



NOTA TÉCNICA

Cirurgias Eletivas no Estado do Ceará

Abril | 2026



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

**Coordenador de Regulação,
Monitoramento, Avaliação e Controle do
Sistema de Saúde**
Breno Melo Novais Miranda

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

**Orientadora da Célula de Regulação do
Sistema de Saúde**
Ana Virgínia de Castro da Justa

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



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Apresentação

Cirurgias eletivas: cuidado planejado que salva vidas e melhora o bem-estar

Cirurgia eletiva é um procedimento cirúrgico não emergencial, previamente programado, destinado ao tratamento de uma condição específica. Seu agendamento considera o quadro clínico do paciente e os impactos do tempo de espera sobre sua qualidade de vida.

As cirurgias eletivas desempenham papel fundamental na prevenção de complicações mais graves, uma vez que, sem a intervenção adequada, condições como colelitíase, hérnias, fraturas, anomalias congênitas e alguns tipos de câncer podem evoluir para quadros mais severos, com risco elevado de óbito ou incapacidades permanentes.

Além disso, esses procedimentos contribuem significativamente para a melhoria da qualidade de vida, ao promover o alívio de dores crônicas, a recuperação de funções orgânicas e a correção de deformidades.

Outro aspecto relevante é a redução dos custos em saúde, visto que o tratamento de complicações decorrentes da ausência de intervenção cirúrgica tende a ser mais oneroso, impactando não apenas o sistema de saúde, mas também a vida social e produtiva do paciente.

Objetivos

Esta Nota Técnica visa orientar a organização das Cirurgias Eletivas Programadas (CEP) 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 sua cirurgia eletiva, 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 CEP, 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 CEP 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.

Acesso a Cirurgias Eletivas

O acesso a cirurgias eletivas é um pilar fundamental para a garantia de uma saúde pública eficiente e de qualidade. 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.



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.

Cirurgias Eletiva Programadas (CEP):

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 instalada das unidades executoras e dos processos de gestão, bem como das características da demanda.

Programa Agora tem Especialistas

O **Programa Agora tem Especialistas** é uma iniciativa do Ministério da Saúde e do Governo Federal que tem como principal objetivo reduzir o tempo de espera por atendimentos no Sistema Único de Saúde - SUS. A ação faz parte das políticas da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde – SAES que busca promover um atendimento mais ágil e eficiente para a população.

Entre as ações desenvolvidas estão a ampliação de mutirões, o uso de unidades móveis de saúde (carretas), a aquisição de transporte sanitário e o fortalecimento da Telessaúde. Essas medidas contribuem para garantir mais agilidade, eficiência e equidade no acesso à saúde especializada.



Histórico



Componentes



Estratégias



O Componente "Cirúrgico"

O Componente Cirúrgico do programa **Agora Tem Especialistas (ATE)** tem como objetivo incorporar e expandir o antigo Programa Nacional de Redução de Filas (PNRF) e o Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) componente cirurgias, com foco específico na realização de cirurgias eletivas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Estratégias

Ampliar o acesso às cirurgias eletivas, especialmente aquelas com maior demanda reprimida.



Reduzir o tempo de espera e melhorar a experiência do usuário do SUS.

Qualificar a atenção especializada, integrando consultas, exames e procedimentos cirúrgicos.

Como funciona



Organização da demanda

Estados e municípios devem elaborar uma programação detalhada das cirurgias, com metas e prioridades locais.



Financiamento estável

Os recursos são distribuídos proporcionalmente à população estimada de cada estado.



Adesão voluntária

Os gestores estaduais e municipais precisam pactuar suas ações nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e enviar ao Ministério da Saúde.



Monitoramento quadrimestral

Avaliação contínua da execução e dos resultados para ajustes estratégicos.

Para saber mais, acesse:



Legislação



Notas Técnicas



Publicações

Critérios de Inserção para Cirurgias Eletivas Programadas (CEP)

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 concomitante.

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

- *Deve solicitar no sistema oficial de regulação, consulta de acordo com a especialidade/subespecialidade para avaliação e confirmação cirúrgica no estabelecimento executor.*
- *Anexar exames complementares realizados relativos ao procedimento cirúrgico.*
- *Será obrigatório o registro de contato e atualização de dados cadastrais do usuário com CPF no sistema oficial de regulação.*

Estabelecimento Executor

- *Deve disponibilizar agenda com vagas de consultas de avaliação na especialidade cirúrgica com no mínimo 10 dias de antecedência, para que a central possa agendar e avisar aos pacientes em tempo hábil.*
- *Após a consulta especializada o estabelecimento deverá confirmar sua execução no sistema de regulação, em um prazo máximo de até 14 dias.*
- *Deve definir o desfecho quanto ao procedimento cirúrgico em um prazo de até 90 dias após a consulta especializada.*
- *Deve disponibilizar para o Plantão Cirurgia da SESA a Programação Cirúrgica dos pacientes acompanhados no estabelecimento;*

- *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 pelo sistema de regulação, e de acordo com seu respectivo procedimento. O estabelecimento tem até 14 dias para enviar lista com desfecho da consulta para o Plantão Cirurgia da Sesa.*
- *Após análise do status clínico do paciente, deverá ser preenchido o formulário de viabilidade clínica/cirúrgica (anexo VI), onde é informado a possibilidade de intervenção cirúrgica ou mudança de situação de risco. Este deve ser anexado no sistema Fast Medic através do módulo Central de Leitos ou Ambulatorial.*
 - *Havendo a viabilidade clínica para intervenção cirúrgica, deve ser assinalado a opção “Paciente apto a realizar cirurgia”, e informar a classificação SWALIS, tanto no formulário, quanto no sistema de regulação.*
 - *Se inviabilidade clínica momentânea deve ser assinalado a opção “Paciente com inviabilidade clínica momentânea para realizar cirurgia - Inativação”, e realizar a inativação no sistema de regulação;*
 - *Se inviabilidade permanente - deve ser assinalado a opção “Paciente não possui indicação cirurgia - Cancelamento”, e realizar o cancelamento no sistema de regulação;*
- *A unidade executora deve ser habilitada para execução do procedimento. Salvo as cirurgias do Programa Agora tem Especialistas, Componente Cirúrgico, cuja habilitação temporária ocorre mediante a utilização do código 2902.*
- *O procedimento deve ser do grupo 04 (Cirúrgico), conforme Tabela SIGTAP.*
- *Após inserção, obedecer aos critérios de ordenação da fila (cronológico e classificação de gravidade - SWALIS).*
- *Será obrigatório o registro de contato e atualização de dados cadastrais do usuário com CPF no sistema 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 será alertado pelo Plantão Cirurgia da SESA para sua inserção em até 90 dias 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, registrado 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 consulta especializada, exames (laboratoriais e/ou de imagem) pelo executor, e que, por algum motivo, justificável ou não, não compareceu para a realização deste, o executor deverá:*
 - *Registrar em ocorrências no sistema oficial de regulação o motivo da não realização da consulta especializada e/ou exame;*
 - *Reagendar o paciente, e caso ocorra nova falta não justificada no prazo de 15 dias do segundo agendamento, ele deve ser inativado na fila. O NIR/Regulação deve registrar toda a comunicação em ocorrência no sistema oficial de regulação;*
 - *ATENÇÃO: No agendamento de consulta especializada e/ou exame pré-operatório realizado pelo executor deve ser incluído aviso ao paciente de que, havendo falta sem justificativa em até 15 dias do agendamento, o paciente será inativado na fila;*
 - *Informar a Central de Regulação do Estado via e-mail (cirurgia24h@gmail.com);*
- *Nos casos em que o paciente foi convocado para procedimento cirúrgico, e que por algum motivo, justificável ou não, não compareceu para realização do procedimento, o executor deverá:*

- *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 reinserir 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 V. Caso o paciente não assine a declaração, deverá ser registrado no prontuário (data, contato do informante ou representante do paciente e telefone).*
- *O paciente poderá ser reativado se entrar em contato com a SESA via ligação ou WhatsApp, ou ainda diretamente na unidade solicitante.*
- *Somente a Central de Regulação de Cirurgias Eletivas pode alterar o Estabelecimento Executor, seguindo ordenação da fila do procedimento, de acordo com o perfil e após nova consulta de avaliação 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.*
- *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 Coordenadoria de Regulação, Monitoramento, Avaliação e Controle do Sistema de Saúde (CORAC).*
- *É possível visualizar o Fluxograma de Regulação das Cirurgias Eletivas no ANEXO I desta Nota Técnica.*

Central de Regulação do Estado (Plantão Cirurgia)

- *Nos casos em que o paciente não comparecer a consulta especializada, a equipe da central entrará em contato com o paciente e realizará o segundo agendamento especializado.*
- *Caso o paciente não compareça à consulta especializada após seu segundo agendamento, este será inativado no sistema, considerando que o mesmo já foi contactado e qualificado mais de uma vez pela equipe de regulação.*
- *O paciente poderá ser reativado se entrar em contato com a SESA via ligação ou WhatsApp, manifestando interesse em realizar a cirurgia. Nesse caso o mesmo retorna a fila sua posição é recalculada conforme ordem cronológica e classificação SWALIS.*

Integração Estado – Município de Fortaleza

A integração entre o Estado e Município é realizada por meio do Sistema de Regulação Fast Medic, cujo objetivo é atender à demanda de pacientes que aguardam a realização de procedimentos cirúrgicos não disponibilizados na rede municipal e/ou estadual.

Dessa forma, as solicitações de procedimentos são encaminhadas de uma rede para outra, de acordo com a capacidade de atendimento de cada unidade, e conforme os contratos estabelecidos entre as partes, conforme detalhado no Anexo II.

Esse processo visa otimizar o fluxo de atendimento dos pacientes das filas de cirurgias, reduzir o tempo de espera e garantir que os pacientes recebam os cuidados necessários de maneira ágil e eficiente, independentemente da rede de saúde em que iniciaram o tratamento.



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**. Todos os pacientes precisam ter classificação SWALIS para serem inseridos na fila.

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	
Categoria A1	Paciente com risco de deterioração clínica iminente. Necessidade de hospitalização.
Categoria A2	Paciente com as atividades diárias completamente prejudicadas por dor, disfunção ou incapacidade. Risco de incurabilidade.
Categoria B	Paciente com prejuízo acentuado das atividades diárias por dor, disfunção ou incapacidade.
Categoria C	Paciente com prejuízo mínimo das atividades diárias por dor, disfunção ou incapacidade.
Categoria D	Não há prejuízo para as atividades diárias.

Cronologia

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

Exemplo de ordenação:

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 das Cirurgias Eletivas Programadas (CEP) – 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*

A universalização do acesso à saúde é um dos principais desafios enfrentados pelo sistema público de saúde. Visando aprimorar a gestão e promover a equidade no atendimento, iniciamos a unificação das filas de cirurgias eletivas em ortopedia entre o Estado do Ceará e o Município de Fortaleza desde agosto de 2024. Essa iniciativa permitiu uma melhor visualização e gestão das demandas por procedimentos cirúrgicos.

Historicamente, a fragmentação das filas de espera para cirurgias eletivas tem gerado desconpassos no atendimento e ineficiências operacionais. A integração das informações entre as esferas estadual e municipal facilitou a identificação de pacientes que aguardam por cirurgias ortopédicas, possibilitando uma alocação mais eficaz dos recursos disponíveis e a redução do tempo de espera para os usuários.

Considerando que, na ortopedia, estamos empenhados na adequação desse processo de unificação das filas da SESA e da SMS de Fortaleza, é importante destacar os benefícios dessa integração para otimizar o atendimento e garantir um fluxo mais eficiente para os pacientes.

A unificação das filas de cirurgias eletivas em ortopedia no Ceará e no município de Fortaleza representa um avanço significativo na gestão da saúde. Ao promover a transparência, equidade e eficiência, essa iniciativa contribui para um sistema de saúde mais justo e acessível, beneficiando milhares de pacientes. Neste processo de unificação, a SESA (Plantão Cirurgia) entra como regulador regional do SUS e executor, porém é importante ressaltar a responsabilidade dos municípios em especial SMS Fortaleza, na obrigação de operacionalizar as cirurgias de sua rede.

A unificação de fila primordialmente funciona para dar transparência e permitir diálogos mais eficientes entre os entes, no intuito de minimizar tempos de fila excessivo por parte dos pacientes ortopédicos, assim como as complicações associadas a isto. Ressaltamos que seguimos em processo de melhoramento contínuo desta demanda, e que um dos maiores entraves tem sido a dificuldade entre interoperabilidade dos sistemas usados atualmente.

Nesta perspectiva, todos os pacientes inseridos como Cirurgias Eletivas Programadas da SMS Fortaleza e SESA, irão compor uma única ordem cronológica. Para fins de organização desta fila única será levado em consideração o tempo cronológico, seguido pelo SWALIS para fins de consulta ambulatorial especializada e subsequente procedimento cirúrgico, a mudança tem o intuito de minimizar tempo de espera do paciente em fila, assim como as possíveis complicações de situação clínica que podem ser associado a estas. De acordo com a disponibilidade de vagas mensais para cada estabelecimento executor da SMS Fortaleza e/ou SESA, os pacientes serão encaminhados pela ordenação única, independente do gestor da instituição ou localização de residência do indivíduo.

Considerando a unificação das filas ortopédicas dentro do Estado, pode ser necessário mudança de executor para fluidez da fila conforme necessidade destes, assim como regulação e mediação direta do Plantão Cirurgia.

Nos casos de recusa de transferência (quando um paciente que aguarda na fila de um executor que não realiza o procedimento recusa a transferência para outro hospital que dispõe de vaga para realização de cirurgia e/ou avaliação especializada), ficou acordado o seguinte:

- A Regulação do hospital executor deverá informar ao paciente que a instituição não tem viabilidade para realização do procedimento, assim como quanto a necessidade de mudança de executor e que caso ocorra recusa do paciente, ele será inativado na fila. Todo esse trâmite deve ser registrado no sistema de regulação e informado ao Plantão Cirurgia.*
- O Plantão Cirurgia entrará em contato com o paciente para mudança de executor, e caso haja recusa do paciente ele será inativado.*

Nos casos em que pacientes ortopédicos sejam inseridos em fila cirúrgica para procedimentos que apresentem lateralidade ou outra condição clínica que demande procedimento subsequente para a completa correção do quadro ou consolidação do resultado terapêutico, será assegurado ao paciente a manutenção de sua ordem cronológica relacionada a primeira inserção em fila cirúrgica, sendo assim a nova inserção para a realização do procedimento subsequente não irá gerar danos como o prolongamento do tempo de espera para tal procedimento.

Fluxo de Integração da Ortopedia entre a SMS Fortaleza e a SESA (Anexo IV)

Fluxo SMS Fortaleza

O paciente é avaliado na Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da Unidade Básica de Saúde (UBS), e, em seguida, é inserido no sistema de regulação Fast Medic, ficando em fila de espera para consulta com ortopedista. Após, o paciente é agendado em um dos estabelecimentos da rede, conforme a disponibilidade de vagas no sistema, seja em policlínicas ou em prestadores da rede contratualizada, de acordo com o perfil do prestador e a necessidade do paciente.

Fluxo SESA

As UBSs encaminham solicitação de Ortopedia que será avaliada por Teleatendimento e consulta com Ortopedista SESA e médico da atenção primária. Se o caso for clínico, será conduzido em conjunto por telemedicina. Se definido como indicação cirúrgica irá direto para fila de integração.

De acordo com disponibilidade mensal de vagas e por geolocalização, os pacientes serão encaminhados para consultas de avaliação cirúrgica nos hospitais que as realizarão. Os critérios de classificação em fila serão os mesmos, embora priorizamos que o paciente do interior seja operado na sua região.

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 Cirurgia Eletiva Programada (CEP)

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.

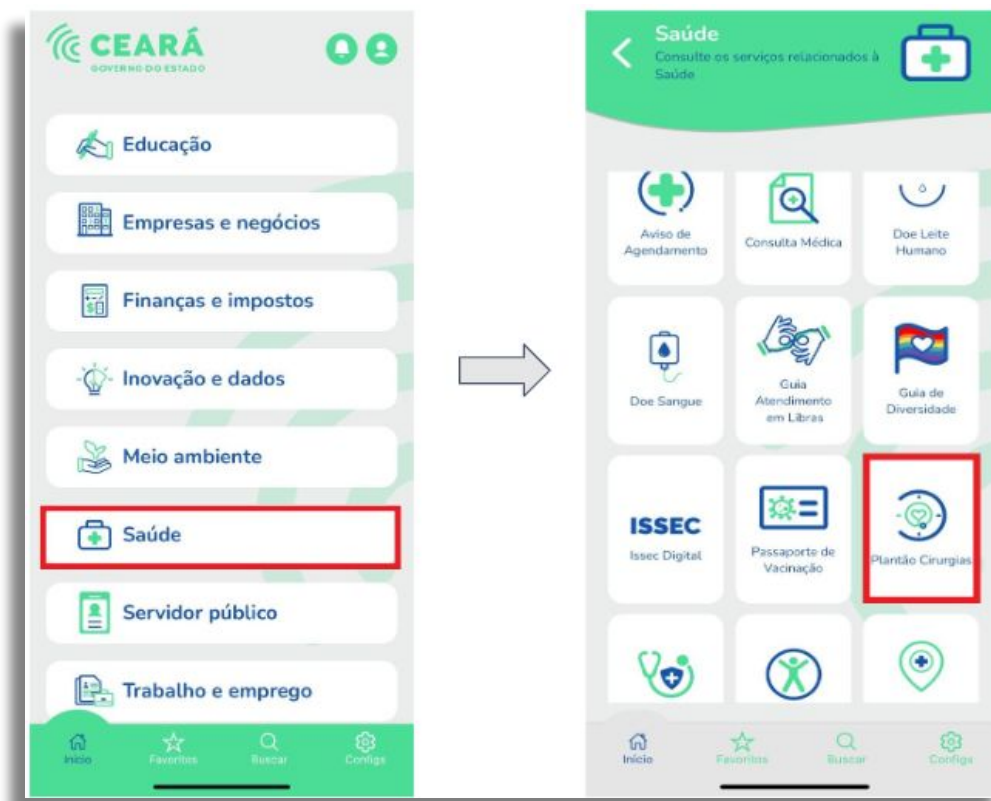
Critérios de Cancelamento para Cirurgia Eletiva Programada (CEP)

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 V);*
 - *Paciente não presente: executor registrará nome completo do responsável pela informação, data, horário e número de telefone que foi feito contato.*

Como saber sua posição na fila?

1. Baixe o Ceará App e clique no ícone do “Plantão Cirurgia”



2. Clique no ícone do “Plantão Cirurgia” na página do Saúde Digital



3. Caso não possua cadastro, clique no botão “AINDA NÃO TENHO CADASTRO”

The image shows a login page for 'Plantão Cirurgias'. At the top, there is a logo with a heart and a pulse line. Below the logo, there are two input fields: 'USUÁRIO' (User) containing '60641652356' and 'SENHA' (Password) with masked characters. Below these fields are two buttons: a green 'ENTRAR' button and an orange 'AINDA NÃO TENHO CADASTRO' button, which is highlighted with a red rectangular border. At the bottom left, there is a link that says 'ESQUECI MINHA SENHA, E AGORA?'. The background is a dark teal color with a faint image of a person's face.

4. Preencher todos os campos com seus dados para realizar o seu cadastro, ao final clicar no botão “CADASTRAR”, em seguida , na opção “SIM”

The image shows a registration form for 'Plantão Cirurgias'. The form is divided into two main sections: 'DADOS PESSOAIS' (Personal Data) and 'ENDEREÇO' (Address). The 'DADOS PESSOAIS' section contains several input fields: 'NOME *OBRIGATÓRIO', 'NOME DA MÃE *OBRIGATÓRIO', 'E-MAIL *OBRIGATÓRIO', 'CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE *OPCIONAL', 'SEXO *OPCIONAL', 'CONFIRMAR E-MAIL *OBRIGATÓRIO', 'CPF *OBRIGATÓRIO', 'TELEFONE *OBRIGATÓRIO', 'SENHA *OBRIGATÓRIO', 'DATA DE NASCIMENTO *OBRIGATÓRIO', and 'TELEFONE FAMILIAR *OBRIGATÓRIO'. The 'ENDEREÇO' section contains: 'ESTADO *OBRIGATÓRIO', 'MUNICÍPIO *OBRIGATÓRIO', 'CEP *OBRIGATÓRIO', 'BAIRRO *OBRIGATÓRIO', 'ENDEREÇO *OBRIGATÓRIO', 'NÚMERO *OBRIGATÓRIO', and 'COMPLEMENTO *OPCIONAL'. At the bottom right, there are two buttons: 'VOLTAR' and 'CADASTRAR', with the 'CADASTRAR' button highlighted by a red rectangular border. The form has a light gray background with a white border.

5. 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 realizar 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 'NOME *OBRIGATÓRIO' (filled with 'vdagsh'), 'CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE *OPCIONAL', 'CPF *OBRIGATÓRIO' (774.490.963-15), 'DATA DE NASCIMENTO *OBRIGATÓRIO' (05/09/1994), 'NOME DA MÃE *OBRIGATÓRIO' (filled with 'jds'), 'SEXO *OPCIONAL' (FEMININO), 'TELEFONE *OBRIGATÓRIO' ((85) 99999-9999), and 'TELEFONE FAMILIAR *OBRIGATÓRIO' ((85) 99999-9999). The 'ENDEREÇO' section includes 'ESTADO *OBRIGATÓRIO' (CEARA), 'MUNICÍPIO *OBRIGATÓRIO' (FORTALEZA), 'BAIRRO *OBRIGATÓRIO' (jacarecanga), 'ENDERECO *OBRIGATÓRIO' (rua santa ines), 'NÚMERO *OBRIGATÓRIO' (886), and 'COMPLEMENTO *OPCIONAL' (casa b). 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.

6. O login de acesso será o CPF e senha cadastrada.

The image shows the login page for 'Plantão Cirurgias'. The page features a dark green background with the 'Plantão Cirurgias' logo at the top. The login form consists of three main elements: a 'USUÁRIO' field containing '0000000000', a 'SENHA' field with masked characters, and a green 'ENTRAR' button. Below the 'ENTRAR' button is an orange button labeled 'AINDA NÃO TENHO CADASTRO'. At the bottom, there is a link 'ESQUECI MINHA SENHA, E AGORA?' and the 'CEARÁ GOVERNO DO ESTADO' logo.

Será exibido 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) form. At the top, there is a header with 'Saúde Digital' and 'GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ'. The main title is 'Plantão Cirurgias'. Below the title, there is a sub-header 'PESQUISAR PACIENTES EM FILA' and a button '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 form contains several fields: 'PROCEDIMENTO' with a dropdown menu showing '048001-0005-GRANULOMA PARA RETIRADA DE CISTO / ABSCESSO / GRANULOMA ENCEFALICO (C/ TÉCNICA COMPLEMENTAR)'; 'VOCÊ AINDA PRECISA DO PROCEDIMENTO?' with radio buttons for 'SIM' and 'NÃO'; 'MOTIVO' with a dropdown menu showing 'Obrigatório' and a sub-field 'Já fiz o procedimento'; 'JUSTIFICATIVA' with a text input field containing 'Crises convulsivas de difícil controle'; and 'POSICÃO NA FILA' with a dropdown menu showing '1'. There are two buttons at the bottom: 'CONFIRMAR' and 'VOLTAR'. A date 'Data de última atualização: 19/01/2024 06:34' is visible at the bottom right of the form area.

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

The screenshot shows the same 'Pesquisar Pacientes em Fila' form, but with a large error message overlay. The message features a yellow warning triangle icon and 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, it says: 'Em breve a secretaria de Saúde entrará em contato com você por telefone. Os telefones informados devem estar atualizados.'

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 do 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.

WhatsApp

- (85) 3219-6073
- (85) 3219-9366

WhatsApp e Ligações

- (85) 98413-0118
- (85) 98414-6591
- (85) 98414-5059
- (85) 98412-1328
- (85) 98415-8457
- (85) 98411-7648
- (85) 98412-7283
- (85) 98412-1315
- (85) 98411-8277
- (85) 98412-8005
- (85) 98412-3744
- (85) 98418-0592
- (85) 98412-3288
- (85) 98412-4389
- (85) 98412-4185

Os atendimentos acontecem de segunda a sexta-feira

Telefônico: 7h às 18h

WhatsApp: 7h às 17h

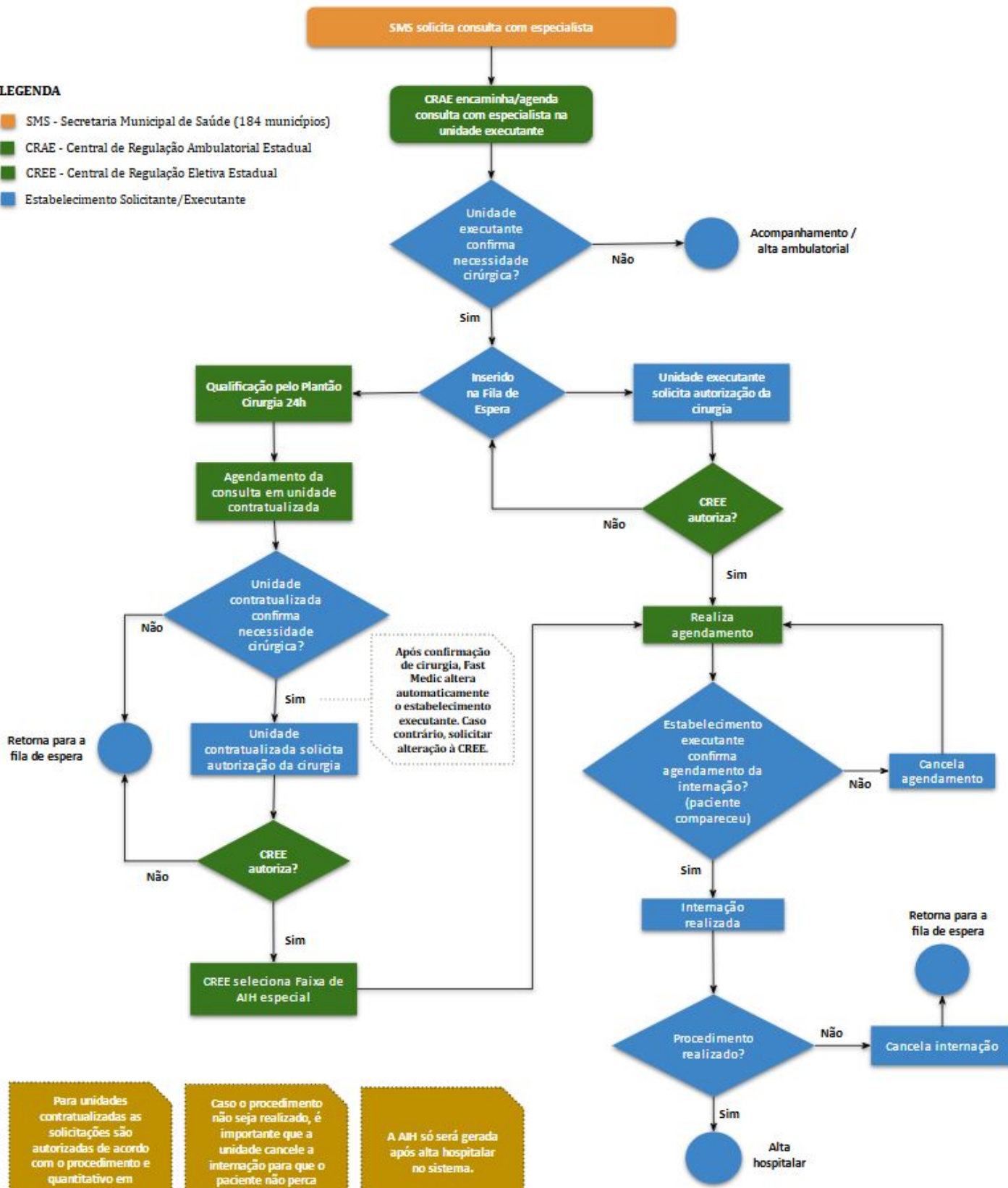
O paciente poderá acessar as plataformas digitais a qualquer momento pelo link <https://digital.saude.ce.gov.br/plantao-cirurgia/#/> ou App Ceará

Anexo I

Fluxograma de Regulação das Cirurgias Eletivas

LEGENDA

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



Para unidades contratualizadas as solicitações são autorizadas de acordo com o procedimento e quantitativo em contrato.

Caso o procedimento não seja realizado, é importante que a unidade cancele a internação para que o paciente não perca sua posição na fila.

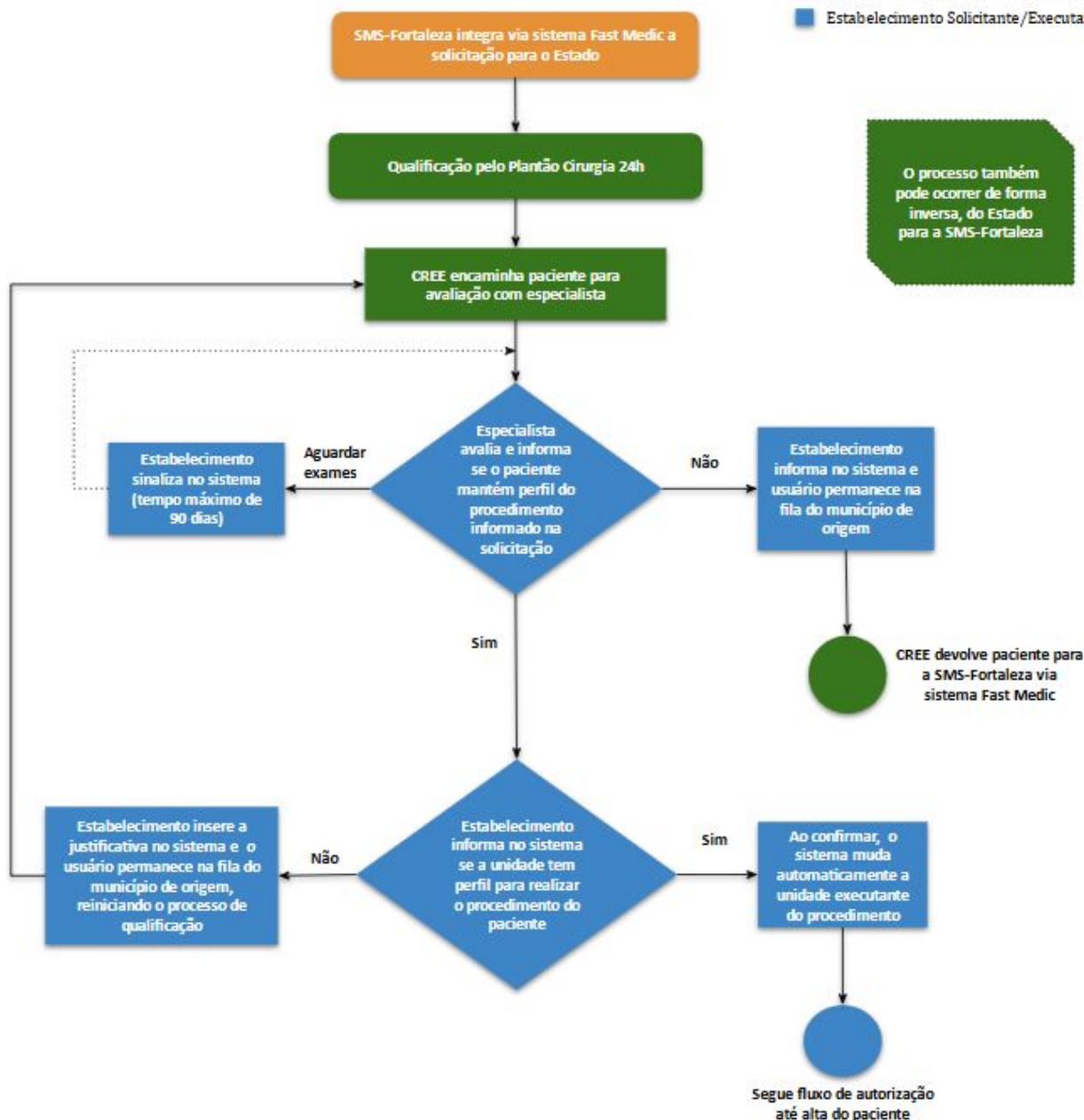
A AIH só será gerada após alta hospitalar no sistema.

Anexo II

Fluxograma de Regulação das Cirurgias Eletivas Integração Estado - Município de Fortaleza

LEGENDA

- SMS-Fortaleza - Secretaria Municipal de Saúde
- CREE - Central de Regulação Eletiva Estadual
- Estabelecimento Solicitante/Executante

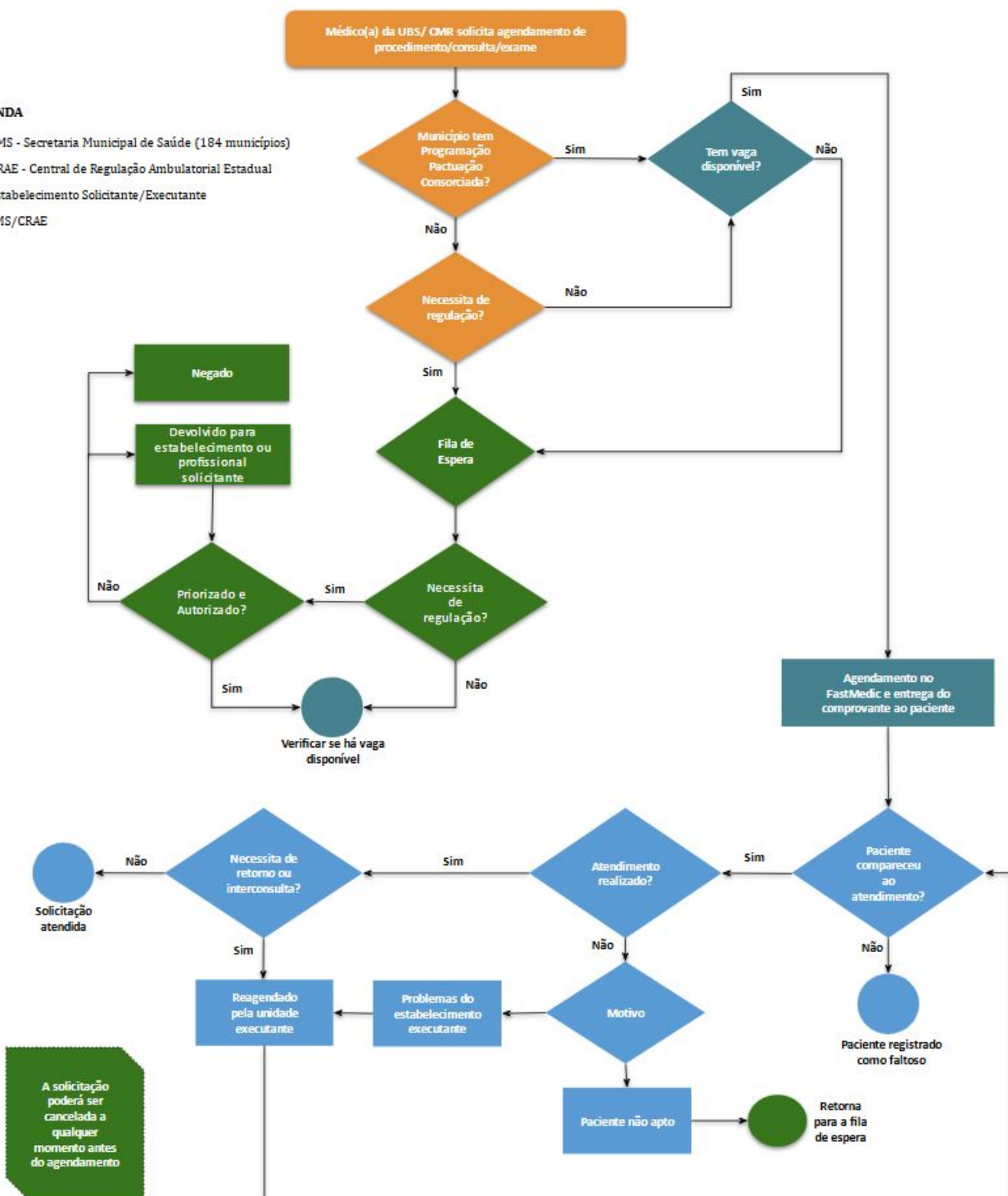


Anexo III

Fluxograma de Regulação Ambulatorial

LEGENDA

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

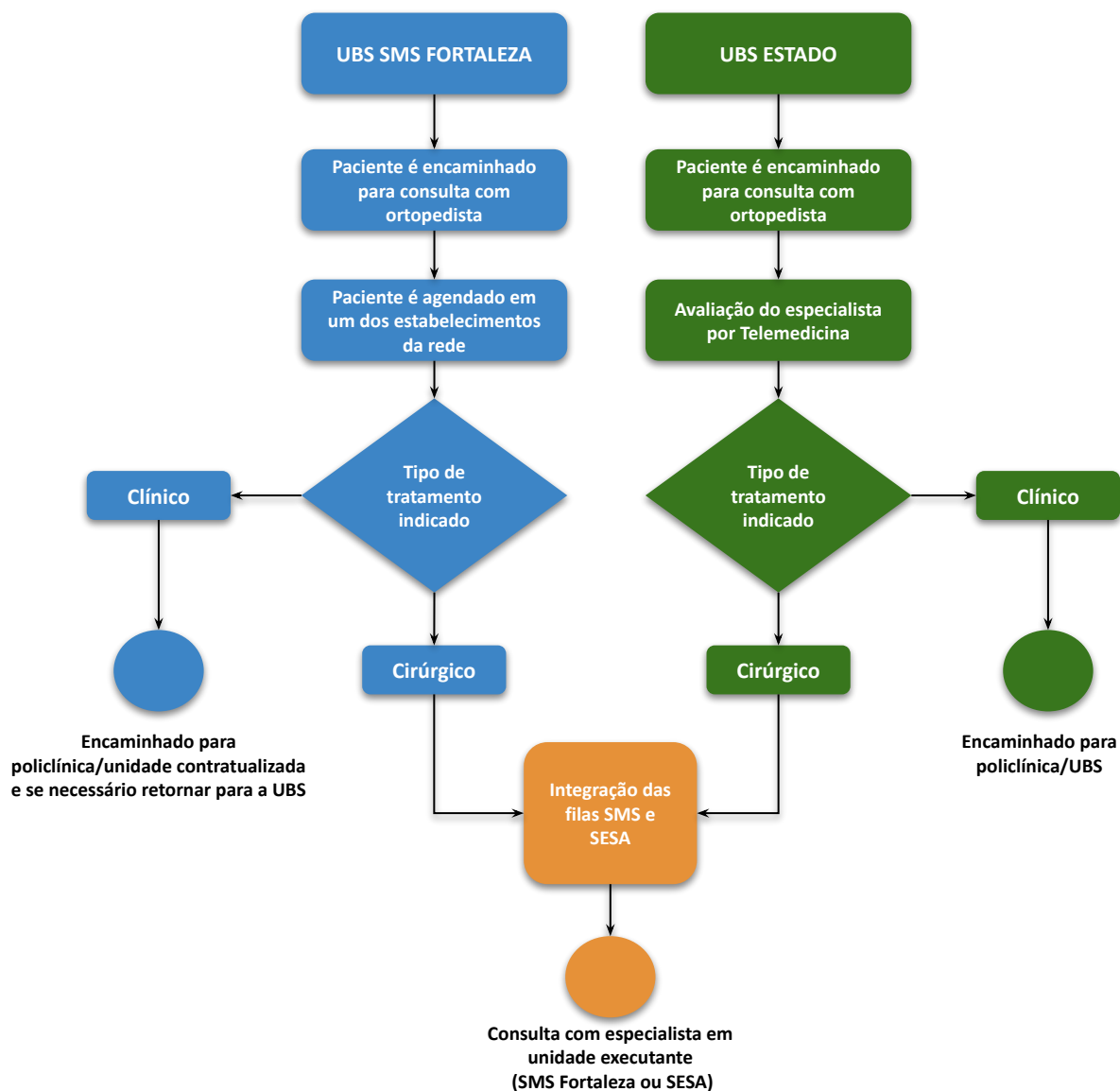


Anexo IV

Fluxograma de Regulação para Ortopedia Integração Estado – Município de Fortaleza

LEGENDA

- Secretaria Municipal de Saúde
- Central de Regulação Estadual



Anexo V

DECLARAÇÃO DE DESISTÊNCIA DA UNIDADE EXECUTORA

_____, _____ de _____ de _____

Declaro, para os devidos fins, que eu, _____,
Fast Medic Nº: _____ CPF: _____ opto por
DESISTIR da cirurgia de _____ na seguinte
unidade executora _____,
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 VI

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO CIRÚRGICA

Estabelecimento avaliador: _____

Identificação do paciente:

Nome: _____

CPF: _____

Fast Medic N°: _____ / N° do agendamento ambulatorial: _____

Avaliação clínica:

<input type="checkbox"/>	Paciente apto a realizar cirurgia. SWALIS ? <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/>	Paciente com inviabilidade clínica momentânea para realizar cirurgia - Inativação
<input type="checkbox"/>	Paciente não possui indicação cirurgia - Cancelamento

Observações:

--

CLASSIFICAÇÃO DE SWALIS - Surgical Waiting List Info System

Categoria A1	Paciente com risco de deterioração clínica iminente. Necessidade de hospitalização.
Categoria A2	Paciente com as atividades diárias completamente prejudicadas por dor, disfunção ou incapacidade. Risco de incurabilidade.
Categoria B	Paciente com prejuízo acentuado das atividades diárias por dor, disfunção ou incapacidade.
Categoria C	Paciente com prejuízo mínimo das atividades diárias por dor, disfunção ou incapacidade.
Categoria D	Não há prejuízo para as atividades diárias.

Assinatura do Profissional da Unidade

_____, ____ de _____ de _____

Anexo VII

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

III Diretriz de Avaliação Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq. Bras. Cardiol. 2017; 109(3Supl.1):1-104.

ASA Physical Status Classification System. Disponível em: <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system>.

Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation. Anesthesiology, v. 116, n. 3.

MALT, Ronald A.; CHEMTOB, Gilles. Plantão em anestesia e cirurgia. Porto Alegre: Artes Médicas.

Matias, Ligia A. S. T., Prof. Dra.; Piccinini Filho, Luiz, Dr. Conduas na avaliação pré-operatória do serviço e disciplina de anestesiologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Diretrizes Clínicas e Protocolos Clínicos: Avaliação Pré-Operatória de Pacientes em Cirurgia Eletiva. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br> e na intranet.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agora tem especialistas. Gov.br, Brasília, DF, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/agora-tem-especialistas>.

Lista de Abreviaturas e Siglas

1.	SUS	Sistema Único de Saúde;
2.	SIGTAP	Sistema de Gerenciamento de Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
3.	AIH	Autorização de Internação Hospitalar;
4.	SESA	Secretaria Estadual da Saúde;
5.	COREG	Coordenadoria de Regulação;
6.	SWALIS	Surgical Waiting List Info System (Sistema de informações da lista de espera cirúrgica);
7.	FAST MEDIC	Sistema de Regulação de Leitos do Estado do Ceará.
8.	PMAE	Programa Mais Acesso a Especialistas
9.	RAS	Rede de Atenção à Saúde
10.	PNAES	Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde
11.	AES	Atenção Especializada em Saúde
12.	eAP	Equipe de Atenção Primária
13.	eSF	Equipe de Saúde da Família
14.	PNRF	Programa Nacional de Redução de Filas
15.	CIB	Comissão Intergestores Bipartite
16.	SAIPS	Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde
17.	IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
18.	SAES	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE