens 3 e 5).

Preenchido pelo paciente ou responsável:

<input type="checkbox"/> Paciente – Assinatura usual do paciente: _____		Uberaba,
Aplicável se responsável	<input type="checkbox"/> Responsável Nome: _____ Assinatura: _____ Doc. Identidade nº: _____ Grau de Parentesco: _____	_____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____


Preenchido pelo médico:
 Expliquei de forma clara e objetiva todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia ao paciente acima identificado e/ou seu responsável, assim como os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está (ão) em condições de compreender o que lhes foi informado e de determinar de acordo com o entendimento que possui.

Nome: _____
 Assinatura: _____
 CRM: _____

O nome e CRM podem ser substituídos pelo carimbo legível



Apêndice D – Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Transfusão de Hemocomponentes

		TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES
---	---	--

Eu, _____, paciente ou responsável legal pelo paciente menor de idade ou incapaz

estou ciente da necessidade da realização da transfusão de sangue (hemácias, plaquetas, plasma fresco congelado, crioprecipitado) indicada pelo(a) médico (a) assistente da unidade.

Fui informado de que a Fundação Hemominas cumpre as Normas Técnicas do Ministério da Saúde, Portaria MS nº 2712, de 12.11.2013. Dessa forma estou ciente que, apesar da seleção dos doadores e dos testes laboratoriais previstos em lei, como, hepatite B e C, HIV, Chagas, Sífilis, HTLV e moleculares para HIV e Hepatite C, existe um risco, muito pequeno, de adquirir alguma dessas doenças infecciosas após a transfusão de sangue e/ou hemocomponente.

Estou ciente de que as transfusões podem causar reações imprevisíveis durante ou imediatamente após sua realização, tais como febre, calafrio, reações alérgicas, náuseas, hematúria e, mais raramente, problemas pulmonares ou cardíacos. Fui informado que todos os cuidados disponíveis na instituição foram tomados para se evitar ao máximo estas reações. As reações mais frequentes são sintomas leves e facilmente controlados na maioria das vezes e, raramente, podem levar a risco de morte. Nessa ocasião, serei avaliado e acompanhado pelo médico plantonista.

Fui orientado quanto à possibilidade de infecção grave e a procurar o serviço de emergência caso apresente febre, mal estar geral, ou outra manifestação clínica não habitual, após ser liberado pela Hemominas.

Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas relativas à transfusão de hemocomponentes e que me foram fornecidas orientações sobre os cuidados que terei que observar após a transfusão.

- ACEITO receber transfusões de sangue e/ou seus componentes
- NÃO ACEITO receber transfusões de sangue e/ou seus componentes e declaro estar ciente dos riscos decorrentes desta decisão.

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

Assinatura e Carimbo do Médico

_____, ____/____/____
Local Data

<p style="text-align: center;">Circunstância de Emergência: Consentimento Informado não obtido</p> <p>Devido ao estado clínico do paciente, ou a emergência/risco de vida, não foi possível fornecer ao paciente as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Eu solicitei transfusão de hemocomponentes em quantidade suficiente para melhorar sua condição clínica.</p> <p>Nome do Médico solicitante: _____ CRM: _____ Data: _____</p>
