Processos	Risco/Falhas			Classificação de Risco (Prioridade de Risco=RPN (Risk Priority Number))				Análise e Avaliação do Risco		Tratamento do Risco		
		Causas	Consequências	Ocorrência(O)	Gravidade(S)	Detectação (D)	Classificação RPN RPN= S X O X D = Prioridade de Risco	Prioridade de Risco	Estratégia de Mitigação	Estratégias	Controle e monitorização do risco	Responsável
Solicitação de Anestesia	Falta de Informação Adequada na Solicitação	Comunicação deficiente entre cirurgião e anestesista. Falta de padronização no formulário de solicitação. Pressa ou negligência na coleta de informações clínicas.	Planejamento inadequado da anestesia. Aumento do risco de complicações intraoperatórias e pós-operatórias. Necessidade de intervenção ou adiamento do procedimento.	6	8	5	240	**Moderada**	**Implementação de um checklist padronizado na solicitação de anestesia.** Auditorias periódicas para verificar o cumprimento das solicitações. **Encontros de alinhamento pré-operatório em procedimentos de alto risco para procedimentos de maior risco.**	Utilização de formulários digitais com campos obrigatórios. Auditorias periódicas para verificar o cumprimento das solicitações. Treinamento regular para equipe cirúrgica sobre a importância das informações completas. Incentivar a comunicação direta entre cirurgião e anestesista em casos complexos.	Revisão sistemática das solicitações de anestesia. Monitoramento contínuo por meio de indicadores de qualidade e segurança. Relatórios mensais com feedback à equipe cirúrgica.	Coordenação da equipe anestésica para auditorias. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) para monitorização e controle do processo.
	Solicitação Tardia de Avaliação Pré-Anestésica	Planejamento inadequado da programação cirúrgica. Subestimação da importância da avaliação pré-anestésica. Mudanças de última hora no cronograma cirúrgico. Falta de protocolos institucionais claros quanto ao prazo para solicitação.	Redução do tempo disponível para avaliação e otimização clínica do paciente. Identificação tardia de comorbidades ou condições de alto risco. Aumento da probabilidade de adiamento ou cancelamento da cirurgia. Maior risco de complicações perioperatórias.	7	8	6	336	**Alta**	Implementação de protocolos claros que definam prazos mínimos para solicitação de avaliação pré-anestésica. Agendamento cirúrgico integrado com a equipe de anestesia para garantir tempo adequado de avaliação. Estabelecimento de critérios rigorosos para casos de urgência/emergência.	Utilização de sistemas eletrônicos de agendamento com alertas automáticos sobre prazos para solicitação de anestesia. Educação continuada das equipes cirúrgicas sobre a importância do tempo adequado para avaliação pré-anestésica. Auditoria de conformidade para monitorar prazos de solicitação.	Relatórios regulares sobre tempo médio de solicitação pré-anestésica. Revisão de casos de adiamento ou cancelamento devido à solicitação tardia. Indicadores de qualidade para monitorar o cumprimento dos prazos estabelecidos.	Cirurgião responsável pela solicitação de anestesia. Coordenação do Centro Cirúrgico para assegurar o cumprimento do cronograma. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) para monitoramento e implementação de ações corretivas.
	Indicação Inadequada do Nível de Complexidade Anestésica	Falta de conhecimento detalhado do cirurgião sobre as necessidades anestésicas específicas do procedimento. Ausência de critérios claros ou protocolos institucionais para indicação do nível de complexidade anestésica. Comunicação insuficiente entre cirurgião e anestesista no base de planejamento. Subestimação ou superestimação do risco cirúrgico e anestésico.	Subdimensionamento de recursos (ex.: equipe especializada, monitorização avançada, suporte ventilatório). Aumento do risco de complicações intraoperatórias e pós-operatórias devido à escolha inadequada da técnica anestésica. Prolongamento do tempo cirúrgico e recuperação prolongada. Necessidade de conversão de anestesia ou interrupção do procedimento.	5	8	6	240	**Moderada**	Implementação de protocolos e diretrizes institucionais que definam claramente os critérios para indicação do nível de complexidade anestésica. Comunicação direta entre cirurgião e anestesista antes de procedimentos de alta complexidade. Realização de discussões multidisciplinares em casos complexos.	Padronização do processo de solicitação de anestesia com inclusão do nível de complexidade recomendado. Treinamento contínuo das equipes cirúrgicas sobre critérios de indicação. Utilização de ferramentas eletrônicas com alertas para casos que requerem monitorização avançada ou equipe especializada.	Auditoria periódica das solicitações e do nível de complexidade indicado. Monitoramento de indicadores de desfechos adversos relacionados a indicações inadequadas. Feedback regular para equipes cirúrgicas e anestésicas sobre conformidade e resultados.	Cirurgião responsável pela solicitação inicial do nível de complexidade anestésica. Anestesiologista, que valida a complexidade durante a avaliação pré-anestésica. Coordenação do Centro Cirúrgico e Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) para auditoria e monitorização contínua.
	Comunicação Deficiente entre Cirurgião e Anestesista	Ausência de reuniões pré-operatórias ou discussões de casos complexos. Falta de protocolos institucionais que incentivem a comunicação estruturada entre as equipes. Uso inadequado ou incompleto de sistemas de registro e documentação clínica. Pressão de tempo e sobrecarga de trabalho, especialmente em dias de alta demanda.	Planejamento inadequado da anestesia e de manejo perioperatório. Falha na antecipação de complicações intraoperatórias, como perda congênita significativa ou necessidade de monitorização avançada. Aumento do risco de intercorrências ou adiamento do procedimento. Redução na segurança e qualidade do cuidado ao paciente.	6	7	5	210	**Moderada**	Implementação de reuniões regulares para discussão pré-operatória, especialmente em casos complexos. Utilização de checklists de comunicação obrigatória entre cirurgião e anestesista. Adoção a protocolos que exijam detalhamento das necessidades e riscos específicos de paciente e do procedimento.	Sistemas eletrônicos de prontuário com campos obrigatórios para registro de informações críticas. Incentivo à cultura de segurança com foco na comunicação interdisciplinar. Simulações e treinamentos conjuntos para fortalecer a comunicação e o trabalho em equipe.	Auditorias periódicas para verificar a frequência e qualidade das comunicações entre equipes. Indicadores de qualidade relacionados à ocorrência de eventos adversos atribuíveis à comunicação deficiente. Relatórios regulares com feedback às equipes sobre melhorias ou falhas identificadas	Cirurgião e anestesista, como principais responsáveis pela comunicação direta e detalhada. Coordenação do Centro Cirúrgico para garantir a implementação de protocolos e organização das reuniões pré-operatórias. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) para monitoramento e auditoria contínua do processo.
	Falha em Identificar Condições que Requerem Monitorização Especial	Avaliação pré-anestésica incompleta ou superficial. Falta de protocolos claros para triagem de pacientes com necessidades especiais (ex.: cardiopatia, distúrbios metabólicos). Ausência de informações clínicas relevantes fornecidas pelo cirurgião. Inexperiência ou falta de capacitação adequada da equipe médica na identificação de riscos de alto risco.	Subestimação do risco perioperatório, com ausência de monitorização adequada (ex.: capnografia, monitorização invasiva). Maior risco de complicações graves como arritmias, eventos isquêmicos ou insuficiência respiratória intraoperatória. Prolongamento da recuperação pós-operatória ou necessidade de intervenções emergenciais. Potencial aumento da morbimortalidade.	5	9	4	180	**Moderada**	Implementação de protocolos detalhados para a avaliação pré-anestésica, com critérios claros para monitorização avançada. Checklists obrigatórios para identificar condições que requerem monitorização especial (ex.: hipertensão severa, insuficiência renal, doenças neurológicas). Priorização periódica de treinamentos para anestesiologistas e equipe multidisciplinar sobre detecção precoce de fatores de risco.	Uso de ferramentas eletrônicas que estratifiquem automaticamente os pacientes de acordo com o risco. Revisão de prontuários e histórico médico de forma padronizada antes do procedimento. Realização de reuniões multidisciplinares para discussão de pacientes com alto risco antes de cirurgias complexas.	Auditorias regulares de avaliações pré-anestésicas para verificar conformidade com protocolos. Monitoramento contínuo de eventos adversos relacionados a falhas na monitorização especial. Relatórios mensais com análise de casos críticos e feedback para as equipes.	Anestesiologista responsável pela avaliação pré-anestésica. Cirurgião, que deve fornecer informações detalhadas sobre o paciente. Coordenação do Centro Cirúrgico e Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) para auditoria e revisão dos processos.
Agendamento da Cirurgia	Agendamento Incompatível com a Complexidade Anestésica	Falta de informações detalhadas sobre o paciente e o procedimento cirúrgico no momento do agendamento. Subestimação da complexidade do procedimento pelo cirurgião ou equipe de agendamento. Ausência de protocolos institucionais claros para classificação da complexidade anestésica. Comunicação insuficiente entre a equipe de agendamento, o cirurgião e o anestesiologista.	Falta de equipamentos ou monitorização adequados para o manejo anestésico (ex.: monitorização invasiva, anestesia regional guiada por ultrassom). Improvisação de técnicas anestésicas, aumentando o risco de complicações intraoperatórias. Necessidade de interrupção ou adiamento da cirurgia, com impacto na segurança do paciente e no fluxo cirúrgico. Maior probabilidade de desfechos adversos, incluindo eventos críticos como parada cardiorrespiratória.	6	8	5	240	**Moderada**	Implementação de protocolos institucionais para classificação da complexidade anestésica e cirúrgica. Checklists obrigatórios no agendamento para garantir a inclusão de informações relevantes, como: Tipo de procedimento. Comorbidades do paciente. Necessidade de monitorização ou suporte avançado. Revisão prévia do agendamento pela equipe de anestesia para estratégia do nível de complexidade.	Sistemas eletrônicos de agendamento com campos obrigatórios e alertas para casos de alta complexidade. Educação continuada para equipe de agendamento e cirurgiões sobre a importância do planejamento adequado. Revisão conjunta entre cirurgião e anestesista para cirurgias complexas.	Auditorias periódicas para avaliar a compatibilidade entre o nível de complexidade agendado e a execução do procedimento. Monitoramento contínuo de indicadores, como número de cirurgias adiadas ou complicações relacionadas à falta de recursos. Relatórios regulares com análise de falhas e feedback às equipes.	Cirurgião responsável por fornecer informações completas durante o agendamento. Equipe de agendamento, que deve garantir que o procedimento siga os protocolos estabelecidos. Anestesiologista, que valida a complexidade anestésica durante a avaliação pré-anestésica. Coordenação do Centro Cirúrgico e Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) para monitoramento contínuo.
	Falta de Tempo Adequado para Avaliação Pré-Anestésica	Agendamento cirúrgico com pouca antecedência, especialmente em casos eletivos. Alterações de última hora no cronograma cirúrgico. Subestimação da importância da avaliação pré-anestésica por parte da equipe cirúrgica ou administrativa. Falta de protocolos institucionais que estipulem prazos mínimos para a realização da avaliação.	Avaliação pré-anestésica superficial ou incompleta, com possível falha na identificação de comorbidades e riscos específicos. Falha na otimização clínica do paciente, como controle de doenças crônicas (hipertensão, diabetes) ou ajuste de medicações. Aumento do risco de complicações anestésicas e cirúrgicas durante o procedimento. Necessidade de adiamento ou cancelamento do procedimento, aleitando o fluxo cirúrgico e aumentando custos hospitalares.	7	8	5	280	**Moderada**	Estabelecimento de prazos mínimos para agendamento de cirurgias eletivas, garantindo tempo adequado para avaliação pré-anestésica. Criação de fluxos institucionais que priorizem a realização da avaliação pré-anestésica em tempo hábil. Reservar horários específicos para avaliações pré-operatórias de última hora em casos urgentes.	Implementação de sistemas de agendamento eletrônico com alertas sobre prazos mínimos para avaliação pré-anestésica. Realização de auditorias periódicas para garantir o cumprimento dos prazos estabelecidos. Educação continuada para equipes cirúrgicas e administrativas sobre a importância da avaliação pré-anestésica completa.	Monitoramento de indicadores como número de cirurgias adiadas devido à falta de avaliação pré-anestésica adequada. Relatórios regulares com análise de incidentes e feedback às equipes envolvidas. Feedback contínuo às equipes sobre a conformidade com os prazos institucionais.	Equipe administrativa responsável pelo agendamento cirúrgico. Cirurgiões, que devem garantir que as solicitações de avaliação pré-anestésica sejam feitas com antecedência suficiente. Anestesiologistas, que realizam a avaliação e sinalizam quando há tempo insuficiente para planejamento adequado. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que monitora e audita o cumprimento dos prazos.
	Alocação de Sala Cirúrgica sem Recursos Anestésicos Específicos	Falta de integração entre a equipe de agendamento cirúrgico e a equipe de anestesia. Ausência de protocolos claros para alocação de salas com base em necessidades anestésicas. Uso inadequado ou indisponibilidade de sistemas de gestão eletrônica para verificar os recursos disponíveis em cada sala. Planejamento inadequado em situações de alta demanda ou emergências.	Impossibilidade de realizar o procedimento com a técnica anestésica planejada (ex.: bloqueios regionais guiados por ultrassom ou monitorização invasiva). Atrasos no início do procedimento para reposicionar o paciente em outra sala ou buscar equipamentos necessários. Aumento do risco de complicações intraoperatórias devido à falta de monitorização ou suporte anestésico adequado. Necessidade de cancelamento ou adiamento da cirurgia, comprometendo a segurança do paciente e o fluxo cirúrgico.	5	8	4	160	**Moderada**	Estabelecimento de protocolos institucionais que vinculem a alocação de salas cirúrgicas às necessidades específicas de cada procedimento. Utilização de sistemas eletrônicos de gestão de salas e equipamentos, com verificação automatizada da disponibilidade de recursos. Treinamento das equipes de agendamento e logística para garantir alocação adequada.	Implementação de checklists obrigatórios antes do agendamento, verificando se a sala escolhida possui os recursos necessários. Revisão prévia de planejamento cirúrgico pelo anestesiologista para validação dos recursos disponíveis. Auditorias regulares para identificar falhas na alocação de salas e implementar melhorias.	Monitoramento contínuo de indicadores como atrasos e cancelamentos de cirurgias devido à falta de recursos anestésicos. Relatórios regulares com análise de incidentes e feedback às equipes envolvidas. Auditorias de conformidade com os protocolos de alocação de salas cirúrgicas.	Equipe administrativa de agendamento e logística do centro cirúrgico. Coordenação do Centro Cirúrgico, responsável por garantir a execução correta de salas e equipamentos. Anestesiologista, que valida a adequação dos recursos disponíveis antes do início do procedimento. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), responsável por monitorização e auditoria contínua.
	Ausência de Comunicação Prévia sobre Necessidades Específicas	Falta de um sistema estruturado para registro e compartilhamento de informações críticas entre cirurgiões e anestesiologistas. Omissão ou insuficiência de detalhes clínicos no momento da solicitação de anestesia. Ausência de reuniões ou discussões pré-operatórias em casos complexos. Falhas na implementação de protocolos institucionais de comunicação.	Planejamento anestésico inadequado, com falta de recursos ou monitorização específicos (ex.: via aérea difícil, alergias, comorbidades graves). Aumento do risco de complicações intraoperatórias, como instabilidade hemodinâmica ou eventos adversos anestésicos. Necessidade de mudanças de última hora no manejo anestésico, atrasando o início do procedimento. Adiamento ou cancelamento da cirurgia, prejudicando a segurança do paciente e o fluxo cirúrgico.	6	8	4	192	**Moderada**	Implementação de protocolos institucionais obrigatórios para registro e comunicação de informações críticas no agendamento. Checklists estruturados para inclusão de informações essenciais, como: Condições clínicas do paciente (ex.: via aérea difícil, doenças cardíacas). Necessidades específicas de monitorização ou equipamentos. Reuniões pré-operatórias obrigatórias para discussão de casos complexos.	Sistemas eletrônicos de agendamento com campos obrigatórios para informações críticas. Treinamento contínuo das equipes cirúrgicas e anestésicas para fortalecer a cultura de segurança e comunicação. Adoção de protocolos de comunicação direta em casos de risco elevado ou complexidade cirúrgica.	Auditorias periódicas das solicitações de anestesia para verificar a completude das informações. Monitoramento de indicadores como número de atrasos ou eventos adversos relacionados à ausência de informações prévias. Relatórios regulares com feedback para as equipes, destacando falhas de comunicação e oportunidades de melhoria.	Cirurgião, que deve fornecer informações completas sobre o paciente e o procedimento. Anestesiologista, que deve revisar e solicitar as informações necessárias e solicitar complementação quando necessário. Coordenação do Centro Cirúrgico, que garante o cumprimento dos protocolos e organiza reuniões pré-operatórias. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que realiza auditorias e monitora a conformidade dos processos.
	Falha no Planejamento de Casos de Emergência ou Urgência	Ausência de protocolos institucionais específicos para manejo de urgências e emergências. Falha na comunicação imediata entre as equipes cirúrgica e anestésica. Recursos humanos ou materiais insuficientes disponíveis no momento da emergência. Subestimação da gravidade do caso durante o agendamento ou priorização. Sobrecarga do centro cirúrgico, dificultando a alocação de salas e equipe adequadas.	Atraso no início do procedimento, aumentando o risco de desfechos adversos ao monte do paciente. Planejamento anestésico inadequado, com ausência de equipamentos ou monitorização essenciais (ex.: ventilatórios, monitorização invasiva). Risco aumentado de complicações intraoperatórias e pós-operatórias, devido à falta de otimização prévia do paciente ou suporte anestésico inadequado. Necessidade de improvisações e decisões subótimas, com impacto na segurança do paciente. Impacto no fluxo cirúrgico, gerando atrasos em outros procedimentos.	7	9	5	315	**Alta**	Implementação de protocolos institucionais específicos para manejo de emergências e urgências. Treinamento contínuo das equipes para atuação em situações de alta complexidade e urgência. Preparação prévia de salas cirúrgicas de emergência, com equipamentos e monitorização necessários. Escalonamento de equipes de prontidão (plantões de sobreaviso anestésico e cirúrgico).	Criação de um fluxo rápido de comunicação para emergências, com acionamento imediato do anestesiologista e da equipe cirúrgica. Alocação de recursos dedicados para emergências, como salas e equipamentos pré-preparados. Simulações regulares de emergências, para otimizar a resposta das equipes.	Auditorias pós-evento para revisar o manejo de casos de urgência/emergência e identificar falhas. Monitoramento contínuo de indicadores como tempo de resposta e número de complicações em cirurgias de emergência. Relatórios regulares com feedback para as equipes sobre a eficiência e segurança no manejo desses casos.	Cirurgião, que deve comunicar rapidamente a necessidade de intervenção emergencial. Anestesiologista, que deve garantir planejamento adequado com base nos recursos disponíveis e na condição do paciente. Coordenação do Centro Cirúrgico, responsável por garantir a disponibilidade de salas e recursos. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que monitora os processos e realiza auditorias para melhoria contínua.
Consulta Pré-Anestésica	Identificação Incompleta de Comorbidades ou Condições Clínicas	Coleta inadequada do histórico médico devido a entrevista superficial. Falta de prontuário médico completo ou atualizado. Paciente omite ou desconhece comorbidades importantes. Falha na solicitação ou interpretação de exames complementares relevantes. Pressão de tempo ou alta carga de trabalho no ambiente de consulta.	Planejamento inadequado da anestesia, com escolha incorreta de técnica ou monitorização insuficiente. Aumento do risco de complicações perioperatórias, como eventos cardiovasculares, respiratórios ou metabólicos. Necessidade de intervenção emergência intraoperatória, como manejo de crise hipertensiva ou descompensação respiratória. Adiamento ou cancelamento do procedimento, gerando impactos no fluxo cirúrgico e na segurança do paciente. Maior morbimortalidade perioperatória.	6	9	5	270	**Moderada**	Protocolos padronizados para a coleta do histórico médico e exame físico durante a consulta pré-anestésica. Checklist obrigatório para comorbidades e condições clínicas relevantes. Solicitação rotineira de exames complementares para pacientes de risco moderado a alto (ex.: ECG, exames de função pulmonar, testes de esforço). Integração de sistemas eletrônicos de prontuários para garantir acesso rápido a históricos de alergias documentados.	Treinamento contínuo dos anestesiologistas em técnicas de entrevista e estratificação de risco. Implementação de reuniões multidisciplinares para discussão de casos complexos antes da cirurgia. Revisão regular de casos adversos para identificar padrões e ajustar os processos de avaliação.	Auditorias periódicas das consultas pré-anestésicas para avaliar a completude das avaliações. Monitoramento de indicadores de qualidade, como taxas de eventos adversos relacionados a comorbidades não identificadas. Relatórios mensais com análise de falhas e feedback contínuo às equipes.	Anestesiologista, responsável pela avaliação detalhada do paciente. Cirurgião, que deve colaborar fornecendo informações adicionais sobre o paciente. Coordenação do Centro Cirúrgico, que deve assegurar tempo adequado para avaliação pré-anestésica. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que monitora e audita o processo de avaliação para garantir conformidade.
	Falha na Identificação de Alergias ou Reações Adversas a Medicamentos	Histórico médico incompleto ou superficial durante a consulta pré-anestésica. Paciente desconhece ou omite alergias ou reações adversas prévias. Falta de protocolos padronizados para investigação de alergias e reações adversas. Comunicação inadequada entre os profissionais de saúde ou ausência de registro eletrônico atualizado. Pressão de tempo durante a consulta pré-operatória.	Risco de reações alérgicas graves ou anafilaxia intraoperatória, com potencial de parada cardiorrespiratória. Interrupção do procedimento cirúrgico para manejo emergencial, aumentando a morbimortalidade do paciente. Atrasos no fluxo cirúrgico devido à necessidade de ajustes no plano anestésico ou intervenções imprevistas. Complicações pós-operatórias, como insuficiência respiratória ou choque anafilático. Comprometimento da segurança do paciente e aumento do risco legal para a equipe médica.	5	9	4	180	**Moderada**	Implementação de protocolos padronizados para coleta de informações sobre alergias e reações adversas durante a consulta pré-anestésica. Checklist obrigatório com campos específicos para alergias, reações prévias a medicamentos e intolerâncias. Educação do paciente sobre a importância de relatar alergias e reações adversas conhecidas. Integração de sistemas eletrônicos de prontuários para garantir acesso rápido a históricos de alergias documentados.	Treinamento da equipe anestésica e cirúrgica sobre a importância da identificação e manejo de alergias. Discussão multidisciplinar em casos de pacientes com histórico de reações adversas graves. Etiquetas de alerta no prontuário físico ou eletrônico para alergias críticas identificadas.	Auditorias periódicas das consultas pré-anestésicas para verificar a investigação de alergias. Monitoramento de eventos adversos relacionados a reações alérgicas ou anafilaxias intraoperatórias. Relatórios regulares com análise de falhas e implementação de ações corretivas.	Anestesiologista, que deve garantir a coleta detalhada de informações sobre alergias e reações adversas. Cirurgião, que deve colaborar fornecendo informações sobre reações adversas em procedimentos prévios. Coordenação do Centro Cirúrgico, para garantir tempo adequado para a avaliação pré-anestésica. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que monitora e audita os processos para garantir a conformidade.
	Subestimação do Risco Cardiovascular ou Respiratório	Avaliação pré-anestésica superficial ou incompleta. Falta de solicitação de exames complementares específicos (ex.: ECG, eco cardiograma, espirometria). Omissão de sintomas relevantes pelo paciente, como dispneia ou dor torácica. Falta de protocolos institucionais para estratificação de risco cardiovascular e respiratório. Inexperiência ou falta de atualização do profissional na avaliação de pacientes com comorbidades complexas.	Eventos adversos graves intraoperatórios, como infarto agudo do miocárdio, arritmias ou insuficiência respiratória. Descompensação hemodinâmica e respiratória, aumentando a morbimortalidade perioperatória. Maior necessidade de intervenções emergenciais, como suporte ventilatório ou uso de drogas vasoativas. Prolongamento da recuperação pós-operatória, com risco de internação em UTI. Adiamento ou cancelamento do procedimento após complicações, impactando o fluxo cirúrgico e a segurança do paciente.	6	9	4	216	**Moderada**	Implementação de protocolos de estratificação de risco cardiovascular e respiratório baseados em diretrizes clínicas. Solicitação rotineira de exames complementares para pacientes de risco moderado a alto (ex.: ECG, exames de função pulmonar, testes de esforço). Checklist padronizado para avaliação cardiovascular e respiratória, com base em sintomas, histórico e sinais clínicos. Educação continua da equipe médica sobre a importância da avaliação aprofundada e do uso de diretrizes atualizadas.	Treinamento contínuo em estratificação de risco perioperatório para anestesiologistas e equipe cirúrgica. Integração de sistemas eletrônicos para alertas automáticos baseados em histórico clínico e idade do paciente. Discussões multidisciplinares em pacientes com risco elevado para planejamento perioperatório adequado.	Auditorias regulares das avaliações pré-anestésicas para verificar a conformidade com protocolos de estratificação de risco. Monitoramento de indicadores como taxas de eventos adversos cardiovasculares ou respiratórios intraoperatórios. Relatórios periódicos com feedback às equipes sobre casos em que o risco foi subestimado e medidas corretivas.	Anestesiologista, responsável por realizar a avaliação de risco detalhada e solicitar exames complementares quando necessário. Cirurgião, que deve fornecer informações sobre o estado clínico do paciente e possíveis comorbidades. Coordenação do Centro Cirúrgico, que assegura tempo e recursos para a avaliação pré-anestésica adequada. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que monitora e audita os processos para garantir a conformidade com protocolos.
	Falta de Orientação Adequada ao Paciente sobre Jejum e Medicações	Comunicação insuficiente ou inadequada entre o anestesiologista e o paciente durante a consulta pré-anestésica. Falta de padronização nas orientações fornecidas, com omissão de informações críticas. Dificuldade do paciente em compreender ou lembrar as instruções, especialmente em casos de orientações verbais sem suporte escrito. Inexistência de material educativo padronizado (ex.: folhetos ou guias). Falhas no sistema de agendamento, que resultam em consultas pré-anestésicas feitas muito próximas à cirurgia, reduzindo o tempo para o paciente se preparar.	Risco de aspiração pulmonar durante a indução anestésica, devido ao não cumprimento do jejum pré-operatório. Descompensação hemodinâmica ou metabólica por interrupção inadequada ou manutenção de medicações (ex.: antihipertensivos, insulina, anticoagulantes). Adiamento ou cancelamento do procedimento cirúrgico, gerando impacto no fluxo cirúrgico e aumento dos custos operacionais. Aumento da ansiedade do paciente, devido à falta de clareza sobre o que é esperado antes da cirurgia. Complicações intraoperatórias e pós-operatórias, como instabilidade cardiovascular ou hipoglicemia.	7	8	4	224	**Moderada**	Padronização das orientações pré-operatórias, com checklist detalhado para jejum e uso de medicações. Fornecimento de orientações escritas ou digitais ao paciente, com linguagem clara e adequada ao nível de compreensão. Reforço das orientações por telefone ou dia anterior ao procedimento, especialmente para pacientes de alto risco. Educação continua da equipe para garantir uniformidade nas informações prestadas.	Implementação de sistemas eletrônicos que enviem automaticamente lembretes de jejum e medicações ao paciente. Treinamento regular dos profissionais sobre a importância das orientações pré-operatórias claras e consistentes. Utilização de materiais visuais (folhetos ou vídeos) para facilitar a compreensão do paciente.	Auditorias regulares das orientações fornecidas durante a consulta pré-anestésica, com análise de casos de falhas. Monitoramento de indicadores como taxas de adiamento ou cancelamento de cirurgias devido ao não cumprimento do jejum ou uso inadequado de medicações. Relatórios periódicos com feedback para as equipes e ações corretivas baseadas em incidentes reportados.	Anestesiologista, que deve garantir a clareza e completude das orientações durante a consulta pré-anestésica. Equipe de enfermagem, que pode reforçar as orientações no dia do procedimento. Coordenação do Centro Cirúrgico, responsável por garantir que as orientações padronizadas sejam implementadas. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que monitora e audita o processo para identificar falhas e implementar melhorias.

	Ausência de Discussão sobre Plano Anestésico e Consentimento Informado	Falta de tempo ou pressão de agenda, resultando em consultas pré-anestésicas apressadas. Ausência de protocolos institucionais que exijam a adoção formal do consentimento informado. Comunicação insuficiente entre anestesiologista e paciente sobre opções anestésicas, riscos e benefícios. Paciente não compreende completamente as informações fornecidas, devido a linguagem técnica ou falta de explicação detalhada. Negligência ou omissão do profissional em abordar o plano anestésico e obter o consentimento.	Risco legal e ético, pois a ausência de consentimento informado pode gerar litígios em caso de complicações. Aumento da ansiedade do paciente, devido à falta de clareza sobre o que esperar durante o procedimento anestésico. Insatisfação ou recusa do paciente em aceitar o plano anestésico ou da cirurgia, resultando em atrasos ou cancelamentos. Possibilidade de desfechos adversos, sem que o paciente tenha sido adequadamente informado sobre os riscos. Comprometimento da confiança entre paciente e equipe médica, impactando negativamente a experiência do paciente.	5	8	5	200	Moderada	Implementação de protocolos institucionais que exijam a discussão obrigatória do plano anestésico e a obtenção do consentimento informado por escrito. Padronização de documentos de consentimento, com linguagem acessível, destacando os riscos, benefícios e alternativas. Educação do paciente sobre o plano anestésico durante a consulta pré-anestésica, utilizando materiais visuais e digitais, quando necessário. Verificação de entendimento do paciente, com espaço para dúvidas e confirmação verbal antes da assinatura do consentimento.	Capacitação contínua dos anestesiologistas sobre a importância do consentimento informado e as melhores práticas de comunicação com o paciente. Auditoria regular do preenchimento dos consentimentos, com feedback para os profissionais. Utilização de sistemas eletrônicos que assinalem a ausência de consentimento antes da cirurgia, bloqueando o início do procedimento.	Auditorias periódicas para garantir que o consentimento informado foi devidamente obtido e documentado. Monitoramento de indicadores como taxa de ausência de consentimento em prontuários e incidentes relacionados à falta de discussão do plano anestésico. Relatórios regulares com análise de falhas e implementação de melhorias com base nos dados coletados.	Anestesiologista, que deve garantir a explicação clara do plano anestésico e obter o consentimento informado. Coordenação do Centro Cirúrgico, que deve assegurar que os protocolos de consentimento sejam seguidos antes do procedimento. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), responsável por monitorar e auditar os processos para identificar falhas e garantir conformidade.
Avaliação pré-anestésica	Alterações Clínicas Não Identificadas na Consulta Pré-Anestésica	Desenvolvimento de novas condições clínicas após a consulta pré-anestésica (ex.: infecções, descompensação de comorbidades). Paciente entra na sala cirúrgica com quadro clínico diferente do que foi avaliado previamente. Avaliação clínica apressada ou incompleta no dia da cirurgia. Falta de protocolo de triagem para alterações clínicas recentes.	Procedimento realizado com o paciente em estado clínico inadequado, aumentando o risco de complicações perioperatórias. Necessidade de manejo emergencial intraoperatório, como suporte ventilatório ou uso de drogas vasoativas. Ajustamento ou cancelamento do procedimento, impactando a segurança do paciente e o fluxo cirúrgico. Maior risco de morbimortalidade perioperatória.	5	7	5	210	Moderada	Implementação de uma reavaliação pré-anestésica no dia do procedimento para revisar o estado clínico e identificar alterações significativas. Reforço da comunicação com o paciente sobre a necessidade de reportar qualquer mudança clínica desde a consulta prévia.	Utilização de ferramentas digitais para atualizar informações clínicas entre a consulta prévia e o dia do procedimento. Capacitação contínua da equipe para reconhecimento e manejo de alterações clínicas no dia da cirurgia. Discussões multidisciplinares em casos suspeitos ou complexos.	Auditorias regulares das avaliações pré-operatórias realizadas no dia do procedimento. Monitoramento de indicadores como taxa de cancelamento ou adiamento de cirurgias devido ao desacompanhamento de alterações clínicas. Feedback contínuo às equipes sobre falhas no processo de reavaliação.	Anestesiologista, responsável pela reavaliação do paciente no dia do procedimento. Equipe de enfermagem, que realiza a triagem inicial e auxilia no preenchimento de checklists. Coordenação do Centro Cirúrgico, para garantir tempo e recursos para avaliações adequadas. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que monitora e audita o processo para garantir conformidade e segurança.
	Descumprimento de Jejum ou Uso Indevido de Medicações Pré-Operatórias	Comunicação inadequada ou insuficiente ao paciente sobre a importância do jejum e do manejo de medicações. Mal compreensão ou esquecimento das orientações fornecidas durante a consulta pré-anestésica. Falta de reforço das orientações no dia anterior ou no dia do procedimento. Ausência de protocolos institucionais para confirmação do cumprimento do jejum e uso de medicações.	Risco de aspiração pulmonar durante a indução anestésica, podendo levar a complicações graves como pneumonia aspirativa ou insuficiência respiratória. Descompensação hemodinâmica ou metabólica durante o procedimento, causada por omissão ou administração inadequada de medicações (ex.: antihipertensivos, insulina, anticoagulantes). Ajustamento ou cancelamento do procedimento, gerando impacto no fluxo cirúrgico e custos adicionais. Complicações pós-operatórias, como crises hipertensivas ou episódios de hipoglicemia.	7	8	4	224	Moderada	Padronização de orientações pré-operatórias com checklist para jejum e uso de medicações, entregue ao paciente durante a consulta pré-anestésica. Reforço das orientações no dia anterior ou procedimento, via ligação telefônica ou mensagem digital. Implementação de checklists obrigatórios no dia da cirurgia, para confirmar o cumprimento de jejum e o manejo correto das medicações.	Utilização de materiais educativos, para orientar o paciente sobre a importância do jejum e do manejo de medicações. Capacitação contínua da equipe para reforçar a importância das orientações e verificar o entendimento do paciente. Adoção de sistemas eletrônicos de agendamento que enviem lembretes automáticos sobre jejum e medicações.	Auditorias regulares das orientações fornecidas e do cumprimento do jejum e uso de medicações. Monitoramento de indicadores como taxa de cancelamento ou adiamento de cirurgias devido ao desacompanhamento de jejum ou manejo inadequado de medicações. Relatórios periódicos com análise de falhas e implementação de ações corretivas.	Anestesiologista, responsável por verificar o cumprimento de jejum e do uso de medicações no dia do procedimento. Equipe de enfermagem, que auxilia na triagem e confirmação das orientações no dia da cirurgia. Coordenação do Centro Cirúrgico, que deve garantir a implementação de protocolos e fluxos de confirmação eficazes. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que monitora e audita os processos para garantir conformidade.
	Omissão ou Esquecimento de Informações Críticas pelo Paciente	Paciente não se lembra ou desconhece informações relevantes sobre seu histórico médico (ex.: alergias, reações adversas, comorbidades). Falta de compreensão da importância de relatos feitos ao consultório médico durante a consulta pré-anestésica. Entrevista pré-anestésica conduzida de forma superficial, sem uso de ferramentas padronizadas para coleta de informações. Ausência de documentação prévia ou prontuário médico incompleto.	Falha no planejamento anestésico, aumentando o risco de complicações intraoperatórias e pós-operatórias. Risco de reações adversas a medicamentos ou alergias não identificadas, incluindo anafilaxia. Eventos adversos graves, como descompensação hemodinâmica, respiratória ou metabólica, devido a comorbidades não relatadas. Ajustamento ou cancelamento do procedimento após a descoberta tardia de informações críticas.	4	8	5	240	Moderada	Padronização da entrevista pré-anestésica com uso de checklists e formulários detalhados, cobrindo histórico médico, cirúrgico e reações adversas. Educação do paciente durante a consulta pré-anestésica sobre a importância de fornecer informações completas e precisas. Revisão sistemática de prontuários médicos e histórico anterior, quando disponível, para complementar informações fornecidas verbalmente.	Capacitação contínua da equipe para realizar entrevistas detalhadas e identificar informações omitidas. Utilização de sistemas eletrônicos para acesso rápido a histórico médico prévio e integração com bancos de dados clínicos. Checklist específico no dia da cirurgia para confirmação final de informações críticas com o paciente.	Auditorias regulares das consultas pré-anestésicas para verificar a completude das informações coletadas. Monitoramento de indicadores como taxas de eventos adversos ou ajustamentos de cirurgias devido a informações omitidas ou inexatas. Relatórios periódicos com análise de casos de omissões e implementação de ações corretivas.	Anestesiologista, que deve conduzir uma avaliação detalhada e garantir a coleta completa das informações críticas. Equipe de enfermagem, que auxilia na triagem e na confirmação de dados importantes antes do procedimento. Coordenação do Centro Cirúrgico, que assegura a implementação de protocolos para coleta de informações. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), responsável por monitorar e auditar o processo para garantir a conformidade.
	Revisão Incompleta ou Inexistente do Consentimento Informado	Falta de tempo ou pressão de agenda, levando a consultas pré-anestésicas apressadas. Comunicação inadequada entre anestesiologista e paciente, com explicações insuficientes sobre o plano anestésico, riscos e alternativas. Paciente não compreende totalmente as informações devido a linguagem técnica ou falta de clareza nas orientações. Negligência ou omissão do profissional em revisitar o consentimento no dia do procedimento.	Risco legal e ético, pois a ausência ou insuficiência do consentimento pode resultar em processos judiciais em caso de complicações. Aumento da ansiedade do paciente, devido à falta de compreensão sobre o plano anestésico e seus riscos. Recusa ou recuo do paciente em prosseguir com o procedimento, levando a atrasos ou cancelamentos. Implicações éticas e regulatórias, com possibilidade de sanções institucionais ou profissionais	5	8	4	160	Moderada	Implementação de protocolos institucionais que exijam a obtenção do consentimento informado de forma obrigatória e padronizada. Revisão e validação do consentimento no dia do procedimento, para garantir que o paciente compreenda o plano anestésico e seus riscos. Padronização de documentos de consentimento com linguagem acessível, destacando riscos, benefícios e alternativas.	Capacitação contínua da equipe médica para assegurar a comunicação clara e eficaz com o paciente. Utilização de sistemas eletrônicos para registro e validação do consentimento informado antes do procedimento. Reforço das explicações no dia da cirurgia, com espaço para o paciente esclarecer dúvidas e confirmar o entendimento.	Auditorias regulares para verificar a completude e validade dos consentimentos informados nos prontuários. Monitoramento de indicadores como taxa de ausência de consentimento documentado e eventos adversos relacionados à falta de entendimento do plano anestésico. Relatórios periódicos com análise de falhas e implementação de ações corretivas.	Anestesiologista, que deve garantir a explicação do plano anestésico e a obtenção do consentimento. Equipe de enfermagem, que pode reforçar as orientações e auxiliar a documentação no dia do procedimento. Coordenação do Centro Cirúrgico, que assegura o cumprimento dos protocolos institucionais. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), responsável por monitorar e auditar os processos de consentimento informado
	Falha na Ventilação dos Exames e Preparos Pré-Operatórios	Falta de revisão adequada dos exames complementares realizados após a consulta pré-anestésica. Ausência da avaliação pré-operatória para a avaliação formal dos exames e preparos pré-operatórios no dia do procedimento. Pressão de tempo e sobrecarga da equipe no momento da avaliação pré-operatória. Comunicação insuficiente entre anestesiologista, cirurgião e equipe de enfermagem sobre a necessidade de revisar resultados críticos.	Procedimento realizado sem otimização clínica, aumentando o risco de complicações intraoperatórias, como instabilidade hemodinâmica ou respiratória. Identificação tardia de condições de risco, como anemia severa, distúrbios metabólicos, ou alterações cardiovasculares. Ajustamento ou cancelamento da cirurgia no momento da ventilação, gerando impacto no fluxo cirúrgico e frustração do paciente. Complicações perioperatórias graves, como eventos cardiovasculares ou falência de órgãos.	6	8	4	192	Moderada	Implementação de protocolos institucionais para validação obrigatória de exames e preparos pré-operatórios antes do procedimento. Checklists padronizados, gerenciados que todos os exames essenciais (ex.: hemograma, eletrocardiograma, eletrólitos) sejam revisados e documentados. Alerta eletrônico em sistemas de prontuário para exames pendentes ou atrasados, garantindo revisão antes da cirurgia.	Capacitação da equipe médica para a importância da revisão detalhada de exames pré-operatórios. Reuniões pré-operatórias multidisciplinares para discussão de casos complexos e validação dos preparos. Monitoramento contínuo dos prazos críticos por meio de sistemas eletrônicos, com notificações automáticas para exames críticos.	Auditorias regulares dos prontuários para verificar a revisão e documentação de exames pré-operatórios. Monitoramento de indicadores como número de cirurgias adiadas ou complicações perioperatórias relacionadas à falta de avaliação de exames. Relatórios periódicos com análise de falhas e implementação de melhorias contínuas.	Anestesiologista, que deve revisar e validar os exames e preparos no dia do procedimento. Cirurgião, que deve garantir a realização de exames específicos e adequação do paciente para o procedimento. Equipe de enfermagem, que pode auxiliar na triagem e confirmação da documentação pré-operatória. Coordenação do Centro Cirúrgico, que assegura a implementação de protocolos de avaliação. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), responsável por monitorar e auditar os processos para garantir a conformidade.
Administração de Anestesia	Erro na Dosagem ou Escolha de Fármacos Anestésicos	Falta de atenção durante a preparação ou administração dos medicamentos. Comunicação inadequada entre os membros da equipe anestésica. Confusão entre fármacos com embalagens ou nomes semelhantes. Falha em considerar fatores individuais do paciente, como idade, peso, função renal/hepática ou comorbidades. Erro de cálculo de dose em procedimentos pediátricos ou de alta complexidade.	Sobredosagem: Pode levar a depressão respiratória, hipotensão grave, arritmias ou toxicidade aguda. Subdosagem: Ineficácia do bloqueio anestésico, resultando em dor ou consciência intraoperatória. Eventos adversos graves, como parada cardiorrespiratória, bradicardia sistêmica por anestésicos locais ou choque anafilático. Prolongamento da recuperação devido à necessidade de intervenções emergenciais ou manejo de complicações. Impacto na experiência do paciente, aumento de morbimortalidade e risco de litígios.	5	9	4	180	Moderada	Padronização de Protocolos: Uso de protocolos baseados em diretrizes para seleção e dosagem de medicamentos. Sistema de Duplo Checagem: Implementação de verificação obrigatória por dois profissionais antes da administração de medicamentos. Automação e Suporte Eletrônico: Uso de bombas de infusão e sistemas eletrônicos que calculam automaticamente as doses com base em parâmetros do paciente. Treinamento Contínuo: Capacitação da equipe sobre medicamentos de alto risco e manejo seguro de fármacos anestésicos. Rotulagem e Armazenamento Seguro: Separação de medicamentos com nomes ou embalagens semelhantes.	Checklists de Segurança: Garantir que todas as etapas de preparo e administração sejam seguidas corretamente. Simulações Clínicas: Treinamento prático para melhorar a resposta da equipe a erros de medicação. Discussões de Casos Adversos: Reuniões periódicas para revisar eventos relacionados a erros de medicação e propor melhorias.	Auditorias Regulares: Verificação de conformidade com os protocolos de administração de medicamentos. Monitoramento de Indicadores: Taxas de eventos adversos relacionados a fármacos anestésicos. Relatórios e Feedbacks Contínuos: Análise de incidentes críticos para prevenir recorrências.	Anestesiologista, que seleciona, prepara e administra os fármacos anestésicos. Equipe de Enfermagem, que auxilia no preparo e na dupla checagem. Coordenação do Serviço de Anestesia, que garante a aplicação de protocolos e monitoração dos processos. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), responsável por auditar e implementar melhorias contínuas no manejo de medicamentos.
	Falha no Manejo da Via Aérea	Avaliação inadequada da via aérea durante a consulta pré-anestésica ou antes da indução anestésica. Falta de preparo ou plano alternativo para manejo de via aérea difícil. Inexperiência ou falta de treinamento no uso de dispositivos avançados, como videolaringoscópios, fibroscópios ou dispositivos supraglóticos. Equipamentos indisponíveis ou mal funcionantes no momento do manejo da via aérea. Condições clínicas imprevistas, como edema de via aérea, esporão traqueal ou trauma.	Hipoxemia grave devido à incapacidade de ventilar ou intubar, podendo levar à parada cardiorrespiratória. Lesão da via aérea (ex.: trauma laríngeo ou traqueal), resultando em complicações como hematomas ou estenose. Aspiração pulmonar em casos de ventilação ineficaz ou posicionamento inadequado. Prolongamento da cirurgia ou cancelamento do procedimento, comprometendo o fluxo cirúrgico e a segurança do paciente. Morbimortalidade perioperatória.	4	9	3	108	Moderada	Avaliação Pré-Anestésica Detalhada: Identificação precoce de pacientes com potencial para via aérea difícil, utilizando escalas padronizadas (ex.: Mallampati, Cormack-Lehane). Protocolo de Via Aérea Difícil: Disponibilidade de um plano de manejo escalonado, com alternativas claras para falhas na intubação ou ventilação. Treinamento Contínuo e Simulações: Capacitação prática para a equipe em manejo de via aérea difícil, incluindo uso de videolaringoscópio, máscara laríngea e cricotireoidotomia. Checklist Pré-Indução: Verificação da disponibilidade e funcionalidade dos dispositivos de manejo de via aérea antes do início do procedimento.	Treinamento Multidisciplinar: Simulações de cenários críticos envolvendo anestesiologistas, cirurgiões e equipe de enfermagem. Equipamento Redundante: Disponibilidade de dispositivos avançados em cada sala operatória e no unidade de recuperação anestésica. Protocolo de Emergência: Inclusão de algoritmos de via aérea difícil, como o protocolo da ASA (American Society of Anesthesiologists).	Auditorias Regulares: Revisão de casos críticos envolvendo manejo de via aérea para identificar falhas e propor melhorias. Monitoramento de Indicadores: Taxas de falhas na intubação primária, eventos de hipoxemia graves e uso de dispositivos de resgate. Relatórios Pós-Evento: Revisão de eventos adversos para melhoria contínua e atualização de protocolos.	Anestesiologista, que avalia e maneja a via aérea do paciente, garantindo segurança durante o procedimento. Equipe de Enfermagem, que auxilia na preparação e disponibilidade de equipamentos. Coordenação do Serviço de Anestesia, que garante treinamento e disponibilidade de dispositivos. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que audita os processos e implementa melhorias contínuas.
	Reação Alérgica ou Anafilaxia	Histórico de alergias não identificado ou subestimado na avaliação pré-anestésica. Administração de medicamentos ou substâncias alergênicas, como antibióticos, relaxantes musculares, látex ou agentes anestésicos específicos. Exposição a substâncias desconhecidas pelo paciente como alergênicas, sem histórico prévio de reação. Erro na sustentação de fármacos devido à falta de informações claras sobre alergias identificadas.	Anafilaxia, uma reação sistêmica grave que pode incluir hipotensão, broncoespasmo, edema de glote e parada cardiorrespiratória. Complicações respiratórias e cardiovasculares severas, como insuficiência respiratória ou choque anafilático. Prolongamento do procedimento cirúrgico ou intervenção emergencial, comprometendo o desfecho clínico. Morbimortalidade perioperatória, caso não seja tratada imediatamente.	3	10	2	60	Baixa	História Clínica Detalhada: Identificação de alergias e reações adversas prévias no consulta pré-anestésica, com documentação clara no prontuário. Protocolos de Prevenção: Evitar o uso de substâncias alergênicas conhecidas para o paciente e realizar testes de sensibilização, se necessário. Preparação para Emergências: Dispor de medicamentos e equipamentos de emergência, como adrenalina, anti-histamínicos, corticosteróides e acesso rápido à via aérea avançada. Checklists Pré-Operatórios: Inclusão obrigatória de itens relacionados a alergias antes da administração de qualquer fármaco ou substância.	Capacitação Contínua: Treinamento da equipe sobre identificação precoce e manejo de reações alérgicas e anafilaxia. Simulações Clínicas: Prática regular de cenários de emergência envolvendo anafilaxia para garantir resposta eficiente. Uso de Etiquetas e Alertas: Rotulagem visível nos prontuários e sistemas eletrônicos destacando alergias críticas.	Auditorias Regulares: Revisão de registros anestésicos e prontuários para verificar a identificação de alergias e a aplicação de protocolos. Monitoramento de Indicadores: Taxas de reações alérgicas e anafilaxias durante procedimentos anestésicos. Relatórios Pós-Evento: Revisão de casos de anafilaxia para identificação de falhas e implementação de melhorias.	Anestesiologista, que realiza a avaliação pré-anestésica, administra os fármacos e lidera o manejo de reações alérgicas. Equipe de Enfermagem, que auxilia na preparação de medicamentos e na monitorização contínua do paciente. Coordenação do Serviço de Anestesia, que garante a disponibilidade de equipamentos e medicamentos de emergência. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que audita os processos e promove melhorias contínuas na prevenção e manejo de reações alérgicas.
	Hipotermia Perioperatória Não Intencional	Efeito dos anestésicos gerais: Redução da termorregulação central, causando vasodilatação periférica e perda de calor. Ambiente cirúrgico frio: Exposição prolongada do paciente a temperaturas ambiente baixas na sala cirúrgica. Exposição prolongada de áreas corporais durante procedimentos cirúrgicos. Administração de fluidos intravenosos frios ou transfusões de sangue não aquecido. Falha em usar dispositivos de aquecimento ativo, como cobertores aquecidos ou sistemas de aquecimento por ar forçado.	Coagulopatia: Redução da função plaquetária e aumento do tempo de coagulação, elevando o risco de sangramento. Infecções de ferida cirúrgica: Vasoconstrição periférica secundária, prejudicando a perfusão tecidual. Aumento do consumo de oxigênio: Tremores intensos aumentam o esforço metabólico, podendo sobrecarregar o sistema cardiovascular. Arritmias cardíacas: Potencial para fibrilação atrial ou ventricular em casos de hipotermia grave. Prolongamento da recuperação anestésica: Redução da eliminação de fármacos anestésicos e opioides.	6	7	3	126	Moderada	Monitorização contínua da temperatura corporal durante o procedimento, com dispositivos confiáveis (ex.: sonda esofágica, vesical ou cutânea). Uso de dispositivos de aquecimento ativo, como sistemas de ar forçado ou cobertores aquecidos. Aquecimento de fluidos intravenosos e sangue antes da administração. Controle da temperatura ambiente da sala cirúrgica, especialmente em pacientes pediátricos, idosos e em cirurgias prolongadas.	Treinamento da equipe sobre a importância da prevenção da hipotermia e o uso correto de dispositivos de aquecimento. Protocolos padronizados para prevenção e manejo de hipotermia, especialmente em procedimentos de longa duração. Checagem pré-operatória obrigatória dos sistemas de aquecimento e monitoramento da temperatura.	Auditorias regulares sobre a adesão aos protocolos de monitorização e prevenção da hipotermia. Monitoramento de indicadores, como taxas de incidência de hipotermia intraoperatória e complicações associadas. Relatórios de eventos adversos para análise e melhoria contínua dos processos.	Anestesiologista, que monitora a temperatura e lidera a implementação de estratégias de aquecimento. Equipe de enfermagem, que auxilia na aplicação dos dispositivos de aquecimento e monitorização contínua. Coordenação do Centro Cirúrgico, que assegura a disponibilidade e manutenção dos dispositivos de aquecimento. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que audita os processos e implementa melhorias contínuas na prevenção da hipotermia.
	Falha na Monitorização Hemodinâmica e Respiratória	Falta de atenção ou distração da equipe anestésica durante o procedimento. Equipamentos de monitorização obsoletos, danificados ou com falha técnica. Indisponibilidade de dispositivos avançados de monitorização hemodinâmica e respiratória. Falta de protocolos padronizados para monitorização contínua em procedimentos de alto risco. Subestimação da necessidade de monitorização avançada em pacientes com comorbidades significativas.	Hipotensão ou hipertensão não detectada: Poderá levar a isquemia de órgãos vitais, como cérebro, coração e rins. Hipoxemia não identificada: Risco de danos cerebrais, parada cardiorrespiratória e morte. Retardo na identificação de eventos críticos, como arritmias, broncoespasmo ou colapso ventilatório. Aumento da morbimortalidade perioperatória, especialmente em pacientes de alto risco. Prolongamento do tempo de recuperação ou necessidade de intervenção emergencial, como uso de vasopressores ou suporte ventilatório.	5	9	3	135	Moderada	Monitorização contínua obrigatória dos parâmetros hemodinâmicos (pressão arterial, frequência cardíaca) e respiratórios (ventilação, capnografia) durante todo o procedimento. Verificação prévia de equipamentos antes de cada procedimento, assegurando calibração e funcionamento correto. Uso de dispositivos avançados de monitorização, como monitorização invasiva (linha arterial) e análise de gases sanguíneos em pacientes críticos. Protocolos de resposta rápida para alterações hemodinâmicas e respiratórias detectadas durante o procedimento.	Treinamento contínuo da equipe anestésica para interpretação de dados de monitorização e resposta imediata a alterações. Checklists pré-operatórios para garantir o funcionamento dos dispositivos de monitorização e a aplicação de técnicas apropriadas. Manutenção regular dos equipamentos e uso de sistemas redundantes para minimizar o risco de falha técnica.	Auditorias regulares para avaliar a adesão aos protocolos de monitorização e a correta resposta às alterações identificadas. Monitoramento de indicadores, como taxas de eventos adversos relacionados à falha na monitorização intraoperatória. Relatórios de incidentes críticos, com análise detalhada para identificar causas raiz e implementar melhorias contínuas.	Anestesiologista, que lidera a monitorização contínua e toma decisões clínicas com base nos dados monitorados. Equipe de enfermagem, que auxilia na instalação e verificação dos dispositivos de monitorização. Coordenação do Centro Cirúrgico, que assegura a disponibilidade e manutenção dos equipamentos. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que monitora incidentes e promove ações para mitigar riscos.
	Hipoventilação ou Apneia Induzida por Anestésicos	Efeito depressor dos anestésicos gerais (ex.: propofol, opióides, benzodiazepínicos) sobre o centro respiratório no sistema nervoso central. Administração excessiva ou cumulativa de sedativos e relaxantes musculares. Subestimação da função respiratória basal do paciente, especialmente em indivíduos com doenças pulmonares pré-existentes (ex.: DPOC, apneia obstrutiva do sono). Falha na monitorização contínua dos parâmetros respiratórios durante o procedimento ou recuperação anestésica. Uso inadequado de antagonistas (ex.: naloxona, flumazenil) para reverter os efeitos dos sedativos.	Hipoxemia: Redução crítica da saturação de oxigênio, resultando em risco de lesão cerebral, parada cardiorrespiratória e morte. Hipercapnia: Acúmulo de dióxido de carbono, levando a acidose respiratória e instabilidade hemodinâmica. Aumento do risco de aspiração em pacientes com proteção das vias aéreas comprometida. Prolongamento da recuperação pós-operatória devido à necessidade de suporte ventilatório prolongado. Morbimortalidade perioperatória em casos de não intervenção imediata.	4	9	4	144	Moderada	Monitorização contínua dos parâmetros respiratórios: Uso obrigatório de capnografia e oximetria de pulso durante todo o procedimento e no pós-operatório imediato. Avaliação Pré-Anestésica Rigorosa: Identificação de fatores de risco respiratórios (ex.: DPOC, obesidade, apneia do sono). Uso criterioso de doses ajustadas de sedativos e opióides, considerando jovens, idosos e comorbidades do paciente. Disponibilidade de antagonistas para reverter rapidamente os efeitos de sedativos em casos de hipoventilação.	Protocolos padronizados para sedação segura, com limites definidos de dosagem e monitorização. Treinamento contínuo da equipe sobre reconhecimento e manejo de hipoventilação e apneia induzida por anestésicos. Discussões clínicas de cenários de emergência respiratória, incluindo suporte ventilatório e intubação rápida.	Auditorias regulares para verificar a conformidade com os protocolos de monitorização respiratória e administração de sedativos. Monitoramento de indicadores, como taxas de eventos de hipoxemia, hipercapnia e necessidade de intervenções ventilatórias emergenciais. Relatórios de incidentes críticos para análise e implementação de melhorias contínuas.	Anestesiologista, que ajusta a administração de anestésicos e monitora continuamente os parâmetros respiratórios do paciente. Equipe de enfermagem, que auxilia na aplicação dos dispositivos de monitorização e na identificação precoce de alterações respiratórias. Coordenação do Centro Cirúrgico, que garante a disponibilidade de equipamentos de monitorização e suporte ventilatório. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que audita os processos e promove ações preventivas para minimizar riscos respiratórios.
	Hipotensão, Hipoperfusão Tecidual ou Instabilidade Cardiovascular Induzida por Anestésicos	Efeito direto dos anestésicos gerais e voláteis (ex.: propofol, sevoflurano, isoflurano), que promovem vasodilatação e redução do inotropismo cardíaco periférico. Depressão miocárdica causada por agentes anestésicos ou sedativos (ex.: propofol, opióides). Hipovolemia não corrigida (ex.: perda sanguínea ou desidratação) antes ou durante o procedimento. Administração inadequada ou rápida de medicamentos anestésicos, sem ajustes baseados no estado clínico do paciente. Fatores de risco individuais, como idade avançada, doenças cardiovasculares pré-existentes (ex.: insuficiência cardíaca, coronariopatias) ou uso de medicações cardíacas (ex.: betabloqueadores, anti-hipertensivos).	Hipoperfusão de órgãos-alvo: Redução no fluxo sanguíneo para cérebro, coração e rins, aumentando o risco de complicações graves, como isquemia cerebral, infarto do miocárdio e insuficiência renal aguda. Redução do fluxo sanguíneo para tecidos periféricos devido à hipotensão comprometer a entrega de oxigênio e nutrientes. Isso enfraquece a capacidade dos tecidos de combater infecções e reparar danos. A hipoperfusão tem prejuízo a função dos músculos, reduzindo sua eficácia no combate a pneumonia. Choque circulatório: Instabilidade cardiovascular severa, exigindo intervenção emergencial com suporte hemodinâmico. Aumento do tempo de recuperação anestésica e maior necessidade de internação em UTI. Morbimortalidade perioperatória em casos de hipotensão não tratada ou inadequadamente manejada.	5	9	3	135	Moderada	Monitorização hemodinâmica contínua: Uso obrigatório de dispositivos como monitores de pressão arterial não invasiva e invasiva (linha arterial) em pacientes de alto risco. Reposição volêmica apropriada antes e durante o procedimento, com base em perdas estimadas e parâmetros hemodinâmicos. Uso controlado de agentes anestésicos, com titulação de doses de acordo com a condição clínica do paciente. Disponibilidade de vasopressores e inotrópicos (ex.: norepinefrina, dopamina, dobutamina) para manejo rápido de episódios de hipotensão ou instabilidade cardiovascular.	Protocolos padronizados para manejo de hipotensão e instabilidade cardiovascular durante anestesia. Treinamento contínuo da equipe para identificar rapidamente sinais de instabilidade hemodinâmica e aplicar intervenções eficazes. Simulações clínicas para manejo de crises cardiovasculares intraoperatórias.	Auditorias regulares para avaliar a adesão a protocolos de manejo hemodinâmico e a eficácia das intervenções. Monitoramento de indicadores, como frequência de episódios de hipotensão intraoperatória e uso de vasopressores. Análise de eventos críticos para identificar falhas no manejo e promover melhorias contínuas.	Anestesiologista, que monitora os parâmetros hemodinâmicos e ajusta a administração de medicamentos conforme necessário. Equipe de enfermagem, que auxilia na administração de fluidos, vasopressores e monitorização contínua. Coordenação do Centro Cirúrgico, que assegura a disponibilidade de equipamentos e medicamentos vasoativos para suporte hemodinâmico. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que audita os processos e promove a melhoria contínua na prevenção e manejo de instabilidade cardiovascular.
	Hipertermia Maligna	**Relacionadas ao Paciente:** Predisposição genética: Hipertermia maligna é uma doença hereditária causada por mutações nos genes que regulam o metabolismo do cálcio muscular, como o gene RYR1. Histórico familiar de HM ou morte perioperatória inexplicada: Pode indicar maior risco. **Relacionadas ao Procedimento:** Uso de agentes anestésicos desencadeantes: Anestésicos voláteis, como sevoflurano, isoflurano e desflurano. Succinilcolina (bloqueador neuromuscular despolarizante). Falta de triagem pré-operatória eficaz: Pacientes de risco não identificados. Indisponibilidade de medicamentos específicos para manejo da HM, como dantroneno.	**Imediatas** Hipertermia grave: Aumento rápido e descontrolado da temperatura corporal. Acidose metabólica e respiratória: Acúmulo de dióxido de carbono devido ao aumento do metabolismo muscular. Taquicardia e arritmias: Secundárias à hipercatecolemia e acidose. Rigidez muscular generalizada: Principalmente no masseter, podendo dificultar o manejo da via aérea. Rabdomiólise: Destruição muscular maciça, levando a liberação de mioglobina e potássio na circulação. **Tardias** Insuficiência renal aguda: Devido à mioglobinúria causada pela rabdomiólise. Disfunção multiorgânica: Secundária à hipertermia/acidose e acidose severa. Alta mortalidade: Se não tratada rapidamente, a HM pode levar à morte em até 70% dos casos.	2	10	4	80	Baixa	**1. Avaliação Pré-Anestésica Minuciosa** Histórico clínico detalhado: Investigar histórico familiar de HM ou eventos adversos anestésicos. Testes genético e bioquímico: Recomendados em casos de suspeita, para confirmar o diagnóstico. **2. Prevenção Intraoperatória** Evitar o uso de agentes desencadeantes em pacientes de risco. Substituir por anestésicos seguros, como propofol e bloqueadores neuromusculares não despolarizantes (ex.: rocurônio). Monitorização rigorosa: Medição contínua de parâmetros respiratórios, hemodinâmicos e temperatura corporal.	Dantroneno: Único medicamento específico para HM, deve ser administrado rapidamente para reter a liberação descontrolada de cálcio muscular. Resfriamento ativo: Uso de fluidos frios, cobertores resfriados e irrigação com soro fisiológico gelado para reduzir a temperatura corporal. Manejo da acidose: Administração de bicarbonato de sódio e suporte ventilatório	Disponibilidade de dantroneno em todas as salas cirúrgicas e UTIs. Simulações clínicas regulares: Prática de cenários de hipertermia maligna para garantir a resposta rápida da equipe. Auditorias regulares: Garantir que protocolos de prevenção e tratamento estejam sendo seguidos. Monitoramento de eventos adversos e atualização contínua dos protocolos com base em incidentes reais ou relatados.	Anestesiologista, que avalia o risco pré-operatório, conduz o procedimento e lidera o manejo em caso de crise de HM. Equipe de enfermagem, que auxilia na monitorização, administração de medicamentos e resfriamento ativo. Coordenação do Centro Cirúrgico, que assegura a disponibilidade de dantroneno e manutenção de equipamentos. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que monitora incidentes e implementa melhorias nos processos de prevenção e manejo da HM.

Recuperação anestésica	Bíro no Posicionamento do Paciente sob Anestesia	Falta de treinamento ou atenção da equipe durante o posicionamento. Ausência de protocolos padronizados para posicionamento adequado em diferentes tipos de cirurgias. Comunicação insuficiente entre cirurgião e anestesiologista sobre o posicionamento necessário. Equipamentos inadequados ou insuficientes, como suportes e almofadas. Fatores fisiológicos do paciente, como obesidade ou mobilidade reduzida, dificultando o posicionamento ideal.	Lesões nervosas (ex.: neuropatia ulnar, tecido do plexo braquial). Isquemia tecidual ou úlceras por pressão, especialmente em procedimentos prolongados. Síndrome compartimental em membros mal posicionados. Lesões articulares ou musculoesqueléticas. Aumento do tempo de recuperação e riscos pós-operatórios, como trombose venosa profunda (TVP).	4	7	4	112	Moderada	Implementação de protocolos padronizados para posicionamento seguro, incluindo tipos específicos para cada procedimento cirúrgico. Treinamento contínuo da equipe em técnicas de posicionamento e uso de dispositivos de suporte. Inspeção pré-operatória dos dispositivos de posicionamento para garantir que estejam adequados e em bom condições.	Checklists de posicionamento obrigatórios antes da indução anestésica. Uso de dispositivos auxiliares: almofadas, suportes, cintas e acolchoamento para distribuir a pressão de maneira uniforme. Reavaliação do posicionamento durante cirurgias prolongadas, especialmente em intervalos de 2 horas.	Auditorias regulares de incidentes relacionados ao posicionamento. Monitoramento de indicadores, como taxas de lesões nervosas ou úlceras por pressão pós-operatórias. Relatórios de eventos adversos para análise e melhorias contínuas.	Anestesiologista, que avalia e monitora o posicionamento do paciente durante o procedimento. Equipe de enfermagem, que auxilia no posicionamento correto e no uso de dispositivos de suporte. Cirurgião, que determina o posicionamento ideal para o procedimento. Coordenação do Centro Cirúrgico, que assegura a disponibilidade de dispositivos de posicionamento e treinamento adequado da equipe.
	Falta de Relato sobre Medicamentos Administrados e suas Doses	Falta de documentação adequada em tempo real: O anestesiologista não registra ou registra de forma incompleta os medicamentos administrados e suas respectivas doses. Falha na comunicação intraoperatória: Informação insuficiente ou não comunicada corretamente durante a transição de turno ou em emergências. Pressão de tempo e alta carga de trabalho: Durante procedimentos cirúrgicos complexos, o foco no manejo pode levar a omissões no registro. Ausência de protocolos padronizados para registro e comunicação de medicamentos administrados. Falhas nos sistemas eletrônicos ou documentação manual: Sistemas de prontuário eletrônico ou falta de operação do ponto de padronização no registro manual.	Administração duplicada ou incorreta de medicamentos durante o procedimento ou no pós-operatório imediato. Reações adversas ou toxicidade medicamentosa devido ao desconhecimento de doses previamente administradas. Falha no manejo da dor ou da sedação: O paciente pode receber doses insuficientes ou excessivas de analgésicos ou sedativos. Complicações hemodinâmicas ou respiratórias devido ao uso inapropriado de vasopressores, relaxantes musculares ou anestésicos. Aumento do risco legal e ético: Eventos adversos podem resultar em litígios ou sanções regulatórias. Impacto na confiabilidade do cuidado no pós-operatório: O manejo inadequado devido à falta de informações sobre medicações administradas pode levar a eventos adversos.	5	8	4	160	Moderada	**1. Implementação de Protocolos Padronizados** Documentação obrigatória em tempo real: Registro detalhado de todos os medicamentos administrados e suas doses no prontuário eletrônico ou manual. Checklists intraoperatórios para garantir que os medicamentos administrados sejam registrados de forma consistente e completa. **2. Treinamento Contínuo da Equipe** Capacitação de anestesiologistas e equipe de enfermagem sobre a importância da documentação detalhada e comunicação eficaz durante o pós-procedimento. **3. Uso de Sistemas Eletrônicos de Registro Integrados** Prontuários eletrônicos que permitem registro automatizado e cálculo automático de medicamentos administrados. Alertas automatizados para doses ou medicamentos ausentes.	**Comunicação Eficaz nas Transições de Cuidado** Relatórios verbais obrigatórios durante a transição de turnos ou nas trocas de anestesiologistas, com ênfase nas medicações administradas. Uso de formulários de troca de informações padronizados para garantir que as informações sejam passadas de forma completa.	Auditorias regulares nos prontuários anestésicos para identificar falhas no registro de medicamentos. Monitoramento de indicadores, como incidentes de administração duplicada ou reações adversas medicamentosas. Análise de incidentes críticos: Revisão de casos em que a falta de registro contribuiu para complicações, para promover ações corretivas.	Anestesiologista, que é o principal responsável pelo registro preciso das medicações administradas e suas doses. Equipe de enfermagem, que auxilia no registro e verificação de medicamentos. Coordenação do Centro Cirúrgico, que assegura a implementação de sistemas de registro e treinamento da equipe. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que monitora incidentes e promove melhorias no processo de documentação e comunicação.
	Omissão de Dados Relevantes sobre o Procedimento e o Paciente	Falta de comunicação eficiente entre equipe cirúrgica e anestésica antes e durante o procedimento. Inadequação na documentação de prontuário ou ausência de informações críticas no pré-operatório. Falta de protocolos de transmissão de informações essenciais durante as trocas de turno ou entre membros da equipe. Desperapo ou distração da equipe durante o procedimento. Ausência de checklists específicos para garantir que todas as informações críticas sejam transmitidas.	Escalona inadequada de estratégias anestésicas ou cirúrgicas, levando a maior risco de complicações intraoperatórias. Eventos adversos como administração incorreta de medicamentos, manejo inadequado de comorbidades ou falha no detecção de alergias e reações adversas. Atrasos no procedimento devido à necessidade de consultar prontuários ou buscar informações faltantes em tempo real. Risco aumentado de morbidade e mortalidade perioperatória. Impacto na continuidade do cuidado no pós-operatório, incluindo manejo inadequado de complicações.	5	8	4	160	Moderada	Implementação de checklists cirúrgicos obrigatórios, incluindo a "verificação de pausa" antes do início do procedimento. Padronização de briefings pré-operatórios para garantir a troca de informações essenciais sobre o paciente e o procedimento. Treinamento da equipe em comunicação eficaz: uso de ferramentas como SBAR (Situação, Background, Avaliação, Recomendação).	Reuniões pré-operatórias multidisciplinares (cirurgião, anestesiologista, equipe de enfermagem) para alinhamento sobre o caso. Sistemas eletrônicos integrados para garantir que todas as informações do prontuário estejam disponíveis em tempo real durante o procedimento. Treinamento contínuo em segurança do paciente e comunicação em equipe.	Auditorias regulares para avaliar a conformidade com os protocolos de transmissão de informações. Monitoramento de indicadores, como frequência de eventos adversos associados à omissão de informações. Análise de incidentes críticos e retreinamento à equipe para implementação de melhorias.	Anestesiologista, que deve garantir o manejo anestésico com base em informações completas e atualizadas. Cirurgião, que lidera a equipe cirúrgica e assegura que todos estejam informados sobre o procedimento. Equipe de enfermagem, que documenta e verifica as informações pré e intraoperatórias. Coordenação do Centro Cirúrgico, que implementa e monitora os protocolos de segurança e comunicação. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que audita o processo e promove melhorias na comunicação e gestão de dados.
	Admissão de Paciente com Criticidade Incompatível com a Unidade de Cuidado na Recuperação Anestésica	Falta de avaliação adequada da estabilidade clínica do paciente antes da transferência da sala cirúrgica para a unidade de recuperação anestésica (SRA). Comunicação insuficiente entre anestesiologista e equipe da SRA sobre o estado do paciente. Falta de protocolos claros para triagem de pacientes críticos que necessitem de UTI ou suporte avançado. Pressão para liberar salas cirúrgicas rapidamente, levando a transferências precipitadas. Falta de treinamento da equipe da SRA para manejo de casos complexos.	Deterioração clínica rápida devido à falta de recursos ou suporte adequado na SRA. Atraso no reconhecimento e manejo de complicações críticas, como insuficiência respiratória, choque ou arritmias graves. Transferências emergenciais para UTI, muitas vezes em condições subótimas. Aumento da morbimortalidade perioperatória devido a falhas na estabilização e monitorização adequadas. Sobrecarga da equipe da SRA, impactando negativamente o cuidado de outros pacientes.	4	9	3	108	Moderada	Critérios claros de admissão na SRA com base na estabilidade hemodinâmica, respiratória e necessidade de monitorização avançada. Checklist de triagem pré-transferência obrigatório, conduzido pelo anestesiologista antes de liberar o paciente para a SRA. Capacitação contínua da equipe para identificação precoce de sinais de deterioração e manejo inicial de complicações críticas Briefing estruturado entre o anestesiologista e a equipe da SRA, garantindo a transmissão completa de quadro clínico do paciente.	Treinamento multidisciplinar em simulações clínicas para manejo de pacientes críticos na SRA. Revisão regular de casos críticos para ajustes no critérios de admissão e transferência. Auditorias periódicas para garantir a aplicação correta dos protocolos de triagem.	Auditorias de admissões na SRA para avaliar conformidade com os critérios de triagem e identificar falhas. Monitoramento de indicadores, como número de transferências emergenciais da SRA para UTI e eventos adversos na SRA. Relatórios de incidentes críticos e análise de causas raiz para implementar melhorias contínuas	Anestesiologista, que avalia a estabilidade clínica e decide a transferência adequada. Equipe de enfermagem da SRA, que monitora o paciente e alerta sobre sinais de deterioração. Coordenação do Centro Cirúrgico, que garante a aplicação de protocolos de triagem e suporte adequado. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que audita processos e promove ações corretivas para minimizar riscos.
	Depressão Respiratória Pós-Anestésica	**Relacionadas ao Paciente** Comorbidades respiratórias pré-existentes: Apneia obstrutiva do sono (AOS), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), obesidade, entre outras. Idade avançada ou pacientes pediátricos: Maior sensibilidade a medicamentos. **Relacionadas aos Medicamentos** Administração de opióides em doses excessivas ou em combinação com benzodiazepínicos, potencializando a depressão do centro respiratório. Efeito residual de anestésicos gerais e relaxantes musculares: Redução do drive respiratório. Falta de reversão adequada de bloqueadores neuromusculares no final do procedimento. **Relacionadas ao Procedimento** Falha na monitorização respiratória contínua na sala de recuperação anestésica (SRA). Transferência precoce de pacientes de alto risco para a unidade de cuidado sem monitorização avançada. Prolongada exposição à anestesia geral ou cirúrgica de longa duração.	Hipoxemia: Redução crítica de saturação de oxigênio, levando a hipóxia cerebral e riscos de danos neurológicos. Hipercapnia: Acúmulo de dióxido de carbono no sangue, resultando em acidose respiratória e instabilidade hemodinâmica. Parada respiratória: Exigindo intervenção emergencial e possível necessidade de reintubação. Aumento da morbimortalidade perioperatória: Especialmente em pacientes de risco. Prolongamento da internação ou necessidade de suporte ventilatório prolongado, como ventilação não-invasiva ou ventilação mecânica invasiva.	4	9	3	108	Moderada	**1. Monitorização Contínua** Uso de oxímetro de pulso e capnografia em todos os pacientes na SRA, especialmente para os de alto risco. Monitorização de gases sanguíneos (gasometria arterial) em pacientes críticos. **2. Reversão Adequada dos Bloqueadores Neuromusculares** Administração de antagonistas neuromusculares (ex.: neostigmina e sugamadex) para garantir a recuperação completa da função respiratória antes da alta da SRA. **3. Ajuste Personalizado de Medicamentos** Uso criterioso de opióides e ajuste das doses com base no perfil do paciente. Considerar técnicas de analgesia multimodal para reduzir a necessidade de opióides. Evitar benzodiazepínicos em combinação com opióides em pacientes de risco. **4. Avaliação Pré-Anestésica Detalhada** Identificar pacientes com risco aumentado de depressão respiratória e preparar planos de manejo individualizados.	Treinamento contínuo da equipe da SRA para identificação precoce de sinais de depressão respiratória e manejo de complicações. Simulações clínicas de cenários críticos, incluindo manejo de parada respiratória e reintubação. Protocolos padronizados de alta da SRA com base em critérios rigorosos, como o uso da Escala de Aldrete, incluindo a avaliação da função respiratória.	Auditorias regulares nos registros da SRA para verificar a adesão aos protocolos de monitorização e manejo. Monitoramento de indicadores, como número de eventos de depressão respiratória e reintubações na SRA. Relatórios de eventos adversos para análise e implementação de melhorias contínuas.	Anestesiologista, que ajusta os medicamentos e realiza a avaliação final da função respiratória antes da alta da SRA. Equipe de enfermagem da SRA, que realiza a monitorização contínua e identifica precocemente sinais de depressão respiratória. Coordenação do Centro Cirúrgico, que assegura a disponibilidade de equipamentos de monitorização respiratória e promove treinamento da equipe. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que monitora incidentes e propõe melhorias nos processos relacionados à segurança respiratória.
	Instabilidade Hemodinâmica	**Relacionadas ao Paciente** Comorbidades cardiovasculares pré-existentes, como insuficiência cardíaca, hipertensão, arritmias ou doença arterial coronariana. Hipovolemia não corrigida: Devido a desidratação, jejum prolongado ou perda sanguínea intraoperatória. Idade avançada: Menor reserva cardiovascular e maior sensibilidade a soluções hemodinâmicas. **Relacionadas ao Procedimento** Uso de agentes anestésicos com efeito depressor cardiovascular, como propofol, sevoflurano e isoflurano, que causam vasodilatação e redução da contratilidade cardíaca. Administração excessiva de medicamentos vasoativos ou vasodilatadores. Procedimentos cirúrgicos de alto complexidade ou longa duração, com maior risco de hemorragia e estresse hemodinâmico. Manejo inadequado da reposição volêmica e eletrolítica. **Relacionadas à Monitorização** Falha na monitorização contínua dos parâmetros hemodinâmicos, como pressão arterial, frequência cardíaca e débito cardíaco. Indisponibilidade ou falha em dispositivos de monitorização avançada, como cateteres de artéria pulmonar ou monitores de débito cardíaco.	**Imediatas** Hipotensão ou hipertensão severa: Comprometer a perfusão de órgãos vitais como cérebro, coração e rins. Isquemia miocárdica ou cerebral: Risco aumentado de infarto agudo do miocárdio (IAM) ou acidente vascular cerebral (AVC). Arritmias graves: Podem evoluir para parada cardíaca, especialmente em pacientes com reserva cardíaca limitada. Choque circulatório: Falência hemodinâmica global, necessitando de intervenção emergencial. **Tardias** Lesão renal aguda (LRA) devido à hipoperfusão renal prolongada. Prolongamento da recuperação pós-operatória e maior necessidade de internação em UTI. Aumento da morbimortalidade perioperatória.	4	9	3	108	Moderada	**1. Monitorização Contínua e Avançada** Monitorização obrigatória de parâmetros hemodinâmicos básicos, como pressão arterial não invasiva e oximetria de pulso. Uso de monitorização avançada: Cateter arterial invasivo, monitores de débito cardíaco ou ecocardiografia transesofágica em pacientes de alto risco. **2. Manejo Adequado de Medicamentos** Ajuste criterioso das doses de anestésicos e vasodilatadores (vasopressores ou vasodilatadores) conforme a condição hemodinâmica do paciente. Reposição volêmica guiada por metas, com uso de cristaloides, coloides ou hemoderivados sanguíneos, conforme necessário. **3. Avaliação Pré-Anestésica Minuciosa** Identificação de pacientes com alto risco hemodinâmico e planejamento de estratégias de manejo personalizadas. Otimização das condições clínicas pré-operatórias, como controle rigoroso da hipertensão ou reposição volêmica antes do procedimento.	Treinamento contínuo da equipe anestésica para o reconhecimento precoce de sinais de instabilidade hemodinâmica e aplicação de intervenções rápidas. Simulações clínicas de cenários críticos para melhorar a resposta da equipe a situações de instabilidade hemodinâmica. Protocolos padronizados para manejo de hipotensão, hipertensão e arritmias intraoperatórias.	Auditorias regulares para avaliar a conformidade com protocolos de monitorização e manejo hemodinâmico. Monitoramento de indicadores, como frequência de episódios de instabilidade hemodinâmica e necessidade de intervenções emergenciais. Análise de eventos adversos relacionados à instabilidade hemodinâmica para implementação de melhorias contínuas.	Anestesiologista, que deve monitorizar continuamente os parâmetros hemodinâmicos e ajusta o plano anestésico conforme necessário. Equipe de enfermagem, que auxilia na administração de medicamentos e na reposição volêmica. Coordenação do Centro Cirúrgico, que garante a disponibilidade de equipamentos e suporte necessário para monitorização avançada. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que audita os processos e promove ações de melhoria contínua para a segurança hemodinâmica.
	Náuseas e Vômitos Pós-Operatórios (NVPO)	**Relacionadas ao Paciente** Histórico prévio de NVPO ou cinetose. Gênero feminino (maior prevalência em mulheres). Idade jovem (pacientes mais jovens têm maior risco). Uso de opióides no pós-operatório. Jejum prolongado ou dieta inadequada antes da cirurgia. **Relacionadas ao Procedimento** Uso de anestésicos voláteis (ex.: sevoflurano, desflurano, isoflurano), que aumentam a incidência de NVPO. Uso de opióides intraoperatórios para analgesia, que contribuem para a estimulação do centro do vômito no sistema nervoso central. Cirurgias de longa duração ou de determinados especialidades (ex.: cirurgias ginecológicas, laparoscópicas, otorrinolaringológicas). Uso inadequado ou ausência de profilaxia antiemética em pacientes de alto risco. **Relacionadas ao Manejo Pós-Operatório** Administração inadequada de fluidos intravenosos, levando a desidratação. Falta de monitorização dos sintomas ou atraso no manejo de náuseas emergentes.	**Imediatas** Desconforto e insatisfação do paciente, podendo impactar negativamente a experiência cirúrgica. Atraso na recuperação pós-operatória, incluindo mobilização e alimentação precoces. Risco de complicações como aspiração pulmonar em casos de vômitos persistentes. Desidratação e desequilíbrio eletrolítico, exigindo maior necessidade de suporte com fluidos intravenosos. Ruptura de suturas ou aumento da pressão intra-abdominal, especialmente em cirurgias abdominais. **Impacto Operacional** Aumento do tempo de permanência no sala de recuperação anestésica (SRA). Maior custo hospitalar devido ao uso adicional de medicamentos e necessidade de monitorização prolongada.	4	5	3	90	Baixa	**1. Identificação de Pacientes de Alto Risco** Utilização de escalas específicas, como a Escala de Apfel, que considera fatores como gênero, histórico de NVPO, uso de opióides e tipo de anestésico, para identificar pacientes com maior probabilidade de desenvolver NVPO. **2. Profilaxia Antiemética Multimodal** Administração de antieméticos profiláticos intraoperatórios, como ondansetrona, dexametasona e antagonistas de NK-1 (ex.: aprepitante) em pacientes de risco. Uso de técnicas de analgesia multimodal para minimizar a ênfase em opióides no pós-operatório. **3. Monitorização e Manejo Precoce do Sintoma** Monitorização contínua dos sintomas na SRA e administração de antieméticos de resgate em caso de náuseas ou vômitos. Garantir hidratação adequada com fluidos intravenosos no pós-operatório imediato.	Educação da equipe sobre a importância de profilaxia e manejo de NVNPO, especialmente em pacientes de alto risco. Protocolos padronizados de profilaxia e tratamento de NVPO, incluindo recomendações baseadas em risco. Discussão de casos clínicos para treinamento da equipe em reconhecer e tratar NVPO de forma eficaz.	Auditorias regulares para avaliar a adesão aos protocolos de profilaxia antiemética. Monitoramento de indicadores, como frequência de NVPO na SRA e necessidade de antieméticos de resgate. Revisões periódicas de protocolos e treinamento da equipe em reconhecer e tratar NVPO de forma eficaz. Relatórios de eventos adversos relacionados a manejo inadequado de NVPO, como complicações respiratórias ou prolongamento da recuperação.	Anestesiologista, que deve identificar pacientes de risco e implementar profilaxia adequada. Equipe de enfermagem da SRA, que monitora sintomas e administra antieméticos conforme necessário. Coordenação do Centro Cirúrgico, que garante a disponibilidade de medicamentos profiláticos e promove a adesão aos protocolos. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que monitora a ocorrência de NVPO e promove melhorias contínuas nos processos de prevenção e manejo.
	Dor Aguda Mal Controlada	**Relacionadas ao Paciente** Comorbidades associadas a dor crônica: Pacientes com dor crônica preexistente têm maior risco de dor aguda mal controlada no pós-operatório. Tolerância a analgésicos: Pacientes em uso prolongado de opióides ou outras medicações analgésicas podem ter resposta reduzida. Fatores psicológicos: Ansiedade, depressão ou medo podem amplificar a percepção da dor. **Relacionadas ao Procedimento** Procedimentos cirúrgicos de alto complexidade ou invasividade (ex.: cirurgias ortopédicas, torácicas, abdominais). Falha na administração de analgesia intraoperatória adequada ou em técnicas regionais, como bloqueios nervosos. Não utilização de técnicas de analgesia multimodal para minimizar o uso exclusivo de opióides. **Relacionadas ao Manejo Pós-Operatório** Subdosagem ou atraso na administração de analgésicos no período pós-operatório imediato. Falta de monitorização contínua da dor no paciente após o procedimento. Restrições no uso de analgésicos potentes devido a preocupações com efeitos colaterais, como depressão respiratória.	**Impactos Clínicos** Aumento do sofrimento e insatisfação do paciente, comprometendo a experiência cirúrgica. Redução da mobilização pós-operatória precoce, aumentando o risco de complicações, como trombose venosa profunda (TVP) e pneumonia. Hipertensão e taquicardia: Secundárias à resposta de estresse induzida pela dor, podendo agravar condições cardiovasculares. Cronificação da dor: A dor aguda mal controlada pode evoluir para dor crônica pós-operatória, com impacto duradouro na qualidade de vida. **Impactos Operacionais** Prolongamento do tempo de internação devido ao manejo inadequado da dor. Aumento da carga de trabalho para a equipe de enfermagem e médica, com necessidade de intervenções frequentes para controle da dor.	5	7	3	105	Moderada	**1. Avaliação Pré-Anestésica e Planejamento Personalizado** Identificação de pacientes com risco aumentado de dor aguda e planejamento de manejo analgésico adequado, considerando técnicas regionais e multimodais. Uso de escalas de dor padronizadas para avaliação pré-operatória e identificação de pacientes com maior necessidade de controle da dor. **2. Analgesia Multimodal** Combinação de diferentes classes de analgésicos (ex.: AINEs, paracetamol, opióides, anestésicos locais) para minimizar os efeitos colaterais e maximizar o controle da dor. Técnicas de analgesia regional: Bloqueios periféricos, epidurais ou com cateteres direcionados contínuos de anestésicos locais. **3. Monitorização Contínua no Pós-Operatório** Avaliação frequente da dor utilizando escalas validadas (ex.: Escala Visual Analógica - EVA). Ajuste rápido da analgesia com base no relato do paciente ou observação clínica. **4. Educação do Paciente** Orientação pré-operatória sobre o manejo da dor, incluindo expectativas realistas e o papel do paciente no controle da dor (ex.: solicitação precoce de analgesia).	Protocolos institucionais de manejo da dor aguda, com recomendações baseadas no tipo de cirurgia e perfil do paciente. Treinamento contínuo da equipe em técnicas de avaliação e manejo da dor. Discussão de casos clínicos para aprendizado profissional de dor aguda mal controlada e intervenções eficazes.	Auditorias regulares para avaliar a adesão aos protocolos de manejo da dor. Monitoramento de indicadores, como a frequência de intervenções e a frequência de dor mal controlada. Análise de eventos adversos, como casos de cronificação da dor ou complicações decorrentes da dor aguda mal controlada, para implementar melhorias contínuas.	Anestesiologista, que planeja e ajusta a estratégia de manejo da dor no perioperatório. Equipe de enfermagem, que monitora a dor no pós-operatório e administra analgésicos conforme necessário. Coordenação do Centro Cirúrgico e SRA, que garante a disponibilidade de medicações e equipamentos para analgesia. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que audita os processos e promove melhorias nos protocolos de manejo da dor.
	Retenção Urinária Aguda	**Relacionadas ao Paciente** Idade avançada: Maior risco devido à diminuição da função vesical e presença de comorbidades, como hiperplasia prostática benigna (HPB) em homens. Histórico de retenção urinária ou disfunção miccional prévia. Desidratação pré-operatória ou reposição volêmica inadequada durante a cirurgia. **Relacionadas ao Procedimento** Uso de anestesia regional ou bloqueios neuraxiais (ex.: raquianestesia e peridural): Reduzem do tônus do músculo detrusor e inibição reflexa da micção. Anestésicos gerais e opióides: Podem interferir na função vesical ou reduzir a percepção da distensão vesical. Cirurgias de longa duração: Associadas à maior necessidade de retenção urinária devido à imobilidade e uso prolongado de anestésicos. **Relacionadas ao Manejo Pós-Operatório** Atraso na mobilização precoce do paciente e na remobilização do sigmoide ósseo. Falta de monitorização da diurese no pós-operatório imediato. Uso de medicações anticolinérgicas ou opióides no pós-operatório, que podem comprometer a função do músculo detrusor.	**Impactos Clínicos** Distensão vesical dolorosa, causando desconforto significativo ao paciente. Comprometimento renal devido ao aumento da pressão intravesical e refluxo urinário, levando a hidronefrose ou lesão renal aguda. Risco aumentado de infecção urinária (ITU): Cateterização repetida ou retenção prolongada aumentam a proliferação bacteriana. Rompimento vesical: Risco extremo em casos de retenção prolongada agudas. **Impactos Operacionais** Aumento do tempo de permanência na recuperação anestésica (SRA) ou hospitalar, atrasando a alta. Maior carga de trabalho para a equipe de enfermagem, devido à necessidade de cateterizações vesicais frequentes ou contínuas.	5	6	3	90	Baixa	**1. Avaliação Pré-Anestésica e Planejamento** Identificação de pacientes com fatores de risco para retenção urinária (ex.: idade avançada, histórico de retenção, HPB). Planejamento do manejo pós-operatório com base no tipo de cirurgia e anestesia utilizada. **2. Monitorização no Pós-Operatório** Monitorização rigorosa da diurese no período pós-operatório imediato, especialmente em pacientes de risco. Ultrassonografia de bexiga para avaliação do volume residual urinário em pacientes sintomáticos ou com dificuldade para urinar. **3. Intervenções Precoces** Cateterização vesical intermitente ou de alívio em casos de retenção urinária aguda com distensão vesical significativa. Mobilização precoce do paciente para estimular a micção espontânea. Uso de medicações anticolinérgicas ou bloqueadores alfa em pacientes pré-operatórios, quando clinicamente indicado.	Protocolos padronizados para manejo da retenção urinária, incluindo critérios claros para cateterização e monitorização da diurese. Treinamento contínuo da equipe de enfermagem para identificar precocemente sinais de retenção urinária e realizar intervenções adequadas. Educação do paciente sobre os riscos e sintomas de retenção urinária e a importância de relatar dificuldades para urinar.	Auditorias regulares para avaliar a adesão aos protocolos de manejo da retenção urinária. Monitoramento de indicadores, como a frequência de retenção urinária, taxa de infecções urinárias associadas a cateterização e tempo de permanência na SRA. Relatórios de eventos adversos relacionados à retenção urinária, para análise e implementação de melhorias contínuas	Anestesiologista, que deve planejar o manejo de analgesia e reversão anestésica considerando o risco de retenção urinária. Equipe de enfermagem, que monitora a diurese, identifica sinais de retenção urinária e realiza intervenções iniciais, como cateterização. Coordenação do Centro Cirúrgico e SRA, que assegura a aplicação de protocolos e a disponibilidade de dispositivos de monitorização urinária. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que audita os processos e promove ações de melhoria na prevenção e manejo da retenção urinária aguda.
	Confusão ou Agitação Pós-Operatória (Delirium Emergente)	**Relacionadas ao Paciente** Idade avançada: Pacientes idosos são mais suscetíveis ao delirium devido à diminuição da reserva cognitiva. Histórico de demência ou transtornos psiquiátricos (ex.: depressão, ansiedade, esquizofrenia). Uso crônico de medicações sedativas ou psicotrópicas. Déficits sensoriais não corrigidos, como perda auditiva ou visual, que contribuem para desorientação. **Relacionadas ao Procedimento** Uso de anestésicos voláteis e benzodiazepínicos, que podem causar disfunção temporária do sistema nervoso central. Cirurgias prolongadas ou complexas, especialmente em regiões que afetam diretamente o sistema nervoso central, como neurocirurgias e cirurgias cardíacas. Hipoxemia ou hipercapnia intraoperatória, resultando em disfunção cerebral. **Relacionadas ao Manejo Pós-Operatório** Controle inadequado da dor: A dor intensa pode exacerbar a agitação e confusão. Distúrbios metabólicos ou eletrolíticos (ex.: hipoglicemia, hipoxemia). Ambiente hospitalar estressante: Luzes intensas, ruídos, ou frequentes interrupções do sono contribuem para o delirium.	**Impactos Clínicos** Risco de lesões ao paciente ou a equipe de saúde devido à agitação psicomotora (ex.: quedas, remoção de dispositivos, como cateteres ou sondas). Atraso na recuperação pós-operatória, incluindo aumento do tempo de permanência na sala de recuperação anestésica (SRA) ou na unidade hospitalar. Complicações hemodinâmicas: Taquicardia, hipertensão ou aumento da demanda de oxigênio devido à agitação. Cronificação do delirium, associado a piores desfechos cognitivos no médio e longo prazo em pacientes submetidos a cirurgias. **Impactos Operacionais** Necessidade de monitorização intensiva e aumento da carga de trabalho da equipe de enfermagem. Interrupção do fluxo na SRA, atrasando a alta de outros pacientes. Maior custo hospitalar devido ao prolongamento da internação e intervenções adicionais.	4	7	3	84	Baixa	**1. Avaliação Pré-Anestésica Minuciosa** Identificação de fatores de risco para delirium, como idade avançada, histórico de demências cognitivas e medicações em uso. Planejamento anestésico personalizado para minimizar o uso de agentes que aumentem o risco de confusão, como benzodiazepínicos. **2. Manejo Anestésico Adequado** Uso criterioso de anestésicos: Preferir agentes com menor impacto no sistema nervoso central, como propofol e anestésicos intravenosos de curta duração. Evitar benzodiazepínicos e reduzir o uso de opióides sempre que possível. Monitoramento rigoroso dos parâmetros ventilatórios, como oxigenação e capnografia, para prevenir hipóxia e hipercapnia. **3. Ambiente Pós-Operatório Seguro e Calmante** Garantir quarto ambiente da SRA com iluminação suave e ruídos controlados. Permitir a presença de familiares sempre que possível, para ajudar na reorientação do paciente. **4. Monitorização e Tratamento Precoce** Avaliação contínua do estado cognitivo do paciente na SRA, utilizando ferramentas específicas. Administração de medicações sedativas seguras, como dexmedetomidina, em casos de agitação psicomotora grave. Reverter causas corrigíveis, como dor, distúrbios metabólicos ou desidratação.	Protocolos padronizados de prevenção e manejo de delirium emergente, incluindo identificação precoce e intervenções específicas. Educação contínua da equipe de saúde sobre os sinais precoces de confusão e agitação pós-operatória e seu manejo. Simulações clínicas para capacitar a equipe no manejo de casos de agitação psicomotora grave.	Auditorias regulares para avaliar a adesão aos protocolos de manejo de delirium emergente. Monitoramento de indicadores, como frequência de episódios de confusão ou agitação na SRA e intervenções realizadas. Análise de eventos adversos relacionados a complicações de delirium para promover melhorias contínuas.	Anestesiologista, que ajusta o plano anestésico e intervém em casos de agitação pós-operatória. Equipe de enfermagem da SRA, que monitora o estado cognitivo e atua no manejo inicial de casos de agitação. Coordenação do Centro Cirúrgico e SRA, que garante protocolos padronizados e treinamento da equipe. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que audita os processos e promove melhorias contínuas na prevenção e manejo do delirium emergente.
	Hipotermia Residual	**Relacionadas ao Paciente** Idade avançada ou pacientes pediátricos: Redução na capacidade de termorregulação. Baixo índice de massa corporal (IMC): Menor reserva térmica e maior perda de calor. Comorbidades: Hipotireoidismo, diabetes ou outras condições que afetam o metabolismo e a termorregulação. **Relacionadas ao Procedimento** Cirurgias prolongadas ou de grande porte: Aumentam a exposição a ambientes frios e perda de calor. Uso de anestesia geral ou regional: Ambas podem inibir os mecanismos de termorregulação central, como vasoconstrição e tremores. Reposição de fluidos frios e transfusões de sangue sem ajustamento adequado. **Relacionadas ao Manejo Perioperatório** Ambiente frio da sala cirúrgica ou de sala de recuperação anestésica (SRA). Falha no uso de dispositivos de aquecimento intraoperatório, como cobertores térmicos ou sistemas de ar quente forçado. Monitorização inadequada da temperatura corporal durante o procedimento e no pós-operatório imediato.	**Impactos Clínicos** Aumento do risco de complicações cardiovasculares: Hipotermia pode causar vasoconstrição, hipertensão, aumento da demanda de oxigênio e risco de isquemia miocárdica. Distúrbios da coagulação: Prolongamento do tempo de coagulação, aumentando o risco de sangramentos. Infecções no sítio cirúrgico: A hipotermia prejudica a função imunológica, retardando a cicatrização e aumentando o risco de infecção. Tremores pós-operatórios: Contribuem para aumento do consumo de oxigênio e desconforto do paciente. Acidose metabólica: Devido à redução da perfusão tecidual. **Impactos Operacionais** Prolongamento do tempo de permanência na SRA, atrasando a alta e ocupando recursos. Maior necessidade de intervenções adicionais, como reaquecimento ativo e monitorização intensiva. Aumento do custo hospitalar devido ao uso prolongado de equipamentos e medicamentos.	5	7	3	105	Moderada	**1. Monitorização Contínua da Temperatura** Monitorização obrigatória da temperatura corporal durante o intraoperatório e no pós-operatório imediato. Uso de dispositivos confiáveis para medir a temperatura central (ex.: sonda esofágica ou retal) em cirurgias prolongadas ou complexas. **2. Reaquecimento Ativo** Uso de dispositivos de aquecimento ativo na SRA, como cobertores térmicos ou sistemas de ar quente forçado. Aquecimento de fluidos intravenosos e oxigênio antes de administrá-los para evitar perda adicional de calor. **3. Prevenção Intraoperatória** Manutenção da temperatura corporal intraoperatória: Iniciar o aquecimento ativo antes do início da cirurgia e manê-lo durante todo o procedimento. Redução da exposição ao ambiente frio da sala cirúrgica e minimização do tempo de exposição ao frio durante a cirurgia.	Protocolos padronizados para prevenção e manejo da hipotermia durante todo o período perioperatório. Treinamento contínuo da equipe sobre a importância da termorregulação e o uso correto dos dispositivos de aquecimento. Discussão de casos clínicos para melhorar a resposta da equipe a cenários de hipotermia residual.	Auditorias regulares para avaliar a

Liberação do paciente	Não Relatar Eventos Adversos ou Complicações Intraoperatórias	**Relacionados à Comunicação** Falta de protocolos padronizados para transmissão de informações críticas durante a transição de cuidados (sala cirúrgica para SRA ou UTI). Falta de briefing ou de handoff estruturado entre anestesiologista e equipe da SRA. Comunicação inadequada entre os membros da equipe multidisciplinar, incluindo cirurgiões, anestesiologistas e enfermeiros. **Relacionados ao Processo** Sobrecarga de trabalho ou alta pressão de tempo para liberar a sala cirúrgica rapidamente. Falta de cultura de segurança e de incentivo ao relato de eventos adversos. Desconhecimento ou subestimação da gravidade de certos eventos intraoperatórios, como hipotensão, hipoxemia transitória ou sangramento. **Relacionados à Documentação** Documentação incompleta ou inadequada no prontuário do paciente sobre os eventos intraoperatórios e as intervenções realizadas.	**Impactos Clínicos** Manejo inadequado de complicações no PO devido à falta de conhecimento sobre eventos críticos ocorridos durante a cirurgia (ex.: hipotensão prolongada, hipoxemia, sangramento importante). Atraso na identificação e tratamento de complicações: isso pode levar a piora do quadro clínico e aumento da morbimortalidade. Aumento do risco de eventos adversos graves, como insuficiência respiratória, choque ou necessidade de reintervenção. Prolongamento da recuperação do paciente ou necessidade de internação em UTI. **Impactos Operacionais** Prolongamento do tempo de permanência na SRA ou hospitalar. Aumento de custos hospitalares com intervenções emergenciais e medicações não previstas inicialmente. Impacto na qualidade dos cuidados prestados e aumento do risco legal e ético.	5	8	3	120	Moderada	**1. Implementação de Protocolos de Comunicação Estruturada** Uso obrigatório de ferramentas de handoff estruturados, como SBAR (Situação, Background, Avaliação, Recomendação), durante a transição de cuidados da sala cirúrgica para a SRA ou UTI. Briefing multidisciplinar entre anestesiologista, cirurgião e equipe de enfermagem antes da transferência do paciente. **2. Documentação Completa e Detalhada** Registros obrigatórios de todos os eventos adversos intraoperatórios e intervenções realizadas no prontuário eletrônico do paciente. Checklist pós-operatório imediato para garantir que informações críticas, como perda sanguínea, hipotensão prolongada ou dificuldades na via aérea, sejam relatadas. **3. Treinamento Contínuo e Cultura de Segurança** Capacitação da equipe multidisciplinar sobre a importância do relato de eventos adversos para continuidade e qualidade do cuidado. Incentivo ao relato de eventos adversos e complicações, promovendo uma cultura de segurança do paciente, sem medo de punição.	Discussão de casos para treinar a equipe em comunicação eficaz durante a transição de cuidados e relato de eventos adversos. Reuniões pós-operatórias para revisão de casos complexos e discussão sobre complicações e manejo. Protocolos institucionais padronizados para garantir que nenhum evento crítico seja omitido durante a transferência do paciente.	Auditorias regulares nos prontuários para avaliar a qualidade da documentação de eventos adversos intraoperatórios. Monitoramento de indicadores, como frequência de eventos adversos não relatados e complicações detectadas tardiamente. Relatórios de incidentes críticos, com análise de causa-raiz e implementação de melhorias nos processos de comunicação.	Anestesiologista, que deve relatar todos os eventos adversos e complicações ocorridos durante o procedimento cirúrgico. Equipe de enfermagem da SRA, que monitora e documenta o manejo do paciente e identifica sinais de complicações não relatadas. Coordenação do Centro Cirúrgico e SRA, que garante a aplicação dos protocolos de comunicação estruturada. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que audita os processos e promove ações de melhoria contínua na comunicação e gestão de eventos adversos.
	Omissão de Informações sobre Status Hemodinâmico e Respiratório	**Relacionados à Comunicação** Falta de protocolos padronizados de handoff durante a transição de cuidados da sala cirúrgica para a sala de recuperação anestésica (SRA) ou UTI. Comunicação insuficiente ou incompleta entre anestesiologista e equipe da SRA, omitindo eventos críticos intraoperatórios, como episódios de hipotensão, hipoxemia, hipoxemia ou alterações no ventilação. Pressão de tempo e alta carga de trabalho, levando a falhas na transmissão de informações críticas. Ambiguidade ou responsabilidade pelo relato das condições hemodinâmicas e respiratórias durante a transferência do paciente. **Relacionados ao Processo** Documentação incompleta ou atrasada no prontuário eletrônico ou manual. Ausência de monitorização contínua ou falha na interpretação de parâmetros intraoperatórios cruciais antes da transferência. **Relacionados ao Ambiente e à Equipe** Sobrecarga da equipe na SRA ou UTI, dificultando a comunicação detalhada durante o recebimento do paciente. Falta de treinamento específico em comunicação estruturada para transição segura de cuidados.	**Impactos Clínicos** Manejo inadequado do tardio de complicações hemodinâmicas e respiratórias no PO1, como hipotensão, hipertensão, arritmias, hipoxemia ou hipercapnia. Risco aumentado de eventos adversos graves, como parada cardiorrespiratória, choque ou lesão orgânica (ex.: lesão renal aguda, isquemia cerebral ou miocárdica). Comprometimento da oxigenação e perfusão tecidual, resultando em deterioração clínica rápida. Prolongamento da recuperação e necessidade de suporte intensivo prolongado, incluindo intubação, ventilação mecânica e uso de vasopressores. **Impactos Operacionais** Prolongamento do tempo de permanência na SRA ou UTI devido ao manejo tardio de complicações. Aumento dos custos hospitalares devido a intervenções emergenciais e monitorização intensiva. Redução da eficiência do fluxo de pacientes, com atrasos na liberação de leitos na SRA ou UTI.	4	8	3	96	Baixa	**1. Implementação de Protocolos de Comunicação Estruturada** Uso obrigatório de ferramentas de handoff estruturados, como SBAR (Situação, Background, Avaliação, Recomendação) ou checklists de transferência padronizados. Reuniões de briefing entre o anestesiologista e a equipe da SRA ou UTI antes da transferência do paciente. **2. Documentação Completa e em Tempo Real** Registro detalhado no prontuário eletrônico sobre status hemodinâmico e respiratório durante e imediatamente antes da transferência. Checklist obrigatório de parâmetros críticos, incluindo pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio, ventilação e drenos. **3. Monitorização Contínua no PO1** Monitorização imediata e contínua dos parâmetros hemodinâmicos e respiratórios na SRA, com avaliação frequente por parte da equipe de enfermagem e médica. **4. Educação e Treinamento Contínuos** Treinamento da equipe multidisciplinar sobre a importância da comunicação clara e completa durante a transição de cuidados. Capacitação em protocolos de segurança e simulações clínicas para garantir a adoção eficaz de práticas de handoff.	Discussão de casos clínicos no PO1, enfatizando a comunicação e o manejo rápido de complicações hemodinâmicas e respiratórias. Protocolos institucionais padronizados para garantir a transmissão completa e precisa de informações críticas. Revisão regular de casos clínicos complexos para identificar falhas e melhorar a comunicação.	Auditorias regulares nos prontuários para avaliar a qualidade da documentação sobre status hemodinâmico e respiratório. Monitoramento de indicadores, como frequência de complicações no PO1 relacionadas a falhas de comunicação e eventos adversos evitáveis. Análise de eventos críticos, promovendo ações corretivas e preventivas baseadas nas causas identificadas.	Anestesiologista, que deve relatar e documentar eventos hemodinâmicos e respiratórios críticos durante o intraoperatório e no momento da transferência. Equipe de enfermagem da SRA ou UTI, que monitora continuamente os sinais vitais e intervém prescocemente em complicações. Coordenação do Centro Cirúrgico e SRA, que implementa e reforça protocolos de comunicação estruturada. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que audita os processos de transferência de cuidados e promove ações de melhoria contínua.
	Alta Prematura sem Estabilidade Clínica Adequada	**Relacionados ao Processo de Alta** Falta de protocolos claros para critérios de alta do suporte de oxigenação anestésica (SRA) ou unidade de terapia intensiva (UTI). Avaliação inadequada ou incompleta da estabilidade clínica antes da liberação do paciente. Pressão institucional para liberação precoce de leitos, especialmente em situações de alta demanda. Falta de comunicação eficiente entre a equipe anestésica, cirúrgica e de enfermagem sobre o estado clínico do paciente. **Relacionados à Monitorização** Monitorização inadequada ou interrupção precoce de parâmetros críticos, como pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio e função respiratória. Ausência de reavaliação clínica antes da decisão de alta, especialmente em pacientes de alto risco. **Relacionados ao Paciente** Comorbidades pré-existentes (ex.: doenças cardiovasculares, pulmonares ou renais) que aumentam a complexidade do cuidado pós-operatório. Complicações intraoperatórias não documentadas ou omitidas, como hipotensão, hipoxemia ou hemorragia.	**Impactos Clínicos** Risco aumentado de descompensação clínica: instabilidade hemodinâmica, insuficiência respiratória ou outras complicações podem surgir após a alta inadequada. Necessidade de readmissão emergencial na SRA, UTI ou mesmo em ambiente hospitalar, atrasando o tratamento adequado. Eventos adversos graves, como parada cardiorrespiratória, hipoxemia severa ou choque, que poderiam ser prevenidos com monitorização contínua. Aumento da morbimortalidade perioperatória. **Impactos Operacionais** Prolongamento do tempo de internação geral devido a complicações evitáveis, impactando o fluxo hospitalar. Aumento dos custos hospitalares com intervenções emergenciais e monitorização intensiva. Insatisfação do paciente e familiares, impactando a reputação institucional e aumentando o risco de litígios.	4	9	3	108	Moderada	**1. Implementação de Protocolos Padronizados de alta** Critérios clínicos e objetivos para liberação da SRA, com uso de escalas específicas (ex.: Escala de Aldrete) que avalia estabilidade respiratória, hemodinâmica, nível de consciência, atividade motora e saturação de oxigênio. Checklist obrigatório de estabilidade clínica, incluindo parâmetros vitais, função respiratória e ausência de complicações agudas antes da alta. **2. Monitorização Adequada Reavaliação** Monitorização contínua até a estabilização clínica total, especialmente em pacientes de alto risco ou com complicações intraoperatórias. Reavaliação por um anestesiologista ou médico responsável antes da liberação do paciente, com garantia de documentação detalhada. **3. Comunicação Eficiente** Briefing estruturado entre a equipe de enfermagem e os médicos responsáveis antes da alta, garantindo que todas as informações clínicas sejam compartilhadas e compreendidas. Educação do paciente e familiares sobre sinais de alerta e a importância de procurar atendimento imediato em caso de complicações.	Discussão clínicas para treinamento da equipe em identificar e manejar pacientes com risco de descompensação antes da alta. Educação contínua da equipe sobre a importância da monitorização contínua e critérios de alta seguro. Protocolos de recuperação de RPA para manejo de pacientes de alto risco.	Auditorias regulares para avaliar a adesão aos critérios de alta e a qualidade das revisões clínicas. Monitoramento de indicadores, como frequência de readmissões à SRA ou UTI e complicações pós-alta. Relatórios de eventos adversos relacionados à alta prematura, com análise detalhada para implementar melhorias contínuas.	Anestesiologista, que deve assegurar que o paciente atenda aos critérios de alta e documentar a estabilidade clínica. Equipe de enfermagem da SRA, que monitora continuamente os sinais vitais e reporta qualquer instabilidade antes da alta. Coordenação do Centro Cirúrgico e SRA, que garante a aplicação dos protocolos de alta e treinamento contínuo da equipe. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que audita os processos de alta e promove ações de melhoria para prevenir eventos adversos.
	Falta de Orientação Adequada ao Paciente sobre Cuidados Pós-Operatórios	**Relacionados à Comunicação** Falta de protocolos padronizados para orientações claras sobre os cuidados pós-operatórios. Comunicação insuficiente ou incompleta entre a equipe de cuidados e pacientes/familiares. Barreiras linguísticas ou educacionais: Dificuldade do paciente em compreender as orientações fornecidas. **Relacionados ao Processo** Pressa na alta hospitalar, priorizando a liberação de leitos em detrimento de orientações detalhadas. Ausência de documentação escrita complementar, como guias ou folhetos de instruções pós-operatórios. Falta de tempo ou sobrecarga da equipe de saúde, reduzindo a qualidade das explicações fornecidas. **Relacionados ao Paciente** Ansiedade ou confusão após o procedimento, dificultando a retenção das informações transmitidas verbalmente. Falta de participação ativa do paciente ou familiares no momento das orientações.	Impactos Clínicos Não adesão às recomendações pós-operatórias, como jejum, mobilização precoce, uso de medicamentos ou controle da dor. Aumento do risco de complicações, como infecção, trombose venosa profunda (TVP), dor mal controlada, ou deiscência. Maior frequência de retornos emergenciais ao hospital devido à falta de conhecimento sobre sinais de alerta (ex.: febre, dor intensa, sangramento). Piora no desfecho cirúrgico, resultando em atrasos na recuperação e, possivelmente, em reoperações ou internações prolongadas. Impactos Operacionais Sobrecarga de serviço devido a readmissões evitáveis. Aumento dos custos hospitalares associados ao manejo de complicações evitáveis. Insatisfação do paciente e familiares, impactando a reputação institucional e aumentando o risco de litígios.	5	7	4	140	Moderada	**1. Protocolos de Orientação Padronizados** Elaboração de guias escritos e folhetos de orientação pós-operatória, personalizados conforme o tipo de cirurgia. Checklists de alta obrigatórios, incluindo itens sobre medicação, sinais de alerta, controle da dor, alimentação e atividades permitidas. **2. Comunicação Efetiva** Orientação verbal clara e detalhada, complementada por instruções escritas. Utilização de linguagem simples e acessível, adaptada ao nível de compreensão do paciente. Envolvimento ativo do paciente e familiares no processo de orientação. **3. Reforço de Orientações** Contato telefônico ou consulta de retorno precoce para reforçar as orientações e esclarecer dúvidas. Educação continuada do paciente durante o período de internação, sempre que possível.	Treinamento contínuo da equipe em comunicação eficaz e padronização de orientações. Uso de tecnologias: Aplicativos ou plataformas digitais que fornecem instruções pós-operatórias e lembretes personalizados. Capacitar a equipe a fornecer orientações de forma eficaz e compreensível.	Auditorias regulares para avaliar a qualidade e consistência das orientações fornecidas ao alta. Monitoramento de indicadores, como taxa de readmissões evitáveis e complicações pós-operatórias relacionadas à não adesão às recomendações. Feedbacks dos pacientes e familiares sobre a clareza e utilidade das orientações recebidas.	Equipe de enfermagem, que fornece as orientações no momento da alta e garante a compreensão do paciente. Anestesiologista e cirurgião, que reforçam informações críticas sobre controle da dor e sinais de alerta. Coordenação da unidade de internação ou SRA, que garante a implementação de protocolos de alta e disponibilidade material de orientação. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que monitora incidentes relacionados à falta de orientação e promove melhorias contínuas.
	Omissão de Revisão do Plano de Medicações Pós-Operatórias	**Relacionados ao Processo** Falta de protocolos padronizados para a revisão e prescrição de medicações pós-operatórias. Pressão para alta precoce, comprometendo o tempo necessário para uma revisão detalhada das medicações. Falta de comunicação entre equipe cirúrgica, anestésica e enfermagem, resultando em lacunas no plano medicamentoso. Documentação incompleta ou ausência de registros sobre ajustes de medicações intraoperatórios e sua continuidade no pós-operatório. **Relacionados ao Paciente** Polifarmácia em pacientes com comorbidades: Dificuldade a revisão e identificação de interações medicamentosas ou necessidade de ajuste. Histórico de reações adversas ou alergias não revisado no momento da alta. **Relacionados à Equipe** Sobrecarga de trabalho e alta rotatividade da equipe, contribuindo para falhas na comunicação e revisão adequada. Falta de treinamento ou conscientização sobre a importância da revisão do plano medicamentoso.	**Impactos Clínicos** Administração inadequada de medicamentos, como doses incorretas, omissão de medicações essenciais ou continuidade indevida de medicações desnecessárias. Interações medicamentosas prejudiciais, resultando em efeitos adversos graves, como sangramentos, insuficiência renal ou descompensação cardiovascular. Reações adversas a medicamentos devido à prescrição de fármacos contraindicados ou duplicação de classes terapêuticas. Controle inadequado da dor ou outras condições, como hipertensão, diabetes ou infecções, impactando negativamente a recuperação do paciente. **Impactos Operacionais** Readmissões hospitalares evitáveis devido a complicações relacionadas ao uso inadequado de medicamentos. Aumento dos custos hospitalares com manejo de eventos adversos ou complicações pós-operatórias. Insatisfação do paciente/familiares, comprometendo a experiência e confiança no cuidado recebido.	5	8	3	120	Moderada	**1. Implementação de Protocolos Padronizados** Checklist de alta obrigatório, incluindo revisão detalhada das medicações pós-operatórias, considerando continuidade, interrupção ou ajuste de doses. Protocolos de reconciliação medicamentosa para garantir que medicações pré-operatórias sejam adequadamente reintroduzidas ou ajustadas no plano pós-operatório. **2. Comunicação Eficiente e Documentação Completa** Briefings multidisciplinares entre cirurgião, anestesiologista e equipe de enfermagem para garantir que o plano de medicações seja discutido e documentado. Prescrição clara e completa no prontuário eletrônico, com justificativas para ajustes ou interrupções de medicações. **3. Treinamento da Equipe** Capacitação contínua sobre a importância da revisão de medicações e reconhecimento de potenciais interações ou reações adversas.	Tecnologias de suporte à decisão clínica, como sistemas eletrônicos que alertam para interações medicamentosas e inconsistências no plano de medicação. Educação do paciente/familiares sobre uso correto das medicações prescritas e a importância de seguir o plano pós-operatório. Revisão precoce do plano medicamentoso durante o período de internação e reforço no momento da alta.	Auditorias regulares nos prontuários para avaliar a qualidade e completude das prescrições pós-operatórias. Monitoramento de indicadores, como taxa de readmissões evitáveis e complicações pós-operatórias. Relatórios de incidentes críticos, com análise de causa-raiz para implementar melhorias contínuas.	Anestesiologista e cirurgião, que devem revisar e ajustar o plano de medicações conforme as condições intra e pós-operatórias. Equipe de enfermagem, que garante a administração correta dos medicamentos e identifica possíveis inconsistências. Coordenação do Centro Cirúrgico e SRA, que implementa e monitora protocolos de revisão medicamentosa. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que audita os processos e promove ações de melhoria contínua na gestão de medicações.
	Ausência de Verificação de Complicações Imediatas Pós-Operatórias	**Relacionados ao Processo de Cuidados** Falta de protocolos padronizados para monitorização e verificação sistemática de complicações no pós-operatório imediato (PO1). Transferência rápida do paciente para a unidade de internação ou alta precoces, sem avaliação adequada. Ausência de checklists ou ferramentas de monitorização para identificação precoce de complicações comuns, como sangramentos, hipotensão, dor intensa ou insuficiência respiratória. **Relacionados à Comunicação** Falta de comunicação estruturada entre a equipe cirúrgica, anestésica e de enfermagem durante a transferência do paciente da sala cirúrgica para a sala de recuperação anestésica (SRA). Omissão de informações críticas sobre eventos intraoperatórios que podem predispor a complicações. **Relacionados à Equipe** Sobrecarga de trabalho ou insuficiência de pessoal na SRA, dificultando uma avaliação minuciosa. Falta de treinamento específico para detecção de sinais precoces de complicações pós-operatórias.	**Impactos Clínicos** Não detecção precoce de complicações graves, como hemorragia, hipotensão, hipoxemia, arritmias ou tromboembolismo pulmonar (TEP). Aumento do risco de deterioração clínica rápida, podendo levar a choque, parada cardiorrespiratória ou morte. Prolongamento da recuperação pós-operatória, com necessidade de intervenções emergenciais ou readmissão à UTI. Maior morbimortalidade perioperatória devido a complicações tratáveis que não foram identificadas a tempo. **Impactos Operacionais** Aumento de tempo de internação e necessidade de recursos adicionais, como suporte ventilatório ou vasopressores. Sobrecarga para o sistema de saúde, incluindo aumento dos custos hospitalares e ocupação prolongada de leitos. Insatisfação do paciente e familiares, impactando a reputação institucional e aumentando o risco de litígios.	5	9	3	135	Moderada	**1. Implementação de Protocolos Padronizados** Checklists obrigatórios para monitorização sistemática no PO1, avaliando sinais vitais, dor, sangramentos, saturação de oxigênio e outros parâmetros críticos. Protocolos específicos para monitorização contínua nas primeiras horas após o procedimento, especialmente em pacientes de alto risco. **2. Comunicação Eficiente** Uso de ferramentas estruturadas de handoff, como SBAR (Situação, Background, Avaliação, Recomendação), garantindo a transmissão completa de informações críticas. Briefings multidisciplinares entre o cirurgião e a equipe de enfermagem antes da alta da unidade de internação. **3. Monitorização Contínua e Avaliação Clínica** Monitorização contínua e frequente de parâmetros vitais durante o PO1, com reavaliações regulares por parte da equipe de enfermagem e médica. Revisão completa do quadro clínico antes da alta do SRA, garantindo que todas as complicações tenham sido descartadas ou manejadas. **4. Treinamento da Equipe** Capacitação contínua para detecção precoce de complicações comuns no PO1, com ênfase em manejo de emergência.	Simulações clínicas para treinar a equipe em cenários de emergência no PO1, melhorando a capacidade de resposta a complicações. Educação contínua da equipe sobre os princípios chave de complicações imediatas e protocolos de intervenção rápida.	Auditorias regulares nos prontuários para verificar a adesão aos protocolos de monitorização e avaliação no PO1. Monitoramento de indicadores, como taxa de complicações não detectadas no PO1 e número de readmissões à SRA ou UTI. Relatórios de eventos adversos, com análise de causa-raiz para implementar melhorias contínuas nos processos de monitorização.	Anestesiologista e cirurgião, que devem garantir uma avaliação clínica completa antes da alta do paciente. Equipe de enfermagem da SRA, que monitora continuamente os sinais vitais e reporta alterações clínicas. Coordenação do Centro Cirúrgico e SRA, que assegura a implementação e adesão aos protocolos de monitorização no PO1. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que audita os processos e promove melhorias contínuas na identificação e manejo de complicações no PO1.
	Falta de Validação do Estado Neurológico e Nível de Consciência	**Relacionados ao Processo de Cuidado** Ausência de protocolos padronizados para avaliação neurológica e do nível de consciência no pós-operatório imediato (PO1). Pressão para alta precoce da sala de recuperação anestésica (SRA) ou UTI, reduzindo o tempo disponível para avaliação detalhada. Falta de checklists ou escalas objetivas (ex.: Escala de Glasgow) como parte da rotina de monitorização no PO1. **Relacionados à Comunicação** Falta de comunicação estruturada entre anestesiologista e equipe de enfermagem sobre o status neurológico durante a transição de cuidados. Omissão de informações críticas sobre eventos intraoperatórios que possam impactar o estado neurológico, como hipotensão, hipoxemia ou hipercapnia. **Relacionados à Equipe** Sobrecarga de trabalho ou rotatividade elevada da equipe, dificultando a avaliação cuidadosa. Falta de treinamento específico para detecção de alterações neurológicas sutis. **Relacionados ao Paciente** Fatores de risco neurológicos preexistentes, como AVC, demência ou condições psiquiátricas. Recuperação anestésica em pacientes idosos ou com comorbidades, aumentando a complexidade da avaliação.	**Impactos Clínicos** Não detecção de complicações neurológicas graves, como AVC, delirium, déficits neurológicos focais ou atraso no reconhecimento da consciência. Risco aumentado de eventos adversos, como insuficiência respiratória ou hemodinâmica, devido à deterioração neurológica não identificada. Prolongamento da recuperação e necessidade de intervenções emergenciais, como reintubação à SRA ou UTI. Aumento da morbimortalidade perioperatória, especialmente em casos de deterioração não manejada a tempo. **Impactos Operacionais** Readmissão hospitalar ou internação prolongada para manejo de complicações não detectadas. Aumento dos custos hospitalares, incluindo intervenções emergenciais e monitorização intensiva. Insatisfação do paciente e familiares, abalando a reputação institucional e gerando risco de litígios.	5	8	3	96	Baixa	**1. Implementação de Protocolos Padronizados** Checklists obrigatórios para validação do estado neurológico e nível de consciência no PO1. Uso de escalas neurológicas objetivas, como a Escala de Coma de Glasgow (ECG) e avaliação de orientações (tempo, espaço, pessoa). Requisitos de monitorização frequente para sinais neurológicos em pacientes de alto risco. **2. Comunicação Eficiente** Documentação detalhada no prontuário eletrônico sobre o estado neurológico antes e após o procedimento. **3. Treinamento Contínuo** Capacitação da equipe em avaliação neurológica e reconhecimento precoce de complicações. Simulações clínicas para preparar a equipe para a identificação e manejo de deterioração neurológica. **4. Monitorização Contínua e Reavaliação** Monitorização contínua durante o SRA e reavaliação obrigatória antes da alta. Avaliação neurológica obrigatória antes da transferência para enfermaria ou liberação para alta domiciliar.	Revisão de protocolos institucionais, garantindo que testes ou pacientes passem por uma avaliação neurológica formal no PO1. Implementação de tecnologia: Sistemas eletrônicos que enviam prescricionamento de campos obrigatórios relacionados à avaliação neurológica. Educação do paciente e familiares sobre sinais de alerta neurológicos, como confusão, fraqueza ou perda de consciência.	Auditorias regulares para avaliar a adesão aos protocolos de avaliação neurológica. Monitoramento de indicadores, como número de complicações neurológicas detectadas tardiamente ou readmissões relacionadas. Relatórios de eventos adversos neurológicos, com análise de causa-raiz para implementação de melhorias.	Anestesiologista e cirurgião, que devem garantir a avaliação e documentação do estado neurológico. Equipe de enfermagem da SRA, que realiza monitorização contínua e identifica alterações neurológicas. Coordenação do SRA ou UTI, que assegura a aplicação de protocolos padronizados. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que audita processos e promove melhorias contínuas na gestão de riscos neurológicos.
	Falha na Identificação de Complicações Anestésicas	**Relacionados ao Processo de Monitorização** Monitorização inadequada ou incompleta dos parâmetros vitais durante e após o procedimento anestésico. Falta de protocolos padronizados para detecção precoce de complicações anestésicas, como hipotensão, hipoxemia, arritmias ou hipertermia maligna. Interrupção precoce da monitorização na sala de recuperação anestésica (SRA) ou durante a transferência do paciente. **Relacionados à Comunicação** Falta de comunicação estruturada entre o anestesiologista e a equipe da SRA ou UTI, resultando em omissão de informações críticas sobre eventos intraoperatórios. Omissão de informações sobre fatores de risco individuais, como histórico de reações adversas a anestésicos ou complicações prévias. Relacionados à Equipe Sobrecarga de trabalho ou alta rotatividade da equipe, comprometendo a vigilância e continuidade dos cuidados. Falta de treinamento específico para a equipe de enfermagem e médica em reconhecer complicações anestésicas menos comuns, como arritmias ou hipertermia maligna. **Relacionados ao Paciente** Condições subjacentes não diagnosticadas, como distúrbios metabólicos ou cardiovasculares, que podem exacerbar as complicações anestésicas. Variabilidade na resposta individual aos anestésicos, dificultando a detecção precoce de alterações clínicas.	**Impactos Clínicos** Evolução de complicações anestésicas graves não tratadas a tempo, como: Hipoxemia ou hipercapnia, levando a lesão cerebral. Arritmias graves ou parada cardíaca. Hipertermia maligna, que pode ser fatal se não manejada rapidamente. Anafilaxia, resultando em choque ou falência de múltiplos órgãos. Prolongamento da recuperação anestésica, com necessidade de intervenções emergenciais ou internação em UTI. Aumento da morbimortalidade perioperatória. **Impactos Operacionais** Readmissão hospitalar ou prolongamento da internação para manejo de complicações. Sobrecarga para o sistema de saúde, incluindo aumento dos custos hospitalares e ocupação prolongada de leitos. Insatisfação do paciente e familiares, abalando a reputação institucional agravando risco de litígios.	5	9	3	135	Moderada	**1. Implementação de Protocolos Padronizados** Checklists obrigatórios para monitorização e avaliação contínua de complicações anestésicas durante e intraoperatório e PO1. Protocolos específicos para manejo de complicações graves, como anafilaxia, hipertermia maligna e eventos cardiovasculares. **2. Monitorização Contínua e Avançada** Monitorização rigorosa de parâmetros vitais, incluindo oxigenação, ventilação, pressão arterial e débito cardíaco, até a recuperação completa do paciente. Uso de dispositivos avançados em casos de alto risco, como capnografia, eletrocardiografia transmitida e monitores de débito cardíaco. **3. Comunicação Eficiente** Briefing estruturado durante a transição de cuidados para garantir que eventos críticos ou suspeitas de complicações sejam informados. Documentação detalhada de eventos adversos intraoperatórios e monitorização pós-operatória. **4. Treinamento Contínuo** Capacitação contínua para toda a equipe envolvida no cuidado perioperatório, incluindo reconhecimento precoce e manejo de complicações anestésicas. Simulações clínicas regulares para cenários de complicações críticas, como parada cardiorrespiratória e hipertermia maligna.	Revisão regular de protocolos institucionais e adaptação com base em novas evidências ou casos críticos anteriores. Orientação do paciente e familiares sobre os sinais de alerta que requerem atenção imediata após a alta.	Auditorias regulares nos prontuários para avaliar a qualidade da monitorização e documentação de complicações anestésicas. Monitoramento de indicadores, como frequência de eventos adversos anestésicos e número de complicações detectadas tardiamente. Relatórios de incidentes críticos, com análise de causa-raiz para implementação de melhorias contínuas.	Anestesiologista, que deve realizar monitorização contínua e relatar qualquer evento adverso ocorrido. Equipe de enfermagem da SRA, que realiza a vigilância contínua no PO1 e comunica alterações críticas. Coordenação do Centro Cirúrgico e SRA, que garante a aplicação dos protocolos e disponibilidade de equipamentos de monitorização. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que audita os processos e promove melhorias contínuas na detecção e manejo de complicações anestésicas.
	Falta de Ajustes no Manejo Analgésico e Terapêutico	**Relacionados ao Processo de Cuidados** Ausência de protocolos padronizados para reavaliação e ajuste do manejo analgésico e terapêutico no pós-operatório imediato (PO1). Falta de monitorização contínua da dor e de parâmetros clínicos para ajustar a terapia conforme a evolução do paciente. Transferência precoce do paciente da sala de recuperação anestésica (SRA) sem revisão adequada da eficácia analgésica ou de outras terapias. **Relacionados à Comunicação** Falta de comunicação eficiente entre anestesiologista, cirurgião e equipe de enfermagem sobre a necessidade de ajustes terapêuticos. Informações insuficientes sobre a resposta do paciente aos analgésicos e outras medicações durante o intra e pós-operatório. **Relacionados à Equipe** Sobrecarga de trabalho e alta rotatividade, dificultando uma avaliação minuciosa da necessidade de ajustes. Falta de treinamento em protocolos de manejo analgésico e terapêutico multimodal. **Relacionados ao Paciente** Diferenças individuais na resposta aos analgésicos ou outras medicações, como tolerância a opioides ou necessidade de ajustes em pacientes com comorbidades. Fatores de risco específicos, como dor crônica pré-existente, alexidade ou insuficiência renal, que exigem manejo terapêutico personalizado.	**Impactos Clínicos** Controle inadequado da dor no pós-operatório, resultando em dor severa ou crônica, comprometendo a recuperação. Riscos de eventos adversos medicamentosos, como sedação excessiva, depressão respiratória ou toxicidade, devido a ajustes inadequados ou omissão de ajustes. Maior risco de complicações relacionadas à dor intensa, como hipertensão, taquicardia e retardo na mobilização pós-operatória. Insuficiência terapêutica no manejo de condições clínicas associadas, como infecção, trombose venosa profunda (TVP) ou desequilíbrios metabólicos. **Impactos Operacionais** Prolongamento da internação hospitalar, devido ao manejo inadequado da dor ou complicações secundárias. Readmissão hospitalar por eventos adversos evitáveis ou controle inadequado das condições clínicas. Aumento dos custos hospitalares e da carga de trabalho da equipe. Insatisfação do paciente/familiares, prejudicando a experiência do paciente e aumentando o risco de litígios.	5	8	4	160	Moderada	**1. Protocolos Padronizados de Manejo Analgésico e Terapêutico** Protocolos de analgesia multimodal, incluindo a combinação de opioides, AINEs, paracetamol e blocos regionais, com base no perfil do paciente. Checklists obrigatórios para reavaliação e ajustes terapêuticos antes da alta da SRA ou transferência para a enfermaria. Critérios de manejo personalizado para pacientes com comorbidades ou risco de eventos adversos. **2. Monitorização Contínua e Avaliação Clínica** Monitorização rigorosa da dor, utilizando escalas padronizadas como a Escala Visual Analógica (EVA) ou Escala Numérica da Dor (END). Avaliação contínua de parâmetros clínicos e laboratoriais, como sinais vitais, durante e função renal, para ajuste de terapia. **3. Comunicação Efetiva e Documentação Completa** Briefing estruturado entre anestesiologista, cirurgião e equipe de enfermagem sobre o plano terapêutico e necessidade de ajustes. Documentação detalhada no prontuário eletrônico, garantindo registro de todas as decisões terapêuticas e ajustes realizados. **4. Treinamento Contínuo da Equipe** Capacitação regular da equipe sobre protocolos de analgesia e manejo terapêutico, incluindo prevenção de eventos adversos medicamentosos. Simulações clínicas para reforçar a prática de reavaliação e ajuste terapêutico em diferentes cenários clínicos.	Uso de tecnologias: Sistemas eletrônicos de prescrição que alertam sobre doses inadequadas, interações medicamentosas e necessidade de ajustes com base em parâmetros clínicos. Educação do paciente e familiares sobre a importância de relatar precoce de dor ou efeitos adversos, para que os ajustes possam ser realizados rapidamente.	Auditorias regulares nos prontuários para avaliar a aderência aos protocolos de manejo e reavaliação terapêutica. Monitoramento de indicadores, como frequência de dor mal controlada, eventos adversos medicamentosos e necessidade de readmissão. Relatórios de eventos adversos relacionados ao manejo terapêutico inadequado, com análise de causa-raiz e implementação de melhorias.	Anestesiologista, que deve garantir a reavaliação e ajustes necessários no manejo analgésico e terapêutico. Equipe de enfermagem, que monitora continuamente a dor e parâmetros clínicos, reportando alterações e sugerindo ajustes. Coordenação da SRA e enfermaria, que assegura a implementação e cumprimento dos protocolos de manejo terapêutico. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que audita processos e promove ações de melhoria contínua para evitar eventos adversos relacionados ao manejo analgésico e terapêutico.

Faturamento e administração	Faturamento Incompleto ou Inadequado	**Relacionados ao Processo de Faturamento** Falta de padronização no registro e codificação dos procedimentos ambulatoriais. Erros de documentação ou preenchimento incompleto no prontuário eletrônico, resultando em perda de informações críticas para o faturamento. **Relacionados à Equipe** Falta de treinamento ou conhecimento insuficiente sobre os códigos e regras de faturamento específicos para serviços ambulatoriais (ex.: TUSS, CBHPM). Sobrecarga de trabalho ou rotatividade alta, levando a erros por pressa ou falta de atenção. Falta de comunicação entre equipe clínica e administrativa, resultando em omissão de procedimentos ou materiais utilizados. **Relacionados à Gestão** Falta de auditorias internas regulares para garantir a precisão e completude do faturamento. Inadequação na atualização das tabelas de preços e códigos conforme as regras dos convênios e normativas regulatórias (ex.: ANS).	**Impactos Financeiros** Perda de receitas significativas devido à subfaturamento ou não faturamento de procedimentos e materiais utilizados. Rejeição de contas pelos convênios, resultando em atrasos no recebimento ou necessidade de refaturamento. Multas ou sanções regulatórias por não conformidade com regras ambulatoriais, como falta de detalhamento de procedimentos. **Impactos Operacionais** Aumento do retrabalho administrativo para correção de erros ou refaturamento. Dificuldade na gestão de custos e equipamentos devido à falta de visibilidade sobre a receita real. Comprometimento da relação com convênios e operadoras de saúde, podendo levar a descredenciamentos. **Impactos na Qualidade do Serviço** Redução da sustentabilidade financeira da instituição, impactando na capacidade de investir em tecnologia, recursos humanos e infraestrutura. Insatisfação da equipe clínica, especialmente anestesiologistas, devido à perda de remuneração adequada.	6	7	4	168	**Moderada**	**1. Implementação de Protocolos Padronizados** Padronização do registro e codificação dos procedimentos ambulatoriais, com orientações claras para a equipe sobre os códigos e descrições apropriados. Checklists obrigatórios para verificação dos dados antes de envio das faturas aos convênios. **2. Auditorias e Monitoração Contínuas** Auditorias internas regulares para revisar a precisão e completude das faturas enviadas. Relatórios periódicos de análise de discrepâncias entre os serviços realizados e os valores faturados. **3. Capacitação da Equipe** Treinamento contínuo sobre normas de faturamento, tabelas atualizadas (ex.: TUSS, CBHPM) e processos administrativos específicos para o serviço de anestesia.	Revisão periódica das tabelas de preços e contratos com convênios, garantindo conformidade com as regulamentações vigentes e alinhamento financeiro. Políticas institucionais para comunicação eficaz entre a equipe clínica e administrativa, com pontos de controle para validar o registro de todos os procedimentos realizados.	Indicadores-chave de desempenho (KPIs), como percentual de contas rejeitadas, tempo médio do processamento de faturas e taxa de retrabalho no faturamento. Identificar padrões de erro e implementar ações corretivas. Relatórios de conformidade financeira enviados à gestão e ao núcleo de segurança para monitoração contínua.	Coordenação Administrativa, que deve garantir a implementação de processos robustos e supervisão contínua do faturamento. Coordenação do Centro Cirúrgico, que deve assegurar o correto comunicação dos procedimentos realizados. Núcleo de Segurança do Paciente e Gerência de Qualidade, que monitora os processos administrativos e promove ações de melhoria contínua.
	Erro no Código de Procedimento ou Falha na Documentação	**Relacionados ao Processo de Registro e Codificação** Falta de padronização e clareza nos protocolos de documentação dos procedimentos realizados. Uso inadequado ou desatualizado de tabelas de códigos, como TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar) ou CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos). Preenchimento incompleto ou incorreto do prontuário eletrônico, resultando na omissão de informações importantes para a codificação. Ausência de revisões e auditorias cruzadas entre o prontuário clínico e o sistema de faturamento. **Relacionados à Equipe** Falta de treinamento ou conhecimento insuficiente sobre os códigos de procedimentos específicos e regras de faturamento. Sobrecarga de trabalho e alta rotatividade da equipe, aumentando o risco de erros na documentação e codificação. Comunicação ineficaz entre equipe clínica e administrativa, resultando em informações incompletas ou inconsistentes. **Relacionados ao Sistema de Informação** Integração inadequada entre os sistemas clínico e de faturamento, permitindo a transferência de informações incorretas ou incompletas. Falhas ou indisponibilidade de sistemas eletrônicos, levando a documentação manual propensa a erros.	**Impactos Financeiros** Faturamento incorreto ou incompleto, resultando em perda de receita. Rejeição de contas pelos convênios, gerando atrasos no pagamento ou necessidade de refaturamento. Multas ou sanções regulatórias devido a inconsistências na documentação e conformidade com normativas. **Impactos Operacionais** Retrabalho administrativo para correção de erros ou recuperação de receitas perdidas. Prolongamento do tempo de processamento das contas, atrasando o ciclo financeiro da instituição. Sobrecarga da equipe administrativa, comprometendo a eficiência e qualidade do serviço. **Impactos na Qualidade do Serviço** Comprometimento da análise de custos e planejamento financeiro, dificultando decisões gerenciais baseadas em dados precisos. Riscos legais e éticos, com possíveis implicações em auditorias externas ou revisões regulatórias.	6	7	4	168	**Moderada**	**1. Implementação de Protocolos Padronizados** Padronização dos processos de documentação e codificação com guias e checklists que orientem o preenchimento correto do prontuário e seleção dos códigos. Revisões cruzadas obrigatórias entre equipe clínica e administrativa para validar as informações antes do envio para faturamento. **2. Integração e Automação dos Sistemas** Integração completa entre sistemas clínicos e de faturamento, minimizando a necessidade de entrada manual de dados e reduzindo erros. Automação da codificação de procedimentos, com sistemas que sugiram ou preencham automaticamente os códigos baseados nas informações registradas no prontuário. **3. Auditorias Regulares e Monitoração** Auditorias internas frequentes para identificar erros de documentação e codificação antes de envio das faturas. Relatórios de conformidade e discrepâncias, para análise contínua de padrões e identificação de áreas críticas. **4. Treinamento Contínuo da Equipe** Capacitação regular da equipe administrativa e clínica sobre codificação correta, uso das tabelas TUSS e CBHPM, e conformidade com normativas regulatórias. Workshops práticos e simulações para reforçar o conhecimento e mitigar erros comuns.	Políticas institucionais de qualidade e segurança no registro de informações, incentivando a precisão e completude na documentação. Feedback contínuo à equipe clínica e administrativa com base nos resultados das auditorias, promovendo a melhoria contínua.	Indicadores-chave de desempenho (KPIs), como taxa de rejeição de contas, número de erros de codificação detectados em auditorias e tempo médio de processamento das faturas. Auditorias retrativas para identificar e corrigir padrões de erros sistêmicos. Relatórios de eventos adversos administrativos, com análise de causa-raiz e implementação de melhorias contínuas.	Equipe de faturamento e codificação, responsável por garantir a precisão e conformidade das faturas enviadas. Coordenação Administrativa, que monitora os processos e implementa estratégias de melhoria contínua. Equipe clínica, que deve registrar corretamente os procedimentos realizados no prontuário. Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade, que realiza auditorias e promove capacitação e conscientização da equipe.
	Substituição ou Não Faturamento de Materiais e Medicamentos Utilizados	**Relacionados ao Processo de Registro e Faturamento** Falta de integração entre os sistemas clínico e de faturamento, resultando na omissão de itens utilizados durante o procedimento. Ausência de protocolos padronizados para registro detalhado de materiais e medicamentos usados em cada etapa do atendimento. Preenchimento incompleto ou inadequado do prontuário eletrônico ou ficha anestésica, omitindo materiais e medicamentos. **Relacionados à Equipe** Falta de treinamento ou conhecimento insuficiente sobre a importância de registrar todos os itens consumidos. Sobrecarga de trabalho ou alta rotatividade da equipe, levando a lapsos na documentação. Comunicação inadequada entre equipe clínica e administrativa sobre os materiais e medicamentos utilizados. **Relacionados ao Sistema de Informação** Falhas nos sistemas eletrônicos, como indisponibilidade ou registros manuais, que aumentam a probabilidade de omissão. Inconsistências nas tabelas de preços e codificação de materiais e medicamentos, dificultando a validação no momento do faturamento.	**Impactos Financeiros** Perda de receitas significativas devido ao subfaturamento ou omissão de itens consumidos. Rejeição parcial ou total de contas pelos convênios, especialmente se houver inconsistências na documentação de insumos utilizados. Impacto na rentabilidade do serviço anestésico e consequentemente a sustentabilidade financeira. **Impactos Operacionais** Aumento do retrabalho para identificação e correção de faltas após auditorias internas ou externas. Comprometimento da gestão de estoques, resultando em desabastecimento ou compras desnecessárias devido à falta de registro adequado. **Impactos na Qualidade do Serviço** Comprometimento da análise de custos e metas dos procedimentos, dificultando o planejamento e a alocação de recursos. Riscos legais e regulatórios, caso a omissão seja interpretada como fraude ou negligência em auditorias externas.	6	8	4	192	**Moderada**	**1. Protocolos Padronizados de Registro e Faturamento** Checklists obrigatórios de materiais e medicamentos utilizados, a ser preenchido em tempo real durante o procedimento e revisado antes da alta do paciente. Padronização do processo de faturamento, com validação cruzada entre a ficha anestésica, prontuário eletrônico e sistema de faturamento. **2. Integração e Automação de Sistemas** Integração entre o prontuário eletrônico, sistema de controle de estoques e sistema de faturamento, garantindo que todos os itens consumidos sejam automaticamente contabilizados. Sistemas automatizados com alertas para itens frequentemente utilizados e não registrados. **3. Auditorias Regulares e Monitoração** Auditorias internas periódicas para revisar a consistência entre registros clínicos e faturamento, identificando possíveis omissões. Relatórios de análise de discrepâncias, indicando materiais e medicamentos não faturados ou subfaturados. **4. Treinamento Contínuo da Equipe** Capacitação regular sobre a importância de registrar corretamente os insumos utilizados e as implicações financeiras e regulatórias das omissões. Simulações e workshops práticos para reforçar a conscientização e as boas práticas de documentação.	Políticas institucionais de conformidade e qualidade no registro de insumos, promovendo uma cultura de precisão e responsabilidade. Feedback contínuo para a equipe clínica e administrativa com base nos resultados das auditorias internas, dedicando áreas de melhoria.	Indicadores-chave de desempenho (KPIs), como percentual de materiais e medicamentos não faturados, tempo médio de correção de discrepâncias e ejeções de contas rejeitadas. Auditorias retrativas para identificar padrões de erro e áreas críticas. Relatórios de eventos adversos administrativos, com análise de causa-raiz para implementação de melhorias contínuas.	Equipe de faturamento e codificação, que valida os itens utilizados antes do envio das contas. Equipe clínica (anestesiologistas e enfermagem), que deve registrar detalhadamente todos os insumos consumidos durante os procedimentos. Coordenação Administrativa, que garante a implementação e aderência aos protocolos de registro e faturamento. Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade, que realiza auditorias e promove ações de melhoria contínua.
	Registro Incorreto de Técnicas e Medicamentos Administrados	**Relacionados ao Processo de Registro** Falta de padronização no preenchimento do prontuário ou ficha anestésica, permitindo variações na qualidade das informações. Preenchimento incompleto ou impreciso devido a pressa ou sobrecarga de trabalho da equipe. Documentação manual ou ausência de sistemas automatizados, aumentando o risco de erros humanos. **Relacionados à Equipe** Falta de treinamento ou conscientização sobre a importância de registro preciso de técnicas anestésicas e medicamentos administrados. Sobrecarga de trabalho e rotatividade da equipe, impactando a atenção aos detalhes no registro. Comunicação ineficaz entre equipe clínica e administrativa, resultando em divergências nos registros. **Relacionados ao Sistema de Informação** Falhas ou limitações nos sistemas eletrônicos de prontuário, como ausência de campos obrigatórios ou interface não intuitiva. Integração inadequada entre os sistemas de registro clínico e os sistemas de faturamento ou auditoria.	**Impactos Clínicos** Risco de administração repetida ou incorreta de medicamentos devido à falta de registro adequado das doses previamente administradas. Comprometimento do cuidado continuado, dificultando a análise do histórico anestésico em eventos subsequentes ou em auditorias clínicas. Impossibilidade de avaliar corretamente o manejo anestésico em casos de eventos adversos ou complicações pós-operatórias. **Impactos Financeiros** Aumento do retrabalho para correção de inconsistências ou preenchimento retroativo de informações faltantes. Impacto negativo em auditorias internas ou externas, incluindo riscos de sanções ou multas regulatórias. Dificuldade em justificar ou comprovar a realização de técnicas e administração de medicamentos, resultando em faturamento incorreto ou não realizado. **Impactos Financeiros** Perda de receita por subfaturamento, especialmente em situações onde os registros não requisitam os itens faturados. Risco de rejeição de contas pelos convênios devido a divergências ou ausência de informações. **Impactos na Qualidade e Segurança do Paciente** Redução da confiança do paciente e familiares na equipe clínica, especialmente em casos de complicações ou eventos adversos. Riscos legais e éticos, caso o registro inadequado contribua para litígios ou reclamações.	5	8	4	160	**Moderada**	**1. Implementação de Protocolos Padronizados** Padronização do preenchimento do prontuário eletrônico ou ficha anestésica, com campos obrigatórios para registro de técnicas e medicamentos administrados. Checklists e templates estruturados, garantindo que todas as informações críticas sejam registradas de forma consistente. **2. Automação e Integração de Sistemas** Sistemas de prontuário eletrônico com suporte automatizado para registro de técnicas e medicamentos, incluindo alertas para administração incomum ou inconsistências. Integração entre sistemas clínicos e administrativos, garantindo que os dados registrados sejam transferidos corretamente para faturamento e auditoria. **3. Auditorias e Monitoração Contínuas** Auditorias regulares dos registros clínicos, focando na qualidade e completude das informações. Relatórios de conformidade que identifiquem padrões de erros ou áreas com maior incidência de registros inadequados. **4. Treinamento e Capacitação da Equipe** Capacitação contínua da equipe clínica sobre a importância do registro preciso e completo das técnicas e medicamentos administrados. Workshops práticos e simulações, reforçando a padronização e aprendendo a conscientização sobre o impacto dos registros na segurança do paciente e no faturamento.	Revisão e atualização periódica dos protocolos institucionais, alinhando-os com as melhores práticas e regulamentações vigentes. Feedback contínuo para a equipe clínica com base nos resultados das auditorias, dedicando áreas de melhoria e boas práticas.	Indicadores-chave de desempenho (KPIs), como número de registros incompletos ou incorretos, tempo médio de correção de registros e taxa de rejeição de contas relacionadas. Auditorias retrativas, revisando registros anteriores para identificar padrões de erros sistêmicos. Relatórios de eventos adversos relacionados a registros inadequados, com análise de causa-raiz e implementação de melhorias contínuas.	Equipe clínica (anestesiologistas e enfermagem), que deve garantir o registro correto e completo das técnicas e medicamentos administrados. Coordenação Administrativa, que supervisiona a qualidade dos registros e valida os dados para faturamento. Equipe de Faturamento e Codificação, que utiliza os registros para gerar contas precisas e completas. Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade, que realiza auditorias e promove ações de melhoria contínua para evitar erros de registro.
	Falha na Documentação de Complicações e Eventos Intraoperatórios	**Relacionados ao Processo de Documentação** Ausência de protocolos padronizados para registro obrigatório de complicações e eventos adversos intraoperatórios. Preenchimento incompleto ou inadequado da ficha anestésica ou prontuário eletrônico devido a pressa ou sobrecarga de trabalho. Documentação manual ou sistemas eletrônicos deficientes, que não exigem campos obrigatórios para o registro de eventos adversos. **Relacionados à Equipe** Falta de treinamento ou conscientização sobre a importância de documentar complicações e eventos adversos. Sobrecarga de trabalho e alta rotatividade, aumentando a probabilidade de lapsos na documentação. Comunicação ineficaz entre equipe clínica e administrativa, resultando na omissão de informações críticas. **Relacionados à Cultura Institucional** Cultura de medo ou penalização, desencorajando o registro de eventos adversos por receio de sanções ou críticas. Falta de incentivos para uma cultura de segurança, onde a documentação de eventos seja vista como um componente essencial da melhoria contínua.	**Impactos Clínicos** Comprometimento da continuidade do cuidado, dificultando a gestão adequada do paciente no pós-operatório imediato (PO) ou em futuras procedimentos. Risco aumentado de complicações pós-operatórias não manejadas devido à falta de informações críticas sobre eventos ocorridos no intraoperatório. Impossibilidade de análise e aprendizado a partir de eventos adversos, limitando a implementação de medidas preventivas e corretivas. **Impactos Operacionais** Dificuldade em auditorias clínicas e operacionais, gerando inconsistências nos relatórios e comprometendo a avaliação da qualidade do serviço. Riscos legais e éticos, incluindo ações judiciais e sanções regulatórias devido à falta de documentação adequada. Retrabalho para recuperação de informações, caso seja necessário esclarecer eventos intraoperatórios em revisões posteriores. **Impactos Financeiros** Potencial para aumento de custos associados ao manejo inadequado de complicações ou eventos adversos não documentados. Impacto negativo na relação com operadores de saúde em casos de divergências nas informações clínicas e administrativas.	5	8	4	160	**Moderada**	**1. Implementação de Protocolos Padronizados** Protocolos obrigatórios para registro de complicações e eventos intraoperatórios, com checklists e campos específicos no prontuário eletrônico ou ficha anestésica. Diagnóstico de revisão e assistentes pós-anestesiologia e cirurgia para assegurar que todas as complicações e eventos sejam documentados. **2. Automação e Integração de Sistemas** Sistemas eletrônicos com campos obrigatórios para registro de complicações e alertas para eventos adversos não documentados. Integração entre sistemas clínicos e administrativos, garantindo que todas as informações relevantes sejam transferidas para auditoria e faturamento. **3. Auditorias e Monitoração Contínuas** Auditorias regulares dos prontuários e fichas anestésicas, focando na completude e precisão das informações sobre complicações. Relatórios de conformidade para identificar áreas com maior incidência de falhas na documentação. **4. Treinamento e Capacitação da Equipe** Capacitação contínua sobre a importância do registro completo e preciso de eventos adversos intraoperatórios. Workshops e simulações clínicas, promovendo o aprendizado a partir de cenários reais enfatizando a cultura de segurança.	Incentivar a cultura de segurança, promovendo a transparência e a aprendizado contínuo a partir da documentação de eventos adversos. Políticas institucionais que enfatizem a documentação como um componente essencial para a segurança do paciente e melhoria da qualidade.	Indicadores-chave de desempenho (KPIs), como a taxa de documentação incompleta ou ausência de registro de complicações. Auditorias retrativas para identificar padrões de erro e áreas críticas. Relatórios de eventos adversos a ser revisar, com análise de causa-raiz e implementação de melhorias contínuas.	Anestesiologista e cirurgião, que devem garantir o registro completo e detalhado de complicações e eventos adversos. Equipe de enfermagem, que monitora e reporta alterações durante o intraoperatório e no PO. Coordenação Administrativa e de Qualidade, que supervisiona o cumprimento dos protocolos e valida as informações para auditorias. Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade, que promove auditorias, treinamentos e ações de melhoria contínua para evitar falhas na documentação.
	Falta de Registro de Insumos e Monitorização Avançada	**Relacionados ao Processo de Registro** Falta de protocolos padronizados para o registro de insumos e equipamentos de monitorização avançada utilizados durante o procedimento. Preenchimento incompleto ou incorreto do prontuário eletrônico ou ficha anestésica. Ausência de campos obrigatórios nos sistemas de registro clínico para insumos e monitorização avançada. Documentação manual, propensa a erros e omissões, especialmente em ambientes de alta demanda. **Relacionados à Equipe** Falta de treinamento ou conscientização sobre a importância do registro adequado de insumos e monitorização avançada. Sobrecarga de trabalho e alta rotatividade, levando a lapsos na documentação. Comunicação ineficaz entre equipe clínica e administrativa, resultando na omissão de informações críticas. **Relacionados ao Sistema de Informação** Integração inadequada entre sistemas de monitorização e prontuário eletrônico, dificultando a transferência automática de dados. Limitações nos sistemas eletrônicos, que não alertam para omissões ou inconsistências no registro.	**Impactos Clínicos** Comprometimento da continuidade de cuidados, dificultando a análise e a gestão do paciente no pós-operatório. Risco de decisões clínicas inadequadas, devido à falta de informações completas sobre insumos e parâmetros monitorados. Impossibilidade de avaliar adequadamente eventos adversos ou complicações intraoperatórias relacionadas à monitorização avançada. **Impactos Operacionais** Dificuldade em auditorias internas ou externas, gerando inconsistências e comprometendo a avaliação da qualidade do serviço. Sobrecarga de trabalho para correção de registros faltantes, aumentando o tempo gasto em retrabalho administrativo. Impacto negativo na gestão de estoques, resultando em desabastecimento ou compras desnecessárias devido à falta de visibilidade do consumo real. **Impactos Financeiros** Perda de receita devido ao não faturamento de insumos utilizados, como sensores de monitorização, cateteres ou sondas. Rejeição de contas pelos convênios, resultando em atrasos ou não pagamento. Aumento de custos operacionais para correção e refaturamento. Impactos na Qualidade e Segurança do Paciente Redução da confiança do paciente e familiares em caso de complicações ou eventos adversos relacionados à falta de monitorização adequada. Riscos legais e éticos, caso o registro inadequado contribua para desfechos adversos.	6	7	4	168	**Moderada**	**1. Implementação de Protocolos Padronizados** Protocolos claros e padronizados para registro de todos os insumos e monitorização avançada utilizados. Checklists obrigatórios para garantir a completude da documentação, incluindo todos os dispositivos e parâmetros monitorados. **2. Automação e Integração de Sistemas** Integração entre dispositivos de monitorização avançada e prontuário eletrônico, permitindo a transferência automática de dados. Sistemas eletrônicos com campos obrigatórios para registro de insumos e parâmetros de monitorização. **3. Auditorias e Monitoração Contínuas** Auditorias regulares dos registros clínicos, com foco na qualidade e completude da documentação de insumos e monitorização. Relatórios periódicos para análise de discrepâncias entre o consumo de insumos e o registro no prontuário. **4. Treinamento e Capacitação da Equipe** Capacitação contínua sobre a importância do registro completo e preciso de insumos e monitorização. Simulações práticas e workshops para reforçar a padronização e a conscientização sobre o impacto financeiro e clínico do registro inadequado.	Revisão e atualização periódica dos protocolos institucionais, garantindo alinhamento com melhores práticas e regulamentações. Políticas de incentivo à cultura de registro completo e seguro, dedicando o impacto na segurança do paciente e na sustentabilidade financeira.	Indicadores-chave de desempenho (KPIs), como taxa de registros incompletos de insumos e monitorização, tempo médio de correção e taxa de rejeição de contas relacionadas. Auditorias retrativas, para identificar padrões de erro e áreas críticas. Relatórios de eventos adversos, com análise de causa-raiz e implementação de melhorias contínuas.	Equipe clínica (anestesiologistas e enfermagem), que deve garantir o registro completo e correto de insumos e monitorização. Coordenação Administrativa, que monitora e valida os registros para faturamento. Equipe de Faturamento e Codificação, que utiliza os registros para gerar contas precisas e completas. Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade, que realiza auditorias e promove ações de melhoria contínua para evitar falhas na documentação.