

## POLÍTICAS HAOC

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Nº Doc.	Data da 1ª Versão
Anestesia e Cirurgia	Comitê de Anestesia em Qualidade e Segurança do Paciente	PO006	21/11/2010
Título	Responsável pela aprovação	Versão:	Data de Atualização
<b>Anestesia e Sedação</b>	Superintendência Médica	10	18/09/2015

### Objetivos:

1. Normatizar, fundamentar e uniformizar a realização de anestesia e sedação;
2. Estabelecer critérios, propiciando qualidade no cuidado aos pacientes e aumentando a segurança dos processos assistenciais.

### Campo de Aplicação:

Todas as áreas que compõem o Hospital, Unidades Externas Assistenciais, incluindo terceiros e prestadores de serviços, onde são realizados procedimentos anestésicos (anestesia e sedação) para procedimentos cirúrgicos e diagnósticos- terapêuticos.

### Descrição:

- Anestesia: Consiste na administração de medicação ao paciente destinada a induzir perda sensitiva total ou parcial, com o propósito de se realizar uma cirurgia ou procedimento (diagnóstico ou terapêutico). Estão incluídas a sedação, anestesia geral e bloqueios espinhais, regionais e periféricos. Inclui a anestesia local. Todas as modalidades de anestesia poderão ser realizadas por médicos anesthesiologistas credenciados/ autorizados no hospital.

- Sedação: Consiste na administração de medicamentos com o objetivo de proporcionar conforto ao paciente por meio da diminuição do nível de consciência induzida por drogas para a realização de procedimentos médicos. Sob diferentes aspectos clínicos, pode ser classificada em três níveis ou modalidades de acordo com a *American Society of Anesthesiologists* (ASA) e Resolução do CFM 1670/ 2003.

- Classificação de Sedação (*American Society of Anesthesiologists* e Resolução do CFM 1670/ 03) (Anexo I)

Modalidade	Reações	Respiração e Ventilação espontânea	Função cardiovascular	Drogas permitidas
Sedação Leve (ansiólise)	Pacientes respondem aos comandos verbais	Sem alterações	Sem alterações	Benzodiazepínicos (midazolan, diazepam), opioides (fentanil, alfentanil), propofol, hidrato de cloral - <b>uso isolado</b>
Sedação Moderada ("sedação consciente")	Pacientes respondem ao comando verbal ou estimulação tátil	Adequada e nenhuma intervenção necessária	Geralmente mantida	Benzodiazepínicos (midazolan, diazepam), hipnóticos, opioides (fentanil, alfentanil) e propofol
Sedação Profunda	Pacientes respondem somente a estimulação dolorosa repetida	Pode ser inadequada e intervenção pode ser necessária	Geralmente mantida	Benzodiazepínicos (midazolan, diazepam), opioides (fentanil, alfentanil, remifentanil) e propofol

- **Sedação leve/ mínima (ansiólise)** - diminuição da consciência induzida por drogas, onde o doente responde a comandos verbais. A função cognitiva e a coordenação podem estar comprometidas. As funções cardiovascular e respiratória estão preservadas. A utilização isolada (sem associações) de benzodiazepínicos, propofol, opioides e hidrato de cloral é permitida. As medicações flumazenil e naloxona também poderão ser utilizadas como antagonistas. Poderá ser realizada por médicos anesthesiologistas e não-anesthesiologistas.

## POLÍTICAS HAOC

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Nº Doc.	Data da 1ª Versão
Anestesia e Cirurgia	Comitê de Anestesia em Qualidade e Segurança do Paciente	PO006	21/11/2010
Título	Responsável pela aprovação	Versão:	Data de Atualização
<b>Anestesia e Sedação</b>	Superintendência Médica	10	18/09/2015

- **Sedação moderada ("sedação consciente")** - depressão da consciência induzida por drogas, com resposta a ordens verbais ou estímulos táteis. As funções cardiovasculares e respiratórias geralmente estão mantidas, e não há necessidade de qualquer artifício para manter as vias aéreas permeáveis. É permitida a administração de benzodiazepínicos (midazolan, diazepam), hipnóticos e opioides (fentanil e dolantina) e propofol em doses mínimas (conforme Manual Farmacológico do hospital- Anexo VI). As medicações flumazenil e naloxona também poderão ser utilizadas como antagonistas. Poderá ser realizada por médicos anesthesiologistas e não-anesthesiologistas.

- **Sedação profunda** - depressão da consciência induzida por drogas, onde o paciente responde somente a estímulos dolorosos repetidos. A manutenção respiratória e a permeabilidade das vias aéreas podem estar comprometidas. A função cardiovascular está frequentemente preservada. As respostas são individuais. Podem ser administrados benzodiazepínicos (midazolan, diazepam), opioides (fentanil, dolantina), propofol e outros hipnóticos isolados ou em associação. As medicações flumazenil e naloxona também poderão ser utilizadas como antagonistas. Poderá ser realizada somente por médicos anesthesiologistas.

- **Anestesia Geral:** depressão da consciência sem reação à dor, associada em alguns casos, aos agentes miorelaxantes e hipnóticos. A função respiratória geralmente está comprometida e há necessidade de suporte ventilatório. Poderá ser realizada por médicos anesthesiologistas.

- **Bloqueio Regional/ Periférico:** envolve as técnicas de bloqueios anestésicos: neuroeixo (raquianestesia e peridural) e os bloqueios periféricos (anestesia dos plexos nervosos). As anestésias de neuroeixo poderão ser realizadas somente por médicos anesthesiologistas e médicos do Serviço de Terapia da Dor, para analgesia. Os bloqueios periféricos poderão ser realizados também por médicos não anesthesiologistas e odontólogos, respeitando-se como dose máxima de anestésico local: 3,5 mg/kg de lidocaína (ou dose equipotente de outros anestésicos locais).

- **Anestesia Local** envolve a perda de sensibilidade de uma pequena área na pele/ mucosa onde o procedimento será realizado, sendo do tipo infiltrativa/ tópica. Este tipo de anestesia poderá ser utilizado sozinho ou combinado com sedação ou anestesia geral, sendo que a sua realização seguirá a Política de Anestesia e Sedação do Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

### Observações importantes:

#### Organização e Gerenciamento do Serviço de Anestesiologia:

1. O Comitê de Anestesia em Qualidade e Segurança do Paciente é constituído por: superintendência médica, gerência do relacionamento médico, gerência da qualidade, gerência dos pacientes críticos, anesthesiologistas e membros do ASC e possui como atribuições o desenvolvimento, implementação e manutenção das políticas e procedimentos relacionados à anestesia e sedação e a manutenção da Qualidade e Segurança em Anestesia.
2. A Coordenação da Anestesia possui como responsabilidades a supervisão assistencial e o monitoramento dos serviços de anestesiologia e outras especialidades médicas que administram sedação. O Centro Cirúrgico e Day Clinic Cirúrgico unidade Paraíso estão sob a coordenação do Serviço Médico de Anestesia (SMA). Os serviços diagnósticos-terapêuticos ( Centro de Endoscopia, Cardiologia Invasiva e não Invasiva, Centro de Diagnóstico por Imagem, Litotripsia, Instituto da Próstata, Day Clinic e Endoscopia na Unidade Campo Belo e procedimentos na Unidade da Mooca) estão sob supervisão do Serviço de Anestesia

## POLÍTICAS HAOC

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Nº Doc.	Data da 1ª Versão
Anestesia e Cirurgia	Comitê de Anestesia em Qualidade e Segurança do Paciente	PO006	21/11/2010
Título	Responsável pela aprovação	Versão:	Data de Atualização
<b>Anestesia e Sedação</b>	Superintendência Médica	10	18/09/2015

Medicina Perioperatória (SAMP).

3. O credenciamento de médicos anesthesiologistas e não anesthesiologistas segue o Regimento Interno da Comissão de Credenciamento Médico. A supervisão administrativa/ conduta ética da atuação dos serviços de anestesia e outras especialidades médicas é de escopo da Superintendência Médica.
4. As respostas ao uso dos medicamentos em anestesia e sedação são individuais e os níveis são contínuos, ocorrendo, com frequência, a transição entre eles. O médico que prescreve ou administra a medicação deve ter a habilidade de recuperar o paciente deste nível ou mantê-lo e recuperá-lo de um estado de maior depressão das funções cardiovascular e respiratória. Medicamentos antagonistas a opioides (naloxona) e benzodiazepínicos (flumazenil) podem ser utilizados criteriosamente para aumentar a segurança do atendimento.
5. Excluem-se desta normatização a administração de sedativos com outras finalidades que não anestésicas como a contenção química (PASS030), pacientes assistidos em Unidades Críticas (PR007, PR067, PR0010), pacientes terminais (DRCL012). Os dados são monitorados através da notificação de eventos adversos e quase-falhas e encaminhados ao Gerenciamento de Risco e analisados no Comitê de Anestesia em Qualidade e Segurança do Paciente.
6. A administração de qualquer nível de sedação/ anestesia será permitida somente aos médicos qualificados com CRM ativo e cadastrados/ credenciados no hospital, conforme: *Regimento Interno do Corpo Clínico, Rotinas do Relacionamento Médico e Regimento Interno da Comissão de Credenciamento Médico*. Entende-se por qualificados os profissionais que possuem competência em técnicas variadas de sedação, monitorização, tratamento de complicações decorrentes da sedação, a utilização de antagonistas para reversão e Suporte Básico de Vida. A competência será adquirida durante o “Treinamento em Emergências e Condução de Sedação e Analgesia para Médicos não Anesthesiologistas e Reanimação Cardiorrespiratória Básico (BLS), considerado obrigatório para os médicos não-anesthesiologistas que administram sedação na instituição. Caso o médico tenha realizado este curso em outra instituição, o mesmo deverá encaminhar o certificado para validação ao setor de Cadastro Médico do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, seguindo a rotina Institucional. O Curso deverá ser realizado a cada 2 anos, para atualização dos profissionais. Caso o médico já tenha realizado este curso em outra instituição, o mesmo, deverá encaminhar o certificado para validação ao setor de Cadastro Médico do Hospital Alemão Oswaldo Cruz conforme rotina Institucional. O médico executor do procedimento não poderá realizar a sedação e o monitoramento do paciente, ficando a cargo de um segundo médico habilitado conforme os treinamentos descritos acima. Caso o médico (responsável pela sedação e o monitoramento) não tenha realizado os cursos Institucionais mencionados acima, o procedimento deverá ser realizado com o anesthesiologista. Nos casos de pacientes internados em Unidades Críticas, que necessitam de sedação por médicos não anesthesiologistas para exames e ou procedimentos invasivos, o médico intensivista deverá acompanhar a realização do procedimento.
7. Outros profissionais (não médicos) como odontólogos, não podem administrar sedação nas dependências do hospital e unidades externas, sendo acionada a equipe de anesthesiologia para administração de sedação, se necessário.
8. Foi determinado pela Diretoria Clínica que a medicação propofol poderá ser administrada somente com a presença de dois médicos, sendo um responsável pela monitorização, sedação e assistência clínica do paciente e outro que realizará o procedimento, independente do nível de sedação ou anestesia.

## POLÍTICAS HAOC

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Nº Doc.	Data da 1ª Versão
Anestesia e Cirurgia	Comitê de Anestesia em Qualidade e Segurança do Paciente	PO006	21/11/2010
Título	Responsável pela aprovação	Versão:	Data de Atualização
<b>Anestesia e Sedação</b>	Superintendência Médica	10	18/09/2015

9. As avaliações e a assistência prestadas antes, durante e após anestesia e sedação no Hospital Alemão Oswaldo Cruz serão documentadas em formulários específicos que são aplicáveis a todos os perfis de pacientes (idade, condição clínica, etc), de acordo com o descrito neste documento.

### CUIDADOS DURANTE O PERÍODO PRÉ-ANESTÉSICO/ PRÉ-SEDAÇÃO

-- Os pacientes submetidos à sedação e anestesia deverão ser avaliados antes da realização do procedimento, exceção feita aos casos de emergência médica com risco de vida. Neste caso, a avaliação será feita antes da indução da anestesia, num período de tempo mais curto, priorizando-se o cuidado ao paciente.

-- A avaliação pré-anestésica ou pré-sedação poderá ser realizada em consultório médico, antes da internação do paciente, sendo que a mesma será válida quando realizada no máximo nos 30 dias anteriores ao procedimento anestésico ou sedação; ou ainda, durante a internação, a avaliação poderá ser realizada em até 48 horas antes do procedimento anestésico ou sedação. No caso de pacientes ambulatoriais/ externos, a avaliação pré-anestésica ou pré-sedação poderá ser realizada no mesmo dia do procedimento, garantindo-se a privacidade, a autonomia do paciente e o esclarecimento de dúvidas.

-- Todos os pacientes assistidos por médicos anesthesiologistas e não anesthesiologistas serão submetidos à **avaliação pré-indução** na sala do procedimento, sendo realizada neste momento a revisão da Avaliação Pré-anestésica/ pré-sedação, checagem dos sinais vitais atuais e a revisão do planejamento de cuidados da anestesia/ sedação (monitorização, reposição volêmica, analgesia, etc) e a técnica anestésica/ sedação a ser administrada. Os sinais vitais do paciente no momento da avaliação pré-indução (API) por anesthesiologistas serão registrados na ficha de anestesia em campo específico do gráfico e a confirmação de sua realização será checada no “*Checklist* de segurança da anestesia”. No caso de pacientes sedados por médicos não-anesthesiologistas, a API será registrada no campo - Momento “0” dos “Controles de Sinais Vitais Intra-exame” registrada pela enfermagem e validada pelo médico. O médico é o responsável pelo monitoramento do paciente.

-- Na avaliação pré-anestésica devem ser analisadas e registradas a história clínica, o exame físico (incluindo a avaliação das vias aéreas – (ANEXO II), o jejum (ANEXO III), alergias, hábitos, antecedentes, medicações em uso recente e a análise de exames pré-operatórios (quando pertinente). Os pacientes devem ser classificados conforme Estado Físico (ASA - *American Society of Anesthesiologists* - ANEXO IV), o que norteará o planejamento dos cuidados em anestesia, sendo importante analisar também o porte e a complexidade cirúrgica/ procedimento.

-- A avaliação pré-sedação deve ser realizada pelo médico não anesthesiologista sendo registrados os achados clínicos no prontuário, em ficha específica. Devem ser analisadas a história clínica, o exame físico (incluindo a avaliação das vias aéreas – (ANEXO II), o jejum (ANEXO III), alergias, hábitos, antecedentes, medicações em uso recente e a análise de exames pré-operatórios (quando pertinente). Esta análise norteará o planejamento dos cuidados durante a sedação, sendo importante verificar também a complexidade do procedimento a ser realizado. No caso de médicos anesthesiologistas, a avaliação pré-sedação será registrada na ficha de avaliação pré-anestésica.

-- As informações referentes à anestesia/ sedação planejada, seus riscos, benefícios, analgesia pós-operatória, alternativas e complicações potenciais são transmitidas ao paciente e/ou a seus familiares pelo médico anesthesiologista ou médico responsável pela sedação antes do

## POLÍTICAS HAOC

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Nº Doc.	Data da 1ª Versão
Anestesia e Cirurgia	Comitê de Anestesia em Qualidade e Segurança do Paciente	PO006	21/11/2010
Título	Responsável pela aprovação	Versão:	Data de Atualização
<b>Anestesia e Sedação</b>	Superintendência Médica	10	18/09/2015

início do procedimento. Estas informações poderão ser fornecidas por meio de folhetos explicativos (*folders*) fornecidos previamente junto com o Termo de Consentimento, entretanto, estas não excluem a presença do médico para explicações complementares e dúvidas antes do exame/ sedação/ anestesia. O Termo de Consentimento para Anestesia e Sedação deve ser assinado pelo paciente ou seu responsável (no caso de crianças ou pacientes sem possibilidade de entendimento ou assinatura) após a sua aprovação e antes da administração da medicação pré-anestésica e do início do procedimento anestésico-cirúrgico.

-- As sedações moderadas e profundas em pacientes com 2 ou mais comorbidades descompensadas associadas (ASA 3 ou maior), com idade inferior ou igual a 14 anos e com IMC maior que 40 são administradas somente por médicos anesthesiologistas, com exceção dos pacientes assistidos em Unidades Críticas pelos médicos intensivistas. Os pacientes que possuem patologias compensadas (classificados como ASA P2) serão avaliados pelo médico assistente quanto à necessidade de assistência pelo anesthesiologista, de acordo com critérios clínicos de criticidade. As crianças com idade menor ou igual a 14 anos, somente serão atendidas em situações de urgência/emergência, de acordo com a Política Institucional. A instituição não permite a internação de pacientes com idade menor ou igual a 14 anos. Os pacientes nesta faixa etária que procurarem o nosso pronto-atendimento e configurarem situação de urgência/emergência, receberão o atendimento até estabilização do quadro clínico para, em seguida, serem transferidos para outra instituição com condições de atendimento especializado em pediatria.

-- Antes da administração da anestesia/ sedação, o anesthesiologista deve realizar o "Checklist de Segurança da Anestesia", conferindo a identificação do paciente, se equipamentos e materiais necessários da anestesia estão disponíveis, se termos de consentimento e avaliação pré-anestésica estão corretos e realizar a avaliação pré-indução, conforme descrito anteriormente. O procedimento a ser realizado e a demarcação de lateralidade (quando pertinente) também devem ser conferidos com a enfermagem.

### CAUIDADOS DURANTE ADMINISTRAÇÃO DE ANESTESIA OU SEDAÇÃO

-- Em conjunto com a equipe cirúrgica/ procedimento e de enfermagem, o anesthesiologista deve participar de forma proativa do processo de checagem de segurança pré-operatória (*time-out*). Estes dados serão registrados no prontuário em campo específico pela enfermagem.

-- Durante os procedimentos realizados por anesthesiologistas e médicos não anesthesiologistas, serão registrados em prontuário os sinais vitais monitorizados (frequência cardíaca, pressão arterial não invasiva, saturação de oxigênio e outras monitorizações necessárias, de acordo com a condição clínica do paciente) em intervalos de até 10 minutos.

-- Durante os procedimentos realizados sob anestesia local, os pacientes são monitorizados com pressão arterial não invasiva, frequência cardíaca e oximetria de pulso, sendo registrados em prontuário seus sinais vitais com intervalo de 30 minutos. No caso de mudança na condição clínica do paciente, o perfil de monitorização (equipamentos e intervalo) deve ser revisto.

-- Os medicamentos administrados (dose e via), os materiais utilizados, os procedimentos realizados e as intercorrências também deverão sempre ser registrados em prontuário.

-- No caso de pacientes sedados em Unidades Críticas e semi-críticas por médicos intensivistas, não há a necessidade de preencher a ficha de anestesia, pois o registro já é realizado em campos específicos no prontuário. Exemplos para este caso são os pacientes em ventilação mecânica na Unidade de Terapia Intensiva, onde são mantidos inconscientes sob efeito de medicamentos sedativos.

## POLÍTICAS HAOC

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Nº Doc.	Data da 1ª Versão
Anestesia e Cirurgia	Comitê de Anestesia em Qualidade e Segurança do Paciente	PO006	21/11/2010
Título	Responsável pela aprovação	Versão:	Data de Atualização
<b>Anestesia e Sedação</b>	Superintendência Médica	10	18/09/2015

-- Todos os tipos de sedação e anestesia deverão ser realizados em ambiente seguro, devendo estar disponíveis equipamentos básicos para a administração da anestesia e suporte cardiorrespiratório, instrumental, materiais e fármacos conforme os anexos da Resolução CFM nº 1.802/ 2006.

### **CUIDADOS DURANTE O PERÍODO PÓS-ANESTÉSICO/ PÓS-SEDAÇÃO (SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA – SRPA/SALA DE REPOUSO)**

-- Deve ser realizada monitorização do paciente no período pós-anestésico sempre com oximetria de pulso, pressão arterial não-invasiva, monitorização cardíaca (ECG) e temperatura (na RPA do CC) ou conforme a condição clínica e a necessidade do paciente.

-- O paciente com idade > que 12 anos será avaliado quanto a sua evolução e alta da SRPA/sala de repouso segundo os Critérios de Aldrette-Kroulick Modificado (ANEXO V – Adulto), sendo registrados seus sinais vitais (pressão arterial, pulso, saturação, frequência respiratória, temperatura (na RPA do CC) e escala de dor) no prontuário em formulário próprio. As crianças com idade de 0 – 12 anos serão avaliados quanto a sua evolução e alta da SRPA/sala de repouso segundo os Critérios avaliados pelo índice de Steward. As crianças com idade menor que 14 anos, somente serão atendidas em situações de urgência/emergência, de acordo com a Política Institucional.

Em relação à frequência das avaliações dos sinais vitais é recomendado que o registro em prontuário seja realizado a cada 15 minutos na primeira hora, caso se mantenha estável a cada 30 minutos na segunda hora e após este período de hora em hora. Esta frequência varia de acordo com a condição clínica do paciente podendo ser realizada em intervalos menores do que o recomendado. A frequência e o tempo de monitoramento do período após procedimentos invasivos são definidos pelo médico executor do procedimento em conjunto com o médico anesthesiologista (quando pertinente).

-- No caso de recém-nascidos, é avaliado se são prematuros ou ex-prematuros que não tenham entre 52 a 60 semanas pós-concepção. Quando submetidos à anestesia, estes apresentam um elevado risco (cerca de 30%) de desenvolver apneia no período de recuperação pós-anestésica, sendo que se apresentarem história de apneia no domicílio ou anemia, a investigação deverá ser mais específica e os cuidados e o tempo de recuperação pós-anestésica devem ser mais prolongados.

-- O escore mínimo de referência para alta de pacientes adultos é de 8 pontos e no caso de pacientes pediátricos é de 6 pontos. O médico que realizou a sedação ou anestesia e o médico executor do procedimento cirúrgico/ invasivo (ou outro médico responsável substituto, nomeado por estes) devem estar disponíveis até a total recuperação do paciente e alta. É proibida a alta programada, ou seja, a prescrição de alta prévia para um horário pré-determinado, sem a devida avaliação do médico responsável no momento da alta. Os pacientes submetidos a procedimentos invasivos no Centro Diagnóstico somente serão liberados da SRPA/sala de repouso mediante avaliação e alta do médico da equipe responsável pela realização do procedimento. Ao serviço de anesthesiologia cabe, quando pertinentes, a avaliação e altas anestésicas.

-- Quando realizada a alta hospitalar (paciente externo/ ambulatorial), serão utilizados também os Critérios de Alta Ambulatorial normatizados pela Resolução do CFM 1886/ 2008 (ANEXO VI).

-- Todos os pacientes que não recebem alta diretamente para o quarto ou não são encaminhados para a Unidade de Terapia Intensiva (Unidades Críticas), devem ser encaminhados para a SRPA/sala de repouso. No caso de paciente que recebe alta diretamente para o quarto pelo anesthesiologista ou médico responsável, este deve ser avaliado e atingir o escore de alta segundo os critérios de Aldrette-

## POLÍTICAS HAOC

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Nº Doc.	Data da 1ª Versão
Anestesia e Cirurgia	Comitê de Anestesia em Qualidade e Segurança do Paciente	PO006	21/11/2010
Título	Responsável pela aprovação	Versão:	Data de Atualização
<b>Anestesia e Sedação</b>	Superintendência Médica	10	18/09/2015

Kroulik, ou de Steward quando crianças, e ter estes dados anotados no prontuário pela enfermagem, constando o registro da alta e a assinatura do médico responsável pela alta.

### REFERÊNCIAS

- Resolução do Conselho Federal de Medicina 1670 / 2003;
- Resolução do Conselho Federal de Medicina 1886 / 2008;
- Resolução do Conselho Federal de Medicina 1802 / 2006;
- Resolução da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo 169/ 1996;
- RDC6 Diretrizes para serviços de endoscopia março de 2013;
- Resolução do Conselho Federal de Medicina 1931/2009 - Código de Ética Médica/ 2009.
- Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Práticas Recomendadas SOBECC. 5ª Ed.São Paulo;2009.
- Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures: *An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Committee on Standards and Practice Parameters*. *Anesthesiology*, V 114: 495-511- Nº 3, Março de 2011.
- European Society of Gastrointestinal Endoscopy, European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates, and the European Society of Anaesthesiology Guideline: Non-anesthesiologist administration of propofol for GI endoscopy. Dumonceau JM et al. *ESGE-ESGENA-ESA Guideline for NAAP- Endoscopy 2010*; 42: 960–974.
- Manual de Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais – versão de 1º de Abril de 2014;