



MANUAL DE CERTIFICAÇÃO de Serviços de Anestesiologia

VERSÃO 02 | 11.2024



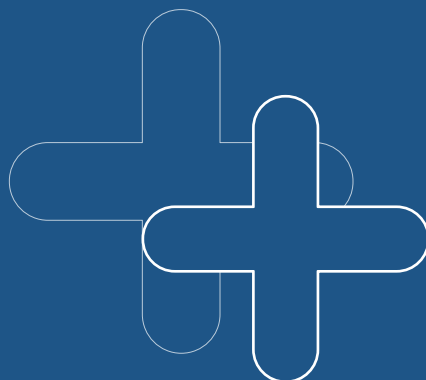


MANUAL DE CERTIFICAÇÃO de Serviços de Anestesiologia

VERSÃO 02 | 11.2024

ÍNDICE

 1. Governança	14	 9. Gerenciamento do uso de hemocomponentes e hemoderivados	36
 2. Gestão da qualidade	16	 10. Procedimentos anestésicos em populações especiais	37
 3. Gestão de pessoas	18	 11. Procedimentos de anestesia e sedação em laser, radiologia, tomografia, hemodinâmica e ressonância magnética	39
 4. Gestão de instalações e equipamentos	20	 12. Atendimento de emergência e manejo de via aérea difícil	40
 5. Consentimento informado e cuidados pré-anestésicos	24	 13. Transporte e transferência de responsabilidade durante a anestesia	42
 6. Manejo intraoperatório da anestesia, sedação e analgesia	27	 14. Cuidados pós-anestésicos e alta do paciente	44
 7. Procedimentos de anestesia e sedação em hospital-dia	32	 15. Requisitos de excelência	47
 8. Gerenciamento do uso de medicamentos	34		



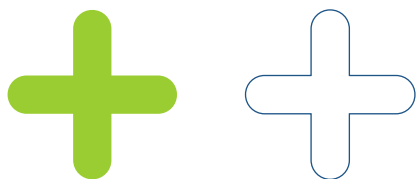
O Grupo IBES

Em poucos anos de mercado, o Grupo IBES se tornou a melhor* e maior** Instituição Acreditadora em Saúde da América Latina. Responsável pelo desenvolvimento de uma metodologia colaborativa e inovadora para geração de valor em serviços e soluções para área da saúde, realiza atividades de diagnóstico, acreditação e certificação nacionais e internacionais de organizações de saúde, e como complemento dos serviços oferecidos, que visa a excelência em saúde, também capacita profissionais da saúde por meio de eventos, cursos e workshops nas áreas de gestão, qualidade e saúde. E ainda conduz projetos educacionais e de solução em saúde que tratam desde a gestão estratégica até a adoção de metodologias ágeis em problemas pontuais ou de inovação que geram impacto para organizações ou até para todo o ecossistema de saúde.

Além dos valores e princípios éticos, uma entidade certificadora, exige reputação e credenciamento formal de seus processos reconhecidos por autoridades nacionais e internacionais para exercer sua atividade fim. A credibilidade do Grupo IBES é atestada por:

- Membro da ISQua
- Membro do Council ISQua
- Acreditação ISQua (Organization)
- Acreditação ISQUA Surveyor (Programa de Treinamento dos Avaliadores)
- Instituição Acreditadora, Colaboradora e Gestora de Outros Programas de Qualidade pela ANS (Agência Nacional de Saúde)
- Certificação ISO 9001:2015

O Instituto conta com mais de 270 profissionais, dentre eles avaliadores, educadores e palestrantes, sendo responsável por 61% das novas instituições acreditadas pelo Sistema Brasileiro de Acreditação e com 96% do NPS, demonstrando alto valor agregado às mais de 1.000 organizações clientes e 65.000 alunos.



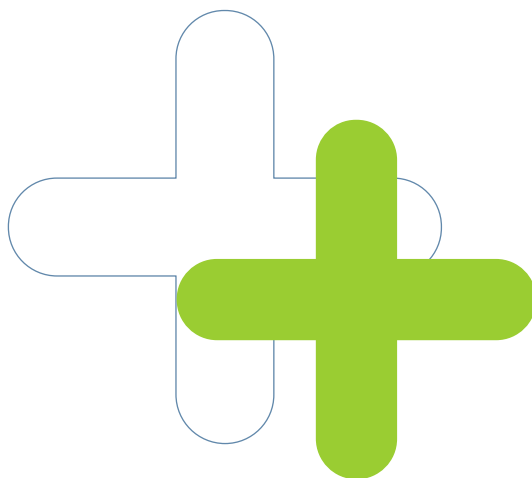
Conduz projetos educacionais e de solução em saúde que tratam desde a gestão estratégica até a adoção de metodologias ágeis em problemas pontuais ou de inovação que geram impacto para organizações ou até para todo o ecossistema de saúde.

*Fonte: relatórios anuais da ONA (amostra de aproximadamente 90% do mercado de Acreditação),

**sites QGA (Qmentum), Joint Commission International, IBES (ACSA) e DNV (NIAHO) acessados em 05.12.23.

A abrangência do Grupo IBES é nacional, tendo em 2017 avançado no mercado de saúde de todas as regiões brasileiras e desde 2020 para outros mercados fora da saúde como ensino, varejo, indústria, por meio de certificações em prevenção, gestão de saúde populacional e projetos de governança corporativa. Nos últimos 6 anos também trabalha com projetos internacionais.

Com perfil ético e sempre baseado em evidências, o reconhecimento no mercado traz a imagem de um Grupo sério, profissional e capaz de promover a transformação da gestão e qualidade dos serviços de saúde e companhias, conforme estabelecemos em sua missão. Recentemente o Instituto tem expandido suas ações sociais que buscam de maneira disruptiva integrar a área de saúde com as áreas social e de ensino, de modo que sua visão seja alcançada com o impacto significativo na sociedade.



A SAESP – Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo

A SAESP – Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo possui uma história repleta de inovação, vanguardismo e credibilidade. Há mais de meio século a SAESP cumpre seu propósito de fomentar a excelência na prática da anestesia e segurança do paciente, por meio de educação continuada, pesquisa, desenvolvimento profissional e aprimoramento das condições de trabalho dos anestesistas em todo o estado de São Paulo.

Foram muitas as conquistas desde a sua fundação em 1969, a começar pelos cursos de atualização iniciados em 1977. A SAESP dispõe de um amplo portfólio de atividades educacionais, fortalecendo a educação continuada nas mais variadas áreas de atuação da anestesia, inclusive na área de gestão, onde o lado empreendedor do profissional é estimulado e desenvolvido.

A SAESP tem estabelecido diversas parcerias com sociedades de todo o Brasil, bem como com associações internacionais, entre elas ASA (American Society of Anesthesiology), AqI (Anesthesia Quality Institute), APSF (Anesthesia Patient Safety Foundation), ERAS Latam, ERAS Society, ESAIC (European Society of Anaesthesiology and Intensive Care), ISPCOP (International Society for the Perioperative Care of the Obese Patient,) SCA (Society of Cardiovascular Anesthesiologists), SPA (Sociedade Portuguesa de Anestesiologia) e The New York State Society of Anesthesiologists Inc., colocando-a na posição de uma das sociedades mais ativas do país.

Divulgar conhecimento e atualização nas áreas da anestesiologia com foco na eficiência, na segurança do paciente e do anestesista; propiciar o desenvolvimento profissional e apoiar a formação do especialista e a pesquisa científica.

MISSÃO

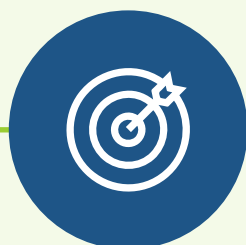
Valorização da Vida, Ética, Transparência, Inclusão, Liderança, Comprometimento, Inovação e Eficiência.

VALORES



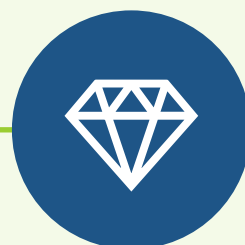
PROPÓSITO

Promover a melhoria da qualidade dos serviços anestesiológicos oferecidos à população.



VISÃO

Ser reconhecida nacional e internacionalmente pela excelência de suas atividades, com ampla participação dos anestesistas do estado de São Paulo.





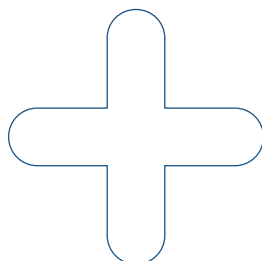
COMITÊ CIENTÍFICO

Alexia Regina Mandolesi Costa
Arthur de Campo Vieira Abib
Eliana Maria Castiglioni
Guinther Giroldo
Gustavo Felloni Tsuha
Regiane Xavier Dias



COMITÊ DE VALIDAÇÃO

Alex Fantinatti Teixeira
Colandy Nunes Dourado
Eduardo Henrique Giroud Joaquim
Gabriel José Redondano de Oliveira
Leopoldo Muniz da Silva
Madeleine Ramos dos Santos
Marcelo Severino da Silva
Maria Carolina de Toledo Sivieri Moreno
Rafael Souza Fava Nersessian
Ricardo Francisco Simoni
Saulo Queiroz Silveira
Vivian Giudice



Prefácio

Em todo o mundo, a anestesiologia desempenha um papel fundamental em mais de 300 milhões de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos anuais, oferecendo conforto e segurança aos pacientes. No entanto, a complexidade inerente aos processos anestésico-cirúrgicos também traz consigo desafios significativos, o que exige compromisso inabalável com os mais altos padrões de qualidade assistencial.

Enquanto avanços tecnológicos e científicos ampliam as fronteiras da medicina, a segurança do paciente permanece como a pedra angular da prática médica. Nesse contexto, a Certificação de Serviços de Anestesiologia, um produto realizado sob uma perspectiva multidisciplinar, por meio da parceria entre a SAESP (Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo) e o Grupo IBES (Instituto Brasileiro de Excelência em Saúde), surge como um meio para contribuir para a excelência no cuidado aos pacientes.

Com seis a sete milhões de cirurgias realizadas anualmente nos sistemas público e privado de saúde brasileiro, é importante abordar os riscos relacionados à anestesia de maneira proativa e sistemática. As complicações anestésicas podem ter impacto na morbidade e mortalidade, ou comprometerem a qualidade de vida pós-operatória.

O Juramento de Hipócrates, “*Primum non nocere*”, que significa “primeiro não prejudicar”, nos lembra da nossa sagrada responsabilidade médica de não causar dano ao paciente. As certificações de qualidade e segurança assistencial, fundamentadas nesse princípio, representam um compromisso inequívoco com a minimização de riscos incorporado em cada decisão clínica e assistencial. Nesse contexto, a Certificação de Serviços de Anestesiologia é uma ferramenta importantíssima na busca por qualidade e segurança assistencial. O estabelecimento de critérios rigorosos para obter a Certificação não apenas promove uma espiral de melhoria contínua, como também oferece aos pacientes e seus familiares, aos cirurgiões, à liderança hospitalar e ao sistema de saúde, mais confiança ao saberem que estão estabelecendo laços profissionais e serviços que atendem aos mais altos padrões de excelência.

Com seis a sete milhões de cirurgias realizadas anualmente nos sistemas público e privado de saúde brasileiro, é importante abordar os riscos relacionados à anestesia de maneira proativa e sistemática. As complicações anestésicas podem ter impacto na morbidade e mortalidade, ou comprometerem a qualidade de vida pós-operatória.

A publicação do Manual IBES SAESP, representa um passo significativo em direção a esse objetivo. Baseado em evidências sólidas e nas melhores práticas internacionais, buscamos orientar de maneira abrangente e prática o aprimoramento dos processos dentro dos Grupos e Serviços de anestesiologia. Abordamos, neste Manual, desde a preparação pré-operatória até o cuidado pós-operatório, cada aspecto da prática anestésica, segurança do paciente e qualidade são tratados de maneira minuciosa.

Ao nos comprometermos com a Certificação, estamos também fortalecendo os alicerces da confiança pública na medicina e em nossa especialidade, a Anestesiologia. É com esse espírito de dedicação e responsabilidade que convido profissionais e instituições relacionados à anestesiologia a abraçarem este Manual como um guia basal na jornada rumo à Certificação. Que o Manual IBES SAESP nos instrua e capacite para cumprirmos com excelência a nobre missão de proteger e promover a saúde e o bem-estar daqueles que confiam em nossos cuidados.

Profa. Maria José Carvalho Carmona

PRESIDENTE DA SAESP - Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo



Introdução

Desde os primórdios da gestão da qualidade como ciência em saúde, a anestesiologia é reconhecida como a especialidade médica pioneira na abordagem de questões de padronização da qualidade e segurança do paciente. A contribuição mais importante da anestesiologia para a segurança do paciente poderá ser a institucionalização e legitimação da segurança do paciente como um tema de preocupação profissional.

Na década de 80, nos Estados Unidos, o movimento de judicialização da medicina ganhou força, despertando o surgimento de líderes fortes que admitiram que havia vulnerabilidade na segurança dos pacientes e que ela poderia ser estudada – e as intervenções planejadas – para alcançar melhores resultados.

As estratégias de solução de problemas incluíram a incorporação de padrões e diretrizes, novas tecnologias e a abordagem de problemas relacionados a fatores humanos. Os anestesiológicos tornaram-se especialistas no monitoramento de pacientes em tempo real (tanto eletronicamente quanto por meio de exame físico): a eletrocardiografia, a oximetria de pulso e a capnografia tornaram-se padrões e contribuíram, substancialmente, para a segurança.

Outra importante estratégia adotada pelos anestesiológicos dos hospitais de Harvard e pela Sociedade Americana de Anestesiológicos, na década de 1980, foi a promulgação dos “parâmetros de prática”: padrões e diretrizes desenvolvidos para orientar o diagnóstico, manejo e tratamento de problemas clínicos específicos. Esses padrões incluíam requisitos básicos como a presença contínua de um anestesista qualificado, o uso de monitoramento eletrocardiográfico, avaliação da ventilação, oximetria de pulso para pacientes durante todos os tipos de anestesia e durante a recuperação pós-anestésica, bem como o uso de capnografia durante a anestesia geral. Padrões semelhantes também foram implementados em outros países, incluindo diretrizes para manejo das vias aéreas difíceis, da sedação e da analgesia por não anestesiológicos e da anestesia em consultório.

Atualmente, os anestesiológicos também estão envolvidos na consideração da teoria das organizações de alta confiabilidade como um modelo para a realização de atividades altamente perigosas com taxas de falha muito baixas.

Os anestesiológicos foram pioneiros no desenvolvimento e aplicação de simuladores de pacientes para pesquisa e treinamento, baseados em telas de computador e manequins, método que logo se expandiu para outras áreas da saúde.

A contribuição mais importante da anestesiologia para a segurança do paciente poderá ser a institucionalização e legitimação da segurança do paciente como um tema de preocupação profissional.

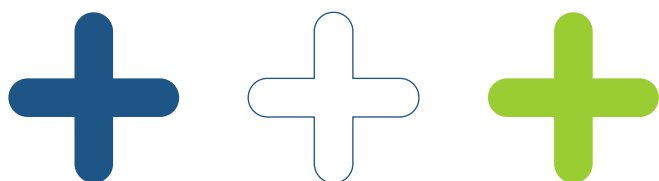
A redução geral nos resultados negativos relacionados à anestesia pode não ser tão expressiva quanto a suposta diminuição na mortalidade decorrente da anestesia, isoladamente, em pacientes saudáveis submetidos a cirurgias de rotina. Erros, equívocos e falhas de sistema continuam a atormentar a anestesiologia, bem como a outras áreas da saúde. Morte ou danos cerebrais ainda ocorrem por hipoxemia após intubação esofágica ou por outros eventos facilmente detectáveis e corrigíveis, mesmo quando tecnologias modernas de monitoramento estão em vigor.

Os padrões mais básicos não são seguidos de maneira uniforme. O treinamento avançado em simulação está disponível apenas para uma minoria de anestesistas, e não existe nenhum requisito de certificação para treinamento contínuo de habilidades ou avaliação de desempenho. Os médicos ainda seguem trabalhando quando a fadiga, a doença ou o estresse os impedem de ter um desempenho adequado. Mesmo os equipamentos mais modernos continuam afetados por erros humanos; os níveis de conhecimento e a formação dos médicos sobre os equipamentos continuam abaixo do ideal.

Portanto, é importante reconhecer que os vários avanços de segurança que foram feitos na anestesiologia são um modelo importante para os demais cuidados de saúde, mas continuam a ser um trabalho em progresso e exigirão um compromisso, a longo prazo, para alcançarem todas as suas promessas.

É importante reconhecer que os vários avanços de segurança que foram feitos na anestesiologia são um modelo importante para os demais cuidados de saúde, mas continuam a ser um trabalho em progresso e exigirão um compromisso, a longo prazo, para alcançarem todas as suas promessas.

A anestesiologia tem sido líder na medicina durante o último meio século na realização de pesquisas sobre segurança do paciente e na implementação de padrões de atendimento e melhorias sistemáticas nos processos de atendimento e de monitorização do paciente, esforços estes que reduziram, drasticamente, os danos aos pacientes associados à anestesia. No entanto, a melhoria da segurança do paciente anestésico não foi obtida de maneira uniforme, existindo diferenças na adesão às práticas de segurança do paciente entre países e diferentes perfis organizacionais. Tais diferenças estão frequentemente relacionadas com fatores como a disponibilidade, o apoio e a utilização de recursos de cuidados de saúde, pessoal capacitado, padrões de cuidados, culturas de segurança e trabalho em equipe.



Infelizmente, no Brasil, muitos serviços de anestesiologia ainda não tiveram contato com as melhores práticas, ou não tiveram a adesão necessária às mesmas. Sabendo disso, o Grupo IBES e a Saesp se uniram para estabelecer quais são as melhores práticas a serem preconizadas por tais serviços, traduzindo-as em Padrões e Requisitos do Manual de Certificação.

O Manual serve como um guia direcionador não apenas para a Certificação e a demonstração, ao mercado de saúde, de que o serviço cumpre as melhores práticas nacionais e internacionais, bem como legislações aplicáveis, mas também funciona como um direcionador para aqueles serviços que estão em busca das orientações necessárias para a melhoria de seus processos, servindo como uma ferramenta de apoio à gestão.

Temos certeza de que esta Certificação colaborará de forma efetiva na melhoria da qualidade e da segurança do paciente dos serviços de anestesiologia de todo o Brasil.

Alexia Regina Mandolesi Costa

Fundadora e Diretora Científica do Grupo IBES





GRUP  **IBES**

Gerando valor para a saúde desde 2012

Certificação de Serviços de Anestesiologia

 **saesp**

Padrões e Requisitos do Manual



1. Governança

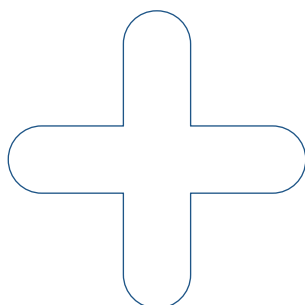
Padrão:

Assegura uma estrutura de liderança e tomada de decisões que garante a conformidade com regulamentações, padrões éticos e melhores práticas clínicas, promovendo a transparência, prestação de contas e responsabilidade em todos os níveis do serviço. Estabelece políticas e procedimentos claros, delega responsabilidades adequadamente e monitora o desempenho para garantir a eficiência operacional e a entrega consistente de cuidados anestésicos seguros e de alta qualidade.

Requisitos:

- 1.1.** O serviço de anestesiologia possui políticas definidas em articulação com a organização hospitalar ou ambulatorial que assegurem as condições mínimas de segurança, conforme legislação, para a realização dos procedimentos anestésicos.
- 1.2.** A alta liderança do serviço assegura que os procedimentos de sedação/analgesia sejam realizados por médicos, preferencialmente anestesistas, assegurando a disponibilização de um protocolo de sedação/analgesia para procedimentos realizados por médicos não anestesistas.
- 1.3.** As escalas de plantão dos médicos anestesistas são definidas e disponibilizadas à toda a equipe com antecedência, de forma que a carga horária seja compatível com a classificação do estabelecimento e as exigências legais vigentes.

- 1.4.** É responsabilidade do médico anestesiológico o atendimento na sala de recuperação pós-anestésica para cuidado e manejo de complicações dos pacientes.
- 1.5.** Existe um programa de treinamento de situações críticas em anestesia, com ênfase em suporte avançado de vida e via aérea difícil, alinhado às necessidades identificadas pela instituição.
- 1.6.** A permanência do anestesiológico em sala é imperativa independentemente da técnica utilizada, sendo este responsável pela vigilância permanente até o término do ato anestésico.
- 1.7.** É vedada a realização de anestésias simultâneas em pacientes distintos, pelo mesmo profissional anestesista.
- 1.8.** Em organizações em que a sedação é realizada por não anestesiológicos, os anestesiológicos do serviço se disponibilizam a capacitar e treinar as equipes responsáveis, de acordo com as diretrizes organizacionais.
- 1.9.** Os anestesiológicos estão formalmente cientes das diretrizes éticas e bioéticas do serviço ou organização, as quais determinam as condutas em casos específicos, tais como recusa do paciente a transfusão de sangue.
- 1.10.** Estabelece critérios de remanejamento de pessoal em situações de aumento de demanda, incluindo plano de contingência em situações de catástrofe, greves e/ou alterações na escala.
- 1.11.** Existe um organograma do serviço com a descrição de cargos e responsabilidades.





2. Gestão da qualidade

Padrão:

Assegura a implementação de procedimentos, processos, protocolos padronizados e diretrizes clínicas atualizadas para garantir a segurança e eficácia dos procedimentos anestésicos, através da coleta de dados e da realização de avaliações regulares para monitorar continuamente o desempenho, identificar áreas de melhoria e promover uma cultura de aprendizado e aprimoramento contínuo. Assegurar que os serviços anestésicos atendam aos mais altos padrões de qualidade, contribuindo para a segurança e bem-estar dos pacientes.

Requisitos:

2.1. Os procedimentos, processos, protocolos, diretrizes, regimentos e/ou políticas do serviço são formalizados, havendo controle sobre a criação, a validação, a disponibilização e a revisão dos documentos.

2.2. O Serviço de Anestesiologia possui uma atuação ativa no processo de gerenciamento de riscos da instituição. A gestão de riscos envolve a identificação regular e proativa de riscos, avaliação de fatores de risco e implementação de controles para mitigar/tratar os riscos identificados.

2.3. Os incidentes/eventos adversos relacionados à anestesia e sedação, cuidados perioperatórios e manejo da dor são registrados, notificados, analisados e tratados, com foco na identificação de fatores contribuintes e na identificação de ações para melhorar a segurança.

2.4. A morbidade e a mortalidade relacionadas com a anestesia e a sedação são monitoradas e analisadas periodicamente.

2.5. Desenvolvem-se estratégias de melhoria relacionadas aos incidentes/eventos adversos notificados e tomam-se medidas para implementar essas estratégias e verificar sua efetividade.

2.6. Existe um mecanismo para receber e gerir reclamações, sugestões ou comentários dos pacientes.

2.7. Indicadores relacionados ao Serviço de Anestesiologia são monitorados e analisados criticamente, com foco na implementação de melhorias.

2.8. Os protocolos relativos às metas de segurança do paciente, bem como protocolo de prevenção de hipotermia, protocolo de indicação de UTI (unidade de terapia intensiva) e protocolo de controle glicêmico são cumpridos.

2.10. O serviço de anestesiologia cumpre com os protocolos estabelecidos pelas instituições clientes e possui diretrizes de biossegurança estabelecidas e disseminadas.

2.11. São estabelecidas medidas para o manejo anestésico de pacientes em precaução e isolamento.





3. Gestão de pessoas

Padrão:

Assegura o recrutamento criterioso, treinamento especializado e desenvolvimento profissional contínuo para garantir uma equipe qualificada e competente, promovendo um ambiente de trabalho seguro, visando o bem-estar e a satisfação dos profissionais envolvidos na prestação de serviços anestésicos.

Requisitos:

3.1. O número adequado de profissionais necessários para cada procedimento é determinado por sua complexidade do procedimento e pelo estado de saúde / risco clínico do paciente, para garantir a sua segurança.

3.2. Todo profissional que possua o privilégio da realização de procedimentos de sedação deve estar habilitado no manejo de vias aéreas e suporte à vida.

3.3. O processo e os requisitos para o credenciamento profissional são determinados e incluem detalhes do histórico profissional (formação, empregos anteriores, experiência clínica, conformidade com requisitos legais, éticos e profissionais) e referências satisfatórias, podendo incluir uma avaliação de desempenho.

3.4. Estão definidas as regras do Serviço de Anestesiologia para o processo seletivo, credenciamento temporário e/ou emergencial, recredenciamento, suspensão do direito de atuar dentro da organização, processos de revisão e apelações.

3.5. O serviço assegura que o controle da imunização de toda a equipe esteja em dia, de acordo com o Programa de Controle de Medicina e Saúde Ocupacional (PCMSO) e que sejam seguidas as diretrizes do Programa de Controle das Radiações Ionizantes.

3.6. O serviço disponibiliza diretrizes para identificar, relatar e manejar fadiga física ou mental, estresse ou problemas de saúde, a fim de assegurar que eles não tenham impacto na segurança do paciente. Os anestesiologistas são orientados sobre como identificar a fadiga, o estresse e o *burnout* em outros profissionais, de modo a prevenir riscos potenciais para os pacientes.

3.7. As escalas de trabalho por turnos e finais de semana estão disponíveis com antecedência necessária para permitir o planejamento de atividades de lazer e recuperação do sono. Nos departamentos onde os anestesiologistas trabalham em turnos, as escalas são planejadas com sobreposição suficiente entre os turnos para permitir uma transferência segura de pacientes.

3.8. Existe uma diretriz sobre como identificar e lidar com um anestesiologista que desenvolve problemas de dependência química, e sobre como realizar o afastamento inicial, nos casos de dependência de drogas anestésicas.

3.9. O Serviço de Dor deve ser realizado por profissional que tenha recebido treinamento apropriado, seja ele membro da equipe anestésica ou de qualquer outra especialidade médica. As suas técnicas incluem, mas não estão limitadas a: analgesia controlada pelo paciente, analgesia peridural e intratecal, procedimentos analgésicos regionais, infusões contínuas de anestésicos locais, cetamina e outros medicamentos analgésicos, assim como infusão de opioides contínuos ou de liberação imediata sob demanda.

3.10. Existe um programa de treinamento em uso de bombas de infusão para para novos profissionais, quando da aquisição de novas tecnologias ou quando identificadas falhas de treinamento por meio de notificações ou auditorias in loco.

3.11. Existe um processo formal de educação continuada para a equipe médica, com registros de treinamentos, incluindo os treinamentos de suporte à vida como o SAVA – Suporte avançado de vida em anestesia.

3.12. Existe um processo de avaliação do desempenho da equipe médica.



4. Gestão de instalações e equipamentos

Padrão:

Assegura a realização de atividades relacionadas à aquisição, manutenção e utilização de equipamentos com segurança, bem como a qualidade das instalações onde os serviços são prestados. Gerencia os riscos associados ao uso de equipamentos em anestesiologia e a manutenção adequada de salas de operação e de recuperação e outras áreas onde os serviços de anestesiologia são prestados, de forma a se assegurar a conformidade com padrões de segurança.

Requisitos:

- 4.1.** O serviço de anestesiologia avalia, e formaliza à organização quando necessário, a adequação da iluminação para observação e monitoramento do paciente, incluindo meios alternativos em caso de falta de energia, nos locais onde são realizados procedimentos de sedação e anestesia.
- 4.2.** O serviço de anestesiologia possui sistemática de verificação do fornecimento adequado de oxigênio e os dispositivos para a sua disponibilização previamente a cada procedimento anestésico.
- 4.3.** O serviço de anestesiologia verifica junto à organização hospitalar ou ambulatorial a adequação do sistema canalizado de gases à legislação vigente, incluindo sua manutenção regular, pelo menos uma vez ao ano.

4.4. O serviço de anestesiologia verifica, e solicita formalmente à organização quando necessária alguma adequação, a disponibilidade de um equipamento de ar-condicionado de alto fluxo não reciclável, ou outro método aceito para eliminação de gases expirados dentro da sala.

4.5. O serviço de anestesiologia possui sistemática de verificação, e de notificação à organização quando necessária alguma adequação, da disponibilidade de circuitos respiratórios do paciente com bolsa reservatório para gases inspirados, de forma que a reinalação seja evitada através do uso de válvulas de retenção ou de outros mecanismos, incluindo dispositivos anti-hipóxicos.

4.6. O serviço de anestesiologia possui sistemática de verificação, e de notificação à organização quando necessária alguma adequação, da disponibilidade dos seguintes equipamentos nas salas de procedimentos: oxímetro de pulso, esfigmomanômetro ou outro dispositivo para medir a pressão arterial, eletrocardiógrafo (ECG), analisador de gases, capnógrafo, termômetro e bombas de infusão.

4.7. O serviço de anestesiologia possui sistemática de verificação, e de notificação à organização quando necessária alguma adequação, da disponibilidade de acessórios de sucção e cateteres de sucção, adequados para eliminação intraoral e intranasal de secreções, incluindo meios alternativos em caso de falha de energia.

4.8. O serviço de anestesiologia possui sistemática de verificação, e de notificação à organização quando necessária alguma adequação, da disponibilidade de dispositivos supraglóticos para o gerenciamento avançado das vias aéreas, incluindo as cânulas orofaríngeas, nasofaríngeas e máscaras laríngeas, assim como dispositivos e técnicas infraglóticas para vias aéreas, laringoscópios e tubos endotraqueais para pacientes de diferentes idades e condições.

4.9. O serviço de anestesiologia possui sistemática de verificação, e de notificação à organização quando necessária alguma adequação, da disponibilidade de um dispositivo de capnografia ou analisador de gases nos casos em que a anestesia geral é realizada, independentemente do tipo de dispositivo de ventilação utilizado.

4.10. O serviço de anestesiologia possui sistemática de acompanhamento, e de notificação à organização quando necessária alguma adequação, da manutenção preventiva e a calibração dos monitores e dos equipamentos de anestesia, conforme recomendação do fabricante, por um especialista com a habilidade e conhecimento técnico necessários.

4.11. O serviço de anestesiologia possui sistemática de verificação, e de notificação à organização quando necessária alguma adequação, de disponibilização de marca-passo transvenoso (incluindo gerador e cabos) com o recurso de equipamentos de imagem, nos equipamentos de desfibrilação e cardioversão que não possuam marcapasso transcutâneo.

4.12. O serviço de anestesiologia possui sistemática de verificação, e de notificação à organização quando necessária alguma adequação, da disponibilidade de equipamentos para a monitorização da temperatura e meios para manutenção da normotermia.

4.13. O serviço de anestesiologia possui sistemática de verificação, e de notificação à organização quando necessária alguma adequação, da disponibilidade de equipamentos com sistemas automáticos de infusão para administração contínua de fármacos vasoativos e anestesia intravenosa contínua.

4.14. O serviço de anestesiologia garante a disponibilidade de equipamentos e materiais para manejo de via aérea difícil, prevista e imprevista.

4.15. Para a realização de acesso venoso central e arterial e de anestesia regional, são utilizados equipamentos de ultrassonografia.

4.16. O serviço de anestesiologia possui sistemática de verificação, e de notificação à organização quando necessária alguma adequação, da disponibilidade de equipamentos que permitam a monitorização da junção neuromuscular, nos casos de uso de bloqueador neuromuscular.

4.17. O serviço de anestesiologia garante a disponibilidade de um monitor de profundidade da consciência intraoperatória para a realização de anestesia geral.

4.18. Para pacientes de alto risco em cirurgias de alta complexidade, estão disponíveis equipamentos para a monitorização hemodinâmica avançada.

4.19. O serviço de anestesiologia monitora a realização, pela área responsável, dos serviços de manutenção preventiva, calibração e demais necessidades e critérios pré-definidos pelo fabricante, dos equipamentos, sistemas e dispositivos utilizados na administração de anestesia, e notifica a organização quando necessária alguma adequação.

4.20. O serviço de anestesiologia possui sistemática de checagem pelo anestesiológico de todos os equipamentos para a realização da anestesia, principalmente a do aparelho de respiração, dos dispositivos de anestesia intravenosa ou local e de outros aparelhos, considerando teste de fuga e fornecimento de gases.

4.21. Existe um treinamento formal para capacitar os anestesiólogos para o gerenciamento de risco de incêndio, priorizado nos procedimentos a laser, no uso de fonte de ignição dentro das vias aéreas, na sedação moderada ou profunda, se o paciente apresentar dependência de oxigênio e no uso de fonte de ignição ao redor do rosto, cabeça ou pescoço.

4.22. Existem diretrizes que especificam as condutas relacionadas à prevenção e combate a incêndio em campo operatório. Tais diretrizes são do conhecimento de todos os médicos anestesiológicos.

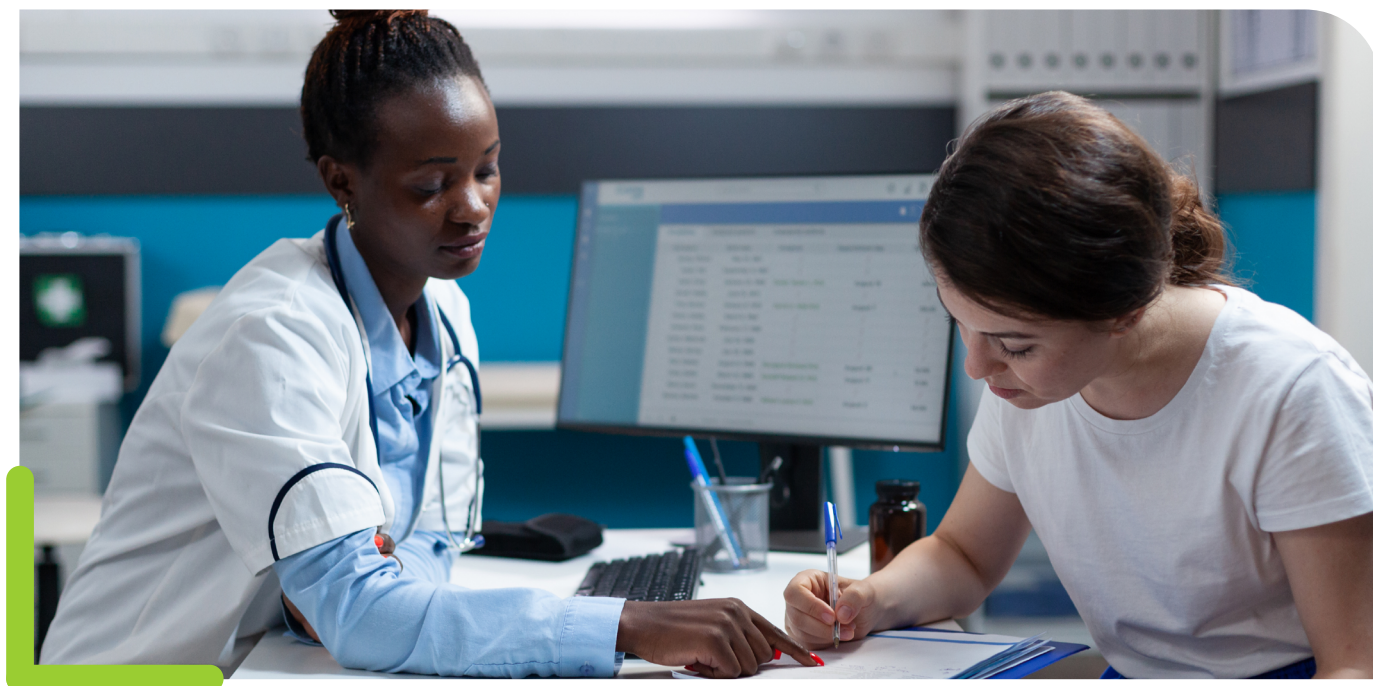
4.23. O serviço de anestesiologia garante a disponibilidade de equipamentos para aquecimento ativo do paciente.

4.24. O serviço de anestesiologia garante a disponibilidade de equipamentos aferição da glicemia intraoperatória, e sua devida calibração.

4.25. O serviço de anestesiologia garante carro de atendimento a parada cardiorrespiratória com: monitor, desfibrilador, cardioversor, cilindro de oxigênio e material para intubação endotraqueal, de acordo com o perfil de atendimento e monitora a realização dos testes diários.

4.26. O serviço de anestesiologia garante que a organização cliente disponibilize um aparelho de anestesia por sala, pronto para uso, acompanhando com evidências a realização do teste diário.





5. Consentimento informado e cuidados pré-anestésicos

Padrão:

Assegura que os pacientes sejam educados sobre os riscos, benefícios e alternativas relacionadas aos procedimentos anestésicos, permitindo que tomem decisões informadas sobre seu tratamento. Assegura que os cuidados pré-anestésicos contemplem a avaliação clínica completa do paciente para identificar e mitigar potenciais complicações durante o procedimento anestésico, visando garantir a segurança do paciente, a qualidade dos cuidados anestésicos e o cumprimento dos mais altos padrões éticos e clínicos.

Requisitos:

5.1. O consentimento informado para anestesia/sedação é obtido e documentado antes da entrada na sala de procedimento e inclui informações relevantes sobre o tipo de anestesia, procedimentos invasivos, riscos e benefícios, transfusão de sangue e hemoderivados, se aplicável, procedimentos e planos para o tratamento da dor. A discussão dos riscos e benefícios inclui aqueles associados ao tratamento proposto, tratamentos alternativos ou nenhum tratamento. Para realização de bloqueios periféricos, se aplicável, a lateralidade deve ser especificada.

5.2. O direito de retirada do consentimento pelo paciente ou responsável, a qualquer momento, é respeitado.

5.3. A avaliação e a estratificação do risco anestésico são consideradas nas discussões com os pacientes e equipe cirúrgica. Se os riscos perioperatórios de prosseguir com a cirurgia forem elevados, a necessidade da cirurgia é reavaliada ou adiada em tomada de decisão compartilhada.

5.4. Para os procedimentos eletivos, a consulta pré-anestésica do paciente é realizada e registrada preferencialmente em consultório médico, antes da admissão na unidade hospitalar. Não sendo possível a realização da consulta pré-anestésica ambulatorial, o médico anestesista procede à avaliação pré-anestésica do paciente, antes de entrar na sala de procedimento, podendo nesta ocasião solicitar exames complementares e/ou avaliação por outros especialistas, desde que baseado na condição clínica do paciente e no procedimento proposto.

5.5. Durante a avaliação pré-anestésica, o anesthesiologista revisa o prontuário do paciente, entrevista-o e realiza seu exame físico, discute seu histórico, incluindo experiências anestésicas anteriores, avalia os aspectos da sua condição física do paciente que podem afetar as decisões relativas ao risco e manejo perioperatório, solicita e revisa exames e consultas pertinentes disponíveis, solicita medicamentos pré-operatórios apropriados, garante que o consentimento pré-informado foi obtido para os cuidados sugeridos e documenta o que foi executado.

5.6. Durante a avaliação pré-anestésica, são identificadas e registradas em prontuário as anormalidades dos principais sistemas orgânicos, histórico de via aérea difícil, os medicamentos atuais, potenciais interações medicamentosas, alergias medicamentosas, alimentares ou a látex e história de uso ou abuso de tabaco, álcool ou outras substâncias pelo paciente.

5.7. Durante a avaliação pré-anestésica, os resultados dos testes laboratoriais disponíveis são analisados e exames laboratoriais adicionais são solicitados, se necessário, orientados pela condição clínica do paciente, pelo exame físico e pela probabilidade de que os resultados afetem o manejo anestésico.

5.8. A avaliação pré-anestésica considera o fornecimento ao paciente (e/ou responsável) de informações importantes, incluindo detalhes sobre: condução da anestesia/sedação, manejo da dor, continuação ou interrupção de medicamentos que possam afetar adversamente a cirurgia ou os riscos perioperatórios, informações adicionais às pacientes que pretendem amamentar, jejum e outras informações adicionais.

5.9. O paciente é avaliado quanto ao seu risco anestésico e clínico, a fim de nortear um adequado planejamento do cuidado anestésico e encaminhamento pós-operatório à unidade mais adequada.

5.10. Mulheres gestantes são identificadas e manejadas de acordo com os riscos relacionados, respeitando o binômio materno-fetal.

5.11. Existem critérios bem definidos sobre quais tipos de pacientes e complexidades de procedimentos podem ser realizados na unidade.

5.12. O gerenciamento de riscos relacionados ao jejum envolve a revisão dos registros médicos pertinentes, um exame físico e uma pesquisa ou entrevista do paciente como parte da avaliação pré-operatória, que incluem avaliação do estado físico ASA, idade, sexo, tipo de cirurgia e potencial para manejo de via aérea difícil, bem como consideração de doença do refluxo gastroesofágico, sintomas de disfagia, outros distúrbios da motilidade gastrointestinal e metabólicos que podem aumentar o risco de regurgitação e aspiração pulmonar.

5.13. O paciente ou responsável legal é informado, antes do dia do procedimento, de que o paciente não deve beber líquidos ou comer alimentos sólidos por um período suficiente para permitir o esvaziamento gástrico antes do procedimento. No dia do procedimento, o horário e a natureza da última ingestão oral são conferidos e registrados.

5.14. A conformidade do paciente com os requisitos de jejum é sistematicamente verificada no momento prévio à realização do procedimento.

5.15. Existe um protocolo de manejo do jejum, que contempla as recomendações para ingestão de líquidos sem resíduos, leite materno, fórmula infantil, sólidos e leite não humano, e manutenção ou suspensão de medicamentos em uso (por exemplo, estimulantes gastrointestinais, antiácidos, antieméticos, anticolinérgicos, antiagregantes plaquetários e anticoagulantes e agonistas do receptor GLP1).

5.16. Existe a avaliação dos riscos e benefícios de se prosseguir quando as diretrizes de jejum não são contempladas.

5.17. Existe um protocolo que estabelece os critérios para a avaliação ultrassonográfica do volume gástrico em casos com tempo de jejum e/ou esvaziamento gástrico incerto.

5.18. A duração do jejum pré-procedimento é determinada caso a caso, após discussão com as equipes cirúrgicas ou de terapia intensiva, para pacientes com comprometimento grave da motilidade gastrointestinal, doença estrutural significativa do trato gastrointestinal e uso de medicamentos que alterem o esvaziamento gástrico.

5.19. Os medicamentos em uso pelo paciente são identificados e a reconciliação medicamentosa é assegurada.



6. Manejo intraoperatório da anestesia, sedação e analgesia

Padrão:

Assegura a indução do estado de sedação e alívio da dor durante procedimentos médicos ou cirúrgicos, garantindo o conforto e a segurança do paciente, através da abordagem mais adequada, a seleção dos agentes farmacológicos apropriados e a monitorização contínua durante todo o procedimento, proporcionando uma experiência anestésica segura e confortável.

Requisitos:

6.1. Ao iniciar qualquer técnica de sedação, assegura-se o acesso venoso, mantêm-se as doses de medicamentos sedativos e analgésicos em níveis adequados para o conforto e segurança do paciente. Há um processo padronizado de identificação de medicações e soluções utilizadas no intraoperatório e quando da transferência do paciente ao fim do procedimento anestésico.

6.2. Todas as unidades que realizam procedimentos sob sedação definem os fluxos e meios de transporte credenciado para transferência a hospitais de retaguarda para atendimento de eventuais intercorrências.

6.3. Os parâmetros de monitoramento dos sinais vitais são determinados pelas comorbidades preexistentes do paciente, pelo seu estado de consciência atual, pelo tempo desde a última dose administrada dos medicamentos e por suas propriedades farmacológicas.

6.4. Todos os pacientes são monitorados continuamente por oximetria de pulso, pressão arterial e a frequência cardíaca com alarmes apropriados, antes de iniciar a sedação/analgesia, durante o procedimento e no período pós-operatório.

6.5. Planos de manejo e resgate são preparados e disponibilizados antes do início da sedação, caso sejam necessárias intervenções na abordagem das vias aéreas, nas trocas ventilatórias ou nas funções cardiovasculares.

6.6. Riscos específicos relacionados à sedação são considerados e gerenciados, tais como apneia obstrutiva do sono, sedação profunda não intencional, crianças, idosos, prematuridade, vias aéreas anatomicamente difíceis e obesidade.

6.7. Ao realizar procedimentos anestésicos em gestantes, atenção especial é dada durante o primeiro trimestre, evitando-se medicações com potencial de teratogenicidade ou indutoras de trabalho de parto prematuro.

6.8. A avaliação e o controle da analgesia requerem *feedback* do paciente, avaliação frequente da intensidade da dor e do efeito das intervenções.

6.9. Ferramentas estão disponíveis para avaliar a dor em pacientes inconscientes ou sedados, com deficiência cognitiva ou em crianças pequenas.

6.10. Estão disponíveis protocolos para o reconhecimento e tratamento de efeitos adversos, farmacológicos ou fisiológicos, resultantes do uso de medicamentos analgésicos, incluindo anestésicos locais, opióides ou medicamentos adjuvantes.

6.11. Estão disponíveis protocolos para o reconhecimento e tratamento de complicações resultantes da punção dural e do uso de cateteres permanentes. Qualquer déficit neurológico inesperado é investigado e tratado imediatamente.

6.12. As equipes médicas responsáveis pelo seguimento intra-hospitalar do paciente, sejam clínicas ou cirúrgicas, estão cientes da técnica analgésica utilizada, do manejo de suas complicações potenciais e de suas implicações específicas para a cirurgia realizada. A necessidade de acompanhamento especializado pelo serviço de dor é comunicada a estas equipes

6.13. É prescrita analgesia de transição adequada aos pacientes, considerando o monitoramento das interações farmacológicas.

6.14. São condições mínimas de segurança para a prática da anestesia a disponibilidade de monitorização do paciente, incluindo: pressão arterial e dos batimentos cardíacos, determinação contínua do ritmo cardíaco por meio de cardioscopia e monitorização contínua da saturação da hemoglobina por meio de oximetria de pulso. A monitorização da temperatura é realizada em procedimentos com duração superior a 60 (sessenta) minutos e nas condições de alto risco, independentemente do tempo do procedimento.

6.15. A monitorização contínua da ventilação, através do capnógrafo, é realizada em anestesia sob via aérea artificial e/ou ventilação artificial e/ou exposição a agentes capazes de desencadear hipertermia maligna.

6.16. São utilizados outros tipos de monitorização com indicações pré-determinadas, tais como: monitorização do bloqueio neuromuscular, monitorização da profundidade da anestesia, monitorização hemodinâmica avançada (pressão arterial invasiva, pressão venosa central e/ou monitorização do débito cardíaco), monitorização dos gases anestésicos e da utilização da ecocardiografia no período intraoperatório.

6.17. Os alarmes visuais e sonoros nos equipamentos de anestesia são ativados no início da anestesia e parametrizados conforme condição clínica do paciente, sendo desativados em circunstâncias excepcionais (tais como cirurgia de circulação extracorpórea em que o paciente fica em apneia e sem pulso), mas esses alarmes são colocados em funcionamento assim que possível.

6.18. O serviço de anestesiologia garante que um médico, cuja única responsabilidade seja a prestação de cuidados anestésicos para o paciente, está constantemente presente desde a indução da anestesia até a transferência segura para a equipe da sala de recuperação ou unidade de terapia intensiva. A transição do cuidado é devidamente registrada.

6.19. Um dispositivo que incorpore um sinal sonoro para alertar sobre baixas concentrações de oxigênio está em operação contínua para cada paciente, quando um sistema respiratório de anestesia está em uso. Quando um ventilador está em uso, um monitor capaz de alertar imediatamente sobre uma desconexão do sistema respiratório ou falha deste equipamento deverá estar em operação contínua.

6.20. Existe um protocolo para a avaliação pré-operatória e para o monitoramento intraoperatório e pós-operatório de dispositivos eletrônicos cardíacos implantáveis.

6.21. A monitorização das variáveis hemodinâmicas e do débito urinário é observada de maneira criteriosa para a adequada reposição volêmica.

6.22. O Serviço de Anestesiologia segue o protocolo institucional de TEV (tromboembolismo venoso), identificando precocemente o risco e utilizando medidas necessárias frente ao risco identificado.

6.23. A avaliação da função neuromuscular é considerada durante a cirurgia e na recuperação do bloqueio neuromuscular ou em pacientes que apresentam condições médicas associadas à disfunção neuromuscular.

6.24. O monitoramento durante o estabelecimento de analgesia regional inclui a medição contínua e regular da pressão arterial, oximetria e cardioscopia, e conforme indicado pelas circunstâncias clínicas.

6.25. Antes de realizar um bloqueio regional, ocorre a verificação do local e do lado do bloqueio proposto com outro profissional. Esta verificação requer a identificação do paciente, a verificação do termo de consentimento cirúrgico/anestésico e identificação da marcação do sítio cirúrgico.

6.26. Um registro da técnica, incluindo método, medicamentos e dose utilizada, complicações ou problemas encontrados é documentado no prontuário do paciente.

6.27. Existem protocolos e procedimentos implementados para o manejo contínuo de cada técnica, seus efeitos colaterais e complicações comuns.

6.28. Utiliza-se o ultrassom para a realização da anestesia e da analgesia regional.

6.29. Na utilização da analgesia regional contínua por cateter, o anestesiológista realiza a avaliação da função neurológica do paciente e a inspeção do local de inserção em busca de sinais flogísticos, que incluem a revisão dos medicamentos do paciente, especialmente anticoagulantes.

6.30. A manipulação (colocação/ retirada) dos cateteres de neuroeixo e periféricos são realizados de maneira cuidadosa, garantindo técnicas assépticas e fixação adequada, assim como a utilização de medicamentos anticoagulantes são revisados, garantindo a sua suspensão conforme protocolo estabelecido. A data, a hora e o estado do cateter e da sua ponta, bem como as condições do local de inserção, são documentados no prontuário do paciente.

6.31. A documentação anestésica no intraoperatório inclui, mas não se limita à ficha de anestesia, com as seguintes informações: identificação do paciente, identificação do(s) anestesista(s) responsável(is) (e, se for o caso, registro do momento de transferência de responsabilidade durante o procedimento), detalhes da técnica anestésica utilizada, horários de início e término do procedimento anestésico e cirúrgico, medicações (dosagem, horário e via de administração e efeitos colaterais ou reações), via aérea (tamanho, tipo e problemas encontrados, bem como o método para sua solução), sistema respiratório de anestesia (circuito de anestesia, fluxos de gás e técnicas de ventilação), variáveis fisiológicas monitoradas e equipamentos indicados para registro, fluidoterapia e acesso vascular, estimativa da perda de sangue e líquidos, observações e intervenções.

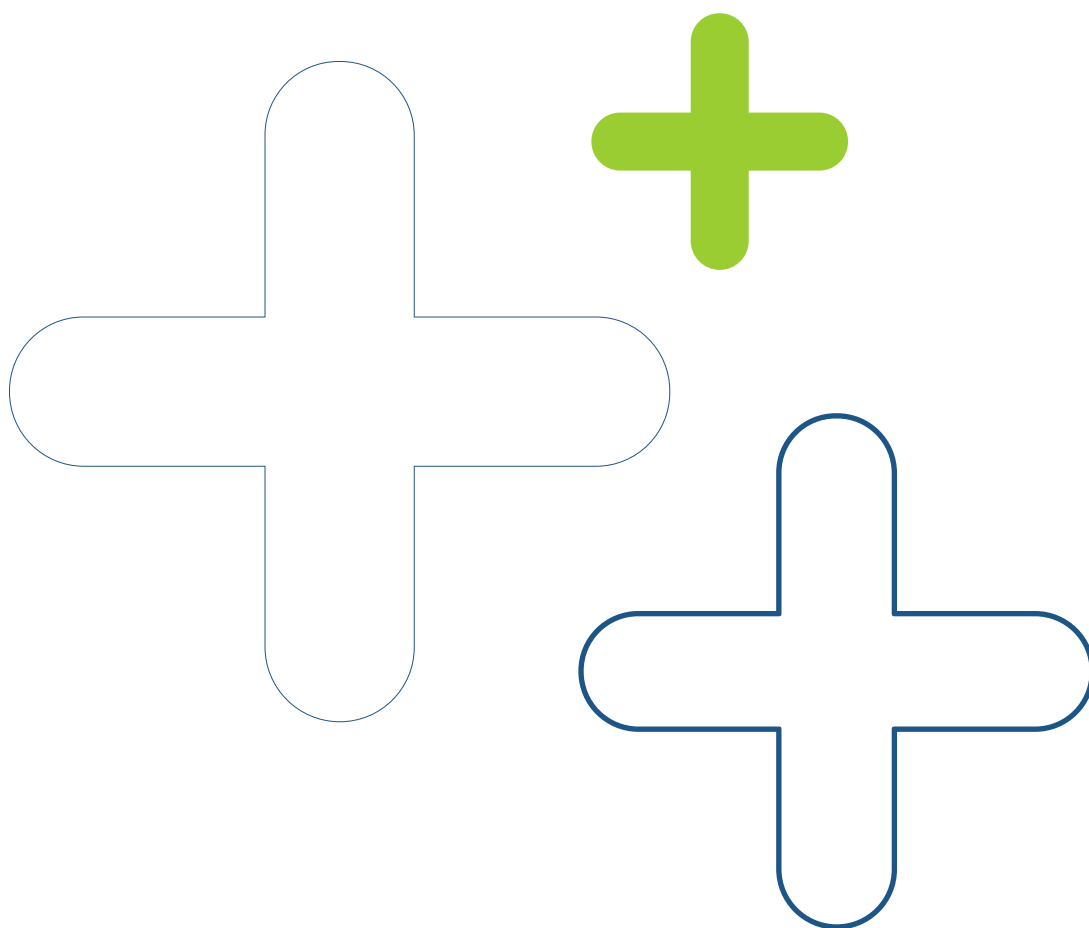
6.32. O anestesiológista participa ativamente do sign-in de admissão em sala cirúrgica, realizando as devidas checagens conforme protocolo institucional.

6.33. Anestesiologistas recebem treinamento periódico e cumprem as metas internacionais de segurança do paciente.

6.34. Há um processo claro de recebimento de resultados críticos em sala operatória pela equipe de anestesiologia.

6.35. O anestesiologista cumpre as diretrizes de prevenção de infecção, incluindo higienização de mãos durante a assistência nos tempos e momentos devidos.

6.36. Há um processo de prevenção de infecção durante a passagem de acessos venosos centrais, em consonância com as diretrizes institucionais.





7. Procedimentos de anestesia e sedação em hospital-dia

Padrão:

Assegura a administração de agentes anestésicos e sedativos com o objetivo de proporcionar conforto e analgesia para pacientes submetidos a procedimentos ambulatoriais ou cirurgias de curta duração, garantindo uma recuperação rápida e segura após o procedimento.

Requisitos:

7.1. A seleção de pacientes e fatores anestésicos para atendimento em modalidade de hospital-dia inclui pacientes classificados nas categorias ASA-I e ASA-II da American Society of Anesthesiologists, sendo influenciada por fatores cirúrgicos e pelas instalações da unidade.

7.2. É realizada uma avaliação cuidadosa das comorbidades em todos os pacientes, com especial atenção às alergias, à apneia obstrutiva do sono ou outros distúrbios respiratórios, bem como às vias aéreas potencialmente difíceis e à capacidade funcional do paciente. Tal avaliação é particularmente relevante em pacientes obesos.

7.3. O peso máximo aceitável do paciente para qualquer instalação será determinado por fatores que incluem classificações mecânicas de equipamentos e acessórios para permitir manuseio manual seguro, cuidado do paciente e transporte dentro da instalação.

7.4. O procedimento/cirurgia a ser realizado deverá: ter um risco mínimo de hemorragia pós-operatória e de comprometimento pós-operatório das vias aéreas, ser receptivo à dor pós-operatória controlável por técnicas de manejo ambulatorial, permitir que os cuidados pós-operatórios sejam gerenciados pelo paciente e/ou um adulto responsável e quaisquer requisitos especiais de enfermagem pós-operatória atendidos por cirurgia diurna, estar associado a um rápido retorno à ingestão normal de líquidos e alimentos e ser agendado tendo em conta o período de recuperação previsto.

7.5. É fornecida uma área para os pacientes durante o segundo estágio de recuperação, antes da alta para casa, adequadamente supervisionada pela equipe de enfermagem e que possui acesso imediato a equipamentos de reanimação, incluindo oxigênio. Os pacientes só saem desta área para casa acompanhados por um adulto responsável (idade maior que 18 anos).

7.6. O planejamento e os preparativos para a alta ocorrem antes da admissão e são confirmados na admissão. Os seguintes critérios são satisfeitos antes dos pacientes receberem alta para casa: sinais vitais estáveis, estado de consciência semelhante aos níveis pré-anestésicos, nível de mobilidade semelhante aos níveis pré-anestésicos, com permissão para tipo de cirurgia e/ou técnicas de anestesia regional, controle da dor, náuseas, vômitos ou tonturas controláveis, tolerância a fluidos orais, sangramento mínimo ou drenagem da ferida, fornecimento de instruções escritas e verbais para todos os aspectos relevantes dos cuidados pós-anestésicos e cirúrgicos aos pacientes ou ao adulto acompanhante e aconselhamento sobre a retomada de outros medicamentos regulares.

7.7. A alta deverá ser realizada tanto por um médico anesthesiologista (alta anestésica) quanto por um membro da equipe médica que realizou o procedimento.

7.8. As orientações de alta devem ser repassadas ao paciente de forma clara e escrita, que o direcionem a contatos em caso de emergência.

7.9. O acesso de emergência (incluindo mecanismos de transferência de pacientes para outro estabelecimento de saúde, se necessário) está disponível, bem como o acesso de ambulância para ajudar na transferência para cuidados hospitalares de internação, quando necessário.



8. Gerenciamento do uso de medicamentos

Padrão:

Assegura a implementação de protocolos para a seleção, armazenamento, prescrição e administração segura de agentes farmacológicos anestésicos, analgésicos e adjuvantes, visando garantir a segurança do paciente e a eficácia do tratamento.

Requisitos:

- 8.1.** Um histórico medicamentoso completo, incluindo informações sobre alergias e outras reações adversas, é obtido explicitamente do paciente ou parente/cuidador, quando relevante, e/ou do registro clínico do paciente antes da administração de qualquer medicamento.
- 8.2.** Medicamentos para reanimação cardiopulmonar e para reversão de benzodiazepínicos e opióides, bem como uma variedade de equipamentos e fluidos intravenosos, estão disponíveis.
- 8.3.** O serviço de anestesiologia disponibiliza in loco para consulta, um protocolo de uso de medicamentos de emergência pediátrica para facilitar a dosagem precisa com base no peso ou tamanho.
- 8.4.** Existe uma diretriz ou protocolo para o monitoramento e antagonismo do bloqueio neuromuscular.
- 8.5.** O serviço de anestesiologia possui diretrizes para o gerenciamento de riscos de troca de medicamentos e para a segregação clara de medicamentos de diferentes concentrações, mas de apresentação física semelhante.

8.6. O serviço de anestesiologia possui processo de dupla checagem do descarte dos medicamentos de uso anestésico, com evidência em prontuário.

8.7. O serviço de anestesiologia possui diretrizes de segregação de eletrolitos concentrados dos demais medicamentos disponíveis.

8.8. As gavetas de medicamentos anestésicos e o espaço de trabalho são organizados de forma que facilitem seu uso seguro e minimizem o risco de administração incorreta de medicamentos.

8.9. Na administração de medicamentos analgésicos ou soluções de anestésicos locais através de cateter. Os cateteres ou conjuntos de administração utilizados para manutenção contínua são rotulados de modo a serem inequivocamente identificáveis.

8.10. Quando da utilização de bombas de infusão específicas para analgesia regional, a taxa máxima de infusão e a máxima dose em *bolus* que pode ser administrada pela bomba são definidas de acordo com os limites de dosagem específicos para cada paciente.

8.11. O Serviço de anestesiologia possui processo de descarte adequado de medicamentos em ampolas e seringas parcialmente utilizadas, após a conclusão do registro anestésico.

8.12. O descarte de medicamentos com potencial para desvio e abuso, como opioides, benzodiazepínicos e propofol, é feito de maneira a minimizar esse risco. Isto é controlado e documentado de acordo com os requisitos legais.

8.13. Os dispositivos de infusão usados para administração de medicação intravenosa são reconhecidamente diferentes daqueles usados para administração contínua de anestésicos locais.

8.14. Frascos já abertos de agentes anestésicos voláteis são armazenados de forma controlada e segura e são rotulados com a data de abertura.

8.15. A indicação e a escolha da profilaxia antibiótica estão de acordo com as diretrizes locais de profilaxia cirúrgica e terapêutica. O anestesiologista é diretamente responsável pelo tempo adequado da administração do antibiótico antes da incisão cirúrgica, assim como a periodicidade de administrações subsequentes durante os procedimentos cirúrgicos de maior duração, conforme protocolo institucional.



9. Gerenciamento do uso de hemocomponentes e hemoderivados

Padrão:

Assegura a implementação de protocolos para a seleção, armazenamento e administração segura de produtos sanguíneos, garantindo a disponibilidade adequada e a utilização eficaz durante procedimentos anestésicos, reduzindo o risco de reações transfusionais.

Requisitos:

9.1. A avaliação do paciente é realizada antes do uso de hemocomponentes, através do exame físico, da revisão de registros médicos anteriores, revisão dos resultados dos testes laboratoriais e entrevista com o paciente ou família para identificar transfusão de sangue prévia, história de coagulopatia induzida por medicamentos ou congênita, história de eventos trombóticos e fatores de risco para isquemia de órgãos.

9.2. Protocolos ou algoritmos de reserva cirúrgica e transfusão são empregados para racionalizar o uso de hemocomponentes e hemoderivados. Diretrizes de transfusão maciça são utilizadas para otimizar a entrega de hemoderivados a pacientes com sangramento intenso.

9.3. Durante e após a transfusão, o anesthesiologista verifica periodicamente os sinais vitais do paciente, na busca de reação transfusional. Em caso de evidência de sua ocorrência, a transfusão é interrompida imediatamente e o banco de sangue é notificado.

9.4. O registro em prontuário do horário de início e final de cada bolsa transfundida é realizado em sala operatória, para que seja possível o rastreamento de reações transfusionais.



10. Procedimentos anestésicos em populações especiais

Padrão:

Assegura a realização de procedimentos anestésicos em populações especiais, como obstétricas e pediátricas, através de uma abordagem personalizada para garantir a segurança e o bem-estar do paciente. Isso envolve uma avaliação minuciosa dos riscos e benefícios de diferentes técnicas anestésicas, a adaptação de doses e agentes anestésicos conforme a idade gestacional ou a idade da criança, e a atenção especial às necessidades fisiológicas e farmacocinéticas desses grupos específicos, para garantir resultados clínicos positivos e evitar complicações.

Requisitos:

10.1. O serviço de anestesiologia preconiza o acionamento da equipe da obstetrícia para o monitoramento da frequência cardíaca fetal antes e depois da administração de analgesia neuroaxial para trabalho de parto.

10.2. Existe um protocolo ou procedimento para o uso de nitroglicerina para relaxamento uterino.

10.3. A decisão de usar uma técnica anestésica específica para parto cesáreo é individualizada, com base em fatores de riscos anestésicos, obstétricos ou fetais, nas preferências da paciente e no julgamento do anestesista.

- 10.4.** As circunstâncias para a indicação da anestesia geral no parto estão formalmente definidas.
- 10.5.** Existe um protocolo ou procedimento de técnicas anestésicas para remoção de placenta retida.
- 10.6.** Existe um protocolo ou procedimento para o tratamento das possíveis complicações relacionadas ao parto, incluindo o atendimento à parada cardíaca e o manejo de emergências hemorrágicas.
- 10.7.** Equipamentos de anestesia estão prontamente disponíveis em todas as áreas onde as crianças são anestesiadas e recuperadas, adequados à faixa esperada de idades e tamanhos dos pacientes: equipamento para manejo das vias aéreas, monitores de dióxido de carbono e oxímetros de pulso, manguitos de pressão arterial de tamanhos múltiplos e apropriados, equipamento de acesso vascular, incluindo agulha intraóssea, dispositivos que permitem a administração rápida e precisa de fluidos e medicamentos, dispositivos de infusão para administração de anestesia intravenosa total para infusão controlada pediátrica, equipamentos que monitoram e minimizam a perda de calor do paciente e dispositivos de aquecimento de pacientes, dispositivos de ultrassom e de monitorização hemodinâmica invasiva para casos mais complexos.
- 10.8.** O controle climático e os equipamentos da sala cirúrgica estão projetados para atender às necessidades especiais de recém-nascidos, bebês e crianças pequenas.
- 10.9.** Medicamentos e equipamentos de reanimação, incluindo desfibriladores adequados à idade e tamanho do paciente, estão prontamente disponíveis em locais onde as crianças são anestesiadas.
- 10.10.** Diretrizes para uso de fluidos intravenosos em pacientes pediátricos estão disponíveis, assim como para o controle da glicemia.
- 10.11.** Anestesistas treinados e experientes no cuidado perioperatório de crianças são responsáveis por toda a duração da anestesia.
- 10.12.** Na RPA, todas as crianças são observadas individualmente até que recuperem o controle das vias aéreas, tenham observações estáveis e estejam acordadas.
- 10.13.** As orientações sobre analgesia aplicáveis a crianças estão prontamente disponíveis, incluindo protocolos para determinação do escore de dor, usando ferramentas validadas e apropriadas para a idade, e a dosagem de medicamentos opioides e não opioides de acordo com o peso,
- 10.14.** Sempre que possível, os pais acompanham o início do procedimento até a indução anestésica e, no pós-operatório, têm acesso imediato à sala de recuperação pós-anestésica. Quando isso não for viável, as crianças são reunidas com seus pais ou responsáveis o mais rápido possível.



11. Procedimentos de anestesia e sedação em laser, radiologia, tomografia, hemodinâmica e ressonância magnética

Padrão:

Assegura a realização de anestesia e sedação em procedimentos como laser, radiologia, tomografia, hemodinâmica e ressonância magnética, adaptando-se às necessidades específicas de cada procedimento e paciente para garantir a segurança e o conforto durante o exame ou intervenção.

Requisitos:

11.1. Quando no interior da sala de laser, radiologia, tomografia ou hemodinâmica, o anestesista utiliza a proteção individual indicada, como óculos com proteção, avental de chumbo e protetor de tireóide, posicionando-se o mais longe possível da área de radiação.

11.2. Existem diretrizes estabelecidas para os riscos e cuidados necessários sobre segurança no ambiente radiológico e de ressonância magnética, os efeitos nas capacidades de monitorização, os potenciais riscos para a saúde e as precauções necessárias.

11.3. O anesthesiologista comunica-se com o paciente, o médico solicitante e o radiologista para determinar se o paciente apresenta uma condição médica de alto risco, se requer equipamento específico ou se tem dispositivos implantados que apresentem risco.



12. Atendimento de emergência e manejo de via aérea difícil

Padrão:

Assegura a capacidade da equipe anestésica em reconhecer e responder prontamente a situações críticas, utilizando protocolos específicos e equipamentos adequados para garantir a estabilidade do paciente, a segurança e o sucesso na gestão de cenários de emergência.

Requisitos:

12.1. Existe um protocolo ou um plano de resposta a emergências clínicas em caso de deterioração clínica do paciente.

12.2. São asseguradas instalações e equipamentos adequados à idade e à condição dos pacientes, para que o suporte básico de vida seja mantido até a ajuda especializada, com equipamentos e medicamentos disponíveis.

12.3. Antagonistas farmacológicos para benzodiazepínicos e opioides, dispositivo de sucção, equipamento avançado para vias aéreas, dispositivo de ventilação com pressão positiva, desfibrilador e oxigênio suplementar estão disponíveis na sala de procedimento e em boas condições de funcionamento.

12.4. Existe um protocolo descrito e implantado para o manejo de via aérea difícil, que inclui recomendações para intubação traqueal, para extubação de via aérea difícil e para cuidados de acompanhamento.

12.5. Existe uma diretriz formal para a avaliação de riscos das vias aéreas.

12.6. A avaliação de riscos das vias aéreas é realizada, sempre que possível, e devidamente registrada, antes do início do procedimento anestésico e manejo das vias aéreas, para identificar fatores de risco que possam indicar o potencial para uma via aérea difícil.

12.7. A presença e a natureza da dificuldade de manejo das vias aéreas são documentadas no prontuário do paciente para orientar e facilitar a prestação de cuidados futuros. O paciente ou seu responsável é informado sobre a dificuldade encontrada nas vias aéreas para fornecer orientação e facilitação da prestação de cuidados futuros.

12.8. Existe um protocolo para a identificação precoce de sinais e sintomas e tratamento de intoxicação por anestésicos locais e hipertermia maligna, contemplando a disponibilidade imediata de materiais e fármacos para o tratamento de tais condições.





13. Transporte e transferência de responsabilidade durante a anestesia

Padrão:

Assegura um processo estruturado e documentado de transferência de cuidados e responsabilidades entre anesthesiologists during changes of shift, procedures or care locations, ensuring continuity and safety of care provided to the patient, through clear and precise communication of relevant information.

Requisitos:

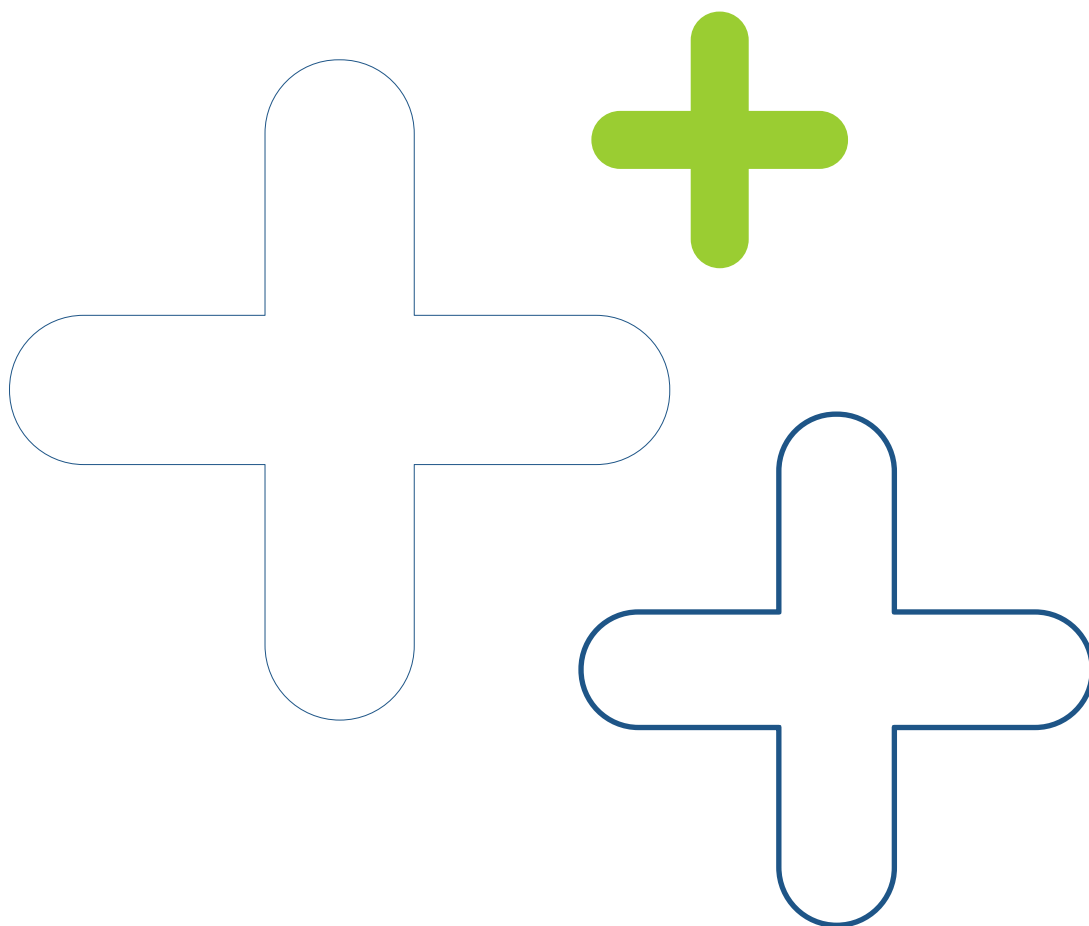
13.1. O anesthesiologista transfere a responsabilidade dos cuidados anestésicos a um anesthesiologista substituto apenas quando o estado do paciente é estável e não é provável que ocorram eventos adversos previstos, explicando e registrando os fatos relevantes para o manejo seguro do paciente.

13.2. O estado de saúde do paciente é revisado tendo em conta seu histórico e a condição atual, sendo registrada em prontuário uma descrição da técnica anestésica, incluindo medicamentos, linhas intravasculares, segurança das vias aéreas, manejo de fluidos, eventos indesejáveis e quaisquer problemas previsíveis, além dos planos para manejo intraoperatório e pós-operatório adicional.

13.3. O anesthesiologista é responsável pela seleção e uso de equipamentos de monitoramento apropriados para uso durante o transporte.

13.4. O anestesiológista realiza a transferência formal para pessoal devidamente treinado e qualificado na sala de recuperação (RPA) ou UTI, com instruções apropriadas sobre aspectos da cirurgia, e técnica anestésica, que incluem instruções relacionadas a questões específicas, como vias aéreas, dispositivos intravenosos, intra-arteriais ou epidurais, e infusões de medicamentos, sinais vitais de saída de sala e chegada na unidade de destino, bem como intercorrências durante o transporte.

13.5. O anestesiológista fornece orientações específicas sobre: observações clínicas e níveis de monitorização, alívio da dor, tratamento de complicações, particularmente náuseas e vômitos pós-operatórios, fluidoterapia, terapia respiratória, qualquer bloqueio anestésico regional residual, expectativas de alta da RPA e cuidados contínuos relacionados a questões de anestesia.





14. Cuidados pós-anestésicos e alta do paciente

Padrão:

Assegura a monitorização contínua do paciente durante o período de recuperação, garantindo a estabilidade fisiológica e o controle da dor, fornecendo orientações claras e individualizadas para o paciente e seus cuidadores sobre o autocuidado, sinais de alerta e medicamentos prescritos após a alta, visando promover uma transição segura para o ambiente domiciliar e a continuidade dos cuidados.

Requisitos:

14.1. Após a anestesia, o paciente é removido para a sala de recuperação pós-anestésica ou para unidade de terapia intensiva. Nos casos em que o paciente for encaminhado para a RPA, o médico anestesista responsável pelo procedimento anestésico acompanha o transporte.

14.2. O anesthesiologista responsável pelo procedimento anestésico registra na ficha anestésica todas as informações relevantes para a continuidade do atendimento do paciente na RPA.

14.3. Desde a admissão até o momento da alta na RPA, os pacientes permanecem monitorizados e avaliados clinicamente quanto a pressão arterial e batimentos cardíacos, ritmo cardíaco, respiração, estado de consciência, intensidade da dor, movimento de membros inferiores após anestesia do neuroeixo, controle da temperatura corporal, glicemia, hidratação e náuseas e vômitos, além da avaliação de drenos e sangramento.

14.4. Quando o paciente é removido para uma unidade de cuidados intensivos, o médico anestesio-
logista acompanha o transporte do paciente até o destino, transferindo-o aos cuidados do médico
plantonista, assegurando o registro das informações relevantes para a continuidade do atendimento.

14.5. A administração de oxigênio suplementar durante o transporte ou na sala de recuperação é
feita para pacientes com risco de hipoxemia.

14.6. A dignidade e a privacidade dos pacientes são respeitadas. Porém, os pacientes não são deixa-
dos sozinhos em áreas onde não possam ser constantemente observados.

14.7. Quando os pacientes precisam ser transportados para locais fora do centro cirúrgico, como
radiologia intervencionista, salas de procedimentos cardiovasculares, a transferência deve observar
as necessidades específicas para transporte de pacientes críticos.

14.8. Na RPA, estão disponíveis medicamentos para tratar a dor, náuseas e vômitos pós-opera-
tórios, bem como emergências respiratórias, neurológicas e cardiovasculares, incluindo parada
cardíaca e anafilaxia.

14.9. O serviço de anestesiologia verifica sistematicamente o funcionamento do sistema de
chamada de emergência na RPA e notifica a organização cliente para adequações quando ne-
cessário.

14.10. O manejo de pacientes agitados ou agressivos é apoiado por protocolos para administração de
medicamentos, contenção e assistência do pessoal de segurança, se necessário.

14.11. As prescrições pós-anestésicas de alta do paciente para áreas de internação levam em consi-
deração o procedimento cirúrgico e o tipo de anestesia e incluem duração e frequência de monitora-
mento, incluindo o monitoramento de apneia em neonatos.

14.12. Os critérios de alta para o domicílio do paciente incluem a possibilidade de controle da dor e da
náusea com medicamentos orais, estabilização dos sinais vitais há pelo menos 60 minutos, orienta-
ção no tempo e espaço, sangramento mínimo ou ausente, recuperação da capacidade de locomoção
de acordo com o procedimento realizado, ausência de sinais de retenção urinária, retorno da cogni-
ção aos níveis pré-procedimento.

14.13. Os pacientes são acompanhados e entregues aos cuidados de um adulto responsável a quem
são dadas instruções por escrito, incluindo orientações sobre alimentação, alívio da dor e retoma-
da das atividades normais, tomada de decisões e dirigir ou operar máquinas. O paciente ou adulto
responsável é orientado sobre a necessidade de comunicar-se imediatamente com a unidade am-
bulatorial, com o médico responsável ou com o anestesio-
logista caso ocorram náuseas e vômitos
importantes, prostração, febre, dor intensa ou hemorragia.

14.14. O registro de informações pós-anestésicas inclui, mas não se limita a: identificação do paciente, identificação do(s) anestesista(s) responsável(is), momento da admissão e da alta, registro da consciência, pressão arterial, frequência cardíaca, saturação periférica de oxigênio da hemoglobina, temperatura, atividade motora, intensidade da dor a intervalos não superiores a 15 (quinze) minutos na primeira hora de recuperação, 30 minutos na segunda hora e a cada hora a partir da terceira hora, plano para manejo da dor, soluções e fármacos administrados (horário, via e dose), incidentes ocorridos durante este período e a sua gestão, plano de alta incluindo destino na transferência do paciente, visitas pós-anestésicas e resultados clínicos.

14.15. Critérios de alta com utilização de escalas (tais como Aldrete) são avaliados com periodicidade determinada e validados pelo anestesiológico e enfermeiro no momento da alta. A alta da RPA é de responsabilidade médica do anestesiológico, sendo feita presencialmente, após avaliação do paciente e dos parâmetros evolutivos dos sinais vitais durante o período de recuperação.





15. Requisitos de excelência

Padrão:

Assegura a implementação de prática de excelência para melhorar continuamente a segurança e eficácia dos procedimentos anestésicos, promovendo uma abordagem centrada no paciente e aprimorando continuamente a qualidade dos cuidados prestados. Isso envolve a adesão estrita a padrões e diretrizes clínicas atualizadas, a busca da inovação e o cumprimento dos mais altos padrões de excelência na prática anestésica.

Requisitos:

15.1. A qualidade e a segurança são reconhecidas como áreas estratégicas do negócio.

15.2. O serviço assegura o gerenciamento de indicadores de sustentabilidade financeira.

15.3. O escopo da prática clínica para cada tipo de profissional está definido para o atendimento em anestesiologia. A determinação do escopo da prática clínica é um processo transparente no qual inclusões ou exclusões específicas são feitas de acordo com evidências da formação, experiência e desempenho do indivíduo.

15.4. O escopo da prática clínica de cada profissional é revisado regularmente e ajustado de acordo com as habilidades do anestesiológista e a capacidade e necessidades do serviço.

15.5. São realizadas auditorias clínicas regulares dos procedimentos de anestesia e sedação alinhadas às melhores práticas. Os resultados auditados são utilizados na melhoria contínua da qualidade do serviço.

15.6. Pesquisas sobre a experiência do paciente são aplicadas e centram-se em questões específicas que refletem as experiências e observações dos pacientes, tais como a experiência da dor ou tempo para fornecimento da analgesia, comunicação, alívio da ansiedade, consentimento informado, entre outras.

15.7. Estudos clínicos em anestesiologia são realizados e obedecem às boas práticas clínicas e requisitos legais, incluindo a submissão das pesquisas clínicas a um Comitê de Ética em Pesquisa.

15.8. As políticas e procedimentos institucionais para tratamento da dor perioperatória incluem, mas não estão limitados: a educação e treinamento para profissionais de saúde, monitoramento dos resultados dos pacientes, documentação das atividades de monitoramento, monitoramento dos resultados em nível institucional, disponibilidade de anestesistas 24 horas por dia para fornecimento de tratamento da dor perioperatória e uso de um serviço dedicado à dor aguda.

15.9. O serviço realiza o diagnóstico da qualidade de vida e bem-estar da equipe, de forma a estabelecer ações de melhoria voltadas aos resultados identificados.

15.10. São implementadas ações para reduzir o impacto ambiental dos procedimentos anestésicos, tais como a diminuição do consumo de vapor anestésico durante a anestesia inalatória, a preferência aos dispositivos médicos reutilizáveis em detrimento dos descartáveis, limitação do fluxo de gás fresco, escolha racional do anestésico inalatório, dentre outras, levando em consideração o mesmo benefício clínico para o paciente.

15.11. O serviço assegura diretrizes para a identificação de tendências de inovação, através da estruturação da inteligência de dados, time focado na discussão dos temas identificados e sistematização da implementação das iniciativas.

15.12. Define e gerencia as contratualizações com os setores de maior interface, tais como o laboratório.

15.13. Rótulos autoadesivos pré-impressos para aplicação em seringas são codificados por cores de acordo com a classe de medicamento e estão em conformidade com as melhores práticas.

Siglário

ASA I – pacientes sem transtornos orgânicos, fisiológicos, bioquímicos ou psicológicos. A enfermidade que necessita de intervenção é localizada e não gera transtornos sistêmicos.

ASA II – o paciente apresenta pequenos ou moderados transtornos gerais, seja pela enfermidade sob intervenção ou outra (ex.: enfermidade cardíaca leve, diabetes leve ou moderado, anemia, hipertensão compensada, idades extremas e obesidade).

CPAP: pressão positiva contínua das vias aéreas

PCMSO: Programa de Controle de Medicina e Saúde Ocupacional

PEEP: pressão expiratória final positiva

RPA: (sala de) recuperação pós-anestésica

SAV: suporte avançado de vida

SBV: suporte básico de vida

SRPA: sala de recuperação pós-anestésica

TDHA: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

TEA: transtorno do espectro do autismo

UTI: Unidade de Terapia Intensiva



Referências bibliográficas

American Society of Anesthesiologists. 2023 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Monitoring and Antagonism of Neuromuscular Blockade: A Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Neuromuscular Blockade. *Anesthesiology* 2023; 138:13–41.

American Society of Anesthesiologists. Practice Guidelines for Acute Pain Management in the Perioperative Setting. *Anesthesiology* 2012; 116:248–73.

American Society of Anesthesiologists. Practice Advisory on Anesthetic Care for Magnetic Resonance Imaging. *Anesthesiology* 2015; 122:495–520.

American Society of Anesthesiologists. Basic Standards for Preanesthesia Care Committee of Origin: Standards and Practice Parameters. December 13, 2020.

American Society of Anesthesiologists. Greening the Operating Room and Perioperative Arena: Environmental Sustainability in Anesthesia Practice. 2023.

American Society of Anesthesiologists. Practice Guidelines for Moderate Procedural Sedation and Analgesia 2018. *Anesthesiology* 2018; 128:437–79.

American Society of Anesthesiologists. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology* 2016; 124:270–300.

American Society of Anesthesiologists. Practice Guidelines for Perioperative Blood Management. *Anesthesiology* 2015; 122:241–75.

American Society of Anesthesiologists. Practice Guidelines for Postanesthetic Care. *Anesthesiology* 2013; 118:291–307.

American Society of Anesthesiologists. Practice Guidelines for the Perioperative Management of Patients with Obstructive Sleep Apnea. *Anesthesiology* 2014; 120:268–86.

American Society of Anesthesiologists. Practice Advisory for Intraoperative Awareness and Brain Function Monitoring. *Anesthesiology* 2006; 104:847–64.

American Society of Anesthesiologists. Practice Advisory for the Perioperative Management of Patients with Cardiac Implantable Electronic Devices: Pacemakers and Implantable Cardioverter-Defibrillators 2020. *Anesthesiology* 2020; 132:225–52.

American Society of Anesthesiologists. Practice Alert for the Perioperative Management of Patients with Coronary Artery Stents. *Anesthesiology* 2009; 110:22–3.

American Society of Anesthesiologists. Practice Guidelines for Perioperative Transesophageal Echocardiography. *Anesthesiology* 2010; 112:1084–96.

American Society of Anesthesiologists. Practice Advisory for Perioperative Visual Loss Associated with Spine Surgery 2019. *Anesthesiology* 2019; 130:12–30.

American Society of Anesthesiologists. Practice Guidelines for Central Venous Access 2020. *Anesthesiology* 2020; 132:8–43.

American Society of Anesthesiologists. Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology* 2012; 116:522–38.

American Society of Anesthesiologists. Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures. *Anesthesiology* 2017; 126:376–93.

American Society of Anesthesiologists Committee on Critical Care Medicine. Recommendations on preprocedural fasting in hospitalized patients who receive tube feeding. November, 2022.

American Society of Anesthesiologists. Practice Advisory for the Prevention and Management of Operating Room Fires. *Anesthesiology* 2013; 118:271–90.

American Society of Anesthesiologists. Practice Advisory for the Prevention of Perioperative Peripheral Neuropathies 2018. *Anesthesiology* 2018; 128:11–26.

American Society of Anesthesiologists. Practice Guidelines for the Prevention, Detection, and Management of Respiratory Depression Associated with Neuraxial Opioid Administration. *Anesthesiology* 2016; 124:535–52.

American Society of Anesthesiologists. Practice Advisory for the Prevention, Diagnosis, and Management of Infectious Complications Associated with Neuraxial Techniques. *Anesthesiology* 2017; 126:585–601.

American Society of Anesthesiologists. Practice Guidelines for Pulmonary Artery Catheterization. *Anesthesiology* 2003; 99:988–1014.

Apfelbaum, J. L. et al. American Society of Anesthesiologists. 2022 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway*. *Anesthesiology* 2022; 136:31–81.

Arens J. Practice parameters: some new, others under development or revision. ASA Newsletter. 1999;63:26–28.

ASA Committee on Quality Management & Departmental Administration Committee Work Product. Recommended Drug Concentrations for Select Anesthesia Drugs. December 2019.

Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA). Anaesthesia training program curriculum v1.12. December 2023.

Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA). PG03(A) Guideline for the management of major regional analgesia 2014.

Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA). PG06(A) Guideline on the anaesthesia record 2020.

Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA). PG07(A) Guideline on pre-anaesthesia consultation and patient preparation 2023.

Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA). PG09(G) Guideline on procedural sedation 2023.

Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA). PG15(POM) Guideline for the perioperative care of patients selected for day stay procedures 2018.

Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA). PG18(A) Guideline on monitoring during anaesthesia 2017.

Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA). PG27(A) Guideline for major extracorporeal perfusion 2015.

Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA). PG28(A) Guideline on infection control in anaesthesia 2015.

Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA). PG29(A) Guideline for the provision of anaesthesia care to children 2020.

Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA). PG31(A) Guideline on checking anaesthesia delivery systems 2014.

Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA). PG43(A) Guideline on fatigue risk management in anaesthesia practice 2020.

Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA). PG51(A) Guideline for the safe management and use of medications in anaesthesia 2021.

Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA). PG56(A) Guideline on equipment to manage difficult airways 2021.

Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA). PG58(A) Guideline on quality assurance and quality improvement in anaesthesia 2018.

Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA). PS02(A) Position statement on credentialing and defining the scope of clinical practice in anaesthesia 2020.

Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA). PS04(A) Position statement on the post-anaesthesia care unit 2020.

Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA). PS26(A) Position statement on informed consent for anaesthesia or sedation 2021.

Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA). PS41(G) Position statement on acute pain management 2023.

Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA). PS45(G) Position statement on patients' rights to pain management and associated responsibilities 2010.

Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA). PS53(A) Position statement on the handover responsibilities of the anaesthetist 2013.

Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA). PS54(A) Position statement on the minimum safety requirements for anaesthesia machines and workstations for clinical practice 2021.

Committee on Quality Management and Departmental Administration. ASA Standards and practice parameters. Statement on Pregnancy Testing Prior to Anesthesia and Surgery. October 13, 2021.

Conselho Federal de Medicina. . Parecer CFM nº 23/15. Exercício da Anestesiologia em centro cirúrgico com a participação de residente.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM no 1711 de 10/12/2003. Estabelece parâmetros de segurança que devem ser observados nas cirurgias de lipoaspiração, visando garantir ao paciente o direito de decisão pós-informada e aos médicos, os limites e critérios de execução.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº 1.720/2004. Estabelece os critérios para a realização de debridamentos e curativos cirúrgicos, sob anestesia geral ou sedação, em pacientes queimados.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº 1.886/2008 (Publicada no D.O.U. de 21 de novembro de 2008, Seção I, p. 271) Dispõe sobre as Normas Mínimas para o Funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.

Conselho Federal de Medicina. Resolução 1886/2008 Dispõe sobre as Normas Mínimas para o Funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.

Conselho Federal de Medicina. Resolução 2.174, de 14 de dezembro de 2017. Dispõe sobre a prática do ato anestésico e revoga a Resolução CFM nº 1.802/2006.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.147/2016. Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos.

Deiner et al. Adherence to recommended practices for perioperative anesthesia care for older adults among US anesthesiologists: results from the ASA Committee on Geriatric Anesthesia-Perioperative Brain Health Initiative ASA member survey. Perioperative Medicine (2020).

Duarte LTD, Duval Neto GF, Mendes FF, Duarte NMC. Projeto Diretrizes: Uso do Óxido Nitroso em Pediatria. Associação Médica Brasileira / Sociedade Brasileira de Anestesiologia. 30 de julho de 2012.

Eichhorn JH, Cooper JB, Cullen DJ, Maier WR, Philip JH, Seeman RG. Standards for patient monitoring during anesthesia at Harvard Medical School. JAMA. 1986;256:1017-1020.

Gaba DM. Anaesthesiology as a model for patient safety in health care. BMJ. 2000 Mar 18;320(7237):785-8.

Joshi, G.P. et al. American Society of Anesthesiologists. 2023 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Preoperative Fasting: Carbohydrate-containing Clear Liquids with or without Protein, Chewing Gum, and Pediatric Fasting Duration—A Modular Update of the 2017 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Preoperative Fasting. Anesthesiology 2023; 138:132-51.

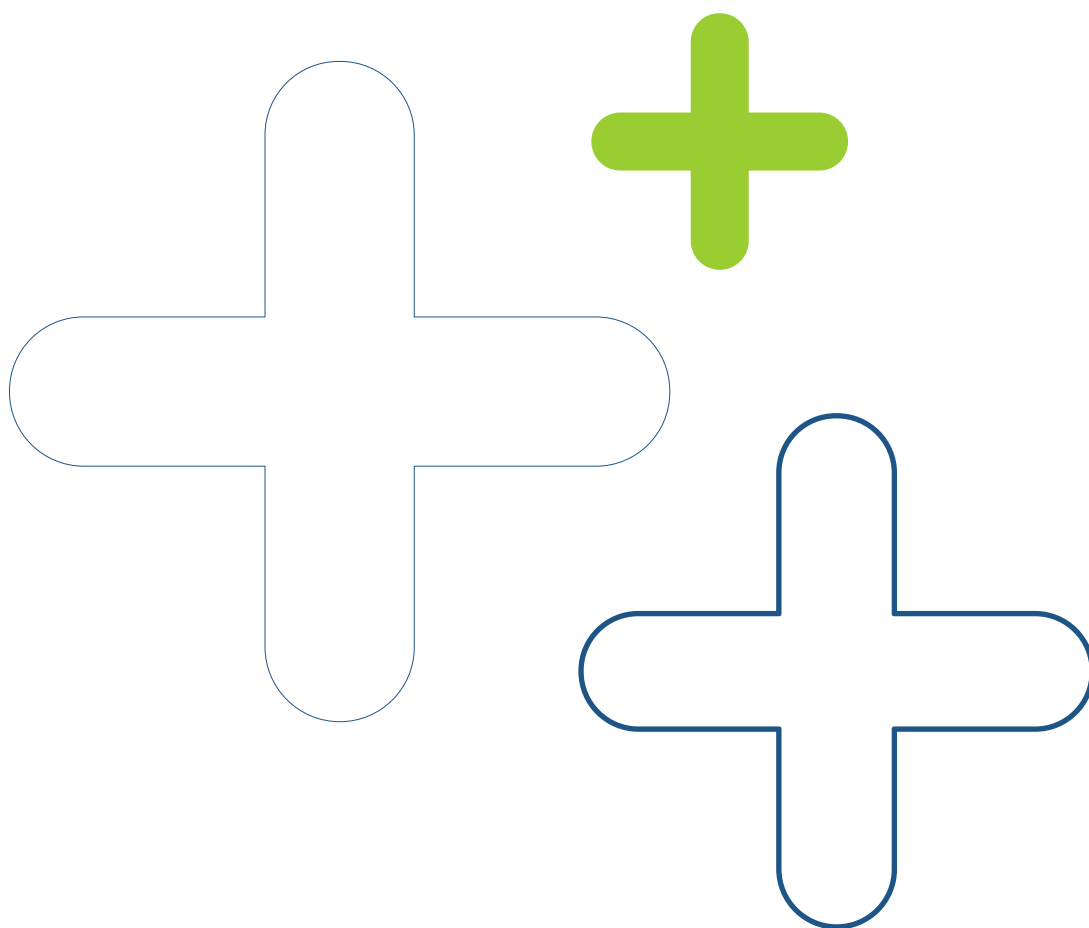
Leape LL. Error in medicine. JAMA. 1994;272:1851-1857.

Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Bem-estar ocupacional em anestesiologia / Editor: Gastão F. Duval Neto. Brasília: CFM, 2013. 476 p.

Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Greening the operating room. Elsevier España, S.L.U. Brazilian Journal of Anesthesiology 2024;74(1): 744464.

Warner, Mark A. MD; et al. Anesthesia Patient Safety: Next Steps to Improve Worldwide Perioperative Safety by 2030. Anesthesia & Analgesia 135(1):p 6-19, July 2022.

Zimmerman, J. American Society of Anesthesiologists. Committee Work Product on Diagnostic Point-of-Care Ultrasound.





grupoibes.com.br
atendimento@ibes.med.br
11 3675-5180
Avenida Queiroz Filho, 1700 Torre D
sala 313, São Paulo – SP | CEP: 05319-000