

## **PARECER CREMEC nº 01 /2015**

12/01/2015

**PROCESSO-CONSULTA** Protocolo CREMEC nº 6144/14

**ASSUNTO – Cirurgia de urgência e Sala de Recuperação Pós-Anestésica**

**INTERESSADO – Sr. Mozart Ney Rolim Teixeira Herderson – Central de Regulação das internações de Fortaleza, Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza**

**PARECERISTA – Dr. Lino Antonio Cavalcanti Holanda**

**Ementa** – O paciente que necessita de procedimento cirúrgico de urgência deve ser atendido. Impõe-se a assistência pós-anestésica e pós-cirúrgica do paciente no local onde foi realizado o procedimento médico, na sala de recuperação pós-anestésica, ou no centro (unidade) de terapia intensiva, conforme o caso. Entendimento das Resoluções CFM 1.802/2006 e CREMEC 44/2012.

### **DA CONSULTA**

O Sr. Mozart Ney Rolim Teixeira Herderson, da Central de Regulação das internações de Fortaleza, faz consulta a este Conselho de Medicina, através de Ofício CRIFOR nº 25/2014, com a seguinte redação:

“Vimos, mui respeitosamente, através de um pedido de parecer, solicitar esclarecimento sobre alguns fluxos, para melhor funcionamento das redes de atenção às urgências.

Constantemente, somos abordados por pacientes cirúrgicos de emergência (abdômen agudo, fraturas complexas, obstruções arteriais, entre outras) em pacientes de risco cirúrgico mais elevado.

Alguns de nossos colegas, cirurgiões e anestesistas, se recusam a operar o paciente na emergência do hospital de origem (ou destino, quando referenciado de unidade sem serviço de cirurgia) por exigir leito de Unidade de Terapia Intensiva – UTI, para a realização do procedimento imediato, mesmo existindo potencial risco de morte ao paciente.

Os leitos de Unidade de Terapia Intensiva da rede estão com capacidade esgotada diariamente e têm 100% de taxa de ocupação, logo, é impossível querer um leito vazio para recebimento do paciente de forma imediata.

Destacamos também, que a transferência do paciente para Unidade de Terapia Intensiva pode atrasar a resolução da patologia do paciente, pois nem todos os hospitais que dispõem de leitos de Unidade de Terapia Intensiva têm cirurgião disponível para uma realização tão imediata.

Tendo em vista o exposto, temos as seguintes dúvidas, para resguardar as nossas decisões:

- 1- Paciente que necessita de cirurgia de urgência e há possibilidade de se fazer em hospital secundário, mas se exige vaga de Unidade de Terapia Intensiva, sendo que não há vaga de unidade de terapia intensiva de imediato; a cirurgia DEVE ser realizada, devendo o paciente ficar na Sala de Recuperação até a sua transferência para a unidade de terapia Intensiva?
- 2- Após ato anestésico, o paciente deve ficar sob os cuidados na Sala de Recuperação do médico Anestesiista ou Clínico de Plantão nos referidos hospitais, até sua transferência para a unidade de Terapia Intensiva?"

## **DO PARECER**

Adoto o bem elaborado parecer da Câmara Técnica de Anestesiologia do Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará, composta pelos ilustres médicos Glauco Kleming Florêncio da Cunha, CREMEC 4409, Shirley Ulisses Paiva, CREMEC 6560 e Thomaz Zeferino Veras Coelho Jr., CREMEC 5722, nos termos lançados abaixo:

“A **Resolução CFM nº 1.451/95** estabelece:

Artigo 1º - Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado. Parágrafo Primeiro - Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Parágrafo Segundo - Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

O **Parecer CREMEC 26/01** contém em sua ementa: “*O anesthesiologista de plantão em emergência deve estar disponível para dar cobertura aos casos de urgência e emergência que cheguem ao hospital necessitando dos cuidados de um especialista em anestesia*”.

A **Resolução 1.802/2006 do CFM** define:

**Art. 4º** Após a anestesia, o paciente deve ser removido para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) ou para o/a centro (unidade) de terapia intensiva (CTI), conforme o caso.

§ 1º Enquanto aguarda a remoção, o paciente deverá permanecer no local onde foi realizado o procedimento anestésico, sob a atenção do médico anesthesiologista;

§ 2º O médico anesthesiologista que realizou o procedimento anestésico deverá acompanhar o transporte do paciente para a SRPA e/ou CTI;

A **Resolução CREMEC n.º 44/2012** estabelece:

Art. 1º - Designa-se sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) uma unidade de cuidados específicos cuja função é garantir a recuperação segura da anestesia e prestar cuidados pós-operatórios imediatos a pacientes egressos das salas de cirurgias.

Parágrafo único – Os pacientes com indicação de tratamento intensivo, pacientes graves e/ou de risco devem ser encaminhados a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).

Art. 2º - Todo paciente submetido a anestesia geral, regional, bloqueio terapêutico ou sedação, deverá ser enviado à sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), salvo recomendação em contrário do anesthesiologista responsável pelo procedimento.

§ 1º – Salvo nos casos de urgência e emergência, o anesthesiologista deve avaliar a realização do procedimento se não existir previsão de leito na sala de recuperação.

Art. 6º - A equipe médica da SRPA é composta obrigatoriamente por um supervisor ou chefe e respectivo corpo clínico (médicos plantonistas), sendo que todos os membros devem ter, no Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde exercem sua profissão, registro de qualificação de especialista, preferencialmente em anesthesiologia, ou em clínica médica, cirurgia, pediatria ou medicina intensiva, ou ainda a comprovação de exercício prático em SRPA durante 05(cinco) anos ininterruptos em estabelecimentos assistenciais de saúde reconhecidos pela autoridade sanitária local.

Art. 12 - O corpo clínico deve se organizar em escalas a fim de garantir a presença do médico na unidade durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, 07 (sete) dias por semana, sendo que a proporção entre o número de médicos e o número de leitos não deve ultrapassar a relação de um médico plantonista para 12 (doze) leitos.

## **CONCLUSÃO**

### **Respostas aos quesitos:**

1 – Paciente que necessita de cirurgia de urgência e há possibilidade de se fazer em hospital secundário, mas se exige vaga de Unidade de Terapia Intensiva, sendo que não há vaga de unidade de terapia intensiva de imediato; a cirurgia DEVE ser realizada, devendo o paciente ficar na Sala de Recuperação até a sua transferência para a unidade de terapia Intensiva?

*Resposta:* Condições de exceção, caracterizadas como urgência ou emergência, com risco de morte ou agravamento da condição original do paciente, com impossibilidade de transferência deste em condições de segurança para outra unidade hospitalar que disponha de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), nos casos de pacientes com indicação de tratamento intensivo, pacientes graves e/ou de risco, podem determinar a necessidade de realização de procedimento cirúrgico. Tais situações devem ser encaradas como excepcionais e imprevistas, e não como ocorrência frequente ou previsível em qualquer unidade hospitalar do País. A Resolução CFM 1.802/2006 determina que após a anestesia, o paciente deve ser removido para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) ou para o/a centro (unidade) de terapia intensiva (CTI), conforme o caso. Citada resolução determina ainda que, enquanto aguarda a remoção, o paciente deverá permanecer no local onde foi realizado o procedimento anestésico, sob a atenção do médico anestesiológico.

2 – Após ato anestésico, o paciente deve ficar sob os cuidados na Sala de Recuperação do médico Anestesiologista ou Clínico de Plantão nos referidos hospitais, até sua transferência para a unidade de Terapia Intensiva?

*Resposta:* A Resolução CFM 1.802/2006 determina que após a anestesia, o paciente deve ser removido para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) ou para o/a centro (unidade) de terapia intensiva (CTI), conforme o caso. Citada resolução determina ainda que, enquanto aguarda a remoção, o paciente deverá permanecer no local onde foi realizado o procedimento anestésico, sob a atenção do médico anestesiológico. A resolução CREMEC 44/2012 regulamenta o funcionamento da SRPA, prevendo que os pacientes com indicação de tratamento intensivo, pacientes graves e/ou de risco devem ser encaminhados a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). Prevê ainda que o corpo clínico da SRPA (médicos plantonistas) deve ser organizado em escalas a fim de garantir a presença do médico na unidade durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, 07 (sete) dias por semana.”

Fortaleza, 12 de janeiro de 2015

Dr. Lino Antonio Cavalcanti Holanda, CREMEC 1.236  
Conselheiro Parecerista