PARECER Nº 2698/2018 - CRM-PR
ASSUNTO: PROCEDIMENTO MÉDICO
PARECERISTA: CONS.º CLOVIS MARCELO CORSO

EMENTA: Procedimento cirúrgico com internação de curta permanência, anestesia fora de instituição hospitalar, segurança em anestesia, monitorização em anestesia, sedação em cirurgia, desfibrilador na sala de cirurgia, critérios de alta hospitalar.

CONSULTA

Em e-mail encaminhado a este Conselho Regional de Medicina, o Dr. XXX formula consulta com o seguinte teor:

"Sou dermatologista e pretendo realizar transplante de cabelo sob sedação endovenosa leve/moderada com presença de anestesista em minha clínica. Trata-se de Procedimento de baixa invasividade realizado sob anestesia local. A realização da sedação tem intuito apenas de trazer mais conforto ao paciente, levando em conta que o procedimento é demorado. Solicito orientação quanto às adequações que precisam ser realizadas e equipamentos que precisam ser adquiridos. Eu já possuo DEA (desfibrilador automático externo). Gostaria de confirmar se esse equipamento é suficiente ou se necessito de desfibrilador manual".

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Visando normatizar a realização de procedimentos cirúrgicos de pequeno ou médio porte sob anestesia e/ou sedação, em locais distintos de um estabelecimento hospitalar, o Conselho Federal de Medicina publicou no Diário Oficial da União a **Resolução 1.886/08**, que dispõe sobre as *"normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência".*

Em seu texto, a Resolução 1.886/08 define a juridicidade de sua abrangência, classifica as unidades de saúde em que os procedimentos serão realizados conforme os seus portes e o tempo de permanência do paciente no local, elenca os critérios de seleção dos

pacientes, estabelece as responsabilidades médicas, determina os materiais, medicamentos e equipamentos que deverão estar presentes na unidade, além de estipular os recursos humanos necessários, as diretrizes e procedimentos operacionais, e as regras legais para o funcionamento das unidades.

De acordo com as informações prestadas, pelo médico consulente, e considerando a Resolução acima citada, a clínica que é o objeto dessa consulta encaixa-se na definição de uma **Unidade Tipo II** (se o paciente receber alta no mesmo dia do procedimento realizado), ou então numa **Unidade Tipo III** (caso o paciente pernoite no local após a realização do procedimento). Para qualquer que seja a classificação da clínica, estão descritos na já citada Resolução todos os materiais e equipamentos que qualquer uma das duas possibilidades de unidade deva contemplar.

Mais recentemente, confirmando o compromisso do Conselho Federal de Medicina com a segurança do paciente, e num trabalho conjunto da Câmara Técnica de Anestesiologia do CFM e da Sociedade Brasileira de Anestesiologia, foi promulgada a **Resolução CFM 2.174/17**, que dispõe sobre “a prática do ato anestésico”.

Na Resolução 2.174/17 estão detalhadas as normativas para a administração da anestesia, incluindo aspectos legais, documentos para registro da avaliação pré-anestésica e da anestesia propriamente dita, monitorização mínima exigida, acompanhamento do paciente no período pós-operatório imediato, estratificação dos riscos, obrigatoriedade da obtenção do consentimento informado, entre outros importantes aspectos relacionados à anestesia.

Nessa Resolução estão ainda definidos e relacionados os **equipamentos obrigatórios** (ANEXO VI), **instrumental e materiais** (ANEXO VIII) e **fármacos** (ANEXO IX) que permitem a realização de qualquer ato anestésico com segurança, assim como a realização de procedimentos técnicos da equipe voltados à reanimação cardiorrespiratória.

Necessário se faz ressaltar que, nos procedimentos realizados sob sedação, a administração da medicação psicoativa deve obedecer às normativas da **Resolução CFM nº 1.670/03**, que determina que a “sedação profunda só pode ser realizada por médicos qualificados e em ambientes que ofereçam condições seguras para a sua realização, ficando os cuidados do paciente a cargo do médico que não esteja realizando o procedimento que exige sedação”.

Dando enfoque ao questionamento que finaliza a consulta, está claro que, tanto a Resolução 1.886/08, quanto a Resolução nº 2.174/17 determinam a obrigatoriedade da presença de um equipamento para desfibrilação no interior do centro cirúrgico. Contudo, nenhuma das duas resoluções especifica qual a modalidade de Desfibrilador deverá estar disponível na sala de cirurgia.

Desta forma, entende-se que, independentemente do tipo do Desfibrilador, incorre em delito ético o médico responsável por um centro cirúrgico que não disponibilizar esse tipo de equipamento para o setor.

Na revisão da literatura médica, observa-se que o Desfibrilador Externo Automático (DEA) é capaz de reverter acima de 90% de todas as paradas cardiorrespiratórias (PCR), incluindo as que ocorrem durante um procedimento cirúrgico.

Considerando a incidência geral de PCR, o estado físico dos pacientes cirúrgicos que serão admitidos na clínica ora em análise e a complexidade dos procedimentos que nela serão realizados, a presença de um DEA no centro cirúrgico confere conformidade com o previsto nas resoluções do CFM que embasam o presente Parecer.

CONCLUSÃO

A leitura cuidadosa dos textos das resoluções que foram utilizadas na confecção deste Parecer permitem estruturar e organizar o funcionamento de um centro cirúrgico apto para a administração da anestesia, de modo que a clínica atenda a todas as normativas previstas, pelo Conselho Federal de Medicina, conferindo legalidade e segurança na prática dos procedimentos cirúrgicos propostos.

Em consonância com o previsto nas Resoluções anteriormente mencionadas, a presença de um equipamento de desfribrilação é obrigatória na sala de cirurgia, e o Desfibrilador do tipo DEA atende as necessidades para a situação em questão.

O conteúdo das Resoluções CFM nº 1.670/03, nº 1.886/08 e nº 2.174/17 constituem-se em parte integrante e indissolúvel deste Parecer, e por isso o texto integral de cada uma delas acompanha o presente juízo.

É o parecer, s. m. j.

Curitiba, 24 de setembro de 2018.

Cons.º Clovis Marcelo Corso
Parecerista

Aprovado e Homologado na Sessão Plenária nº4788 de 24/09/2018.

RESOLUÇÃO CFM 1.670/03

(Publicada no D.O.U. 14 JUL 2003, SECAO I, pg. 78)

Sedação profunda só pode ser realizada por médicos qualificados e em ambientes que ofereçam condições seguras para sua realização, ficando os cuidados do paciente a cargo do médico que não esteja realizando o procedimento que exige sedação.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n° 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e,

CONSIDERANDO a importância do ambiente e da qualificação do pessoal envolvido para a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos sob sedação ou anagelsia, com uso de medicamentos para o conforto, alívio da dor e abolição de reflexos indesejáveis;

CONSIDERANDO o uso de drogas ou combinações de drogas que apresentam efeitos sobre o sistema nervoso, cardiovascular e respiratório;

CONSIDERANDO como prioritária a segurança do paciente durante o procedimento e após sua realização;

CONSIDERANDO a necessidade de se criar normas que definam os limites de segurança com relação ao ambiente, qualificação do pessoal, responsabilidades por equipamentos e drogas disponíveis para o tratamento de intercorrências e efeitos adversos;

CONSIDERANDO o que dispõem as Resoluções CFM nºs. 1.363/93 e 1.409/94;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 13 de junho de 2003,

RESOLVE:

Art.1° - Nos ambientes em que se praticam procedimentos sob "sedação consciente" ou níveis mais profundos de sedação, devem estar disponíveis:

I.Equipamentos adequados para a manutenção da via aérea permeável, bem como a administração de oxigênio em concentração superior à da atmosfera;

II.Medicamentos para tratamento de intercorrências e eventos adversos sobre os

sistemas cardiovascular e respiratório;

III.Material para documentação completa do procedimento, devendo ficar registrado o uso das medicações, suas doses e efeitos;

IV.Documentação com critérios de alta do paciente.

Parágrafo 1°- Deve-se dar ao paciente e ao acompanhante, verbalmente e por escrito, instruções relativas aos cuidados sobre o período pós-procedimento, bem como informações para o atendimento de emergências eventuais.

Parágrafo 2°- Todos os documentos devem ser assinados pelo médico responsável.

Art. 2°- O médico que realiza o procedimento não pode encarregar-se simultaneamente da administração de sedação profunda/analgesia, devendo isto ficar a cargo de outro médico.

Art. 3° - Todas as unidades que realizarem procedimentos sob sedação profunda devem garantir os meios de transporte e hospitais que disponham de recursos para atender a intercorrências graves que porventura possam acontecer.

Art. 4° - Os anexos I e II fazem parte da presente resolução.

Art. 5º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 13 de junho de 2003

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
Presidente

RUBENS DOS SANTOS SILVA
Secretário-Geral

ANEXO I

DEFINIÇÃO E NÍVEIS DE SEDAÇÃO

Sedação é um ato médico realizado mediante a utilização de medicamentos com o objetivo de proporcionar conforto ao paciente para a realização de procedimentos médicos ou odontológicos. Sob diferentes aspectos clínicos, pode ser classificada em leve, moderada e profunda, abaixo definidas:

Sedação Leve é um estado obtido com o uso de medicamentos em que o paciente responde ao comando verbal. A função cognitiva e a coordenação

podem estar comprometidas. As funções cardiovascular e respiratória não apresentam comprometimento.

Sedação Moderada/Analgesia ("Sedação Consciente") é um estado de depressão da consciência, obtido com o uso de medicamentos, no qual o paciente responde ao estímulo verbal isolado ou acompanhado de estímulo tátil. Não são necessárias intervenções para manter a via aérea permeável, a ventilação espontânea é suficiente e a função cardiovascular geralmente é mantida adequada.

Sedação Profunda/Analgesia é uma depressão da consciência induzida por medicamentos, e nela o paciente dificilmente é despertado por comandos verbais, mas responde a estímulos dolorosos. A ventilação espontânea pode estar comprometida e ser insuficiente. Pode ocorrer a necessidade de assistência para a manutenção da via aérea permeável. A função cardiovascular geralmente é mantida. As respostas são individuais.

Observação importante: As respostas ao uso desses medicamentos são individuais e os níveis são contínuos, ocorrendo, com freqüência, a transição entre eles. O médico que prescreve ou administra a medicação deve ter a habilidade de recuperar o paciente deste nível ou mantê-lo e recuperá-lo de um estado de maior depressão das funções cardiovascular e respiratória.

ANEXO II

EQUIPAMENTOS DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO

Oxigênio	• Sistema para fornecimento de oxigênio a 100%
Aspirador	• Sistema para aspirar secreções • Sondas para aspiração
Manutenção das Vias Aéreas	• Máscaras faciais • Máscaras laríngeas • Cânulas naso e

	orofaríngeas • Tubos endotraqueais • Laringoscópio com lâminas
Monitores	• Oxímetro de pulso com alarmes • Monitor cárdiaco • Aparelho para medir pressão arterial
Equipamentos para Reanimação e Medicamentos	• Balão auto-inflável (Ambu) • Desfibrilador • Drogas para a reanimação • Antagonistas: Naloxone, Flumazenil • Impressos com protocolos para reanimação (tipo ACLS)

CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.886/2008

(Publicada no D.O.U. de 21 de novembro de 2008, Seção I, p. 271)

Dispõe sobre as "Normas Mínimas para o Funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência". Revoga a Resolução CFM nº 1409/1994.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004,

CONSIDERANDO que é dever do médico guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre, em qualquer circunstância, em benefício do paciente;

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que o médico deve envidar o máximo esforço na busca da redução de riscos na assistência aos seus pacientes;

CONSIDERANDO que é dever do médico utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento ao seu alcance em favor do paciente;

CONSIDERANDO as condições mínimas de segurança para a prática da anestesia, previstas na Resolução CFM nº 1.802, de 4 de outubro de 2006;

CONSIDERANDO a evolução tecnológica e tendência da realização de procedimentos clínico-cirúrgicos de curta permanência, buscando a racionalização de custos;

CONSIDERANDO que todo Centro Cirúrgico deve possuir uma sala de recuperação pós-anestésica, com qualidade de leitos, instrumental, equipamentos e material de acordo com o número de salas e complexidade dos procedimentos nele realizados, em cumprimento ao disposto na Portaria nº 1.884/94, do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO o conteúdo da Resolução CREMERJ nº 180/2001 e seu Anexo, que regulamenta, no âmbito de sua jurisdição, as "Normas Mínimas para o funcionamento dos Complexos Cirúrgicos para Procedimentos com Internação de Curta Permanência";

CONSIDERANDO o conteúdo da Resolução nº 169, de 19 de junho de 1996, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, que estabelece Norma Técnica

disciplinando o funcionamento dos estabelecimentos que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos ambulatoriais no âmbito daquela Unidade da Federação;

CONSIDERANDO, finalmente, o que ficou decidido em Sessão Plenária de 13 de novembro de 2008,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar as **"Normas Mínimas para o Funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência"**, anexas a esta Resolução.

Art. 2º Os estabelecimentos públicos, privados, filantrópicos ou de qualquer natureza, que se proponham a prestar internação de curta permanência, deverão estruturar-se de acordo com a presente Norma.

Art. 3º As unidades de saúde referidas no anexo são hospitais, clínicas, casas de saúde, institutos, consultórios, ambulatórios isolados, centros e postos de saúde e outras que executem os procedimentos clínico-cirúrgicos de curta permanência.

Art. 4º As áreas físicas e instalações das Unidades classificadas por esta Resolução deverão obedecer às normas gerais e específicas do Ministério da Saúde e da Vigilância Sanitária.

Art. 5º Os diretores técnicos das unidades de saúde são responsáveis pelo cumprimento das normas aqui estabelecidas, bem como pela provisão dos recursos físicos, humanos e materiais exigidos para a sua fiel execução.

Art. 6º As Unidades de que trata a presente Resolução, atualmente existentes, deverão adequar-se às referidas Normas num prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias.

Art. 7º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, em especial a Resolução CFM nº 1.409/94.

Brasília-DF, 13 de novembro de 2008.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
Presidente

LÍVIA BARROS GARÇÃO
Secretária-Geral

CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

NORMAS MÍNIMAS PARA O FUNCIONAMENTO DE CONSULTÓRIOS MÉDICOS E DOS COMPLEXOS CIRÚRGICOS PARA PROCEDIMENTOS COM INTERNAÇÃO DE CURTA PERMANÊNCIA.

1. DEFINIÇÕES

Cirurgias com internação de curta permanência: são todos os procedimentos clínico-cirúrgicos (com exceção daqueles que acompanham os partos) que, pelo seu porte dispensam opernoite do paciente. Eventualmente o pernoite do paciente poderá ocorrer, sendo que o tempo de permanência do paciente no estabelecimento não deverá ser superior a 24 horas.

Anestesias para cirurgias com internação de curta permanência: são todos os procedimentos anestésicos que permitem pronta ou rápida recuperação do paciente, sem necessidade de pernoite, exceto em casos eventuais. Os tipos de anestesia que permitem rápida recuperação do paciente são: anestesia loco-regional, com ou sem sedação, e anestesia geral com drogas anestésicas de eliminação rápida.

2. CLASSIFICAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS

2.1 Os estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos de curta permanência, com ou sem internação, deverão ser classificados em:

a. **Unidade tipo I;**

b. **Unidade tipo II;**

c. **Unidade tipo III;**

d. **Unidade tipo IV.**

2.1.1 Unidade tipo I

É o consultório médico, independente de um hospital, destinado à realização de procedimentos clínico, ou para diagnóstico, sob anestesia local, sem sedação, em dose inferior a 3,5 mg/kg delidocaina (ou dose equipotente de outros anestésicos locais), sem necessidade de internação.

2.1.2 Unidade tipo II

a. É o estabelecimento de saúde, independente de um hospital, destinado à realização de procedimentos clínico-cirúrgicos de pequeno e médio porte, com condições para internações de curta permanência, em salas cirúrgicas adequadas a essa finalidade;

b. Deverá contar com salas de recuperação ou de observação de pacientes;

c. Realiza cirurgias/procedimentos de pequeno e médio porte, sob anestesia loco-regional (com exceção dos bloqueios subaracnóideo e peridural), com ou sem sedação;

d. O pernoite, quando necessário, será feito em hospital de apoio;

e. É obrigatório garantir a referência para um hospital de apoio.

2.1.3 Unidade tipo III

a. É o estabelecimento de saúde, independente de um hospital, destinado à realização de procedimentos clínico-cirúrgicos, com internação de curta permanência, em salas cirúrgicas adequadas a essa finalidade;

b. Deverá contar com equipamentos de apoio e de infra-estrutura adequados para o atendimento do paciente;

c. Realiza cirurgias de pequeno e médio porte, sob anestesia loco-regional, com ou sem sedação, e anestesia geral com agentes anestésicos de eliminação rápida;

d. Corresponde a uma previsão de internação por, no máximo, 24 (vinte e quatro) horas, podendo ocorrer alta antes deste período, a critério médico;

e. A internação prolongada do paciente, quando necessária, deverá ser feita no hospital de apoio;

f. Estas unidades obrigatoriamente terão que garantir a referência para um hospital de apoio.

2.1.4 Unidade tipo IV

a. É a unidade anexada a um hospital geral ou especializado, que realiza procedimentos clínico-cirúrgicos com internação de curta permanência, em salas cirúrgicas da unidade ambulatorial, ou do centro cirúrgico do hospital, e que pode utilizar a estrutura de apoio do hospital (Serviço de Nutrição e Dietética, Centro de Esterilização de Material e Lavanderia) e equipamentos de infra-estrutura (Central de Gases, Central de Vácuo, Central de Ar Comprimido, Central de Ar-Condicionado, Sistema de Coleta de Lixo etc.);

b. Realiza cirurgias com anestesia loco-regional com ou sem sedação e anestesia geral com agentes anestésicos de eliminação rápida;

c. Não está prevista a internação do paciente nesta Unidade por mais de 24 (vinte e quatro) horas. Nesse caso, a internação ocorrerá no hospital e somente na presença de complicações.

3. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS PACIENTES

3.1 Os critérios estabelecidos para a seleção destes pacientes são os seguintes:

a. Estado físico: os pacientes que podem ser submetidos a cirurgia/procedimento com internação de curta permanência são os classificados nas categorias ASA-I e ASA-II da*American Society of Anesthesiologists* (1962), ou seja:

ASA I – pacientes sem transtornos orgânicos, fisiológicos, bioquímicos ou psicológicos. A enfermidade que necessita de intervenção é localizada e não gera transtornos sistêmicos;

ASA II – o paciente apresenta pequenos ou moderados transtornos gerais, seja pela enfermidade sob intervenção ou outra (ex.: enfermidade cardíaca leve, diabetes leve ou moderado, anemia, hipertensão compensada, idades extremas e obesidade).

b. A extensão e localização do procedimento a ser realizado permitem o tratamento com internação de curta permanência;

c. Não há necessidade de procedimentos especializados e controles estritos no pós-operatório;

d. Nas Unidades tipo II, III e IV o paciente deverá estar acompanhado de pessoa adulta, lúcida e responsável;

e. Aceitação, pelo paciente, do tratamento proposto.

3.2 A cirurgia/procedimento com internação de curta permanência é **contra-indicada** quando:

a. Os pacientes são portadores de distúrbios orgânicos de certa gravidade, avaliados a critério do médico assistente;

b. Os procedimentos a serem realizados são extensos;

c. Há grande risco de sangramento ou outras perdas de volume que necessitem de reposição importante;

d. Há necessidade de imobilização prolongada no pós-operatório;

e. Os procedimentos estão associados a dores que exijam a aplicação de narcóticos, com efeito por tempo superior à permanência do paciente no estabelecimento.

3.3 A cirurgia/procedimento deverá ser suspensa se o paciente se apresentar ao serviço sem a companhia de uma pessoa que se responsabilize por acompanhá-lo durante todo o tempo da intervenção cirúrgica e no retorno ao lar.

3.4 A cirurgia/procedimento também deverá ser suspensa se o estabelecimento não apresentar as condições exigidas, por exemplo: falta de luz, de material e roupa esterilizada; ausência de pessoal de enfermagem no centro cirúrgico ou outros fatores que possam colocar em risco a segurança do paciente.

4. RESPONSABILIDADES MÉDICAS

4.1 A indicação da cirurgia/procedimento com internação de curta permanência no estabelecimento apontado é de inteira responsabilidade do médico executante.

4.2 Toda a investigação pré-operatória/pré-procedimento do paciente (realização de exames laboratoriais, radiológicos, consultas a outros especialistas etc.) para diagnóstico da condição pré-operatória/pré-procedimento do paciente é de responsabilidade do médico e/ou da equipe médica executante.

4.3 A avaliação pré-operatória/pré-procedimento dos pacientes a serem selecionados para a cirurgia/procedimento de curta permanência exige no mínimo:

ASA I: história clínica, exame físico e exames complementares;

ASA II: história clínica, exame físico e exames complementares habituais e especiais, que cada caso requeira.

4.4 O médico deverá orientar o paciente ou o seu acompanhante, por escrito, quanto aos cuidados pré e pós-operatório/procedimento necessários e complicações possíveis, bem como a determinação da Unidade para atendimento das eventuais ocorrências.

4.5 Após a realização da cirurgia/procedimento, o médico anestesiologista é o responsável pela liberação do paciente da sala de cirurgia e da sala de recuperação pós-anestésica. A alta do serviço será dada por um dos membros da equipe médica responsável. As condições de alta do paciente serão as estabelecidas pelos seguintes parâmetros:

a. Orientação no tempo e espaço;

b. Estabilidade dos sinais vitais há pelo menos sessenta minutos;

c. ausência de náusea e vômitos;

d. ausência de dificuldade respiratória;

e. capacidade de ingerir líquidos;

f. capacidade de locomoção como antes, se a cirurgia o permitir;

g. sangramento ausente ou mínimo;

h. ausência de dor importante;

i. sem retenção urinária.

4.6 A responsabilidade do acompanhamento do paciente, após a realização da cirurgia/procedimento até a alta definitiva, é do médico e/ou da equipe médica que realizou a cirurgia/procedimento.

5 MATERIAL NECESSÁRIO

5.1 A **Unidade tipo I** deverá contar com os seguintes materiais:

a. instrumental para exame clínico e procedimentos de diagnóstico;

b. dispositivo para iluminação adequada para a atividade

c. mesa/maca/cadeira adequada para a realização da atividade;

d. equipamentos e materiais específicos da especialidade praticada;

e. tensiômetro ou esfigmomanômetro;

f. equipamento para ausculta cardíaca;

g. material de consumo adequadamente esterilizado, de acordo com as normas em vigor;

h. material para a coleta de resíduos, conforme norma da ABNT.

5.2 A **Unidade tipo II** deverá contar com os seguintes materiais:

a. instrumental cirúrgico;

b. aspirador de secreções;

c. conjunto de emergência, equipado com medicação de emergência e material de reanimação cardiorespiratória;

d. fonte de oxigênio;

e. dispositivos para iluminação adequada no campo cirúrgico;

f. mesa/maca adequada para a realização da cirurgia;

g. equipamentos específicos da especialidade praticada (como microscópio cirúrgico etc.);

h. estufa/autoclave para a esterilização de material se necessário;

i. dispositivo com chave para a guarda de medicamentos sujeitos a controle especial;

j. tensiômetro ou esfigmomanômetro;

k. equipamento para ausculta cardíaca;

l. armário provido de porta, ou outro dispositivo com proteção, para a guarda de material esterilizado e descartável;

m. mobiliário padrão hospitalar – para o uso de pacientes (somente será permitido este tipo de mobiliário);

n. material de consumo adequadamente esterilizado, de acordo com as normas em vigor;

o. material para coleta de resíduos, conforme Norma da ABNT;

p. oxímetro de pulso;

q. outros equipamentos auxiliares para a atividade da especialidade.

5.3 O **Complexo Cirúrgico** deverá ser organizado com as dependências descritas a seguir, observando-se as exigências mínimas de materiais e equipamentos para cada uma.

5.3.1 As **salas cirúrgicas** deverão conter os seguintes equipamentos:

a. mesas/macas cirúrgicas;

b. mesa para instrumental;

c. aparelho de anestesia, segundo normas da ABNT;

d. conjunto de emergência, com desfibrilador;

e. aspirador cirúrgico elétrico, móvel;

f. dispositivos para iluminação do campo cirúrgico;

g. banqueta ajustável, inox;

h. balde a chute;

i. tensiômetro ou similar;

j. equipamento para ausculta cardíaca;

k. fontes de gases e vácuo;

l. monitor cardíaco;

m. oxímetro de pulso;

n. laringoscópio (adulto e infantil), tubos traqueais, guia e pinça condutora de tubos traqueais, cânulas orofaríngeas, agulhas e material para bloqueios anestésicos;

o. instrumental cirúrgico;

p. material de consumo adequadamente esterilizado, de acordo com as normas em vigor;

q. medicamentos (anestésicos, analgésicos e mediações essenciais para utilização imediata, caso haja necessidade de procedimento de manobras de recuperaçãocardiorrespiratória.);

r. equipamentos e materiais específicos para o procedimento praticado.

5.3.2 A **Sala de Indução/Recuperação Anestésica** deverá estar equipada com:

a. cama/maca de recuperação com grade;

b. tensiômetro ou similar;

c. laringoscópio adulto ou infantil;

d. capnógrafo;

e. ventilador pulmonar adulto e infantil;

f. aspirador contínuo elétrico;

g. estetoscópio;

h. fonte de oxigênio e vácuo;

i. monitor cardíaco;

j. oxímetro de pulso;

k. eletrocardiógrafo;

l. maca hospitalar com grade;

m. material de consumo;

n. medicamentos.

5.4 As **Unidades tipo III** e **IV** deverão possuir, no mínimo, todos os materiais e equipamentos relacionados para as Unidades tipo I e II e para o Complexo Cirúrgico.

Observação: Nas Unidades II, III e IV um conjunto de emergência deverá estar localizado na área de quartos e enfermarias, e estar provido de equipamentos exclusivos, diversos daqueles utilizados no Complexo Cirúrgico.

6. RECURSOS HUMANOS NECESSÁRIOS

6.1 As Unidades que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos de curta permanência, com ou sem internação, deverão contar com profissionais médicos e de enfermagem suficientes e qualificados para as atividades propostas.

6.2 As Unidades do tipo II, III e IV estarão obrigadas a garantir, durante todo o período de permanência do paciente em suas dependências, supervisão contínua realizada por pessoal de enfermagem e médico capacitado para atendimento de urgências e emergências.

6.3 Todos os profissionais deverão estar inscritos nos respectivos Conselhos de Fiscalização, conforme determina a legislação em vigor.

7 ORGANIZAÇÃO

7.1 As Unidades do tipo II, III e IV, classificadas nestas Normas, deverão possuir:

a. prontuário do paciente;

b. registro diário do mapa de todas as cirurgias/procedimentos;

c. registro da ocorrência das complicações pós-operatórias, ocorridas até a alta da unidade;

d. registro de dados da ocorrência de infecção pós-cirúrgica comunicada à unidade, mantendo estatística mensal de ocorrência de infecção, topografia da infecção e o tipo de cirurgia realizada;

e. registro de uso dos medicamentos de controle especial (entorpecentes e psicotrópicos).

7.2 Os procedimentos para controle de infecção pós-operatória, incluindo procedimentos de limpeza, esterilização e desinfecção, deverão obedecer as determinações do Ministério da Saúde.

7.3 Os medicamentos sujeitos a controle especial deverão obedecer ao estabelecido na legislação pertinente.

7.4 Deverão ser estabelecidas rotinas para os serviços de limpeza, de enfermagem e de lavanderia.

7.5 Os estabelecimentos deverão ser mantidos em perfeitas condições de ordem e limpeza.

8. FUNCIONAMENTO

8.1 Os serviços que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos com internação de curta permanência, classificadas como II, III e IV, deverão ter seus projetos de construção, reconstrução, adaptação ou reforma aprovados pela autoridade sanitária competente.

8.2 Os serviços que realizam procedimentos com internação de curta permanência, classificadas como II, III e IV, só poderão funcionar depois de devidamente licenciados pela autoridade sanitária competente, com suas especificações definidas.

8.3 Os estabelecimentos classificadas como II, III e IV deverão contar com um responsável técnico, legalmente habilitado e inscrito no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

8.4 Os estabelecimentos classificados como Unidades tipos II, III e IV deverão contar com apoio hospitalar incluindo laboratório, radiologia, banco de sangue e outros recursos que venham a ser necessários para tratamento de complicações que porventura ocorram durante a realização de cirurgia/procedimento. O hospital deverá estar localizado em distância compatível com o atendimento emergencial ao doente que estará sendo removido.

8.5 Os estabelecimentos classificados como Unidades tipos II, III e IV deverão garantir condições para efetuar a remoção de pacientes que necessitem de internação, sem agravar suas condições clínicas.

8.6 Os estabelecimentos que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos com internação de curta permanência terão prazo de 180 (cento e oitenta) dias para atenderem estas exigências.

CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.886/2008

Observação inicial: A Sociedade Brasileira de Oftalmologia-SBO e a Cooperativa Estadual de Serviços Administrativos em Oftalmologia - COOESO questionaram junto ao Conselho Federal de Medicina o artigo 1º da Resolução CFM Nº 1.409/94. O Conselheiro Carlos Alberto de Souza Martins a este propósito emitiu o seguinte parecer:

> *"Após analisar o pedido feito pela SBO e COOESO depreende-se que o fato gerador do mesmo é a insatisfação das duas entidades com os honorários recebidos vez que alegam ser necessária à internação para as cirurgias oftalmológicas ainda que em regime de "day clinic" – curta duração. Ressalte-se, por oportuno, que na prática não funciona sempre assim sendo as cirurgias realizadas em clínicas que, muita das vezes, sequer dispõe de leitos para a recuperação dos pacientes após a cirurgia e na verdade, os pacientes são liberados logo após os procedimentos haja vista os "mutirões" das cataratas. Considerando, no entanto, que a afirmação das duas entidades é a regra e que os pacientes ficam internados, por um determinado período, em recuperação pós-operatória, é justo que se remunere de acordo com o previsto na CBHPM para pacientes internados e isso deverá ser cobrado junto as Operadoras de Planos de Saúde. A Resolução 1409/94 disciplina de forma eficaz, a prática segura de cirurgias onde não há internação – regime ambulatorial ou quando a internação é uma eventualidade e dos procedimentos endoscópicos e de quaisquer outros procedimentos invasivos realizados fora de Unidade Hospitalar e, foi objeto de análise por essa Comissão que elaborou um projeto de resolução a ser analisado pelo Plenário do Conselho Federal de Medicina, abaixo fundamentado:"*

A Resolução CFM nº 1.409/94 deve ser ampliada em seus conceitos face à necessidade premente de esclarecimentos frente a vários seguimentos.

Propõe-se mudar a nominação de cirurgia ambulatorial para Cirurgia com Internação de Curta Permanência para evitar entendimentos errôneos (cirurgia feita em ambulatório) e para deixar claro e patente que, a exceção de um tipo (tipo I), todos os outros tipos de cirurgia devem ser feitos em ambiente com instalações apropriadas para cirurgia.

Propõe-se, também, o seguinte:

a) Utilização dos "Considerando" de ambas as resoluções (CFM e CREMERJ) que tratam do assunto, adequando-os a uma nova resolução;

b) Utilização dos "Resolve" da resolução do CREMERJ com as adaptações necessárias ao CFM e para aplicação por outros regionais, já que o que consta nos "Resolves" da Resolução CFM nº 1.409/94 vai passar a constar no anexo à nova resolução;

c) Em relação a esse anexo propomos a incorporação, na integra, do anexo da Resolução CREMERJ nº 180/01 por ser atual, didático e objetivo.

Brasília-DF, 13 de novembro de 2008

RAFAEL DIAS MARQUES NOGUEIRA
Conselheiro Relator

CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM N° 2.174/2017

(Publicada no D.O.U. em 27 de fevereiro de 2018, Seção I, p. 82)

Dispõe sobre a prática do ato anestésico e revoga a Resolução CFM nº 1.802/2006.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

CONSIDERANDO que é dever do médico guardar absoluto respeito pela vida humana, não podendo, em nenhuma circunstância, praticar atos que a afetem ou concorram para prejudicá-la;

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que o médico deve aprimorar e atualizar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente;

CONSIDERANDO que não é permitido ao médico deixar de ministrar tratamento ou assistência ao paciente, salvo nas condições previstas pelo Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO a Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, em especial, salas de indução e recuperação pós-anestésica;

CONSIDERANDO a Portaria GM/MS nº 529/2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional;

CONSIDERANDO a RDC nº 36/2013, da Anvisa, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, regulamenta e coloca pontos básicos para a segurança do paciente, como Núcleos de Segurança do Paciente, a obrigatoriedade da Notificação dos eventos adversos e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 2.147/2016, que determina que a responsabilidade pelas condições mínimas de segurança e pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor é do diretor técnico;

CONSIDERANDO a necessidade de observância dos critérios definidos no Parecer CFM nº 30/2016, que trata da monitorização da atividade elétrica do sistema nervoso central;

CONSIDERANDO a necessidade de atualização e modernização da prática do ato anestésico; e

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 14 de dezembro de 2017;

RESOLVE:

Art. 1º Determinar aos médicos anestesistas que:

I – Antes da realização de qualquer anestesia, exceto nas situações de urgência e emergência, é indispensável conhecer, com a devida antecedência, as condições clínicas do paciente, cabendo ao médico anestesista decidir sobre a realização ou não do ato anestésico.

a) Para os procedimentos eletivos, recomenda-se que a consulta pré-anestésica do paciente seja realizada em consultório médico, antes da admissão na unidade hospitalar, sendo que nesta ocasião o médico anestesista poderá solicitar exames complementares e/ou avaliação por outros especialistas, desde que baseado na condição clinica do paciente e no procedimento proposto.

b) Não sendo possível a realização da consulta pré-anestésica, o médico anestesista deve proceder à avaliação pré-anestésica do paciente, antes da sua admissão no centro cirúrgico, podendo nesta ocasião solicitar exames complementares e/ou avaliação por outros especialistas, desde que baseado na condição clínica do paciente e no procedimento proposto.

c) O médico anestesista que realizar a consulta pré-anestésica ou a avaliação pré-anestésica poderá não ser o mesmo que administrará a anestesia.

II – Para conduzir as anestesias gerais ou regionais com segurança, o médico anestesista deve permanecer dentro da sala do procedimento, mantendo vigilância permanente, assistindo o paciente até o término do ato anestésico.

III – A documentação mínima dos procedimentos anestésicos deverá incluir obrigatoriamente informações relativas à avaliação e prescrição pré-anestésicas, evolução clínica e tratamento intra e pós-anestésico (ANEXOS I, II, III e IV).

IV – É vedada a realização de anestesias simultâneas em pacientes distintos, pelo mesmo profissional ao mesmo tempo.

V – Para a prática da anestesia, deve o médico anestesista responsável avaliar e definir previamente, na forma prevista no artigo 2º, o risco do procedimento cirúrgico, o risco do paciente e as condições de segurança do ambiente cirúrgico e da sala de recuperação pós-anestésica, sendo sua incumbência certificar-se da existência das condições mínimas de segurança antes da realização do ato anestésico, comunicando qualquer irregularidade ao diretor técnico da instituição e, quando necessário, à Comissão de Ética Médica ou ao Conselho Regional de Medicina (CRM).

VI – Caso o médico anestesista responsável verifique não existirem as condições mínimas de segurança para a prática do ato anestésico, pode ele suspender a realização do procedimento até que tais inconformidades sejam sanadas, salvo em casos de urgência ou emergência nos quais o atraso no procedimento acarretará em maiores riscos ao paciente do que a realização do ato anestésico em condições não satisfatórias. Em qualquer uma destas situações, deverá o médico anestesista responsável registrar no prontuário médico e informar o ocorrido por escrito ao diretor técnico da instituição e, se necessário, à Comissão de Ética Médica ou ao Conselho Regional de Medicina (CRM).

Art. 2º É responsabilidade do diretor técnico da instituição, nos termos da Resolução CFM nº 2.147/2016, assegurar as condições mínimas para a realização da anestesia com segurança, as quais devem ser definidas previamente entre: o médico anestesista responsável, o serviço de anestesia e o diretor técnico da instituição hospitalar, com observância das exigências previstas no artigo 3º da presente Resolução.

Art. 3º Entende-se por condições mínimas de segurança para a prática da anestesia a disponibilidade de:

I – Monitorização do paciente, incluindo:

a) Determinação da pressão arterial e dos batimentos cardíacos;

b) Determinação contínua do ritmo cardíaco por meio de cardioscopia; e

c) Determinação da temperatura e dos meios para assegurar a normotermia, em procedimentos com duração superior a 60 (sessenta) minutos e, nas condições de alto risco, independentemente do tempo do procedimento (prematuros, recém-nascidos, história anterior ou risco de hipertermia maligna e síndromes neurolépticas).

II – Monitorização contínua da saturação da hemoglobina por meio de oximetria de pulso;

III – Monitorização contínua da ventilação, incluindo os teores de gás carbônico exalados, monitorados por capnógrafo, nas seguintes situações: anestesia sob via aérea artificial (como intubação traqueal, brônquica ou dispositivo supraglótico) e/ou ventilação artificial e/ou exposição a agentes capazes de desencadear hipertermia maligna; e

IV – Equipamentos obrigatórios (ANEXO VI), instrumental e materiais (ANEXO VIII) e fármacos (ANEXO IX) que permitam a realização de qualquer ato anestésico com segurança, assim como a realização de procedimentos técnicos da equipe voltados à reanimação cardiorrespiratória.

Art. 4º Diante da necessidade de implementação de medidas preventivas voltadas à redução de riscos e ao aumento da segurança do ato anestésico, recomenda-se aos médicos anestesistas observar os critérios clínicos de gravidade:

a) da monitorização do bloqueio neuromuscular, para pacientes submetidos a anestesia geral, com uso de bloqueadores neuromusculares;

b) da monitorização da profundidade da anestesia, com o uso de monitores da atividade elétrica do sistema nervoso central, em pacientes definidos no Parecer CFM nº 30/16;

c) da monitorização hemodinâmica avançada (pressão arterial invasiva, pressão venosa central e/ou monitorização do débito cardíaco) para pacientes de alto risco em procedimentos cirúrgicos de grande porte, e para pacientes de risco intermediário (conforme definido no ANEXO V) em procedimentos cirúrgicos e/ou intervencionistas de grande e médio porte;

d) do uso de monitores dos gases anestésicos (ar comprimido, óxido nitroso e agentes halogenados);

e) da utilização da ecocardiografia no período intraoperatório com o objetivo terapêutico hemodinâmico; e

f) dos equipamentos previstos no ANEXO VII.

Art. 5º Considerando a necessidade de implementação de medidas preventivas voltadas à redução de riscos e ao aumento da segurança sobre a prática do ato anestésico, recomenda-se que:

a) a sedação/analgesia seja realizada por médicos, preferencialmente anestesistas, ficando o acompanhamento do paciente a cargo do médico que não esteja realizando o procedimento que exige sedação/analgesia;

b) os hospitais garantam aos médicos anestesistas carga horária compatível com as exigências legais vigentes, bem como profissionais anestesistas suficientes para o atendimento da integralidade dos pacientes dos centros cirúrgicos e áreas remotas ao centro cirúrgico;

c) os hospitais mantenham um médico anestesista nas salas de recuperação pós-anestésica para cuidado e supervisão dos pacientes;

d) o Registro dos Eventos Adversos em Anestesia, alinhado com o Programa Nacional de Segurança do Paciente, estruturado nos Comitês de Segurança institucionais, seja implementado junto com a Análise Periódica dos Eventos Adversos, na forma determinada pela RDC nº 36/2013, da Anvisa;

e) nas instituições hospitalares, os serviços ou departamentos de anestesia estruturem um Protocolo de Cuidado voltado tanto à prevenção quanto ao atendimento dos Eventos Adversos em Anestesia;

f) nas instituições de saúde onde se realizem procedimentos sob cuidados anestésicos, a implementação de um sistema de checagem de situações de risco para a anestesia; e

g) a organização e treinamento de situações críticas em anestesia, com ênfase na via aérea difícil e em eventos graves e de alto risco.

Art. 6º Após a anestesia, o paciente deverá ser removido para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) ou para o Centro de Terapia Intensiva (CTI), conforme o caso, sendo necessário um médico responsável para cada um dos setores (a presença de médico anestesista na SRPA).

Art. 7º Nos casos em que o paciente for encaminhado para a SRPA, o médico anestesista responsável pelo procedimento anestésico deverá acompanhar o transporte.

§1º. Existindo médico plantonista responsável pelo atendimento dos pacientes em recuperação na SRPA, o médico anestesista responsável pelo procedimento anestésico

transferirá ao plantonista a responsabilidade pelo atendimento e continuidade dos cuidados até a plena recuperação anestésica do paciente.

§2º. Não existindo médico plantonista na SRPA, caberá ao médico anestesista responsável pelo procedimento anestésico o pronto atendimento ao paciente.

§3º. Enquanto aguarda a remoção, o paciente deverá permanecer no local onde foi realizado o procedimento anestésico, sob a atenção do médico anestesista responsável pelo procedimento.

§4º. É incumbência do médico anestesista responsável pelo procedimento anestésico registrar na ficha anestésica todas as informações relevantes para a continuidade do atendimento do paciente na SRPA (ANEXOS III) pela equipe de cuidados, composta por enfermagem e médico plantonista alocados em número adequado.

§5º. A alta da SRPA é de responsabilidade exclusiva de um médico anestesista ou do plantonista da SRPA.

§6º. Na SRPA, desde a admissão até o momento da alta, os pacientes permanecerão monitorizados e avaliados clinicamente, na forma do ANEXO IV, quanto:

a) à circulação, incluindo aferição da pressão arterial e dos batimentos cardíacos e determinação contínua do ritmo cardíaco por meio da cardioscopia;

b) à respiração, incluindo determinação contínua da saturação periférica da hemoglobina;

c) ao estado de consciência;

d) à intensidade da dor;

e) ao movimento de membros inferiores e superiores pós-anestesia regional;

f) ao controle da temperatura corporal e dos meios para assegurar a normotermia; e

g) ao controle de náuseas e vômitos.

Art. 8º Nos casos em que o paciente for removido para o Centro de Terapia Intensiva (CTI), o médico anestesista responsável pelo procedimento anestésico deverá acompanhar o transporte do paciente até o CTI, transferindo-o aos cuidados do médico plantonista.

§1º. É responsabilidade do médico anestesista responsável pelo procedimento anestésico registrar na ficha anestésica todas as informações relevantes para a continuidade do atendimento do paciente pelo médico plantonista do CTI (ANEXO III).

§2º. Enquanto aguarda a remoção, o paciente deverá permanecer no local onde foi realizado o procedimento anestésico, sob a atenção do médico anestesista responsável.

Art. 9º Os anexos e as listas de equipamentos, instrumentais, materiais e fármacos que obrigatoriamente devem estar disponíveis no ambiente onde se realiza qualquer anestesia e que integram esta resolução serão periodicamente revisados, podendo ser incluídos itens adicionais indicados para situações específicas.

Art. 10. Revogam-se todas as disposições em contrário, em especial a Resolução CFM nº 1.802 publicada em 1º de novembro de 2006.

Art. 11. Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, DF, 14 de dezembro de 2017.

MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO
Presidente em exercício

HENRIQUE BATISTA E SILVA
Secretário-geral

CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

ANEXO I
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O médico anestesista deve obter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico para a anestesia, contendo informações e esclarecimentos acerca das técnicas de anestesia, vantagens e desvantagens e riscos associados, fazendo-o em linguagem clara e acessível aos pacientes. Deverão existir no Termo de Consentimento campos específicos para assinatura do paciente ou responsável, data do consentimento, assinatura e nome legível do médico anestesista.

ANEXO II

A documentação da anestesia no pré-operatório deve conter:

1. Estratificação do risco do paciente.
2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, podendo não fazer parte da documentação em situações de urgência/emergência.
3. Ficha de consulta e/ou avaliação pré-anestésica, que deverá compreender as seguintes informações:

a) identificação do médico anestesista (responsável pela avaliação);

b) identificação do paciente e data da avaliação;

c) intervenção cirúrgica ou procedimento proposto;

d) dados antropométricos: altura, peso, Índice de Massa Corpórea (IMC);

e) antecedentes pessoais e familiares;

f) exame físico, incluindo avaliação das vias aéreas (abertura de boca e mandibula, classificação de Mallampati, mobilidade atlanto-occipital, distância tireomentoniana, condições dentárias, prótese dentária, circunferência cervical);

g) tempo de jejum, que deverá observar as seguintes recomendações:

- ✓ Líquidos claros sem resíduos (água, chá): 2 horas
- ✓ Leite materno: 4 horas
- ✓ Leite não humano ou fórmula: 6 horas
- ✓ Refeições leves: 6 horas
- ✓ Dieta geral: 8 horas

h) sinais vitais, incluindo: pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura, frequência respiratória, escala de dor (adultos de 0 – 10; e crianças – faces de dor).

i) diagnóstico cirúrgico e doenças associadas;

j) tratamento (incluindo fármacos de uso atual ou recente);

k) história clínica de alergias/história familiar de efeitos adversos em anestesia (ênfase em alergia a fármacos e látex) e hipertemia;

l) hábitos: tabagismo (número de carteiras ou cigarros/dia e tempo de tabagismo), etilismo (frequência e quantidade/tempo), entre outros;

m) resultados dos exames complementares eventualmente solicitados e opinião de outros especialistas, se for o caso;

n) estado físico – avaliação dos sistemas: cardiovascular, respiratório e outros sistemas com alterações clinicas relevantes; e

o) prescrição de medicação pré-anestésica, quando indicada.

ANEXO III

A documentação da anestesia no intraoperatório deve incluir, mas não se limitar à ficha de anestesia com as seguintes informações:

a) identificação do(s) anestesista(s) responsável(is) e, se for o caso, registro do momento de transferência de responsabilidade durante o procedimento;

b) identificação do paciente;

c) horários de início e término do procedimento anestésico e cirúrgico;

d) técnica de anestesia empregada;

e) indicação dos equipamentos de monitorização utilizados e anotação dos resultados aferidos pela monitorização;

f) registro numérico a intervalos não superiores a:

1. 10 (dez) minutos: da saturação da hemoglobina, gás carbônico expirado final (nas situações onde foi utilizado), pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura e monitorização da profundidade anestésica com monitores de atividade elétrica do sistema nervoso central; e

2. 15 (quinze) minutos: da monitorização invasiva (pressão arterial média – PAM, pressão venosa central – PVC, índice cardíaco – IC, volume sistólico – VS, parâmetros dinâmicos de responsividade a volume (variação do volume sistólico – VVS, delta de variação da pressão do pulso – DeltaPP) ou outros dados hemodinâmicos.

g) soluções e fármacos administrados (momento de administração, via e dose); e

h) descrição sucinta de intercorrências e eventos adversos associados ou não à anestesia e das condutas implementadas para solucioná-los.

ANEXO IV

A documentação da anestesia no pós-operatório deve incluir, mas não se limitar à ficha de recuperação pós-anestésica, que deverá conter as seguintes informações:

a) identificação do(s) anestesiologista(s) responsável(is) e, se for o caso, registro do momento de transferência de responsabilidade na admissão do paciente na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA);

b) identificação do paciente;

c) momentos da admissão e da alta;

d) recursos de monitorização adotados, sob prescrição do médico anestesista, respeitada a monitorização mínima prevista no §6º do artigo 7º desta Resolução;

e) registro da consciência, pressão arterial, frequência cardíaca, saturação periférica de oxigênio da hemoglobina, temperatura, atividade motora e intensidade da dor a intervalos não superiores a 15 (quinze) minutos na primeira hora de recuperação;

f) registro de outros parâmetros, por prescrição e orientação do médico anestesista;

g) soluções e fármacos administrados (momento de administração, via e dose), sob prescrição do médico anestesista; e

h) descrição da conduta do médico anestesista e de intercorrências e eventos adversos, associados ou não à anestesia, que tenham ocorrido na sala de recuperação pós-anestésica.

ANEXO V

Estratificação do risco do procedimento cirúrgico (porte) e do paciente (antecedentes clínicos)

A identificação do risco cirúrgico do paciente tem, entre outros, o objetivo de estabelecer um adequado planejamento do cuidado anestésico e cirúrgico com o objetivo de redução de morbimortalidade.

CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Estratificação dos procedimentos cirúrgicos em categorias de pequeno, médio e grande porte – exemplos de situações cirúrgicas. Associar ao risco do paciente.

Baixo risco (< 1%)	Risco intermediário (1 – 5%)	Alto risco (> 5%)
Pequeno porte	**Médio porte**	**Grande porte**
Mama	Abdominal	Cirurgia aórtica de emergência
Dental	Carótida	Intestino grosso - urgência ou emergência, grandes cirurgia do aparelho digestivo*
Endócrina	Reparo de aneurisma endovascular ou angioplastia arterial periférica	Procedimentos gerais abdominais de grande porte em pacientes com mais de 69 anos*
Oftalmica	Cirurgia de cabeça e pescoço	Cirurgia vascular abdominal eletiva
Ginecológica	Neurocirúrgicas - principais	Cirurgia arterial dos membros inferiores
Reconstrutiva	Ortopédicas - principalmente (quadril e coluna vertebral)	Revisões complexas de quadril ou joelho
Ortopédica-menor (cirurgia no joelho)	Transplante renal	Fraturas de pescoço ou fêmur em pacientes com mais de 69 anos *
Urológica-menor	Urológicas de maior porte – cistectomias, grandes ressecções urológicas	Esôfago, procedimentos complexos
		Estômago, duodeno, procedimentos complexos
		Transplante de fígado

Risco de infarto do miocárdio e / ou morte dentro de 30 dias após a cirurgia

*ou com condições clínicas descompensadas

J. Ronner et al. / Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology 30 (2016) 201e216

Importante ressaltar que os transplantes de alta complexidade devem ser estratificados como de alto risco.

O porte da cirurgia deverá ser sempre associado aos critérios clínicos.

Escore de risco do paciente: alto, intermediário ou baixo.

Alto: 3 (três) ou mais critérios maiores ou 4 (quatro) ou mais critérios menores;

Intermediário: 2 (dois) critérios maiores ou 3 (três) critérios menores;

Baixo: que não se enquadrem nas condições acima.

Critérios maiores:

1. Idade superior a 70 anos, com doença crônica descompensada.
2. Doença cardiovascular, cerebrovascular ou respiratória grave descompensada.
3. Doença vascular grave ou doença neurológica crônica descompensada.
4. Abdome agudo descompensado.
5. Previsão ou estimativa de grandes perdas sanguíneas (maior que 20% da volemia ou maior de 1000 ml no adulto; e maior que 7 $ml.kg^{-1}$ ou maior que 10% da volemia na criança).
6. Choque de qualquer etiologia.
7. Insuficiência respiratória.
8. Insuficiência renal, aguda ou crônica descompensada.

9. Cirurgia oncológica extensa.
10. Insuficiência hepática descompensada.
11. Cirurgia de urgência ou emergência.

Critérios menores:

1. História de doença cardiovascular, cerebrovascular ou respiratória grave compensada.
2. Insuficiência renal crônica dialítica compensada.
3. Diabetes mellitus, insulinodependente.
4. Síndrome da apneia obstrutiva do sono grave.
5. Obesidade em grau maior ou igual a II (IMC maior ou igual a 35 $kg.m^{-2}$).

ANEXO VI

Equipamentos obrigatórios para a administração da anestesia e suporte cardiorrespiratório

1. Cada sala onde se administra anestesia deverá conter equipamentos para monitorização mínima: determinação da pressão arterial e dos batimentos cardíacos, determinação contínua do ritmo cardíaco por meio de cardioscopia, monitorização contínua da saturação da hemoglobina por meio de oximetria de pulso e monitorização contínua da ventilação, incluindo os teores de gás carbônico exalados, monitorados por capnógrafo nas situações em que for realizada anestesia geral sob via aérea artificial – seção de fluxo contínuo de gases, sistema respiratório e ventilatório completo (aparelho de anestesia) e sistema de aspiração.

2. Na unidade onde se administra anestesia: desfibrilador/cardioversor, recomendando-se disponibilização de marca-passo transcutâneo. Nos equipamentos de desfibrilação e cardioversão que não possuam marca-passo transcutâneo, recomenda-se a disponibilização do marca-passo transvenoso (incluindo gerador e cabos), sendo necessário o recurso de equipamentos de imagem.

3. Na unidade onde se administra anestesia: equipamentos que permitam a monitorização da temperatura e meios para manutenção da normotermia, com a finalidade de controle da temperatura (acima de 36ºC).

4. Recomenda-se a existência de equipamentos com sistemas automáticos de infusão para administração contínua de fármacos vasoativos e anestesia intravenosa contínua.
5. Para as situações de via aérea difícil previstas é obrigatória a disponibilidade de máscara laríngea, guia bougie e atomizador para anestesia tópica.
6. Dispositivo para cricotireotomia.

ANEXO VII

Equipamentos recomendados para a administração da anestesia e suporte cardiorrespiratório para pacientes submetidos à anestesia

1. Para a realização de acesso venoso central e arterial e de anestesia regional, recomenda-se o uso de equipamentos de ultrassonografia.
2. Nas situações de via aérea difícil, o recurso do fibroscópio para intubação traqueal e videolaringoscópio.
3. Nos casos com uso de bloqueador neuromuscular, é recomendada a utilização de equipamentos que permitam a monitorização da junção neuromuscular.
4. Para a monitorização hemodinâmica e/ou tomada de decisão clínica ou terapêutica, a utilização do ecocardiograma.

ANEXO VIII

Instrumentos e materiais

1. Máscaras faciais.
2. Cânulas orofaríngeas.
3. Dispositivos supraglóticos e/ou máscaras laríngeas.
4. Tubos traqueais e conectores.
5. Estilete maleável tipo bougie.
6. Seringas, agulhas e catéteres venosos descartáveis.
7. Laringoscópio (cabos e lâminas).
8. Guia para tubo traqueal e pinça condutora (Magill).
9. Dispositivo para cricotireotomia.
10. Seringas, agulhas e catéteres descartáveis, específicos para os diversos bloqueios anestésicos neuroaxiais e periféricos.

CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

ANEXO IX

Fármacos

1. Fármacos usados em anestesia (incluindo, mas não se limitando a): anestésicos locais, hipnoindutores, bloqueadores neuromusculares e seus antagonistas (por competição e específicos), anestésicos inalatórios e dantrolene sódico, opioides e seus antagonistas, antieméticos, analgésicos não opioides e adjuvantes, corticosteroides, inibidores H_2, sulfato de efedrina/fenilefrina e metaraminol, vasopressina, broncodilatadores, gluconato/cloreto de cálcio.
2. Agentes destinados à ressuscitação cardiopulmonar e pós-ressuscitação (incluindo, mas não se limitando a): adrenalina, atropina, amiodarona, sulfato de magnésio, dopamina, dobutamina, noradrenalina, adenosina, lidocaína, cloreto de potássio, nitroprussiato de sódio, nitroglicerina, furosemida, β-bloqueadores de curta duração (esmolol, metoprolol), bicarbonato de sódio, soluções para hidratação e expansores plasmáticos (fluidos cristaloides e coloides) sintéticos e naturais.

CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.174/2017

CONSIDERANDO que há necessidade de modificações nas terminologias e nas citações das responsabilidades dos médicos anestesiologistas na sua atuação clínica diária;

CONSIDERANDO que há necessidade de aumento da segurança do ato anestésico, inclusive com o incremento de novas tecnologias farmacocinéticas e farmacodinâmicas e seus respectivos monitoramentos na prática clínica;

CONSIDERANDO a Declaração de Helsinque no seu artigo 8º, onde o princípio fundamental é o respeito pelo indivíduo, e ainda os artigos 20, 21 e 22 e o seu direito à autodeterminação, respeitando sempre o direito de tomar decisões informadas;

CONSIDERANDO o envelhecimento da população brasileira e a mudança dos perfis clínicos dos pacientes nos últimos 10 anos, tornando mais complexos os procedimentos anestésicos;

CONSIDERANDO a necessidade de especificar as atribuições dos profissionais anestesiologistas e seus respectivos postos de trabalho e atuação, a Câmara Técnica de Anestesiologia solicita a revisão da Resolução CFM nº 1802/2006 pelo Conselho Federal de Medicina com a maior brevidade permitida, conforme anexo final deliberado pelos componentes da Câmara Técnica.

ALEXANDRE DE MENEZES RODRIGUES
Relator