

Guia SAFEST:



101 Recomendações de Segurança do Doente no Período Perioperatório em português

Documento citável disponível em:

Arnal-Velasco D, Martinez-Nicolas I, Fabregas N, et al. Perioperative Patient Safety Recommendations: a European consensus study. Br J Anaesth. 2025 in press.

Nesta versão resumida as recomendações SAFEST de segurança do doente no perioperatório estão sinalizadas com símbolos que indicam a força da recomendação. Para recomendações fortes, como "recomendamos..." ou "os médicos devem...", a prática padronizada é sinalizada com "Recomendado". Para recomendações fracas, tais como "sugerimos..." ou "os médicos podem...", é utilizado o símbolo "Sugerido".

Além disso:

- As 10 recomendações mais bem classificadas em termos de importância estão assinaladas com o seguinte ícone: 
- As 10 recomendações mais bem classificadas, pelos representantes dos doentes, em termos de importância estão assinaladas com o ícone: 
- As 10 recomendações mais bem classificadas em termos de exequibilidade estão assinaladas com o seguinte ícone: 

PPSR ID	Linguagem técnica em português	Linguagem leiga em português	SAFEST SoR
PPSR-001	Encontra-se implementada uma estratégia clara e explícita para desenvolver uma cultura de segurança sólida, incluindo: 1. Reconhecimento que errar é humano; 2. Compromisso de discutir e aprender com os erros; 3. Identificação proativa de ameaças latentes; 4. Incorporação de sistemas não punitivos, justos e transparentes para reportar e analisar eventos adversos; 5. Comunicação aberta de eventos adversos aos doentes.	Existem métodos e atividades explícitas para desenvolver uma cultura de segurança sólida. Estes podem incluir: 1. Reconhecimento que errar é humano, 2. Compromisso de discutir e aprender com os erros, 3. Identificação proativa de potenciais riscos, 4. Utilização de sistemas não punitivos, justos e transparentes para reportar e analisar eventos adversos. 5. Os doentes são informados de quaisquer danos evitáveis.	Sugerido
PPSR-002	Registos, questionários, entrevistas e outras ferramentas proativas são implementadas para identificar e prevenir situações de lesões de alto risco no período perioperatório.	O hospital utiliza diferentes formas para identificar situações em que os doentes estão frequentemente em alto risco, antes, durante e após a cirurgia. Estas incluem manter registos, realizar questionários e outros métodos para prevenir os potenciais problemas.	Sugerido
PPSR-003	Os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados perioperatórios devem receber formação multidisciplinar inicial e de forma regular que promova a segurança do doente, trabalho em equipa, comunicação	Os profissionais de saúde envolvidos antes, durante e após a cirurgia recebem formação regularmente desde o início. Esta formação inclui como trabalhar em conjunto para manter os doentes seguros, como comunicar e ser	Sugerido

	efetiva, abertura, e competências no domínio de tecnologias.	aberto uns com os outros, e como utilizar corretamente o equipamento.	
PPSR-004 	Ao longo do processo de cuidados de saúde, especialmente nas fases do processo de admissão e de consentimento informado, a identidade do doente é confirmada através da verificação do seu nome completo, data de nascimento, número de utente (ou outro identificador único) e procedimento planeado, juntamente com o doente, responsável legal ou cuidador.	Ao longo do processo de cuidados de saúde, especialmente nas fases do processo de admissão e de consentimento informado, a identidade dos doentes é confirmada verificando o seu nome completo, data de nascimento, número de utente (ou outro identificador único) e o procedimento planeado, juntamente com o doente, responsável legal ou cuidador.	Sugerido
PPSR-005	Os departamentos perioperatórios monitorizam os indicadores-chave de qualidade relevantes para a sua atividade, utilizam-nos para planeamento de melhoria, e partilham-nos internamente, para facilitar a melhoria da qualidade.	Os departamentos envolvidos com cirurgia possuem indicadores-chave e partilham dados que apoiam a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde	Sugerido
PPSR-006 	O hospital realiza auditorias contínuas dos processos de cuidados de saúde, conformidade com as orientações, e resultados, que são partilhadas com toda a equipa multidisciplinar.	O hospital verifica regularmente se os cuidados de saúde prestados seguem as orientações e produzem bons resultados para os doentes. As conclusões são partilhadas com a equipa.	Recomendado
PPSR-007 	É realizada uma análise regular e sistemática de incidentes graves, eventos adversos e queixas, para aprendizagem e prevenção de recorrência destas situações. Os doentes também participam no processo e recebem informação de retorno transparente, em tempo útil.	O hospital examina regularmente e cuidadosamente as reclamações, acidentes e danos evitáveis, a fim de compreender o que aconteceu e evitar que se repitam. Os doentes também são envolvidos na identificação de potenciais problemas, e o hospital garante que eles recebem atualizações adequadas, pontuais e transparentes sobre as medidas tomadas para resolver a situação.	Sugerido
PPSR-008	Estão disponíveis ajudas cognitivas ou manuais para gerir cenários de crise	Lembretes ou manuais estão disponíveis em caso de emergência.	Sugerido
PPSR-009	Após um evento adverso grave, os profissionais de	Quando ocorre um dano grave e inesperado	Sugerido

P	saúde envolvidos devem receber apoio imediato, tanto prático como psicológico, conforme necessário, como parte de um programa de apoio à segunda vítima. Devem também ser convidados a participar na conversa ou processo de aprendizagem decorrente do evento adverso, o mais cedo possível.	decorrente da prestação de cuidados de saúde, os membros da equipa de cuidados de saúde que estão envolvidos também são afetados. Para ajudar a lidar com a situação, é importante dar-lhes apoio imediato, tanto prático como emocional (conhecido como "plano das segundas vítimas"). Devem também ser convidados o mais cedo possível a conversar sobre o ocorrido e partilhar o que aprenderam com a experiência.	
PPSR-010	O hospital estabeleceu procedimentos para reuniões multidisciplinares de morbilidade e mortalidade.	O hospital tem um plano para que a equipa clínica se reúna e discuta os casos de doentes que sofreram complicações ou faleceram durante os seus cuidados de saúde.	Sugerido
PPSR-011	Os hospitais aprovaram documentação que determina o número adequado de profissionais para as equipas cirúrgicas, incluindo planos de contingência para evitar falta de pessoal. São realizadas revisões anuais para verificar o cumprimento dos padrões.	Os hospitais estabeleceram planos para determinar quantas pessoas devem fazer parte de uma equipa cirúrgica para garantir a segurança de todos. Também têm planos de emergência caso a equipa esteja com falta de pessoal. A verificação do cumprimento desses planos é realizada anualmente.	Sugerido
PPSR-012	Na cirurgia de alto risco, os cuidados de saúde no bloco operatório devem ser prestados por uma equipa cirúrgica que inclua, no mínimo, um anestesista, um cirurgião e um enfermeiro do bloco operatório.	No caso de cirurgias ou de doentes com elevado risco de complicações, deverá estar presente no bloco operatório uma equipa cirúrgica completa. Esta equipa deve ser constituída, no mínimo, por um anestesista, um cirurgião e um enfermeiro com formação específica para trabalhar no bloco operatório.	Sugerido
PPSR-013	Em todos os locais onde são efetuadas anestésias, deve estar presente um assistente de anestesia especializado (como por exemplo: enfermeiro anestésista, ou equivalente) disponível em	Em todos os locais onde é administrada anestesia, há sempre alguém disponível com formação especializada para ajudar o anestésista, como por exemplo um enfermeiro anestésista. Mesmo que	Sugerido

	caso de necessidade, mesmo que o procedimento anestésico esteja a ser realizado por um anestesista.	seja o anestesista a administrar diretamente a anestesia, há sempre um assistente a apoiar.	
PPSR-014	As instalações de recuperação, como a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) e as enfermarias cirúrgicas, têm um número suficiente de enfermeiros com formação avançada em tratamento da dor, bem como apoio anestésico e cirúrgico adequado, incluindo serviços especializados em medicina da dor, até que os doentes cumpram os critérios de alta definidos.	As instalações de recuperação (como unidades de cuidados intensivos, unidades de cuidados de saúde pós-anestésicos e enfermarias pós-operatórias) devem contar com membros suficientes da equipa de profissionais de saúde, como enfermeiros especializados na gestão da dor, até que o doente esteja suficientemente recuperado para receber alta hospitalar.	Sugerido
PPSR-015	O seguinte equipamento está disponível em todos os locais onde a anestesia é administrada. Mesmo em procedimentos de sedação consciente, o equipamento mencionado está disponível caso seja necessário alterar para anestesia geral devido a um evento inesperado: 1. Eletrocardiograma contínuo; 2. Oxímetro; 3. Medidor de pressão arterial não invasiva; 4. Monitorização quantitativa do bloqueio neuromuscular para orientar a administração e reversão dos relaxantes musculares; 5. Medição da temperatura corporal do doente e equipamento para aquecimento; 6. Monitorização da profundidade anestésica; 7. Dispositivo para avaliação da pressão na via aérea sempre que a ventilação com pressão positiva for utilizada, com alarmes definidos para pressões que ultrapassem os limites (inferiores e superiores) de segurança estabelecidos;	Quando um doente necessita de anestesia ou sedação, todo o equipamento adequado deve estar disponível. Esse equipamento inclui, entre outros, um aparelho para monitorizar a atividade cardíaca, um aparelho para medir a quantidade de oxigénio no sangue, um aparelho para medir a pressão arterial, um aparelho para auxiliar o fluxo de ar dentro e fora dos pulmões, um aparelho de ultrassom e equipamentos para auxiliar na gestão da dor.	Sugerido

	8. Equipamentos de análise de gases (Oxigénio e agentes anestésicos inalatórios), capnografia; 9. Desfibriladores e <i>pacing</i> externo; 10. Equipamento para posicionamento; 11. Equipamento necessário para a administração de anestésicos não voláteis; 12. Bombas e seringas infusoras para medicamentos de alto risco, em quantidade suficiente; 13. Equipamento para abordagem de via aérea difícil, incluindo vídeo laringoscópio; 14. Aspiração por pressão negativa 15. Dispositivo de infusão rápida para a gestão de hemorragia maciça; 16. Ecógrafo para acesso vascular e anestesia regional; 17. Outro equipamento para anestesia regional, incluindo neuroestimulador.		
PPSR-016	A instituição dispõe de um laboratório e de testes de diagnóstico rápido (testes <i>point-of-care</i>) para avaliação de gases no sangue (gasometria), eletrólitos séricos, tempo de coagulação ativado, tromboelastografia e avaliação da função plaquetária (<i>platelet function assay</i>), de modo a permitir a gestão segura dos doentes durante os procedimentos cirúrgicos de elevado risco de hemorragia no bloco operatório.	Há sempre um laboratório próximo para realizar rapidamente testes sanguíneos do doente em caso de risco de sangramento durante a cirurgia. Os testes podem incluir diagnóstico dos níveis químicos no sangue e capacidade de coagulação adequada do sangue.	Sugerido
PPSR-017 	É utilizada uma lista de verificação para avaliar diariamente o equipamento de anestesia. As verificações devem incluir fugas no circuito da máquina de anestesia e possíveis danos ou mau funcionamento dos dispositivos elétricos.	Diariamente, o equipamento de anestesia é verificado utilizando uma lista de verificação para garantir o correto funcionamento do circuito respiratório e dos componentes elétricos.	Sugerido

PPSR-018 	Na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), deve estar disponível um número mínimo de: 1. Instalações para lavagem das mãos; 2. Equipamentos e medicamentos, rapidamente acessíveis, para abordagem da via aérea, incluindo equipamentos para via aérea difícil; 3. Dispositivos para ventilação manual com oxigénio; 4. Oxímetro de pulso e capnógrafo; 5. Monitorização hemodinâmica básica; 6. Meios para medir a temperatura corporal; 7. Medicamentos de emergência e meios para administrá-los por via endovenosa ou inalatória; 8. Acesso imediato a um desfibrilhador.	A Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, onde o doente por norma se encontra em recuperação após a cirurgia, está equipada com vários dispositivos e equipamentos para ajudar a monitorizar e cuidar dos doentes após a cirurgia. Isso inclui, no mínimo, instalações para lavagem das mãos, equipamentos para gerir a via aérea e a respiração do doente, equipamentos para monitorizar o funcionamento do coração, a temperatura e a pressão arterial, medicamentos que possam ser necessários em caso de emergência e um aparelho que possa ajudar a reiniciar o coração caso ocorra uma paragem cardíaca.	Sugerido
PPSR-019 	O equipamento médico é inspecionado e mantido regularmente; o plano de substituição encontra-se predefinido e realizado em tempo útil	O equipamento médico é verificado regularmente e, se necessário, será substituído por novo equipamento oportunamente.	Sugerido
PPSR-020	Antes da cirurgia, a equipa multidisciplinar discute a melhor estratégia cirúrgica para as decisões terapêuticas difíceis e para os doentes com comorbilidades graves. Essa estratégia tem em conta o estado clínico do doente, as comorbilidades associadas, o risco de hemorragia e a experiência da equipa.	Antes da cirurgia, a equipa de médicos e profissionais de saúde reúne-se e discute a melhor abordagem cirúrgica para cirurgias difíceis e para os doentes com condições graves da saúde. A abordagem é escolhida tendo por base as condições clínicas do doente, o seu estado de saúde atual, o risco de perda de sangue e a experiência da equipa cirúrgica.	Sugerido
PPSR-021	Para garantir uma comunicação efetiva e minimizar os mal-entendidos no bloco operatório, a comunicação verbal é padronizada entre os membros da equipa. Isto pode ser alcançado evitando-se suposições e garantindo que todos os	Para evitar confusões e erros na sala de cirurgia, são utilizadas técnicas de comunicação explícitas e eficazes entre os membros da equipa. Como parte integrante destas técnicas, todos devem confirmar o entendimento do que foi dito.	Sugerido

	membros da equipa encerram explicitamente os ciclos de comunicação como parte da cultura de comunicação.		
PPSR-022	Encontra-se implementado um processo para reduzir barreiras à comunicação efetiva; estas podem incluir problemas de design de instalações, conversas irrelevantes, níveis de ruído, questões sociais (por exemplo, estatuto, hierarquia), distrações e interrupções.	Foi desenvolvido um plano para ajudar as pessoas a comunicarem melhor. Isso inclui remover obstáculos, tais como a configuração da sala, ruídos altos, conversas sobre assuntos irrelevantes, distrações e interrupções.	Sugerido
PPSR-023 	Encontra-se implementado um processo uniformizado de transferência de informação do doente entre indivíduos e equipas.	Foi implementado um plano para garantir que todos tenham toda a informação necessária sobre o doente quando os cuidados de saúde são transferidos para outra pessoa ou equipa.	Recomendado
PPSR-024  	É adotada e utilizada por toda a equipa cirúrgica uma Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial de Saúde (OMS), adaptada localmente, ou outra equivalente (por exemplo, SURPASS), aplicando ferramentas de auxílio à memória.	O hospital utiliza uma lista especial de verificação de segurança e ferramentas de apoio à memória para cirurgias, para garantir que todos os membros da equipa cirúrgica se lembram do que devem fazer para manter os doentes em segurança.	Recomendado
PPSR-025	Para dar resposta a preocupações de segurança, qualquer membro da equipa perioperatória pode solicitar uma pausa de segurança, que inclui identificar o problema, solicitar uma pausa e comunicar a preocupação, resolvendo o evento com uma resposta da equipa, discutindo durante o processo de reunião de avaliação (debriefing) e identificando oportunidades para melhorar os cuidados de saúde do doente.	Se algum elemento da equipa perioperatória estiver preocupado com a segurança do doente, pode pedir uma "pausa de segurança". Isto significa que há uma paragem e discussão da situação com todos os elementos da equipa para resolver o problema antes de continuar com a cirurgia. Após a cirurgia, há uma conversa sobre o que aconteceu e como podem melhorar da próxima vez.	Sugerido
PPSR-026	Os dados e informação clínica do doente devem ser continuamente registados e atualizados	Todas as informações importantes sobre a saúde e cuidados de saúde do doente são registadas em	Sugerido

	num formato padronizado, sejam escritos à mão ou eletronicamente, e estar disponíveis para consulta futura.	papel ou computador de forma clara e compreensível, para facilitar o entendimento e o acompanhamento, e estão disponíveis para cuidados de saúde de saúde futuros.	
PPSR-027 	Os doentes e os cuidadores recebem informações verbais e escritas, compreensíveis e personalizadas, no momento da alta. Esta informação é também fornecida aos cuidados de saúde primários e aos prestadores de serviços sociais da comunidade para assegurar a continuidade dos cuidados, com especial ênfase nas alterações e prescrições de medicamentos.	Quando os doentes têm alta do hospital, ser-lhes-á dada toda a informação de que necessitam, de fácil de compreensão e adaptada as suas necessidades. Esta informação será também fornecida a outros prestadores de cuidados de saúde (nomeadamente ao médico de família) e a quaisquer serviços sociais/comunitários que possam estar envolvidos nos seus cuidados. A parte mais importante desta informação será sobre o estado atual da medicação. O objetivo é assegurar que todas as pessoas envolvidas nos cuidados do doente estão informadas e que fica garantida a continuidade de cuidados.	Recomendado
PPSR-028	Os doentes, os seus cuidadores e familiares são envolvidos na sua própria segurança ao longo de todo o processo de cuidados de saúde. Os doentes recebem informações e orientações sobre como garantir a sua própria segurança.	Os doentes, os seus cuidadores e familiares são envolvidos na promoção da sua própria segurança durante o processo perioperatório. Os doentes recebem informações e orientações para garantir a sua própria segurança.	Sugerido
PPSR-029 	Os profissionais de saúde e os doentes são capacitados para implementar uma abordagem de tomada de decisão partilhada ao longo do processo de cuidados de saúde, considerando as preferências dos doentes. Este processo deve incluir a discussão pré-operatória de etapas e critérios de alta com os doentes, a discussão de riscos e benefícios, e a garantia de fornecimento de informação abrangente,	Os profissionais de saúde e os doentes são incentivados a tomar decisões partilhadas sobre o processo perioperatório com base nas preferências do doente e no equilíbrio entre riscos e benefícios, garantindo que as informações são discutidas, facilmente compreendidas e acessíveis aos doentes.	Sugerido

	compreensível para leigos e acessível aos doentes.		
PPSR-030	Está disponível um número de telefone em permanência 24 horas para os doentes utilizarem em caso de complicações no pós-operatório. Um profissional de saúde está sempre disponível para atender a chamada.	Existe um número de telefone para o qual os doentes podem ligar 24 horas por dia se tiverem problemas ou preocupações após a cirurgia. Estará sempre presente um profissional de saúde para atender o telefone e ajudar no que for necessário.	Sugerido
PPSR-031	Sistemas baseados em evidência são utilizados para identificar doentes cirúrgicos de risco elevado que necessitam de avaliação pré-operatória adicional, com base em: - Idade; - Comorbilidades; - Historial de medicação e alergias; - Tipo de cirurgia, incluindo risco de dor pós-operatória intensa; - Demência ou disfunção cognitiva; - Fragilidade; - Estado nutricional (todos os doentes submetidos a cirurgias <i>major</i> passam por uma triagem nutricional para melhorar qualquer desnutrição detetada antes da cirurgia); - Fatores relacionados com o estilo de vida; - Fatores psicológicos; - Estado funcional; - Dor crónica.	O hospital tem ferramentas para ajudar a identificar doentes que precisarão de maior atenção na avaliação pré-operatória. São utilizadas informações sobre idade, problemas de saúde adicionais, medicação e alergias, tipo de cirurgia, estado mental e psicológico, força corporal e estado físico, nutrição e hábitos de vida.	Sugerido
PPSR-032 	São aplicadas versões validadas de Escalas de Risco Cirúrgico que avaliam morbilidade e mortalidade, e os resultados são registados. Os resultados são partilhados com os doentes para facilitar a tomada de decisão conjunta.	O hospital utiliza ferramentas de avaliação para antecipar a ocorrência de problemas durante a cirurgia. A equipa de cuidados de saúde documenta estes resultados e partilha-os com os doentes. Isto ajuda os doentes e os médicos a tomar melhores decisões sobre se a cirurgia é ou não uma boa ideia.	Sugerido
PPSR-033	Doentes de alto risco são identificados pelo cirurgião e recebem prioridade no	Pessoas que apresentam elevado risco de complicações durante a cirurgia são identificadas	Sugerido

	agendamento da cirurgia. No caso de doentes em situação grave, é feito o planeamento para a admissão pré-operatória, a fim de estabilizar e otimizar o seu estado, se necessário.	pelo cirurgião e recebem prioridade no agendamento da cirurgia. Se alguém estiver muito doente, poderá ser internado no hospital para estabilizar ou otimizar o seu estado antes da cirurgia.	
PPSR-034 	Todos os doentes passam por uma avaliação inicial, seja presencialmente ou virtualmente, antes da anestesia, a fim de permitir a otimização do seu estado. Nos casos em que um período significativo decorreu entre a avaliação prévia e a data da cirurgia, é realizada uma nova avaliação.	Antes da pessoa receber uma anestesia, é realizada uma avaliação presencial ou virtual para verificar o seu estado de saúde e garantir que está o mais saudável possível antes da cirurgia. Essa avaliação é feita o mais cedo possível e é repetida se um período muito longo tiver passado desde a primeira avaliação.	Sugerido
PPSR-035	Estão estabelecidas políticas ou orientações pré-operatórias por escrito, incluindo, mas não limitadas a: - Otimização e gestão de medicação habitual; - Testes pré-operatórios e exames complementares; - Pedidos pré-operatórios para possíveis transfusões de sangue; - Programação de jejum pré-operatório.	Estão estabelecidas regras ou instruções por escrito para o período anterior à cirurgia de um doente. Estas regras incluem aspetos como a gestão de medicação regular do doente antes e depois da cirurgia, quais tipos de testes ou exames médicos precisam ser realizados antes da cirurgia, a previsão das necessidades do doente para transfusão de sangue durante a cirurgia e o momento em que o doente precisa parar de comer e beber antes da cirurgia.	Sugerido
PPSR-036	É realizada uma avaliação mais aprofundada e fornecido o tratamento adequado, caso as cirurgias eletivas possam ser adiadas, em determinadas situações clínicas, incluindo: síndrome coronário agudo em doentes agendados para cirurgia não cardíaca, acidente vascular cerebral extenso ou múltiplo e sintomas neurológicos graves, infeções ativas não relacionadas com a cirurgia planeada, tromboembolismo venoso agudo, anemia em doentes propostos para a cirurgias major e	Se alguém precisa de uma cirurgia eletiva (uma cirurgia que pode ser planeada), mas tem determinados problemas de saúde, a cirurgia pode ser adiada. O médico fará uma avaliação cuidadosa e decidirá se é melhor esperar e tratar os problemas de saúde primeiro. Alguns exemplos de problemas de saúde que podem causar um adiamento na cirurgia incluem doentes que tiveram recentemente um ataque cardíaco e precisam de uma cirurgia não cardíaca, que sofreram um AVC (Acidente Vascular	Recomendado

	descompensação de patologias crónicas.	Cerebral) ou outros problemas neurológicos, uma infeção que não está relacionada com cirurgia planeada, coágulos sanguíneos, anemia (nível baixo de ferro) ou uma doença crónica (de longo prazo) que está a piorar e que irão ter procedimento cirúrgico complexo.	
PPSR-037	Os fatores de risco pré-operatórios, como a cessação tabágica, redução de peso, e controlo de diabetes ou anemia, são otimizados sempre que possível nos cuidados de saúde primários.	Alguns doentes precisam de melhorar a sua saúde antes da cirurgia. Estes doentes receberão ajuda para parar de fumar, perder peso ou controlar melhor a diabetes ou anemia. Isto será feito principalmente pelo seu médico de família, se possível.	Sugerido
PPSR-038	A necessidade de acompanhamento no perioperatório por um membro da família, tradutor ou outro profissional de saúde é discutida e avaliada durante a visita pré-operatória. A decisão baseia-se nas preferências do doente e na exequibilidade.	Antes da cirurgia, a equipa de cuidados de saúde discute com os doentes se querem que alguém, como um familiar, um tradutor (no caso de haver barreira linguística) ou um profissional de saúde, os acompanhe durante a cirurgia e o período de recuperação da mesma. A equipa tem em consideração as preferências do doente e a possibilidade de haver alguém a acompanhar o doente durante esse período.	Sugerido
PPSR-039 	As orientações do ERAS - Enhanced Recovery After Surgery - nacionais ou internacionais são adaptadas localmente para cuidados de saúde pré-operatórios, intraoperatórios e pós-operatórios. São regularmente atualizadas e implementadas o mais cedo possível, quando apropriado (em alguns casos, antes do diagnóstico confirmado).	O hospital segue um conjunto especial de orientações que têm o nome de Recuperação Otimizada após a Cirurgia, que se concentram nos cuidados de saúde ideais antes, durante e após a cirurgia. Estas orientações são adaptadas localmente e atualizadas regularmente. São utilizadas o mais cedo possível, às vezes até mesmo antes do diagnóstico.	Sugerido
PPSR-040	O mesmo padrão de cuidados de saúde perioperatórios e <i>follow-up</i> está disponível para todos os doentes cirúrgicos de	Para todos os doentes que passam por cirurgia de ambulatório, o mesmo nível de cuidados de saúde operatórios e	Sugerido

	ambatório, independentemente do tipo de local de cuidados de saúde.	acompanhamento está disponível, independentemente do tipo de local de cuidados de saúde que frequentem.	
PPSR-041	Após a anestesia geral ou do neuroeixo, o doente é transportado para um local de recuperação ou permanece no bloco operatório até estar recuperado.	Após a cirurgia, os doentes que recebem anestesia geral ou anestesia neuraxial (ou seja, qualquer anestésico injetado à volta da medula espinal) são transportados em segurança para uma sala de recobro ou permanecem no bloco operatório até estarem completamente acordados.	Sugerido
PPSR-042	Os hospitais possuem protocolos implementados e atualizados, formação, e as instalações necessárias para gerir os cuidados pós-operatórios e resultados indesejados mais frequentes para cada tipo de cirurgia.	O hospital implementou um plano de como gerir os cuidados de saúde e os resultados indesejados após cirurgias. O plano inclui formação, instalações, e protocolos atualizados para todos os tipos de cirurgias que são realizadas.	Sugerido
PPSR-043	O risco de complicações respiratórias no pós-operatório é avaliado e registado no período pré-operatório. É implementada uma estratégia específica para prevenir estas complicações, incluindo fisioterapia pré-operatória.	Antes da cirurgia, o risco de ter problemas respiratórios no pós-cirurgia é avaliado, registado e é elaborado um plano de prevenção dessas complicações. Uma forma de prevenir os problemas respiratórios é fazer fisioterapia antes da cirurgia.	Sugerido
PPSR-044	Se o doente for submetido a uma cirurgia em ambatório sob anestesia geral ou regional, só terá alta depois de passar por uma avaliação exaustiva para garantir que preenche os critérios de alta. Será fornecido um plano de acompanhamento e um adulto responsável deve estar disponível para oferecer apoio durante as primeiras 24 horas após a alta.	Quando os doentes são submetidos a uma intervenção cirúrgica em ambatório, isto é que não precisam ficar internados, sob certos tipos de anestesia, são examinados para se certificar de que estão prontos para ir para casa. Antes de irem, ser-lhes-á dado um plano para os seus cuidados e alguém terá de estar com o doente nas primeiras 24 horas após a alta para se certificar de que tudo está bem.	Sugerido
PPSR-045 	As Unidades Cuidados Intensivos (ICU) estão prontamente disponíveis e abrangem uma série de medidas, incluindo:	Existem serviços especiais designados por "Cuidados intensivos" que estão sempre disponíveis. Estes incluem:	Sugerido

	-A utilização de um sistema de rastreio e de alerta para identificar doentes em risco; -Encaminhamento rápido para especialistas devidamente equipados; -Transferência atempada para a UCI, quando necessário; -Facilitação da alta e da reabilitação dos doentes dos cuidados intensivos.	- Identificação de doentes em risco de agravamento através de um sistema de alerta precoce. - Ligação rápida a especialistas que possuem o equipamento correto, se necessário. - Transferência imediata dos doentes para a unidade de cuidados intensivos, se necessário. - Permitir a melhoria física e a recuperação geral dos doentes para que possam sair assim que possível da unidade de cuidados intensivos.	
PPSR-046	A continuidade dos cuidados de saúde é assegurada através de protocolos estabelecidos em parcerias com prestadores de cuidados de saúde externos, de diferentes áreas essenciais, incluindo farmacêuticos clínicos, dietistas/nutricionistas, enfermeiros, fisioterapeutas, profissionais de saúde mental e assistentes sociais.	Existe um plano claro implementado para garantir a continuidade dos cuidados de saúde permitindo encaminhar os doentes para profissionais fora do hospital, tais como farmacêuticos, dietistas, enfermeiros especializados, fisioterapeutas, profissionais de saúde mental e assistentes sociais.	Sugerido
PPSR-047 	O programa de reabilitação é adaptado às necessidades e características individuais de cada doente, com ênfase específica na fisioterapia respiratória, quando necessário.	Quando um doente está a recuperar de uma lesão ou doença, o seu plano de reabilitação será desenvolvido de acordo com as suas necessidades específicas. Isto inclui garantir que recebe fisioterapia respiratória para melhorar a respiração, se necessário.	Recomendado
PPSR-048	Estão implementados protocolos para garantir uma gestão segura de medicamentos, incluindo o registo na admissão da medicação do doente em ambulatório, dos medicamentos utilizados pelos doentes durante a hospitalização, recursos tecnológicos (código de barras, prescrição eletrónica, automação farmacêutica, etc.), revisão	Estão implementados protocolos para garantir a gestão segura e eficaz dos medicamentos. Os protocolos incluem a elaboração e registo preciso dos medicamentos utilizados pelo doente durante o seu internamento hospitalar obtido com recurso a tecnologias como códigos de barras e pedidos informatizados para auxiliar na gestão de	Recomendado

	e gestão de stock, abastecimento, verificação de validade e acesso à equipa farmacêutica devidamente capacitada para lidar com qualquer escassez de medicamentos. O armazenamento de medicamentos encontra-se organizado tendo em conta as seguintes considerações de segurança: - Separar os medicamentos por nome genérico e embalagem; - Separar os medicamentos de alta vigilância, com separação sistemática de medicamentos para anestesia geral e anestesia neuroeixo/ bloqueios de nervos periféricos; - Fornecer recipientes ou divisórias separadoras para todos os medicamentos; - Rotular compartimentos de armazenamento; - Utilizar o método de inserção de letras maiúsculas (<i>tall man lettering</i>); - Utilizar os nomes genéricos e os nomes de marca; - Posicionar os recipientes de forma a que os rótulos sejam visíveis; - Evitar o armazenamento por ordem alfabética.	medicamentos, verifica datas de validade e possui uma equipa farmacêutica treinada para lidar com escassez de medicamentos. Os medicamentos são armazenados de forma a priorizar a segurança. Existem recipientes separados ou divisórias para os diferentes medicamentos. Os compartimentos de armazenamento são rotulados utilizando o método de inserção de letras maiúsculas (<i>tall man lettering</i>) e os medicamentos não são armazenados simplesmente de forma alfabética. Medicamentos de alta vigilância são também separados dos restantes medicamentos.	
PPSR-049 	Todos os profissionais envolvidos na prescrição, dispensa, preparação, administração e monitorização de medicação recebem a formação adequada e, se necessário, supervisão.	Todos os membros da equipa de cuidados de saúde envolvidos nos tratamentos medicamentosos recebem a formação adequada e supervisão, caso necessário.	Sugerido
PPSR-050 	Garantir a administração de medicamentos de acordo com os seguintes princípios de segurança: 1. As ordens verbais são minimizadas e padronizadas; 2. As alergias e potenciais interações são verificadas; a administração é registada;	A segurança da administração de medicação deve ser garantida evitando ordens verbais, sempre que possível. Caso sejam fornecidas ordens verbais, a linguagem deve ser clara. As alergias do doente e as interações medicamentosas devem ser verificadas, e a	Sugerido

	3. A identificação do doente, dose da medicação, via e horário de administração, concentração do medicamento e configuração da bomba infusora, caso seja utilizada, são verificados.	administração deve ser registada. A identificação do doente, a dose da medicação, o horário, a concentração e a forma de administração devem ser verificados. Se o doente utiliza uma bomba de infusão, a mesma deve também ser verificada.	
PPSR-051	São utilizados medicamentos pré-preparados, tais como seringas pré-cheias do medicamento administrado frequentemente em emergência, ampolas estéreis ou sacos pré-preparados (por exemplo, anestésico local em baixa dose misturado com soluções opióides para analgesia regional). Se indisponíveis, são utilizadas soluções padronizadas em concentrações hospitalares.	O hospital utiliza medicamentos pré-preparados, tais como seringas pré-cheias com medicamentos de emergência, ou sacos pré-preparados contendo uma mistura de medicamentos para alívio da dor. Para além disso, o hospital também utiliza ampolas estéreis, que são pequenos recipientes selados com medicamentos. Caso não tenham estes medicamentos pré-preparados, utilizam soluções preparadas internamente no hospital, seguindo um protocolo e dose definida.	Sugerido
PPSR-052 	A medicação administrada em perfusão e seringas é rotulada e codificada por cores de acordo com o esquema recomendado para anestesia. Preparações compostas realizadas fora do campo estéril são rotuladas de forma visível com informações de identificação do doente, os nomes e quantidades de todos os ingredientes, o nome ou iniciais da pessoa que preparou o composto, a data de preparação e a data e hora de validade.	A medicação administrada por meio de infusões ou injeções é rotulada com informação visível sobre a identificação do doente, o nome do medicamento, as quantidades de todos os ingredientes e quem o preparou. Os rótulos também incluem a data de preparação e a data de validade. A cor do rótulo segue um esquema padrão que ajuda os anestesiológicos a identificar facilmente diferentes medicamentos.	Sugerido
PPSR-053 	Os medicamentos com nomes semelhantes e aparências similares (conhecidos como <i>sound-alike</i> and <i>look-alike</i>) são evitados sempre que possível e armazenados separadamente de forma sistemática.	Os medicamentos com nomes semelhantes ou aparências semelhantes são evitados sempre que possível e são armazenados separadamente.	Sugerido
PPSR-054	São utilizados frascos ou dispositivos unidose para	Recipientes de medicamentos de uso	Sugerido

F	um único doente, descartando os medicamentos abertos ou preparados não utilizados, no fim dos procedimentos.	único são utilizados para apenas um doente, e qualquer medicamento não utilizado ou o restante de um recipiente aberto é descartado após o procedimento.	
PPSR-055	Sempre que se efetuam perfusões e bolus no neuroeixo são utilizadas as conexões específicas NR-Fit (ISO 80369-6) em vez de conectores Luer intravenosos	Quando os profissionais de saúde administram medicamentos diretamente na medula espinal, utilizam ligações especiais denominadas NR-Fit (ISO 80369-6). Estas ligações NR-Fit foram concebidas especificamente para que este tipo de procedimento seja mais seguro e menos suscetíveis de causar ligações erradas e administração acidental de medicamentos pela via errada.	Sugerido
PPSR-056	No hospital, está implementada uma estratégia de Gestão do Sangue do Doente (<i>Patient Blood Management</i> , PBM, na sigla em inglês) que envolve identificar procedimentos com risco de hemorragia moderado a elevado antes da cirurgia, utilizar medidas pré-operatórias e perioperatórias multidisciplinares para conservar o máximo possível de sangue do doente e implementar uma política de transfusão restritiva com base na condição clínica do doente, em vez de um limite fixo de hemoglobina.	O hospital possui um programa chamado Gestão do Sangue do Doente (<i>Patient Blood Management</i> , PBM, na sigla em inglês) para identificar procedimentos com risco de perda de sangue moderada a elevado antes da cirurgia. Uma equipa de especialistas trabalha em conjunto para utilizar métodos disponíveis para conservar sangue do doente antes e durante a cirurgia. Transfusões de sangue são administradas apenas quando necessário, com base na condição clínica do doente, em vez de depender apenas de um nível específico de hemoglobina.	Sugerido
PPSR-057 I P F	Estão implementados os seguintes protocolos para todos os doentes que recebem transfusão de sangue e produtos sanguíneos: 1. Identificação do doente; 2. Verificação dupla do tipo sanguíneo; 3. Tempo e local da transfusão; 4. Verificação do equipamento; 5. Procedimentos	Quando um doente recebe uma transfusão de sangue, certos protocolos devem ser seguidos. Os protocolos incluem: 1. Verificar a identidade e o tipo sanguíneo do doente. 2. Garantir que o equipamento é o correto e que o momento e o local da transfusão são apropriados. 3. Seguir os procedimentos administrativos para o	Sugerido

	administrativos para materiais, produtos sanguíneos e medicamentos; 6. Monitorização do doente; 7. Documentação do processo para garantir a rastreabilidade da transfusão; 8. Reporte de problemas relacionados com a transfusão; 9. O transporte e a distribuição de sangue e componentes sanguíneos em todas as etapas da cadeia de transfusão devem ser mantidos em condições que preservem a integridade do produto.	manuseamento de materiais, produtos sanguíneos e medicamentos. 4. Monitorizar de perto o doente durante a transfusão. 5. Registar adequadamente o processo para garantir que tudo é rastreável. 6. Reportar qualquer problema que surja durante a transfusão. 7. O sangue e os componentes sanguíneos devem ser transportados e distribuídos de maneira que se mantenham seguros e seja preservada a sua integridade.	
PPSR-058	Um protocolo multidisciplinar de transfusão maciça é adaptado e implementado localmente para permitir uma intervenção efetiva e rápida e a redução dos efeitos da hipovolemia e da coagulopatia.	O hospital tem um plano chamado "protocolo multidisciplinar de transfusão maciça" para auxiliar doentes que perderam grande quantidade de sangue. O plano ajuda médicos e enfermeiros a agir rapidamente e dá o tratamento adequado para evitar perda de sangue. Este plano deve ser adaptado às especificidades da instituição de saúde.	Sugerido
PPSR-059	Está definida uma divisão do espaço da sala do bloco operatório para facilitar a logística, a segurança e a esterilidade cirúrgica, dividindo a sala em quatro zonas: zona estéril, zona de circulação, zona de equipamentos móveis e zona de anestesia.	A sala do bloco operatório é dividida em quatro zonas para tornar as cirurgias mais seguras. As áreas são a zona estéril (onde a cirurgia é realizada), a zona de circulação para a movimentação das pessoas, a zona destinada aos equipamentos que podem ser movidos, e a zona destinada ao anestesiológico. Esta divisão contribui para melhorar a esterilidade e a segurança durante a cirurgia evitando infeções.	Sugerido
PPSR-060 	As áreas cirúrgicas são protegidas de contaminação ambiental devido a renovações ou outros trabalhos de infraestrutura.	As áreas cirúrgicas são protegidas de contaminação ambiental devido a renovações ou outros trabalhos de infraestrutura.	Sugerido

PPSR-061	Para prevenir a infeção do local cirúrgico (ILC), a equipa multidisciplinar implementa um conjunto de intervenções com procedimentos assépticos e profilaxia antibiótica. Isto inclui a administração de um antibiótico sistémico nos 120 minutos que precedem a incisão, em cirurgias de elevado risco para ILC e a utilização de uma solução de clorexidina à base de álcool para a preparação da pele. Durante a cirurgia, a equipa tem em conta a semivida do antibiótico e pode administrar uma segunda dose, mas evita prolongar a sua utilização após a conclusão do procedimento cirúrgico.	Para prevenir as infeções durante a cirurgia, a equipa cirúrgica tem um protocolo que é seguido. Nos casos de cirurgias com risco elevado de infeção, é administrado um antibiótico ao doente dentro de duas horas antes da cirurgia para diminuir o risco de infeção e a pele é preparada com uma solução alcoólica especial. Durante a cirurgia, a equipa pode administrar ao doente outra dose de antibiótico, mas deve interromper quando a cirurgia termina.	Recomendado
PPSR-062 	Todos os membros da equipa perioperatória seguem as recomendações no que respeita à higiene das mãos em cada passo indicado. Antes de colocar a bata e as luvas esterilizadas, a preparação das mãos para a cirurgia é efetuada esfregando-as com água e sabão antisséptico adequado ou com um gel à base de álcool.	Todos os membros da equipa perioperatória lavam as mãos seguindo orientações específicas para evitar a propagação de infeções. Antes de vestir a bata e luvas esterilizadas, lavam as mãos com água e sabão ou usam um desinfetante para as mãos à base de álcool.	Sugerido
PPSR-063	A glicemia no perioperatório é monitorizada em doentes diabéticos e não diabéticos submetidos a cirurgia, uma vez que níveis elevados de glicose no sangue podem aumentar o risco de infeção cirúrgica. Se necessário, a hiperglicemia é tratada com o objetivo de atingir níveis inferiores a 150-180 mg/dL (8,33-10 mM).	Os níveis de açúcar no sangue são controlados em doentes diabéticos e não diabéticos antes, durante e após a cirurgia. Se os níveis forem demasiado elevados, o doente é tratado para baixar os níveis de açúcar e assim reduzir o risco de infeção após a cirurgia. O objetivo é manter os níveis de açúcar no sangue dentro dos limites recomendados.	Recomendado
PPSR-064	Para minimizar o risco de infeção, as luvas esterilizadas são mudadas após a colocação dos campos cirúrgicos estéreis e antes de manusear os	Para prevenir a infeção durante a cirurgia, a equipa de profissionais de saúde muda as luvas esterilizadas quando tem de manusear implantes ou se as luvas	Sugerido

	implantes. Para além disso, as luvas são mudadas quando se verifica uma perfuração macroscópica.	tiverem algum orifício visível.	
PPSR-065	Antes de suturar feridas em cirurgias classificadas como limpas-contaminadas, contaminadas ou sujas, é utilizado um conjunto separado de instrumentos cirúrgicos.	Quando uma cirurgia envolve um risco acrescido de infeção porque o local ou parte do corpo não poder ser considerado estéril, é utilizado um conjunto separado de ferramentas para fechar a ferida após a conclusão da cirurgia. Isto reduz o risco de infeção.	Sugerido
PPSR-066 	É efetuada uma limpeza minuciosa no bloco operatório após uma cirurgia contaminada e antes de uma nova cirurgia, baseada nas normas nacionais ou internacionais adaptadas localmente.	Após uma cirurgia que envolva bactérias potencialmente nocivas ou outros germes, a sala de operações é muito bem limpa antes de serem efetuadas quaisquer outras cirurgias. O processo de limpeza segue regras específicas definidas pelas autoridades locais ou nacionais.	Sugerido
PPSR-067 	Durante a colocação de um cateter venoso central, são utilizadas técnicas assépticas rigorosas como a desinfeção das mãos, e precauções de barreira, incluindo a utilização de batas esterilizadas, luvas, toucas, máscaras que tapam a boca e o nariz, campos cirúrgicos de corpo inteiro e proteção ocular, para evitar infeções.	"Um cateter venoso central" é um tubo longo e fino que é inserido numa veia de grande calibre no nosso corpo, normalmente no pescoço, no peito ou na zona das virilhas. Quando um médico coloca um cateter venoso central, utiliza técnicas de desinfeção, como lavar as mãos e usar vestuário especial, como luvas, batas, máscaras e proteção ocular, para impedir que os germes entrem no corpo do doente e causem infeção.	Sugerido
PPSR-068	Os cateteres vasculares periféricos são colocados em condições de assepsia e diariamente é avaliada a presença de sinais de flebite.	"Um cateter vascular periférico" é um tubo fino e flexível que é inserido numa veia do braço, da mão ou do pé. Os cateteres venosos periféricos são inseridos com muito cuidado, seguindo orientações rigorosas de higiene. O local do cateter é verificado diariamente para detetar qualquer sinal de inflamação.	Sugerido
PPSR-069	Os cateteres vesicais não são utilizados por rotina.	Uma "sonda vesical" é um tubo fino e flexível que é	Sugerido

	Se existir indicação para colocação, esta deve ser feita em condições assépticas sendo as mesmas condições garantidas aquando da manutenção do cateter	inserido na bexiga através da uretra (o tubo que transporta a urina para fora do corpo) para drenar a urina. As sondas vesicais são utilizadas só em situações necessárias. Se forem utilizados, os médicos e as enfermeiras certificam-se de que tudo está limpo e esterilizado para evitar infeções.	
PPSR-070	Diariamente, são avaliadas as indicações clínicas para dispositivos invasivos, tais como cateteres venosos centrais, acessos periféricos, cateteres, sondas nasogástricas e drenos, para garantir que são imediatamente removidos quando já não são necessários.	Todos os dias, a equipa de profissionais de saúde verifica se os dispositivos médicos (como sondas ou cateteres) que se encontram no interior do corpo do doente ainda são necessários. Se já não forem necessários, são imediatamente removidos.	Recomendado
PPSR-071	Sempre que possível, a cirurgia é realizada utilizando técnicas minimamente invasivas para reduzir o tamanho da incisão e reduzir o risco de complicações.	Sempre que possível, com intuito de reduzir o risco de complicações, os cirurgiões utilizam técnicas menos invasivas que envolvem cortes mais pequenos na pele quando realizam uma cirurgia no abdómen.	Recomendado
PPSR-072	As definições de alarme são definidas especificamente para cada doente e procedimento.	Os alarmes são personalizados para cada doente, com base nas suas necessidades únicas e no tipo de cirurgia. Os alarmes ajudam a equipa de cuidados de saúde a controlar os sinais vitais do doente e a certificar-se de que tudo está a correr bem durante o procedimento.	Sugerido
PPSR-073	A profundidade da anestesia é monitorizada e mantida dentro dos limites recomendados para evitar o despertar intra-operatório e o delirium pós-operatório, especialmente quando se utiliza anestesia intravenosa total ou bloqueio neuromuscular.	Durante a cirurgia, os profissionais de saúde controlam atentamente até que ponto o doente está anestesiado dentro dos limites recomendados. Fazem-no para garantir que o doente não acorda durante a cirurgia ou que fica confuso e agitado após a cirurgia.	Recomendado
PPSR-074	Durante a anestesia geral, é implementada uma estratégia de ventilação protetora, que consiste num volume corrente de 6-	Durante a anestesia geral, é utilizada uma estratégia de ventilação protetora para manter os pulmões do doente em segurança. Isto	Sugerido

	8 ml/kg de peso ideal, na utilização individualizada de pressão expiratória final positiva (PEEP) tipicamente mantida acima de 5 cm H ₂ O e na aplicação de manobras de recrutamento.	inclui dar ao doente uma quantidade específica de ar em cada respiração, manter alguma pressão de ar nas vias respiratórias no final de cada respiração (conhecida como PEEP) e efetuar determinados exercícios (chamados manobras de recrutamento) para manter os pulmões a funcionar bem.	
PPSR-075	Monitorizar e manter a pressão de insuflação durante a laparoscopia ao nível mais baixo necessário para o pneumoperitонеu, seguindo as indicações do cirurgião principal. Os limites de pressão padrão para laparoscopia geralmente recomendados são 1.6-2.0 kPa (12-15 mmHg) para a pressão do pneumoperitонеu e 1.1-1.6 kPa (8-12 mmHg) para a pressão intra-abdominal durante a cirurgia. No entanto, estes limites de pressão podem variar consoante o estado do doente e o tipo de cirurgia que está a ser realizada, podendo ter de ser ajustados pelo cirurgião ou pelo anestesiologista.	Durante a laparoscopia, um procedimento para observar e realizar uma cirurgia no interior da barriga (abdómen) com uma câmara telescópica através de um pequeno corte na pele, a quantidade de ar bombeado para o abdómen é verificada e mantida ao nível mais baixo possível necessário para ter uma boa visão e espaço para trabalhar, dependendo do estado do doente ou do tipo de cirurgia.	Recomendado
PPSR-076	O Dantrolene está acessível nos 10 minutos após os primeiros sinais de hipertermia maligna (HM).	É importante que o medicamento Dantrolene esteja disponível, no prazo de 10 minutos, após os primeiros sinais de Hipertermia Maligna (uma reação grave à anestesia). Isto serve para garantir um tratamento rápido e evitar complicações graves.	Sugerido
PPSR-077	As estratégias cirúrgicas e anestésicas intraoperatórias são utilizadas para reduzir a incidência da síndrome de implantação de cimento.	Durante as cirurgias ortopédicas que envolvem a utilização de cimento ósseo, existe o risco de uma doença chamada da síndrome de implantação ósseo do cimento. Para reduzir este risco, as equipas cirúrgicas tomam várias medidas durante a cirurgia.	Sugerido
PPSR-078 	Para evitar a perda de instrumentos cirúrgicos, estão estabelecidos os	O hospital tem regras específicas para garantir que nada é deixado dentro	Sugerido

	seguintes procedimentos: 1. Definição de procedimentos nos quais a contagem não é necessária ou pode ser reduzida; 2. Orientações claras sobre que itens precisam de ser contados; 3. Definição de uma ordem específica e agrupamento para a contagem; 4. Estabelecimento de horários programados para realizar as contagens; 5. Implementação de medidas para minimizar ruídos, distrações e interrupções durante o processo de contagem; 6. Acções a empreender se houver uma inconsistência na contagem; 7. Utilização de rastreio radiológico e/ou tecnologias adicionais; 8. Comunicação de problemas.	do corpo de uma pessoa após a cirurgia (por exemplo, contando os materiais e instrumentos utilizados). As regras incluem: 1. Decidir quando é aceitável não fazer a contagem. 2. Decidir quais os instrumentos que precisam de ser contados. 3. Estabelecer a ordem e agrupamento da contagem. 4. Determinar quando contar os instrumentos. 5. Tentar manter a área calma e livre de interrupções durante a contagem dos instrumentos cirúrgicos. 6. Decidir o que fazer se os instrumentos contados não corresponderem. 7. Utilizar raios-X ou outras ferramentas para garantir que nada tenha sido deixado dentro do corpo da pessoa. 8. Reportar quaisquer problemas.	
PPSR-079	Para evitar o bloqueio residual e reduzir as complicações respiratórias, a reversão do bloqueio neuromuscular deve ser verificada através da obtenção de um rácio de TOF (<i>Train-of-Four</i>) maior ou igual a 0,9 no músculo adutor do polegar antes da extubação durante a alta anestésica.	Quando um doente recebe medicação para paralisar os músculos durante uma cirurgia, é importante garantir que os efeitos da medicação passam antes de retirar o tubo de respiração. Isto é verificado pelos profissionais de saúde através de uma estimulação elétrica denominada rácio de sequência de quatro (TOF), que mede a atividade muscular. O rácio TOF deve ser igual ou superior a 0,9, o que significa que os músculos estão novamente a começar a trabalhar. Isto é importante porque se o doente ainda estiver parcialmente paralisado quando o tubo de respiração for retirado, pode ter dificuldade em respirar sozinho e pode desenvolver complicações.	Recomendado
PPSR-080	O hospital definiu e implementou protocolos	Encontram-se implementados no hospital	Sugerido

	para doentes com risco mais elevado (por exemplo, obesidade, via aérea difícil ou diabetes mellitus) ou com requisitos adicionais, que incluem autoria clara, revisão e data de publicação, bem como supervisão de políticas governamentais.	protocolos específicos para doentes que estão em risco mais elevado (por exemplo, doentes com obesidade, via aérea difícil ou diabetes mellitus) ou que necessitam de atenção extra. Esses protocolos incluem informações sobre os autores dos protocolos, a data em que foram criados, as datas esperadas para revisão e políticas de supervisão.	
PPSR-081	Doentes com fratura da anca recebem tratamento cirúrgico o mais rapidamente possível, ou dentro de 36 horas a partir da admissão, se não houver contraindicação.	Se alguém fraturar a anca, é encaminhado para cirurgia o mais rapidamente possível, idealmente dentro de 36 horas após chegar ao hospital.	Sugerido
PPSR-082	Sistemas de monitorização e alerta devem ser estabelecidos desde a indicação cirúrgica para notificar prontamente a equipa responsável caso o estado de um doente a aguardar cirurgia se deteriore.	Deve existir um sistema para informar imediatamente a equipa hospitalar responsável se o estado de um doente que está a aguardar cirurgia piorar de forma repentina.	Recomendado
PPSR-083	O rastreio da depressão é efetuado no período pré e pós-operatório aos idosos e indivíduos com risco acrescido.	Nos períodos antes e depois da cirurgia, a equipa de profissionais de saúde verifica se os doentes idosos e os doentes em risco de depressão se sentem deprimidos.	Sugerido
PPSR-084 	A gestão perioperatória de doentes com fragilidade envolve uma coordenação multidisciplinar que inclui: 1. Serviços de terapia (intervenções físicas, nutricionais e neuropsicológicas); 2. Serviços sociais; 3. Equipa de gestão da alta; 4. Médicos de Geriatria ou de Medicinal Geral e Familiar com experiência em fragilidade.	Uma equipa de vários especialistas que trabalham em conjunto para cuidar de doentes idosos com fragilidade (ou seja, num estado de fraqueza, vulnerabilidade e diminuição da funcionalidade físico e/ou mental) no período antes, durante e após a cirurgia. Estas equipas incluem terapeutas, assistentes sociais e médicos com experiência em idosos com fragilidade.	Sugerido
PPSR-085	A gestão da terapêutica com anti-agregantes plaquetários no perioperatório tem por base o risco trombótico dos doentes, o risco de hemorragia durante o procedimento e deve ser	A medicação anticoagulante que previne a formação de coágulos sanguíneos é gerida antes, durante e após a cirurgia, de acordo com o risco de coagulação sanguínea e de hemorragia do doente	Sugerido

	suportada nas orientações clínicas atualizadas.	durante a cirurgia. A equipa de profissionais de saúde fundamenta as opções tendo por base as orientações clínicas atualizadas.	
PPSR-086	Para minimizar o risco de aspiração pulmonar durante a cirurgia, os doentes são aconselhados a cumprir as orientações de jejum recomendadas para líquidos claros e um mínimo de seis horas para a ingestão de alimentos sólidos antes do procedimento. No entanto, podem existir exceções com base na condição clínica específica do doente e no tipo de cirurgia a realizar.	Para reduzir o risco de aspiração accidental de alimentos ou líquidos durante a cirurgia, os doentes são aconselhados a evitar a ingestão de alimentos sólidos nas seis horas anteriores à cirurgia, embora possam ingerir líquidos até algumas horas antes da cirurgia. No entanto, podem existir exceções com base no estado de saúde do doente e no tipo de cirurgia a que vai ser submetido, pelo que os doentes devem falar sempre com o seu médico se tiverem quaisquer preocupações ou dúvidas sobre o jejum antes da cirurgia.	Sugerido
PPSR-087 	O hospital adota as precauções necessárias para evitar incêndios através da identificação de potenciais perigos, incluindo equipamento elétrico. São estabelecidas práticas de comunicação segura, medidas de prevenção, planos de evacuação e estratégias para combater os incêndios. Durante os procedimentos cirúrgicos que envolvem a via aérea do doente e um sistema de administração de gás, como as cirurgias que ocorrem acima do xifóide, são tomadas medidas especiais para evitar incêndios: -O cirurgião notifica o anesthesiologista antes de utilizar qualquer fonte de ignição perto do rosto, cabeça ou pescoço. -O anesthesiologista reduz o fornecimento de oxigénio ao mínimo necessário para evitar a hipóxia, confirma que é seguro ativar a fonte	Para prevenir incêndios durante os procedimentos cirúrgicos, a equipa de profissionais de saúde identifica as potenciais ameaças de incêndio, incluindo equipamento elétrico e estabelece planos de comunicação segura de prevenção e combate do incêndio, assim como de evacuação. Quando a cirurgia envolve a via aérea do doente e um sistema de distribuição de gás, o hospital adota determinadas medidas para evitar incêndios: -O cirurgião informa o profissional de anestesia antes de usar qualquer equipamento/técnica que possa causar uma faísca na área do rosto, cabeça ou pescoço do doente. -O profissional de anestesia reduz a quantidade de oxigénio fornecida ao doente para a menor quantidade possível, sem causar danos. -O profissional de anestesia espera alguns minutos e	Recomendado

	de ignição após alguns minutos de espera e remove qualquer mistura de gás anestésico acumulada antes de utilizar uma fonte de ignição num ambiente enriquecido com oxigénio ou na sua proximidade.	depois confirma que é seguro utilizar qualquer coisa que possa provocar uma faísca. -O profissional de anestesia remove qualquer mistura de gás de anestesia que se possa ter acumulado antes de utilizar qualquer equipamento/técnica que possa provocar uma faísca perto das áreas ricas em oxigénio.	
PPSR-088	As normas nacionais ou internacionais de gestão da via aérea difícil estão implementadas localmente. Estas normas incluem uma avaliação prévia dos riscos, a utilização de equipamento específico, estratégias de gestão e o registo do evento para situações futuras.	Quando é difícil estabelecer ou manter uma via respiratória aberta para ventilar corretamente os pulmões do doente durante a cirurgia, a equipa de anestesia segue as regras utilizadas a nível nacional ou internacional para gerir a situação. Estas regras incluem a avaliação do risco, a utilização de equipamento especial, a existência de um plano para gerir a situação e o registo do que aconteceu para que possam estar mais bem preparados e atuar em conformidade.	Sugerido
PPSR-089 	A avaliação, monitorização, prevenção e tratamento da toxicidade sistémica por anestésicos locais (LAST) é crucial. Para garantir uma intervenção atempada, devem estar rapidamente disponíveis os kits de emergência, emulsão lipídica a 20% e ajudas cognitivas para administração.	É importante avaliar, supervisionar, prevenir e tratar os efeitos tóxicos da anestesia local que podem afetar todo o corpo (denominada "toxicidade sistémica por anestesia local" ou LAST). Para garantir que os profissionais de saúde possam intervir rapidamente, se necessário, os kits de emergência devem estar facilmente acessíveis. Estes kits devem conter uma substância chamada emulsão lipídica a 20% que pode ajudar a reverter os efeitos tóxicos da anestesia, bem como instruções sobre a forma de a aplicar.	Sugerido
PPSR-090	É utilizada por rotina profilaxia multimodal para náuseas e vómitos de pós-operatório (NVPO) com base numa avaliação de risco, e são implementados	Após a cirurgia, os doentes podem sentir náuseas ou vomitar. Para prevenir esta situação a equipa de profissionais de saúde identifica os doentes com	Recomendado

	tratamentos de resgate com diferentes classes de antieméticos.	maior risco e utiliza uma combinação de métodos para reverter os sintomas. Se um doente tiver náuseas ou vômitos, são-lhe administrados diferentes tipos de medicamentos o mais atempadamente possível.	
PPSR-091	A hipotermia accidental perioperatória é prevenida através de monitorização contínua da temperatura corporal e do aquecimento ativo, de acordo com as orientações clínicas actualizadas.	Antes, durante e após a cirurgia, a temperatura corporal do doente é monitorizada de perto para garantir que se mantém dentro de um intervalo normal. Se a temperatura corporal do doente descer demasiado, são utilizadas medidas de aquecimento ativo para a fazer regressar a um nível normal.	Recomendado
PPSR-092 	Para reduzir o risco de tromboembolismo venoso (TEV), todos os doentes são avaliados quanto ao risco de TEV e recebem a profilaxia adequada com base nas orientações clínicas atualizadas. As medidas de profilaxia adequada incluem: - Profilaxia farmacológica e/ou mecânica para doentes e procedimentos com risco de TEV; -Continuação da profilaxia farmacológica no pós-operatório para doentes de risco elevado de TEV; -Medidas gerais de profilaxia, tais como deambulação precoce e hidratação para doentes com baixo risco de TEV; -Início diferido de Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM), de acordo com as orientações clínicas, após procedimento de anestesia regional ou procedimentos de risco elevado de hemorragia, se necessário.	Todos os doentes são monitorizados quanto ao risco de coágulos sanguíneos e, se necessário, é dado o tratamento adequado. A utilização de medicação e/ou dispositivos especiais para prevenir a formação de coágulos sanguíneos nos doentes de alto risco, são alguns dos tratamentos/procedimentos que podem ser utilizados. Os doentes são incentivados a efetuar marcha o mais precoce possível após a cirurgia e a beber muitos líquidos. A administração de medicação para prevenir coagulação sanguínea pode ser adiada se o doente tiver sido submetido a cirurgia com elevado risco de perda de sangue.	Recomendado
PPSR-093	Para reduzir a incidência de complicações no pós-operatório e diminuir o tempo de internamento hospitalar, a terapia hemodinâmica guiada por objetivos é utilizada para	Para reduzir o risco de complicações e o tempo de internamento após a cirurgia, os profissionais de saúde utilizam uma técnica denominada "terapia hemodinâmica direcionada	Recomendado

	evitar grandes flutuações da pressão arterial no período perioperatório. Em doentes de alto risco, esta abordagem pode envolver o uso de monitores de débito cardíaco para orientar a administração de volume e terapia inotrópica.	por meta". Isto significa que tentam manter a tensão arterial do doente estável durante a cirurgia, utilizando monitores especiais para medir a quantidade de sangue que o coração está a bombear e ajustando a quantidade de fluidos e medicamentos administrados ao doente.	
PPSR-094	Na área de recobro, os doentes estão sempre vigiados e nunca são deixados sozinhos, assegurando simultaneamente o respeito pela sua privacidade e dignidade.	Após a cirurgia, os doentes vão para um local chamado área de recobro. Aqui, haverá sempre alguém a acompanhá-los e a vigiá-los, pelo que nunca são deixados sozinhos. Ao mesmo tempo, a sua privacidade e dignidade são respeitadas.	Sugerido
PPSR-095	A ventilação não invasiva por Pressão Positiva ou a Pressão Positiva Contínua na via aérea é utilizada imediatamente após a extubação para doentes hipoxémicos em risco de desenvolver insuficiência respiratória aguda após cirurgia abdominal.	Em doentes com risco de problemas respiratórios após uma cirurgia abdominal, é utilizado um tratamento que envolve a aplicação de uma ligeira pressão nas vias respiratórias durante a respiração, logo após a remoção do tubo de respiração da anestesia. Este tratamento previne a dificuldade em respirar e outros problemas respiratórios graves.	Sugerido
PPSR-096	Estão implementados protocolos de controlo da dor, que incluem instrumentos validados de avaliação da dor, sendo periodicamente revistos e atualizados.	O hospital tem um plano para supervisionar e tratar a dor do doente após a cirurgia, o qual é regularmente atualizado e melhorado. São utilizadas ferramentas para ajudar a medir a dor.	Sugerido
PPSR-097	Num doente com suspeita de apneia do sono, a sua ventilação é monitorizada durante a noite quando recebe opioides por via intravenosa, mesmo se o tratamento com analgesia for controlado pelo doente.	Quando se suspeita que um doente tem problemas respiratórios durante o sono, a sua respiração será vigiada durante a noite enquanto lhe são administrados medicamentos para a dor semelhantes à morfina, mesmo que administrado por um sistema em que o doente controla a quantidade de medicamento que recebe,	Sugerido

		denominado analgesia controlada pelo doente.	
PPSR-098 	Nos casos em que não há preocupações quanto à integridade ou função do tracto gastrointestinal após a cirurgia abdominal, os doentes são avaliados quanto à segurança da deglutição e considerados para ingestão oral logo que possível nas primeiras 24 horas após a cirurgia.	Se um doente conseguir engolir sem problemas e se o seu sistema digestivo estiver a funcionar correctamente após uma cirurgia abdominal, é-lhe permitido comer ou beber logo que possível no primeiro dia após a cirurgia.	Recomendado
PPSR-099 	Para prevenir o delirium pós-operatório em cirurgias e em doentes associados a um risco elevado de desenvolvimento de perturbações cognitivas, é implementado um conjunto de estratégias que inclui: -Rastreio com instrumentos/questionários de diagnóstico; -Formação dos profissionais de saúde sobre o delirium no pós-operatório; -Intervenções não farmacológicas multidisciplinares e multimodais, como por exemplo a prática diária de atividade física, a reorientação cognitiva e a presença de um membro da família a acompanhar o doente (sempre que possível); -Melhoria da qualidade de sono através de protocolos não-farmacológicos de sono e higiene do sono; -Mobilização precoce e reabilitação física; -Adaptações para incapacidades sensoriais (por exemplo, visuais e auditivas); -Nutrição e reposição de fluidos; -Gestão da dor; -Utilização adequada da medicação; -Oxigenação adequada; -Prevenção da obstipação e da retenção urinária; -Minimizar a contenção do	O hospital tem um plano para prevenir a confusão e a desorientação - delirium - no pós-operatório em doentes com elevado risco de vir a desenvolver alterações do estado psicológico ou mental. Alguns componentes desse plano são: a utilização de ferramentas de diagnóstico para identificar os doentes com maior predisposição para desenvolvimento de alterações do estado psicológico ou mental, formação dos profissionais de saúde sobre o tema e a utilização de uma série de técnicas para ajudar na recuperação do doente. Os exercícios para aumentar a força muscular e a capacidade mental, intervenções para melhorar a qualidade de sono, atenção à nutrição e hidratação e gestão cuidadosa dos medicamentos são algumas das técnicas de intervenção que podem ser utilizadas para ajudar na recuperação do doente. Podem também ser utilizadas outras estratégias para uma recuperação precoce e bem-sucedida dos doentes.	Sugerido

	doente sempre que possível.		
PPSR-100 	A aplicação de medidas de precaução para evitar quedas em doentes com risco de queda não deve interferir com a mobilização precoce no pós-operatório; o risco de queda é avaliado na admissão e no pós-operatório.	São tomadas medidas para prevenir quedas em doentes com risco de queda, especialmente em doentes fragilizados. No entanto, estas medidas não devem impedir o doente de se movimentar após a cirurgia. O risco de queda é avaliado quando o doente chega ao hospital e durante a sua recuperação.	Sugerido
PPSR-101	As equipas de profissionais de saúde implementam intervenções com múltiplos componentes, incluindo a utilização de equipamento adequado, para prevenir e tratar úlceras de pressão, escaras, lesões oculares e lesões nervosas em doentes cirúrgicos durante todo o período perioperatório.	As equipas de profissionais de saúde estão a utilizar vários métodos para prevenir e tratar lesões causadas pela pressão exercida contra o corpo do doente, úlceras de pressão - escaras, lesões oculares e lesões nervosas em doentes submetidos a cirurgia. Isto inclui certificarem-se que utilizam o equipamento correto.	Sugerido