



NOTA TÉCNICA

Cirurgias eletivas no Estado do Ceará

Nº 01 | 19/01/2024



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Governador do Estado do Ceará
Elmano de Freitas da Costa

Secretária da Saúde do Ceará
Tânia Mara Silva Coelho

**Secretário executivo de Atenção à
Saúde e Desenvolvimento Regional**
Lauro Vieira Perdigão Neto

**Coordenadoria de Regulação do
Sistema de Saúde**
Breno Melo Novais

**Coordenadora do Programa de Redução
das Filas de Cirurgias Eletivas**
Melissa Soares Medeiros

**Orientador da Célula de Regulação do
Sistema de Saúde**
Felipe Gurgel do Amaral Mota

Elaboração e revisão
Ana Paula da Silva Lima
Evelinny Mayara Pereira Lima
Greyce Kelly Sousa Mateus
Melissa Soares Medeiros
Micheli Moraes Martins
Monalisa Oliveira de Sousa



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

APRESENTAÇÃO

Cirurgias eletivas: salvando vidas e promovendo qualidade de vida

O que é uma cirurgia eletiva?

É um procedimento cirúrgico programado, não urgente, que visa corrigir uma condição médica específica. A data e o horário da cirurgia são agendados com antecedência, levando em consideração o comprometimento clínico do paciente e impacto na sua qualidade de vida com o tempo de espera.

Importância das cirurgias eletivas:

Prevenir complicações graves: Na ausência de tratamento cirúrgico, doenças como colelitíase, hérnia, fraturas, anomalias congênitas e alguns tipos de câncer podem evoluir para situações graves, com alto risco de morte ou incapacidade permanente.

Melhorar a qualidade de vida: As cirurgias eletivas podem aliviar dores crônicas, restaurar a função de órgãos e sistemas, corrigir deformidades e melhorar significativamente a qualidade de vida do paciente.

Reduzir custos de saúde: O tratamento de complicações de doenças que não foram tratadas cirurgicamente pode ser muito mais caro do que a própria cirurgia eletiva, além de comprometer a vida social e laborativa do paciente.

ACESSO A CIRURGIAS ELETIVAS

- **Cobertura:** O acesso a cirurgias eletivas é universal, disponível para todos os cidadãos, independentemente de sua condição socioeconômica.
- **Acessibilidade:** Os serviços de cirurgia eletiva foram mapeados geograficamente de acordo com a capacidade instalada das diversas unidades de saúde no Estado do Ceará, que passarão a ser consideradas como unidades executoras.
- **Oportunidade:** O tempo de espera para a realização da cirurgia deverá ser adequado à condição do paciente, evitando atrasos que possam comprometer sua saúde.
- **Segurança:** Os serviços de cirurgia eletiva devem ser seguros, com profissionais qualificados e infraestrutura adequada para garantir a segurança do paciente. Devendo estes passarem por avaliação regional para habilitação, realizada pela Sesa ou Superintendências Regionais.

Ao investir em cirurgias eletivas, os governos e gestores de saúde estão investindo na saúde e no bem-estar da população, promovendo uma sociedade mais saudável e produtiva.

FILA DE ESPERA PARA CIRURGIAS ELETIVAS: INFORMAÇÃO E ORGANIZAÇÃO PARA UM ATENDIMENTO MAIS ÁGIL E TRANSPARENTE

O que é a fila de espera para cirurgias eletivas?

É um sistema que organiza a demanda por procedimentos cirúrgicos não urgentes, quando a quantidade de pacientes supera a capacidade de atendimento do sistema de saúde. Os pacientes aguardam em uma "sala de espera virtual" até serem chamados para a cirurgia, de acordo com regras preestabelecidas. O tempo de espera pode variar consideravelmente, dependendo da capacidade instalado das unidades executoras e dos processos de gestão, bem como das características da demanda.

OBJETIVO DESTA NOTA TÉCNICA

Esta Nota Técnica visa orientar a organização das filas de espera para cirurgias eletivas no âmbito do SUS, com foco em três pilares:

1. Acesso à informação:

- **Transparência:** Garantir que os pacientes tenham acesso claro e objetivo a informações sobre a fila de espera, incluindo:
 - Critérios de priorização;
 - Tempo médio de espera;
 - Posicionamento individual na fila;
 - Tipos de procedimentos disponíveis;
 - Contatos para dúvidas e acompanhamento.

2. Ordenação dos pacientes:

- **Critérios claros e objetivos:** Definição dos critérios de priorização para a fila de espera, baseados em:
 - Gravidade da doença;
 - Tempo de espera;
 - Risco de agravamento da condição;
 - Necessidades específicas dos pacientes.
- **Avaliação individualizada:** Analisar cada caso individualmente, considerando as particularidades de cada paciente e suas necessidades específicas.

3. Acompanhamento e resolubilidade:

- **Monitoramento constante:** Monitoramento pela Sesa da fila de espera de forma regular, avaliando a efetividade dos critérios de priorização e o tempo de espera dos pacientes.

- **Redução do tempo de espera:** Implementar medidas para reduzir o tempo de espera, como:
 - Ampliar a oferta de serviços;
 - Otimizar os processos de gestão;
 - Buscar parcerias com outras instituições.
- **Atendimento humanizado:** Garantir um atendimento humanizado e acolhedor aos pacientes que aguardam na fila, com:
 - Informação clara e regular;
 - Apoio emocional.

4. Benefícios da organização das filas de espera:

- **Maior transparência:** Os pacientes saberão o que esperar e quando esperar.
- **Maior equidade:** O acesso à cirurgia será mais justo e baseado em critérios objetivos.
- **Maior agilidade:** O tempo de espera para a cirurgia será reduzido.
- **Maior satisfação dos pacientes:** Os pacientes se sentirão mais informados, acolhidos e seguros.

Conclusão:

A organização das filas de espera para cirurgias eletivas é fundamental para garantir um atendimento mais ágil, transparente e humanizado aos pacientes do SUS. Ao seguir as orientações desta Nota Técnica, os gestores de saúde podem melhorar significativamente a qualidade do atendimento à população.

CRITÉRIOS DE INSERÇÃO NA FILA ELETIVA CIRÚRGICA

O paciente inserido para um determinado procedimento cirúrgico eletivo só irá compor a fila de um único estabelecimento executor, não podendo estar em duas filas para o mesmo procedimento ao mesmo tempo.

Existem filas cirúrgicas de gestão do Estado do Ceará (filas estaduais) e aquelas de gestão municipal (filas municipais).

Cabe ao complexo regulador estadual regular o acesso às unidades de saúde, sob gestão estadual, e intermediar o acesso da população referenciada às unidades, sob gestão municipal, de acordo com a portaria GM nº 1.559 de 1º de Agosto de 2008 em seu artigo 9º.

Estabelecimento Não Executor

- O estabelecimento deve solicitar no sistema oficial de regulação, consulta especializada de acordo com a subespecialidade para avaliação pré-cirúrgica no estabelecimento executor.
- Anexar exames comprobatórios da necessidade do procedimento cirúrgico.
- Será obrigatório o registro de contato e atualização de dados cadastrais do usuário com CPF no sistema oficial de regulação.

Estabelecimento Executor

- Após retorno do paciente com exames e indicação cirúrgica confirmada, o Estabelecimento deve inserir o paciente em até 30 dias na fila de cirurgias eletivas, no sistema de regulação oficial, com seu respectivo procedimento.
- A unidade executora deve ser habilitada para execução do procedimento.
- O procedimento deve ser do grupo 04 (Cirúrgico), conforme Tabela SIGTAP.
- Após inserção, obedecer aos critérios de ordenação na fila.
- Será obrigatório o registro de contato e atualização de dados cadastrais do usuário com CPF no sistema oficial de regulação.

- Nos casos em que o paciente não foi inserido pelo Executor na fila cirúrgica no prazo definido de até 30 dias, após consulta inicial ou de retorno, o executor deverá inserir de forma imediata conforme solicitação da indicação cirúrgica.
- O paciente que por motivos alheios à sua vontade não realizou procedimento após a internação deverá ter sua internação cancelada no sistema Fast Medic, justificando em ocorrência. Dessa forma, o mesmo terá seu procedimento classificado como suspenso e retornará à fila sem prejuízo de posição.
- Em caso de intercorrência, o paciente poderá dar continuidade no tratamento com AIH clínica e internação local.
- Nos casos em que o paciente foi convocado para realização de cirurgia pelo executor, e que, por algum motivo, justificável ou não, não compareceu para a realização do procedimento, o executor deverá:
 - registrar em ocorrências no sistema oficial de regulação o motivo da não realização do procedimento cirúrgico;
 - convocá-lo novamente em até 60 dias, e se o mesmo não comparecer a consulta pré anestésica ou internação cirúrgica, sua solicitação será inativada;
 - Aguardar o paciente manifestar interesse em realizar a cirurgia novamente para que o mesmo retorne a fila, a posição será recalculada conforme ordem cronológica da sua inserção na fila cirúrgica;
 - Nos casos de desistência do paciente em realizar cirurgia, o executor deverá dar ciência ao paciente do cancelamento da solicitação de cirurgia eletiva, que ao reinsere o paciente em fila será gerada uma nova solicitação, com data atual e uma nova posição em fila. O paciente ou representante legal deverá assinar a declaração de desistência, conforme anexo IV. Caso o paciente não assine a declaração, deverá ser registrado no prontuário (data, contato e telefone).
 - O paciente poderá ser reativado se entrar em contato com a SESA via 0800 ou WhatsApp, ou ainda diretamente na unidade solicitante.
 - Somente a Central de Regulação de Cirurgias Eletivas pode alterar o Estabelecimento Executor, seguindo ordenação na fila do procedimento, de acordo com o perfil e após nova consulta de avaliação pré-cirúrgica, objetivando dar celeridade ao andamento da fila.

- Ao inserir qualquer dado na ocorrência do sistema de regulação, a unidade e o profissional responsável por tal ação declaram estar cientes da inteira responsabilidade pelas informações ali fornecidas ao médico regulador e à Central de Regulação do Estado, estando cientes também de que a inveracidade nas informações repassadas implicará nas penalidades administrativas, cíveis e penais cabíveis.
- Fluxograma de Regulação das Cirurgias Eletivas (ANEXO I).
- Casos excepcionais não previstos nesta Nota Técnica deverão ser abertos processos administrativos com as devidas justificativas e/ou comprovações para avaliação e decisão através da Coordenação de Regulação do Sistema de Saúde (COREG).

INTEGRAÇÃO ESTADO – MUNICÍPIO DE FORTALEZA

A integração entre Estado e Município ocorre via Sistema de Regulação Fast Medic, a mesma tem o intuito de suprir a necessidade de pacientes que aguardam para realização de procedimentos cirúrgicos, os quais não são disponibilizados na rede municipal e/ou estadual.

Dessa forma, as demandas são encaminhadas de uma rede para outra, de acordo com os contratos firmados, conforme mostra o Anexo II.

CRITÉRIOS DE ORDENAÇÃO DA FILA ELETIVA CIRÚRGICA

As filas de cirurgias eletivas são organizadas, via de regra, levando em consideração dois critérios: **classificação SWALIS** e **cronologia**.

Os pacientes classificados por meio do Swalis com A1 e A2, serão priorizados em detrimento da ordem cronológica. Os pacientes classificados como Swalis B, C e D seguirão a ordem cronológica de inserção no Fastmedic. As decisões judiciais serão respeitadas.

- **Judicialização** - As decisões judiciais que determinam a realização de procedimento cirúrgico devem ser cumpridas no menor prazo possível, tendo em vista que o descumprimento pode acarretar o cometimento de crime de desobediência, previsto no art. 330 do Código Penal, bem como causar a aplicação de multa e sequestro de bens públicos, conforme artigos 301 e 537 do Código de Processo Civil:

- *Código Penal*

Art. 330 - Desobedecer a ordem legal de funcionário público:

Pena - detenção, de quinze dias a seis meses, e multa.

- *Código de Processo Civil*

Art. 301. A tutela de urgência de natureza cautelar pode ser efetivada mediante arresto, sequestro, arrolamento de bens, registro de protesto contra alienação de bem e qualquer outra medida idônea para assecuração do direito.

Art. 537. A multa independe de requerimento da parte e poderá ser aplicada na fase de conhecimento, em tutela provisória ou na sentença, ou na fase de execução, desde que seja suficiente e compatível com a obrigação e que se determine prazo razoável para cumprimento do preceito.

A Secretaria da Saúde do Estado adequou o sistema de regulação, inserindo a flag “Demanda Judicial”, através da qual a unidade executora e também as centrais de regulação sinalizam a solicitação do paciente na fila eletiva, passando automaticamente a gozar de prioridade em relação a ordem cronológica.

- **Classificação de Swalis** - Sistema de gerenciamento de lista de espera desenvolvido no Hospital Universitário S. Martino de Génova (SMUH), na Itália, em 2005, com base em um algoritmo de priorização que atribui pontuações de critérios de prioridade de acordo com a gravidade do estado clínico do paciente e o máximo tempo de espera aceitável por Grupo Relacionado à Urgência (URG).

CLASSIFICAÇÃO DE SWALIS - Surgical Waiting List Info System
<p>Categoria A1 Paciente com risco de deterioração clínica iminente. Necessidade de hospitalização.</p>
<p>Categoria A2 Paciente com as atividades diárias completamente prejudicadas por dor, disfunção ou incapacidade. Risco de incurabilidade.</p>
<p>Categoria B Paciente com prejuízo acentuado das atividades diárias por dor, disfunção ou incapacidade.</p>
<p>Categoria C Paciente com prejuízo mínimo das atividades diárias por dor, disfunção ou incapacidade.</p>
<p>Categoria D Não há prejuízo para as atividades diárias.</p>

- **Cronologia** - refere-se à contagem do tempo a partir da data de inserção do paciente na fila de espera.

Exemplo de ordenação da fila:

Definir Posição					
SWALIS	Cronologia em segundos	Pontuação Ordem decrescente	Procedimento	Unidade Executora	Posição
Categoria A1	100 dias -> 8640000	2300008640000	PROCEDIMENTO A	UNIDADE 1	1
Categoria A2	650 dias -> 56160000	2200056160000	PROCEDIMENTO B	UNIDADE 1	1
Outras	390 dias -> 33696000	2100033696000	PROCEDIMENTO A	UNIDADE 2	1
Categoria A1	410 dias -> 35424000	1300035424000	PROCEDIMENTO B	UNIDADE 1	2
Categoria A2	75 dias -> 6480000	1200006480000	PROCEDIMENTO A	UNIDADE 1	2
Outras	2 dias -> 172800	1100000172800	PROCEDIMENTO B	UNIDADE 2	1

CRITÉRIOS DE ORDENAÇÃO DA FILA ELETIVA CIRÚRGICA - SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

- **OFTALMOLOGIA**

- Considerando que, na Oftalmologia, a classificação de Swallis nem sempre é adequada para ser aplicada, sugerimos que o médico regulador ou cirurgião possa utilizar de outros critérios para priorizar os pacientes tais como:
 - *Paciente idoso*
 - *Diabetes mellitus*
 - *Cegueira binocular*
 - *Olho único com Catarata*
 - *Deficiências múltiplas*

- **BARIÁTRICA**

- Os pacientes candidatos a cirurgia bariátrica são preparados e acompanhados pela equipe multidisciplinar e, quando considerados aptos para realizar o procedimento, podem ser autorizados independente da posição na fila, mediante justificativa médica;
- Se o médico cirurgião assistente ou o estabelecimento executor, mesmo após ter tomado ciência do posicionamento do paciente e da existência de pacientes em posição anterior, entender que permanece a priorização na execução do procedimento do paciente específico, as justificativas clínicas e operacionais devem ser registradas no sistema Fast Medic para avaliação do médico autorizador da internação.
- No caso da insuficiência da classificação de Swallis, o médico cirurgião pode utilizar outros instrumentos, tais como a Western Canada Waiting List Project - critérios de prioridade para cirurgia geral.
- Rede Sesa para cirurgia bariátrica:
 - *HMJMA - Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar*
 - *HGCC - Hospital Geral Dr. César Cals*

- **CIRURGIA GERAL**

Critérios de Prioridade - Western Canada Waiting List Project

01	Quão forte é a dor em seu pior estado?	<ul style="list-style-type: none">• Sem dor• Suave• Moderado• Forte
02	Intensidade usual de outras formas de sofrimento:	<ul style="list-style-type: none">• Nenhum• Suave• Moderado• Forte
03	Frequência habitual de episódios dolorosos/sofrimento:	<ul style="list-style-type: none">• Nenhum• Ocasional• Frequentemente• Constante
04	Grau de comprometimento nas atividades habituais devido à condição cirúrgica:	<ul style="list-style-type: none">• Nada prejudicado/levemente prejudicado• Capaz, mas difícil e/ou um pouco prejudicado• Capaz, mas muito difícil e em nível muito reduzido• Totalmente dependente (incapaz de realizar quaisquer atividades habituais)
05	Existem implicações na expectativa de vida devido a condição sem o procedimento?	<ul style="list-style-type: none">• Sim• Não
06	Existe melhora na expectativa de vida com a cirurgia?	<ul style="list-style-type: none">• Sim• Não

QUALIFICAÇÃO DA FILA ELETIVA CIRÚRGICA

A qualificação da fila é realizada de forma sistemática, são feitas até três tentativas de contato com o paciente em dias e horários alternados. Ao final de cada tentativa é registrado a ocorrência no Sistema Oficial de Regulação do Estado, Fast Medic. Caso não tenha sido possível localizá-lo, o mesmo será classificado como inativo.

O processo de reativação do paciente pode ocorrer quando o mesmo entra em contato com a secretaria de saúde municipal, unidade executora ou com a equipe do plantão de cirurgias eletivas da SESA, informando que ainda aguarda a realização do procedimento. Nestes casos, o cadastro é atualizado, sua solicitação reativada e sua posição será recalculada conforme critérios de ordenação da fila cirúrgica.

CRITÉRIOS DE CANCELAMENTO NA FILA ELETIVA CIRÚRGICA

O cancelamento pode ocorrer a qualquer momento, durante a qualificação da fila realizada pela central de regulação estadual ou municipal ou quando:

- A unidade executora identificar casos de óbito, devendo o mesmo ser registrado no sistema oficial de regulação;
- Paciente que, ao ser contactado, informar não ter interesse ou já ter realizado o procedimento cirúrgico, o executor registrará no sistema oficial de regulação e procederá o cancelamento da solicitação da seguinte forma:
 - Paciente presente: assina declaração de desistência e este será anexado ao sistema oficial de regulação (Anexo IV);
 - Paciente não presente: executor registrará nome completo do responsável pela informação, data, horário e número de telefone que foi feito contato.

ORIENTAÇÕES PARA OS PACIENTES

Passo a Passo:

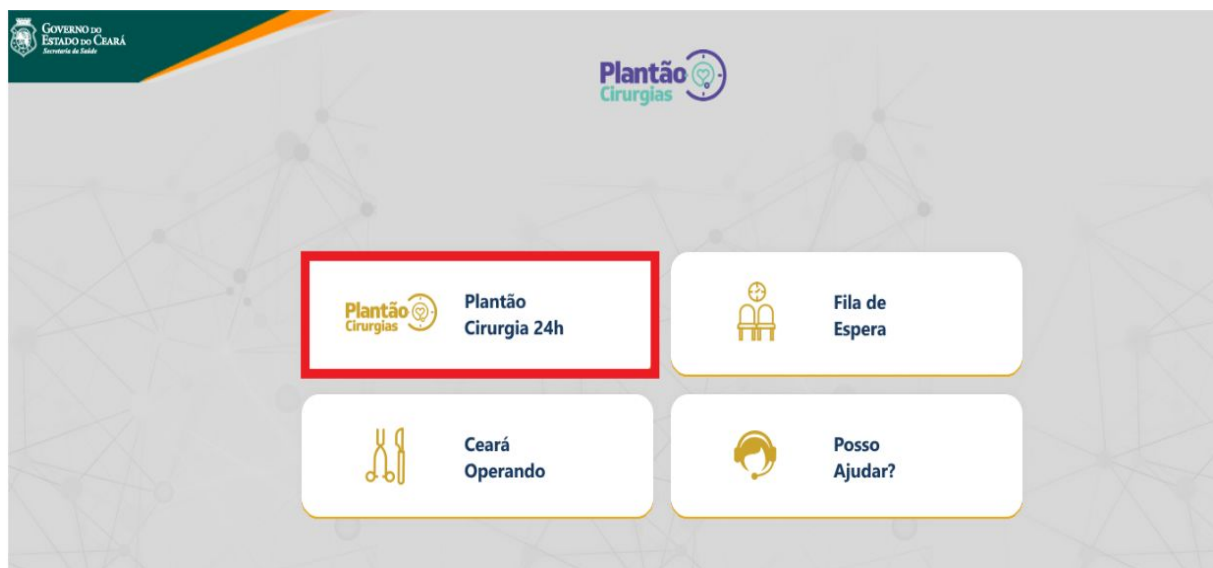
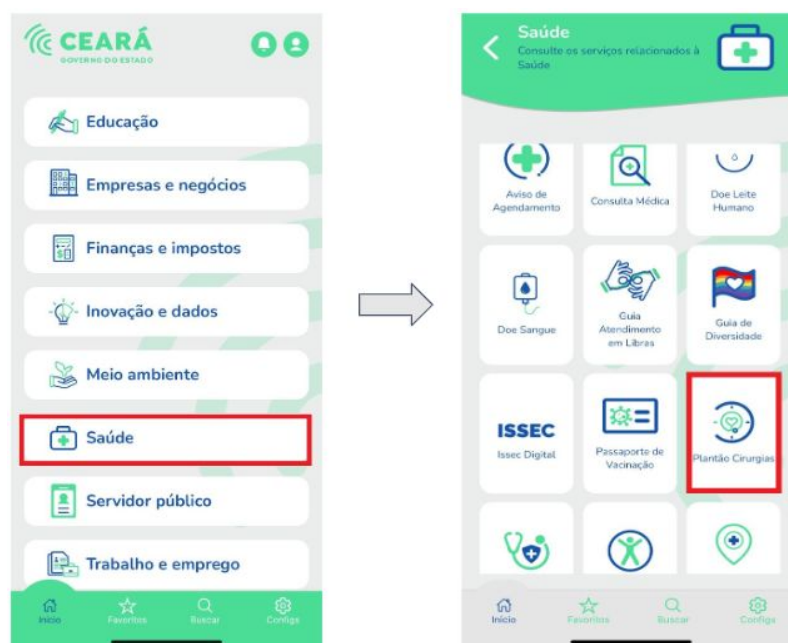
Como saber sua posição na fila?

1. Clicar no ícone do Plantão Cirurgia

Para ter acesso à sua posição na fila de espera ELETIVA, siga o passo a passo de como acessar o aplicativo.

Baixe o aplicativo Ceará APP:

Em siga as instruções:



2. Caso não possua cadastro, o usuário deve clicar no seguinte botão "AINDA NÃO TENHO CADASTRO"

← VOLTAR

Plantão Cirurgias

USUÁRIO

00000000000

CPF informado é inválido

SENHA

Informe sua senha para acessar o sistema

ENTRAR

AINDA NÃO TENHO CADASTRO

ESQUECI MINHA SENHA, E AGORA?

CEARÁ

3. O usuário preenche todos os campos com seus dados para realizar o seu cadastro, ao final o usuário clica no botão "Cadastrar", em seguida, na opção SIM

Saúde Digital

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

Plantão Cirurgias

DADOS PESSOAIS

NOME *OBRIGATÓRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE *OPCIONAL

CPF *OBRIGATÓRIO

DATA DE NASCIMENTO *OBRIGATÓRIO

NOME DA MÃE *OBRIGATÓRIO

SEXO *OPCIONAL

TELEFONE *OBRIGATÓRIO

TELEFONE FAMILIAR *OBRIGATÓRIO

E-MAIL *OBRIGATÓRIO

CONFIRMAR E-MAIL *OBRIGATÓRIO

SENHA *OBRIGATÓRIO

kelly.s2803@gmail.com

Email já cadastrado!

ENDEREÇO

ESTADO *OBRIGATÓRIO

MUNICÍPIO *OBRIGATÓRIO

CEP *OBRIGATÓRIO

BAIRRO *OBRIGATÓRIO

ENDEREÇO *OBRIGATÓRIO

NÚMERO *OBRIGATÓRIO

COMPLEMENTO *OPCIONAL

VOLTAR

CADASTRAR

Para mais informações sobre a posição na fila

Para saber mais informações sobre posição na fila, atualização do cadastro e tipo de cirurgia que está aguardando, o paciente pode baixar o App Ceará ou entrar em contato com a equipe do plantão de cirurgia 24h através dos números: 85.3219-6073 / 85.3219-9366 / 85.3101-2610 / 0800.280.5110 por telefone ou WhatsApp.

O atendimento telefônico dá-se de segunda à sexta-feira, das 7h às 18h.

Após o cadastro no sistema o usuário receberá um link de confirmação no e-mail cadastrado para acessar o sistema do Plantão Cirurgia. E então realiza seu acesso.

The image shows a registration form for 'Plantão Cirurgias' with a confirmation dialog box. The form is divided into two main sections: 'DADOS PESSOAIS' and 'ENDEREÇO'. The 'DADOS PESSOAIS' section includes fields for Name, National Health Card, CPF, Date of Birth, Mother's Name, Sex, Telephone, Family Telephone, Email, Confirm Email, and Password. The 'ENDEREÇO' section includes fields for State, Municipality, Address, Number, Complement, and Neighborhood. A confirmation dialog box is open, asking 'Deseja realmente salvar este usuário?' with 'SIM' and 'NÃO' buttons. Below the form, there is a text box with contact information and a 'VOLTAR' button.

DADOS PESSOAIS

NOME *OBRIGATÓRIO	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE *OPCIONAL	CPF *OBRIGATÓRIO	DATA DE NASCIMENTO *OBRIGATÓRIO
vdagsh		774.490.963-15	05/09/1994
NOME DA MÃE *OBRIGATÓRIO	SEXO *OPCIONAL	TELEFONE *OBRIGATÓRIO	TELEFONE FAMILIAR *OBRIGATÓRIO
jd8	FEMININO	(85) 99999-9999	(85) 99999-9999
E-MAIL *OBRIGATÓRIO	CONFIRMAR E-MAIL *OBRIGATÓRIO	SENHA *OBRIGATÓRIO	
monalisa.oliveirasousa0925@gmail.com	monalisa.oliveirasousa0925@gmail.com	

ENDEREÇO

ESTADO *OBRIGATÓRIO	MUNICÍPIO *OBRIGATÓRIO	BAIRRO *OBRIGATÓRIO
CEARA	FORTALEZA	jacarecanga
ENDERECO *OBRIGATÓRIO	NÚMERO *OBRIGATÓRIO	COMPLEMENTO *OPCIONAL
rua santa ines	886	casa b

Confirmação

Deseja realmente salvar este usuário?

Para mais informações sobre a posição na fila, atualização do cadastro e tipo de cirurgia que está aguardando, o paciente pode baixar o App Ceará ou entrar em contato com a equipe do plantão de cirurgia 24h através dos números: 85.3219-6073 / 85.3219-9366 / 85.3101-2610 / 0800.280.5110 por telefone ou WhatsApp.

O atendimento telefônico dá-se de segunda à sexta-feira, das 7h às 13h.

4. O usuário realiza o seu login de acesso: CPF e senha cadastrada.

The image shows the login page for 'Plantão Cirurgias'. It features a dark green background with a surgical light and the logo. There are two input fields: 'USUÁRIO' (User) and 'SENHA' (Password). The 'USUÁRIO' field contains '0000000000' and has a red error message 'CPF informado é inválido'. The 'SENHA' field contains '.....' and has a red error message 'Informe sua senha para acessar o sistema'. Below the fields are two buttons: 'ENTRAR' (green) and 'ANDA NÃO TENHO CADASTRO' (orange). At the bottom, there is a link 'ESQUECI MINHA SENHA, E AGORA?' and the logo for 'CEARÁ GOVERNO DO ESTADO'.

Plantão Cirurgias

USUÁRIO

0000000000

CPF informado é inválido

SENHA

.....

Informe sua senha para acessar o sistema

[ESQUECI MINHA SENHA, E AGORA?](#)

CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO

Exibe dados sobre as solicitações localizadas no sistema de regulação cadastradas no CPF do usuário.

The screenshot shows the 'Pesquisar Pacientes em Fila' (Search Patients in Queue) interface. At the top, there are logos for 'Saúde Digital' and 'Plantão Cirurgias'. The main heading is 'PESQUISAR PACIENTES EM FILA'. Below it, a sub-heading reads 'ENTENDA O QUE MUDA SUA POSIÇÃO NA FILA'. A note states: 'Por favor confirme se ainda precisa do procedimento abaixo. Este preenchimento não vai alterar sua posição na fila!'. The patient record is displayed in a white box with the following details:

- PROCEDIMENTO:** GABRIEL BRES-CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CISTO / ABSCESSO / GRANULOMA ENCEFALICO (C/ TÉCNICA COMPLEMENTAR)
- POSICÃO NA FILA:** 1
- VOCE AINDA PRECISA DO PROCEDIMENTO ?** SIM NÃO
- O PROCEDIMENTO SERÁ REALIZADO:** HGF HOSPITAL GERAL DE PORTALEZA
- MOTIVO:** *OBRIGATORIO
- JUSTIFICATIVA:** Crises convulsivas de difícil controle
- JA FIZ O PROCEDIMENTO:** SIM NÃO

At the bottom of the box, there are buttons for 'CONFIRMAR' and 'VER DETALHES'. A date stamp at the bottom right of the box reads 'Data de última atualização: 19/01/2024 06:34'.

Caso o app não localize procedimentos no CPF do paciente, será exibida a seguinte mensagem.

The screenshot shows the 'Pesquisar Pacientes em Fila' interface with an error message displayed in a grey box. The message reads: 'Desculpe ainda não localizamos os seus dados. Você está na espera por alguma cirurgia?'. Below the message are two radio buttons: 'SIM' (selected) and 'NÃO'. At the bottom of the message box, it says: 'Em breve a secretaria de Saúde entrará em contato com você por telefone. Os telefones informados devem estar atualizados.' The background of the screen shows the same 'Pesquisar Pacientes em Fila' heading and sub-heading as in the previous screenshot.

O paciente pode informar se aguarda algum procedimento não localizado no aplicativo. Posteriormente a equipe do plantão cirurgia entrará em contato através dos telefones cadastrados no aplicativo para verificar o caso.

CONTATOS PLANTÃO CIRURGIA

Os pacientes que aguardam cirurgias eletivas podem entrar em contato com a equipe da Central de Cirurgias Eletivas da SESA para informações sobre posição na fila e atualização de cadastro.



Contatos:

- 0800 280 5110 - Ligação
- (85) 3219-6073/3219-9366 - WhatsApp

Os atendimentos acontecem de segunda a sexta-feira:
Telefônico: 7h às 18h.
WhatsApp: 7h às 17h.

A qualquer momento o paciente pode acessar a plataforma digital:
<https://digital.saude.ce.gov.br/plantao-cirurgia/#/>
ou App Ceará.

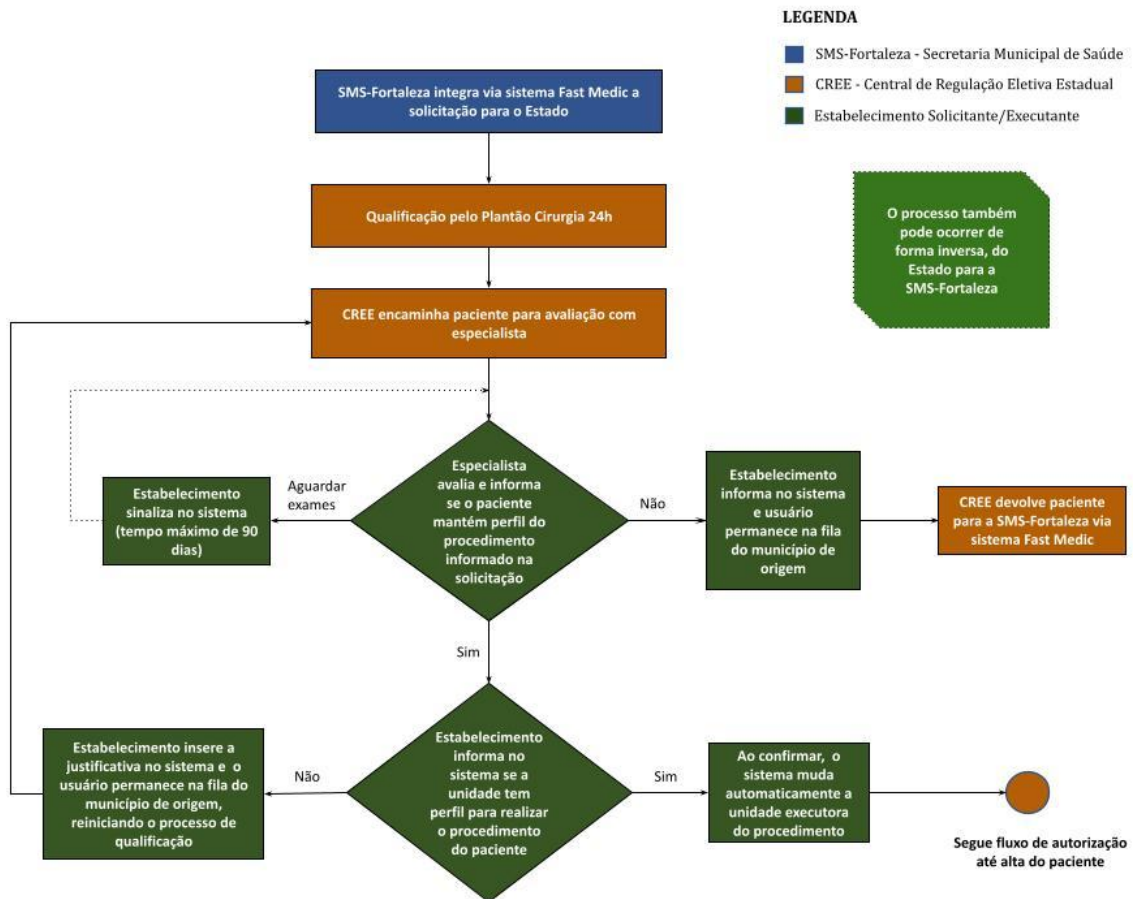
ANEXO I

FLUXOGRAMA DE REGULAÇÃO DAS CIRURGIAS ELETIVAS



ANEXO II

FLUXOGRAMA DE REGULAÇÃO DAS CIRURGIAS ELETIVAS INTEGRAÇÃO ESTADO - MUNICÍPIO DE FORTALEZA



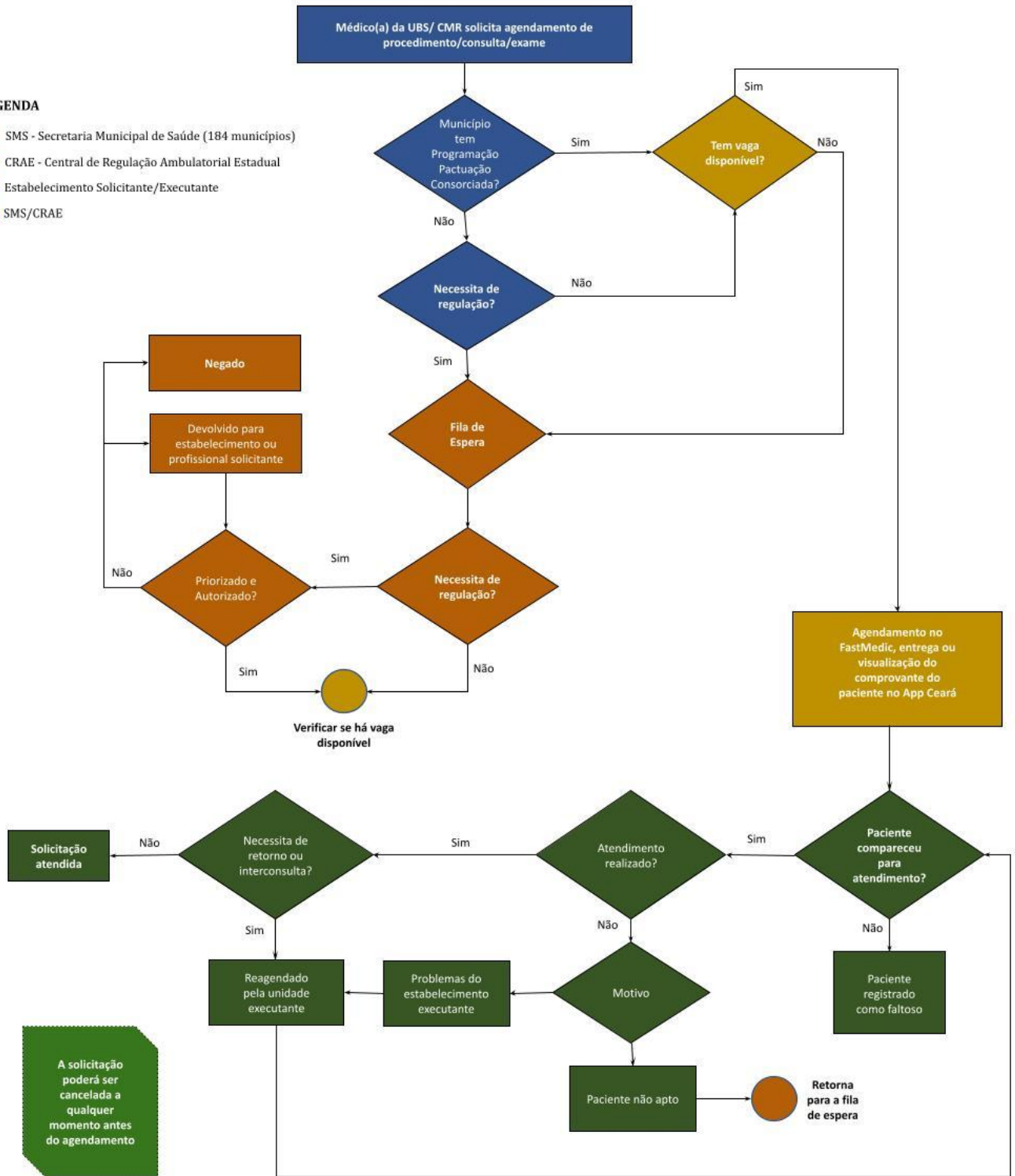
Os estabelecimentos executores devem realizar a revisão das filas eletivas para determinar se existem pacientes em filas de procedimentos que não são executados no seu estabelecimento.

ANEXO III

FLUXOGRAMA DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

LEGENDA

- SMS - Secretaria Municipal de Saúde (184 municípios)
- CRAE - Central de Regulação Ambulatorial Estadual
- Estabelecimento Solicitante/Executante
- SMS/CRAE



ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE DESISTÊNCIA

_____, _____ de _____ de _____

Declaro, para os devidos fins, que eu, _____, Fast Medic Nº: _____ CPF: _____ opto por DESISTIR da cirurgia de _____, liberando a minha posição na fila de espera.

Estou ciente que pode haver mudança na decisão atualmente assumida e, diante disso, ao ser reinserido(a) em fila será gerada uma nova solicitação com data atual e uma nova posição em fila.

Assinatura do Usuário

Assinatura do Profissional da Unidade

ANEXO V

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO POR PORTE CIRÚRGICO

As cirurgias devem ser classificadas em equivalência de porte conforme o quadro abaixo para avaliação do risco cirúrgico.

TIPO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
A – Procedimento minimamente invasivo: Baixo potencial para causar alterações da fisiologia normal, raramente relacionado com morbidade ligada ao procedimento anestésico e raramente requer hemotransfusões, monitorização invasiva ou CTI no pós operatório.
B – Procedimento moderadamente invasivo: Moderado potencial para alterar a fisiologia normal, pode requerer hemotransfusões, monitorização invasiva ou CTI no pós operatório.
C – Procedimento altamente invasivo: Tipicamente produz alteração da fisiologia normal, quase sempre requer hemotransfusões, monitorização invasiva CTI no pós operatório.

CLASSIFICAÇÃO DAS CIRURGIAS POR RISCO		
BAIXO RISCO Complicações <1%	RISCO INTERMEDIÁRIO Complicações 1-5%	ALTO RISCO Complicações ≥5%
Cirurgias superficiais Mama Dentária Tireoide Ocular Reconstrutiva Carotídica assintomática (STENT ou Endarterectomia) Ginecológica menor Ortopédicas cirurgias Reconstrutivas urológicas menores-RTU	Intraperitoneal Carotídica sintomática Angioplastia periférica Aneurisma endovascular Neurológicas maiores Cabeça e pescoço Ortopédicas maiores (quadril e coluna) Urológicas e ginecológicas maiores Transplante renal Intra-torácica menor	Aórtica e vascular maior Amputação Revascularização e troboembolectomia Duodeno-pancreática Hepática e ducto biliar Esofagectomia intestinal Ressecção adrenal Cistectomia Pneumectomia Transplante pulmonar ou hepático.

Fonte: 2014 ESC/ESA (European Society of Anaesthesiology) Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management, European Heart Journal (2014) 35, 2383–2431 doi:10.1093/eurheartj/ehu282

III. Classificação American Society of Anesthesiologists - ASA			
Classificação	Definição	Exemplos inclusos, mas não limitados a estes	
ASA I	Um paciente normal e saudável	Adulto	Saudável, não obeso (IMC abaixo de 30), paciente não fumante, nenhum ou uso mínimo de álcool com boa tolerância ao exercício.
		Criança	Saudável (sem doença aguda ou crônica), percentil de IMC normal para a idade
		Gestante	----
ASA II	Paciente com doença sistêmica leve.	Adulto	Doenças leves apenas sem limitações funcionais substantivas. Fumante atual, bebedor social de álcool, gravidez, obesidade (30 <IMC <40), DM / hipertensão bem controlada, doença pulmonar leve.
		Criança	Doença cardíaca congênita assintomática, disritmias bem controladas, asma sem exacerbação, epilepsia bem controlada, diabetes mellitus não insulino-dependente, percentual de IMC anormal para a idade, Apneia do sono leve / moderada, estado oncológico em remissão, autismo com limitações leves
		Gestante	Gravidez normal, bem controlada hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia controlada sem características graves, DM gestacional controlado por dieta.
ASA III	Paciente com uma doença sistêmica grave	Adulto	Limitações funcionais substantivas; Uma ou mais doenças moderadas a graves. DM ou hipertensão mal controlada, DPOC, obesidade mórbida (IMC ≥40), hepatite ativa, dependência ou abuso de álcool, marca-passo implantado, redução moderada da fração de ejeção, ESRD submetido a diálise regularmente programada, história (> 3 meses) de IAM, AVC, TIA ou CAD / STENTS.
		Criança	Anormalidade cardíaca congênita estável não corrigida, asma com exacerbação, epilepsia mal controlada, diabetes mellitus dependente de insulina, obesidade mórbida, desnutrição, OSA grave, estado oncológico, insuficiência renal, distrofia muscular, fibrose cística, história de transplante de órgãos, malformação do cérebro / medula espinhal, hidrocefalia sintomática, prematuro PCA <60 semanas, autismo com limitações graves, doença metabólica, via aérea difícil, nutrição parenteral de longo prazo. Bebês a termo <6 semanas de idade.
		Gestante	Pré-eclâmpsia com características graves, DM gestacional com complicações ou altas necessidades de insulina, uma doença trombofílica que requer anticoagulação.
ASA IV	Paciente com doença sistêmica grave que é uma ameaça constante à vida.	Adulto	IAM, AVC, TIA ou DAC / stents recentes (<3 meses), isquemia cardíaca contínua ou disfunção valvar grave, redução grave da fração de ejeção, choque, sepse, DIC, ARD ou ESRD não submetidos a diálise regularmente programada
		Criança	Anormalidade cardíaca congênita sintomática, insuficiência cardíaca congestiva, sequelas ativas de prematuridade, encefalopatia hipóxico-isquêmica aguda, choque, sepse, coagulação intravascular disseminada, cardioversor-desfibrilador implantável automático, dependência de aparelho, endocrinopatia, trauma ventilatório grave, dificuldade respiratória grave, estado oncológico avançado.
		Gestante	Pré-eclâmpsia com características graves complicadas por HELLP ou outro evento adverso, cardiomiopatia periparto com FE <40, doença cardíaca não corrigida / descompensada, adquirida ou congênita.

III. Classificação American Society of Anesthesiologists - ASA			
Classificação	Definição	Exemplos inclusos, mas não limitados a estes	
ASA V	Paciente moribundo do qual não se espera que sobreviva sem a operação.	Adulto	Aneurisma abdominal / torácico rompido, trauma maciço, sangramento intracraniano com efeito de massa, intestino isquêmico em face de patologia cardíaca significativa ou disfunção de múltiplos órgãos / sistemas
		Criança	Trauma massivo, hemorragia intracraniana com efeito de massa, paciente necessitando de ECMO, insuficiência respiratória ou parada, hipertensão maligna, insuficiência cardíaca congestiva descompensada, encefalopatia hepática, intestino isquêmico ou disfunção de múltiplos órgãos / sistemas.
		Gestante	Ruptura uterina.
ASA VI	Paciente com morte encefálica cujos órgãos estão sendo removidos com a intenção de transplantá-los para outro paciente.		

Fonte: American Society of Anesthesiologists - Sistema de classificação de status físico ASA (Aprovado pela Câmara dos Delegados da ASA em 15 de outubro de 2014 e última alteração em 13 de dezembro de 2020).

A tendência atual não é seguir uma tabela fixa de solicitação de exames, mas sim o pedido de acordo com as características de cada paciente e o risco do procedimento. Considerando-se os pacientes assintomáticos, aqueles submetidos a procedimentos do tipo A não precisariam submeter-se a exames laboratoriais. Já no que diz respeito aos procedimentos dos tipos B ou C, os exames laboratoriais são frequentemente. Os resultados da avaliação pré-operatória são considerados válidos por até 6 meses a um ano, caso o paciente mantenha-se assintomático ou sem agravamento dos sintomas.

Exames conforme Sociedade Americana de Anestesiologistas		
Estado físico	Idade	Exames
ASA I	< 40 ANOS	Hemograma
	40 / 60 anos	Hemograma, ECG, Risco cirúrgico
	> 60 anos	Hemograma, ECG, creatinina e glicemia, risco cirúrgico
	> 70 anos	Hemograma, ECG, creatinina, glicemia e radiografia de tórax, risco cirúrgico
ASA II Cardiovascular	Qualquer idade	Hemograma, ECG, radiografia de tórax, creatinina, Na+, K+ (outros exames quando indicado), risco cirúrgico

Estado físico	Idade	Exames
ASA II	< 40 anos	Hemograma e exames de acordo com a doença
	>40 anos	Hemograma e exames de acordo com a doença, risco cirúrgico
ASA II Diabetes	< 40 anos	Hemograma, ECG, creatinina, glicemia, Na+, K+
	>40 anos	Hemograma, ECG, creatinina, glicemia, Na+, K+, risco cirúrgico
ASA III, IV, V	Qualquer idade	Hemograma, ECG, creatinina, glicemia, Na+, K+, radiografia de tórax, risco cirúrgico

Fonte: ASA (American Society of Anesthesiologists)

Exames subsidiários na Avaliação Pré-Operatória Geral Sociedade Brasileira de Cardiologia		
Eletrocardiograma		
<ul style="list-style-type: none"> • Histórico e/ou anormalidades na avaliação física, sugerindo doença cardiovascular (I/C)*; • Pacientes submetidos a operações intracavitárias, transplantes de órgãos sólidos, cirurgias ortopédicas de grande porte e vasculares arteriais (I/C); • Alto risco de eventos estimado pelos algoritmos de risco pré-operatório (I/B); • Diabéticos (I/C); • Obesos (IIa/C); • Pacientes com mais de 40 anos (IIa/C). 		
Raio X de Tórax		
<ul style="list-style-type: none"> • Histórico ou sintomas e propedêuticas de doenças respiratórias (I/C); • Pessoas com mais de 40 anos (IIa/C); • Intervenções de médio e grande porte prévias, como cirurgias intratorácicas e intrabdominais (IIa/C). 		
Exames laboratoriais		
Hemograma	Hemostasia/testes de coagulação	Creatinina Sérica
<ul style="list-style-type: none"> • Mais de 40 anos (IIa/C); • Suspeita de anemia ou presença de doenças crônicas associadas à anemia (I/C); • História de doenças hematológicas ou hepáticas (I/C); • Intervenções de médio e grande porte, com previsão de sangramento e necessidade de transfusão (I/C). 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes em uso de anticoagulação com varfarina (I/C); • Pacientes com insuficiência hepática (I/C); • Portadores de distúrbios de coagulação (história de sangramento) (I/C); • Intervenções de médio e grande porte (I/C). 	<ul style="list-style-type: none"> • Portadores de nefropatia, diabetes melito, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência hepática ou insuficiência cardíaca, se não tiver um resultado deste exame nos últimos 12 meses (I/C); • Intervenções de médio e grande porte (I/C); • Todos os pacientes com idade superior a 40 anos (IIa/C).

Fonte: Adaptado da 3ª Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2017 - (*). Recomendação / evidência)

Indicação de Exames Pré-Operatórios de Acordo com Estratificação do Risco do Paciente e Porte da Cirurgia

Tabela 1. Paciente Hígido ASA 1 a 2, Capacidade Funcional > 4 METS, sem comorbidades, sem risco cardíaco associado			
Idade	Cirurgia de baixo risco	Cirurgia de risco intermediário	Cirurgia de alto risco
< 40 anos	Não solicitar exames	ECG, RX de tórax, hemograma, glicemia, coagulograma, creatinina.	ECG, RX de tórax, hemograma, glicemia, HbA1c coagulograma, creatinina. Considerar ecocardiograma.
>40 anos	RX de tórax, ECG, hemograma, glicemia, coagulograma, creatinina.	ECG, RX de tórax, hemograma, glicemia, coagulograma, creatinina.	ECG, RX de tórax, hemograma, glicemia, HbA1c coagulograma, creatinina. Considerar ecocardiograma.

Fonte: Adaptado do Protocolo Clínico de Avaliação Pré-Operatória De Pacientes Em Cirurgia Eletiva - FHEMIG

Tabela 2. Pacientes Com Risco Cardiológico - Doenças Cardiológicas		
Patologia	Orientações	Exames além da tabela 1
HIPERTENSÃO ARTERIAL	PA sistólica > 180 mmhg ou PA diastólica > 110 mmhg, adiar cirurgia se possível e otimizar terapia.	Se hipertensão descoberta no período pré-operatório: avaliar ECG, função renal e função de ventrículo esquerdo (ecocardiograma).
	PA sistólica < 180 mmhg ou PA diastólica < 110 mmhg, não há evidência de aumento do risco, pesar risco benefício do atraso da cirurgia. Manter antihipertensivos	
	Meta de manter PA durante a cirurgia de 70-100% do basal sem taquicardia excessiva.	
	Não existe evidência que favoreça algum tipo específico de anti-hipertensivo durante a cirurgia.	
ARRITMIA CARDÍACA DETECTADA NO PRÉ-OPERATÓRIO	Extra-sístoles ventriculares podem ter causas tratáveis, como hipoxemia e distúrbios do potássio e magnésio	Solicitar para todo paciente: ECG e Ecocardiograma sódio, potássio e magnésio. Arritmias complexas: solicitar avaliação cardiológica
	Arritmias supra ventriculares devem ter correção de doença de base antes de medicação (insuficiência respiratória e DHEL)	
	Taquicardia ventricular e outras arritmias com QT longo e risco de torsão de pontas devem ser avaliados por especialistas	
ARRITMIA CARDÍACA PRÉVIA	TSV: pode-se utilizar betabloqueadores, amiodarona ou bloqueadores de canais de cálcio.	Solicitar sódio, potássio e magnésio, ecocardiograma. Arritmias complexas: solicitar avaliação cardiológica
	FA: amiodarona é a droga de escolha, com objetivo de controle de frequência cardíaca. Anticoagulação deve ser particularizada para cada paciente.	
	Arritmias Supraventriculares: continuar medicação oral e fazer cardioversão elétrica se houver instabilidade hemodinâmica. (Evidência IC)	
	Arritmias Ventriculares: manter medicação oral prévia. Avaliar antiarrítmicos em caso de TV sustentada. (Evidência IC)	
	Bradiaritmias: consultar especialista para avaliar implantação de marca passos. (Evidência IC)	

Patologia	Orientações	Exames além da tabela 1
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	ICC conhecida em cirurgias de médio/alto risco: Otimizar terapêutica com betabloqueadores, inibidores de eca no pré-operatório. (Evidência IA)	Ecocardiograma, a menos que tenha sido feito recentemente. (Evidência IA) Solicitar sódio, potássio e magnésio,
	ICC recém diagnosticada: deve ter cirurgia atrasada por 3 meses, se possível, para otimização de terapia com betabloqueadores. Se não houver tempo de titulação da dose, melhor não iniciar o betabloqueador no pré-operatório (Evidência IC)	
	Betabloqueadores não devem ser suspensos, porém suspender inibidores de eca na manhã do procedimento, e se utilizados, monitorar função cardiovascular e nível volêmico. (Evidência IC)	
VALVULOPATIA (Suspeitada por sopro ou doença conhecida)	Avaliar profilaxia para endocardite infecciosa quando indicado.	Aconselhado ecocardiograma e Solicitar sódio, potássio e magnésio, se necessário avaliação com especialista
INSUFICIÊNCIA CORONARIANA	Considerar fatores de risco cardiológico	Avaliação com especialista
	Considerar capacidade funcional < 4 METS (não conseguir subir dois andares de escada ou correr uma curta distância)	
	Teste de imagem com stress indicado em paciente com cirurgia de alto risco se mais que 2 fatores de risco e < 4 METS. (Evidência IC)	
	Teste de imagem com stress indicado em paciente com cirurgia de risco intermediário/alto com 1 ou 2 fatores de risco e < 4 METS. (Evidência IIb C)	
	Teste de imagem com stress não indicado em paciente com cirurgia de baixo risco (Evidência IIIc)	
	Acompanhamento pós-operatório em unidade de terapia intensiva com monitoramento até terceiro dia pós-operatório	

Fonte: Adaptado do Protocolo Clínico de Avaliação Pré-Operatória De Pacientes Em Cirurgia Eletiva - FHEMIG

Tabela 3. Pacientes Com Risco Pulmonar - Pneumopatia Grave		
PATOLOGIA	Orientações	Exames além da tabela 1
DPOC	Medidas educativas no período pré-operatório, como cessação do tabagismo (2 meses antes); Aprendizado de manobras de expansão pulmonar e fisioterapia respiratória; Tratar infecções respiratórias se presente; Manter terapia broncodilatadora até o dia da cirurgia (beta adrenérgicos e anticolinérgicos); Se necessário curto período de corticoide oral/inalatório.	Avaliar gravidade e exames pré-operatórios específicos. Se necessário consultar especialista.
Síndrome de Hipoventilação da Obesidade	Fazer screening de acordo com IMC; Avaliação da hipoxemia, hipercapnia e acidose; Avaliar presença de apneia do sono; Início de terapia ventilatória não invasiva no pré-operatório (CEPAP, BIPAP); Programação da técnica anestésica; Programação de ventilação pós-operatória (CEPAP, BIPAP); Casos graves referenciar para especialista.	
Hipertensão Arterial Pulmonar. (Pressão arterial média > 30 mmhg)	Se NYHA classe >III, cirurgia de alto e médio risco, disfunção direita e tempo anestésico prolongado tem alta morbidade (38%) e mortalidade (7%): Consulta especializada. Evitar toda cirurgia que não seja estritamente necessária.	
Observações: Doenças como asma, DPOC, infecções respiratórias, fibrose cística, fibrose pulmonar, podem aumentar o risco de complicações pulmonares operatórias, como atelectasias e infecções. Tabagismo parece aumentar o risco de complicações. Patologias respiratórias como a DPOC, a hipoventilação relacionada à obesidade e hipertensão arterial pulmonar, podem aumentar o risco cardiológico.		

Fonte: Adaptado do Protocolo Clínico de Avaliação Pré-Operatória De Pacientes Em Cirurgia Eletiva - FHEMIG

Tabela 4. Pacientes Com Risco Renal	
Orientações	Exames além da tabela 1
IRC estágio 4 ou 5, hemodiálise profilática pode ser recomendada em cirurgias de alto risco ou complexas. (Evidência IIb/B)	Hemograma, ureia, creatinina, clearance de creatinina, coagulograma, íons.
IRC estágio < 3, hemodiálise profilática não é recomendada. (Evidência III/C)	
A função renal alterada está relacionada com aumento das doenças cardiovasculares, incluindo infarto do miocárdio, AVC e piora da insuficiência cardíaca.	
Uma depuração de creatinina menor que 60 ml /min/1,73 m2 (pode ser calculada pelo método de Cockcroft-Gault) está relacionada com aumento de eventos cardiovasculares.	
Cuidado com pacientes com baixo débito cardíaco e uso de contraste iodado para exame, que podem desenvolver lesão renal aguda.	
Paciente com piora da função renal no pré-operatório deve ter a perfusão renal otimizada por hidratação ou outras medidas.	

Fonte: Adaptado do Protocolo Clínico de Avaliação Pré-Operatória De Pacientes Em Cirurgia Eletiva - FHEMIG

Tabela 5. Hepatopatia e Doenças Onco-Hematológicas	
Orientações	Exames além da tabela 1
<p>História de sangramento prévio mesmo que em cirurgia menor; Sangramento menstrual e obstétrico anormal Epistaxe; História familiar de sangramento; História de doenças hepáticas, hematológicas ou reumatológicas; História de contagem sanguínea anormal. Achados de exame físico: Petéquias, Equimoses, Icterícia, Anormalidades vasculares, Artrites, Dor óssea, Hepatoesplenomegalia.</p>	<p>Provas de função hepática, coagulograma, ureia, creatinina, íons, glicemia</p>

Fonte: Adaptado do Protocolo Clínico de Avaliação Pré-Operatória De Pacientes Em Cirurgia Eletiva - FHEMIG

Tabela 6. Distúrbio Do Metabolismo Da Glicose - Diabetes Mellitus	
Orientações	Exames além da tabela 1
<p>Deve-se usar insulina para controle de glicemias de 140 a 180 mg/dl (Evidência IB). Se tratados no CTI, evitar níveis abaixo de 110 mg/dl (Evidência III A).</p>	<p>Controle glicêmico; Hemoglobina glicada em cirurgias de alto risco.</p>
<p>Pacientes com diabetes mellitus conhecido, deve-se identificar e otimizar tratamento de comorbidades e fazer um plano perioperatório.</p>	
<p>Pacientes com alto risco cirúrgico, solicitar hemoglobina glicada (hba1c) em cirurgias de alto risco para controle glicêmico pré-operatório.</p>	
<p>Hipoglicemiantes orais não devem ser utilizados no per operatório e recomenda-se reduzir em 50% a dose de insulina de ação prolongada.</p>	
<p>Observação: Em relação ao controle glicêmico, não existe na literatura consenso quanto aos níveis ideais. Um significativo número de pacientes pode ter hiperglicemia pré-operatória não reconhecida e estar sujeito a complicações.</p>	

Fonte: Adaptado do Protocolo Clínico de Avaliação Pré-Operatória De Pacientes Em Cirurgia Eletiva - FHEMIG

Manejo das Medicações no Pré e Per-Operatório

Medicamentos Que Não Precisam Ser Suspensos No Pré-Operatório	
MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÕES
Betabloqueadores	Continuar se paciente estiver tomando. Considerar início em caso de alto risco cardiovascular.
Clonidina, bloqueadores de canal de cálcio e antiarrítmicos	
Estatinas	Continuar se em uso crônico. Considerar início se alto risco cardiovascular.
Drogas neuropsiquiátricas	
Drogas anti HIV	
Hormônio tiroídiano	
Corticóide	Adicionar dose para o stress cirúrgico se em uso crônico.
Drogas reumatológicas	Não utilizar anti inflamatórios não hormonais.
Tamoxifeno	Risco de TVP- discutir risco/benefício com oncologista
Insulina	Diminuir a dose de insulina de ação longa em 50%, corrigir dose com insulina de curta ação

Fonte: Avaliação Pré-Operatória De Pacientes Em Cirurgia Eletiva - FHEMIG

Considerar Suspensão no Pré-Operatório	
MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÕES
Inibidores de eca	Suspender no dia da cirurgia se não suspenso, fazer monitoramento da pressão arterial no perioperatório
Antinflamatórios não hormonais	Ação curta- suspender um dia antes da cirurgia ação longa- suspender 3 dias antes da cirurgia inibidor da cox-2- suspender 2 dias antes da cirurgia
Varfarina	Suspender 5 dias antes da cirurgia - considerar exceções e troca de anticoagulação
Dabigatrana	Suspender 2 dias antes da cirurgia – se clcr < 50 ml/min, 5 dias antes
Aspirina	Pelo menos 5 dias antes da cirurgia
Plavix e Ticlopidina	Pelo menos 5 dias antes da cirurgia
Estrógeno	Parar 4 semanas antes da cirurgia. Se não for possível, usar profilaxia para TVP adequada
Alendronato	Parar no dia da cirurgia
Raloxifeno	Parar 7 dias antes de cirurgia de alto risco de TVP
Fitoterápicos	Suspender uma semana antes da cirurgia
Hipoglicemiantes orais	Suspender na manhã da cirurgia
Metformina	Suspender 24 horas antes da cirurgia devido ao risco de acidose láctica

Fonte: Avaliação Pré-Operatória De Pacientes Em Cirurgia Eletiva - FHEMIG

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anderson OA, Wearne IM. Informed consent for elective surgery--what is best practice? *J R Soc Med.* 2007 Feb;100(2):97-100. doi: 10.1177/014107680710000226. PMID: 17277283; PMCID: PMC1791005.

Calderaro D, Bichuette LD, Maciel PC, Cardozo FAM, Ribeiro HB, Gualandro DM, Baracioli LM, Soeiro AM, Serrano CV Jr, Costa RAD, Caramelli B. Update of the Brazilian Society of Cardiology's Perioperative Cardiovascular Assessment Guideline: Focus on Managing Patients with Percutaneous Coronary Intervention - 2022. *Arq Bras Cardiol.* 2022 Feb;118(2):536-547. English, Portuguese. doi: 10.36660/abc.20220039. Erratum in: *Arq Bras Cardiol.* 2022 May;118(5):1005.

Committee on Standards and Practice Parameters; Apfelbaum JL, Connis RT, Nickinovich DG; American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation; Pasternak LR, Arens JF, Caplan RA, Connis RT, Fleisher LA, Flowerdew R, Gold BS, Mayhew JF, Nickinovich DG, Rice LJ, Roizen MF, Twersky RS. Practice advisory for preanesthesia evaluation: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology.* 2012 Mar;116(3):522-38. doi: 10.1097/ALN.0b013e31823c1067. PMID: 22273990.

Doyle DJ, Hendrix JM, Garmon EH. American Society of Anesthesiologists Classification. 2023 Aug 17. In: *StatPearls [Internet].* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 28722969.

Gualandro DM, Yu PC, Caramelli B, Marques AC, Calderaro D et al. III diretriz de Avaliação Peri Operatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Volume 109, No 3, Suplemento 1, Setembro 2017

Rathnayake D, Clarke M, Jayasinghe V. Patient prioritisation methods to shorten waiting times for elective surgery: A systematic review of how to improve access to surgery (2021) Patient prioritisation methods to shorten waiting times for elective surgery: A systematic review of how to improve access to surgery. *PLOS ONE* 16(8): e0256578. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256578>

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS - Sistema Único de Saúde;

SIGTAP - Sistema de Gerenciamento de Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS;

AIH - Autorização de Internação Hospitalar;

SESA - Secretaria Estadual da Saúde;

COREG - Coordenadoria de Regulação;

SWALIS - Surgical Waiting List Info System (Sistema de informações da lista de espera cirúrgica);

FAST MEDIC - Sistema de Regulação de Leitos do Estado do Ceará.



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE