

Tipo do documento	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.UBCME.001 – Página 1/19	
Título do documento	AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA	Emissão: 16/10/2023	Próxima revisão: 16/10/2025
		Versão: 1	

## SUMÁRIO

1	SIGLAS E CONCEITOS.....	1
2	OBJETIVOS.....	1
3	JUSTIFICATIVAS .....	3
4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO .....	3
5	HISTÓRIA CLÍNICA E EXAMES FÍSICOS.....	4
6	ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES.....	4
7	EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS.....	6
8	EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS SUBSIDIÁRIOS .....	7
9	FLUXOGRAMA.....	8
10	COMPONENTES DO EXAME DAS VIAS AÉREAS .....	9
11	FATORES DE RISCOS PARA DIFICULDADE DE VENTILAÇÃO .....	10
12	EQUIVALENTES METABÓLICOS DE CAPACIDADE FUNCIONAL .....	11
13	ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO REVISADO DE LEE.....	11
14	ESTRATIFICAÇÃO (RISCO DE MORTALIDADE).....	12
15	DROGAS E TEMPO DE SUSPENSÃO ANTES DO PROCEDIMENTO .....	12
16	PACIENTES SUBMETIDOS A INTERVENÇÃO CORONARIANA PERCUTÂNEA .....	13
17	TIPO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.....	13
18	CLASSIFICAÇÃO DAS CIRURGIAS POR RISCO .....	14
19	SÍNDROME DA FRAGILIDADE.....	15
20	ANEXO 1- TERMO DE CIÊNCIA.....	18
21	ANEXO- 2 FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA .....	19
22	REFERÊNCIAS .....	17
23	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	17

## SIGLAS E CONCEITOS

- **HUAB:** Hospital Universitário Ana Bezerra
- **APA:** Avaliação Pré-Anestésica
- **LEC:** Lista de Espera Cirúrgica

Tipo do documento	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.UBCME.001 – Página 2/19	
Título do documento	AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA	Emissão: 16/10/2023	Próxima revisão: 16/10/2025
		Versão: 1	

- **IMC:** Índice de massa corpórea
- **ASA:** American Society of Anesthesiology (em português: Sociedade Americana de Anestesiologia)
- **AOS:** Apneia Obstrutiva do Sono
- **UTI:** Unidade de terapia Intensiva
- **HAS:** Hipertensão Arterial sistêmica
- **mmHg:** Milímetros de mercúrio
- **mg/dL:** Miligrama por decilitro
- **TCLE:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- **CC:** Centro Cirúrgico
- **SRPA:** Sala de Recuperação Pós-Anestésica
- **ECG:** Eletrocardiograma
- **SNC:** Sistema Nervoso Central
- **DM:** Diabetes Mellitus
- **RX:** Raio X
- **IVAS:** Infecção das Vias Aéreas superiores
- **DPOC:** Doença Pulmonar obstrutiva Crônica
- **IAM:** Infarto Agudo do Miocárdio
- **AAS:** Ácido Acetilsalicílico
- **ACO:** Anticoncepcional oral
- **IECA:** Inibidores da enzima conversora da angiotensina
- **BRA:** Bloqueadores do receptor da angiotensina
- **AINE's:** Anti-inflamatórios não esteroides
- **MAO:** Inibidores da monoamina oxidase
- **RTU:** ressecção transuretral
- **CTI:** Centro de Terapia Intensiva
- **cm:** Centímetros
- **UCRC:** Unidade de cirurgia, Recuperação Anestésica e CME

## OBJETIVOS

- Padronizar a avaliação pré-anestésica no Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), envolvendo os pontos essenciais da anamnese e exame físico e sugerir a rotina de

Tipo do documento	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.UBCME.001 – Página 3/19	
Título do documento	AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA	Emissão: 16/10/2023	Próxima revisão: 16/10/2025
		Versão: 1	

solicitação de exames e testes pré-operatórios, de acordo com as características do paciente;

- Assegurar que o paciente seja submetido à anestesia de forma segura e reduzir os riscos de complicações Peri operatórias;
- Iniciar/otimizar tratamentos de condições clínicas potencialmente prejudiciais;
- Propiciar aumento da eficiência e qualidade no processo anestésico cirúrgico;
- Reduzir taxa de suspensão e atrasos no centro cirúrgico.

## JUSTIFICATIVAS

Segundo a resolução 1802/2006 do Conselho Federal de Medicina, recomenda-se que todo paciente antes da realização de qualquer anestesia seja submetido a Avaliação Pré-Anestésica (APA). Para procedimentos eletivos, recomenda-se que a APA seja realizada em consulta médica antes da admissão hospitalar. A APA aumenta o conhecimento do anestesiológico acerca da condição clínica do paciente, tornando-se o fundamento principal para elaboração do plano de manejo desse indivíduo no período pré-operatório.

## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

### 3.1 Critério estabelecido para que o paciente seja encaminhado ao ambulatório de APA:

- Todo paciente inserido na Lista de Espera Cirúrgica (LEC) com indicação de cirurgia após consulta inicial com cirurgião.

### 3.2 Critérios estabelecidos em que o paciente não será submetido à cirurgia eletiva:

- Pacientes com IMC igual e/ou maior que 35;
- Pacientes com classificação da ASA maior do que II e/ou estratificação de risco de mortalidade classe III e IV (tabela 5);
- Paciente com risco Apneia Obstrutiva do Sono (AOP) moderada e grave (tabela 10);
- Idosos classificados como pré-frágeis e frágeis (tabela 11);
- Paciente ou cirurgias que necessitem de UTI no pós-operatório;
- Paciente portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), com Pressão Arterial de grande descompensação (maior ou igual a 180X110 mmHg), na ocasião cirúrgica.
- Paciente que apresente histórico de 3 ou mais cirurgia abdominais.

Tipo do documento	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.UBCME.001 – Página 4/19	
Título do documento	AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA	Emissão: 16/10/2023	Próxima revisão: 16/10/2025
		Versão: 1	

### HISTÓRIA CLÍNICA E EXAMES FÍSICOS

Os pontos essenciais da anamnese e exame físico do paciente estão no formulário de avaliação pré-anestésica a ser preenchido pelo anestesiológista responsável.

Os testes pré-operatórios podem ser solicitados por vários propósitos:

- identificar uma doença ou desordem que possa afetar o cuidado perioperatório;
- avaliar uma doença conhecida, desordem ou tratamento médico ou alternativo que possa influenciar no perioperatório;
- formular planos específicos ou alternativas para o cuidado dos pacientes no perioperatório.

Qualquer avaliação, exame ou interconsulta deve ser solicitado no pré-operatório se os benefícios potenciais de tais procedimentos superarem os malefícios. Uma rotina de solicitação racional de exames pré-operatórios está associada a redução dos custos, sem comprometimento da qualidade ou segurança.

Colocamos em anexo (ANEXO I) algumas tabelas com informações relevantes para o preenchimento da referida ficha disponibilizada no final deste texto (ANEXO II).

### ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

<b>CIRURGIÃO OU MÉDICO ESPECIALISTA RESPONSÁVEL PELA TRIAGEM NO AMBULATÓRIO DO HUAB</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar 1ª consulta;</li> <li>• Examinar e avaliar o paciente;</li> <li>• Indicar tipo de cirurgia;</li> <li>• Após indicação da cirurgia, avaliar se o paciente está no perfil de inclusão ou exclusão para cirurgias realizadas no HUAB;</li> <li>• Caso o paciente enquadre-se no perfil assistencial para cirurgias realizadas no HUAB, encaminhar paciente para inserção na LEC;</li> <li>• Caso o paciente não se enquadre no perfil assistencial para cirurgias no HUAB, preencher ficha de contra referência para o município de origem;</li> <li>• Orientar o paciente e familiar sobre a cirurgia proposta, bem como seus riscos e benefícios;</li> </ul>
<b>ANESTESIOLOGISTA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar consulta pré-anestésica;</li> <li>• Examinar e avaliar o paciente;</li> <li>• Avaliar se o paciente está no perfil de inclusão ou exclusão para cirurgias realizadas no HUAB;</li> </ul>

Tipo do documento	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.UBCME.001 – Página 5/19	
Título do documento	AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA	Emissão: 16/10/2023	Próxima revisão: 16/10/2025
		Versão: 1	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar, caso necessário, avaliação complementar de outro especialista;</li> <li>• Caso o paciente enquadre-se no perfil assistencial para cirurgias realizadas no HUAB, indicar o tipo de anestesia;</li> <li>• Orientar o paciente e familiar sobre o tipo da anestesia, bem como seus riscos e benefícios;</li> <li>• Esclarecer sobre a importância do preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de forma legível e clara.</li> </ul>	
<b>UNIDADE DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inserir o paciente na LEC;</li> <li>• Agendar as consultas e exames necessários solicitados pelos especialistas;</li> <li>• Gerenciar a LEC;</li> <li>• Agendar a cirurgia, entrando em contato com o paciente para melhor escolha da data;</li> <li>• Elaborar mapa cirúrgico;</li> </ul> <p>I. Encaminhar mapa cirúrgico aos setores envolvidos no processo.</p>	
<b>JUNTA MÉDICA</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar a última consulta com o paciente pré-cirúrgico;</li> <li>• Realizar o checklist de todos exames e documentos necessários;</li> <li>• Emitir AIH (Autorização de Internação Hospitalar);</li> <li>• Orientar pacientes e familiares sobre preparo do paciente.</li> </ul>	
<b>CENTRO CIRÚRGICO</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prover material, salas cirúrgicas e equipe necessários para os tipos de procedimentos cirúrgicos propostos no mapa cirúrgico;</li> <li>• Viabilizar a realização do procedimento cirúrgico garantindo a segurança do paciente e profissional;</li> <li>• Acondicionar material anatomopatológico e encaminhar para laboratório de histopatologia;</li> <li>• Encaminhar paciente para Sala de Recuperação Pós-anestésica (SRPA);</li> <li>• Manter paciente estabilizado clinicamente durante pós-operatório imediato;</li> </ul>	

Tipo do documento	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.UBCME.001 – Página 6/19	
Título do documento	AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA	Emissão: 16/10/2023	Próxima revisão: 16/10/2025
		Versão: 1	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encaminhar paciente após alta do anestesiológista da SRPA para a enfermaria.</li> </ul>
--	--

## EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

A solicitação de exames complementares deve ser realizada de forma individualizada. A seguir seguem algumas recomendações com relação aos exames pré-operatórios mais frequentemente solicitados.

### 6.1 Eletrocardiograma (ECG)

- Pode ser solicitado em pacientes com idade superior ou igual a 40 anos e obrigatoriamente acima de 50 anos;
- Paciente com doença coronariana, arritmia, doença arterial periférica ou cerebrovascular, doença cardíaca estrutural, hipertensão arterial sistêmica e diabetes;
- Não é necessário para pacientes de rotina assintomáticos e/ou que serão submetidos a procedimentos de baixo risco.

### 6.2 Hematócrito ou Hemoglobina

- Procedimentos invasivos, cirurgias de grande porte (cirurgias de longa duração, histerectomias, endometriose profunda, perineoplastias, miomectomias, etc);
  - Comorbidades;
  - História de anemia, sangramento ou outra desordem hematológica;
- Salienta-se que o exame deve ser realizado com antecedência mínima de 1 dia do dia da cirurgia.

E que, transfusões pré-operatórias necessárias, devem ser realizadas na véspera da cirurgia, objetivando reduzir reações adversas transfusionais intraoperatórias.

### 6.3 Provas de coagulação

- Coagulopatias ou uso de anticoagulantes;
- Doença renal ou hepática;
- Cirurgias de grande porte ou invasivas com risco de sangramento.

### 6.4 Creatinina

- Pacientes com idade superior a 40 anos, obrigatoriamente aos 50 anos;
- Portadores de HAS, endocrinopatias (como o Diabetes Mellitus - DM), nefropatia (situação em que deve ser solicitada também a ureia), insuficiência hepática ou cardíaca, transplantados renais ou em uso de drogas nefrotóxicas.

Tipo do documento	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.UBCME.001 – Página 7/19	
Título do documento	AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA	Emissão: 16/10/2023	Próxima revisão: 16/10/2025
		Versão: 1	

### 6.5 Eletrólitos – sódio, potássio, cálcio

- Pacientes em uso de diurético;
- Portadores de HAS, Endocrinopatias (como o DM), nefropatia, insuficiência hepática ou cardíaca.

### 6.6 Glicemia e Hemoglobina Glicada

- Diabetes Mellitus, doenças do SNC (Sistema Nervoso Central), uso de corticosteroides, idade maior de 50 anos.

Salienta-se que cirurgias eletivas devem ser postergadas se Glicemia de jejum maior que 250 mg/dl e/ou Hemoglobina Glicada maior que 8.

### 6.7 B-HCG

- Pacientes que serão submetidas a cirurgias ginecológicas como histeroscopias, histerectomias, ooforectomias, ooforoplastias, laqueadura tubária em mulheres em idade fértil;

### 6.8 RX de Tórax

- Pacientes com idade superior ou igual a 75 anos;
- Pacientes com avaliação sugestiva de doença cardiorrespiratória;
- Tabagismo, IVAS recente (período menor ou igual a 15 dias), Asma ou DPOC

A solicitação de exames especializados (Ecocardiograma, Teste de esforço, Cintilografia Miocárdica e Espirometria) ou encaminhamento para interconsulta com especialista (Cardiologista, Pneumologista) fica a cargo do Anestesiologista que realizar a consulta pré-anestésica e com base nos achados clínicos ou resultado de exames que sugiram complementar a investigação.

## EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS SUBSIDIÁRIOS

A solicitação deve ser realizada de acordo com as características de cada paciente e o risco do procedimento.

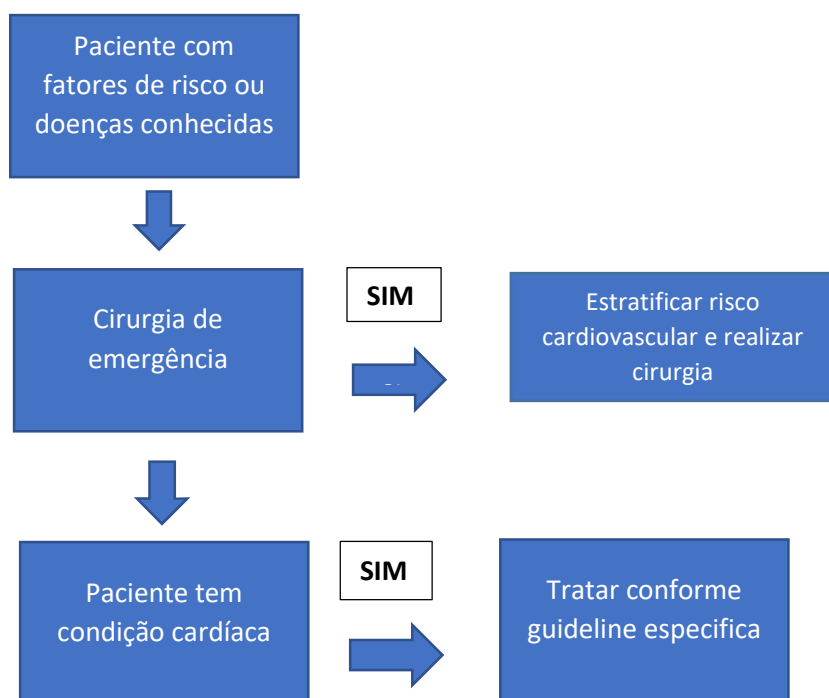
Considerando os pacientes assintomáticos, aqueles submetidos a procedimentos do tipo A não precisarão submeter-se a exames laboratoriais. Pacientes sintomáticos e/ou procedimentos dos tipos B e C, os exames laboratoriais serão indicados de modo

Tipo do documento	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.UBCME.001 – Página 8/19	
Título do documento	AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA	Emissão: 16/10/2023	Próxima revisão: 16/10/2025
		Versão: 1	

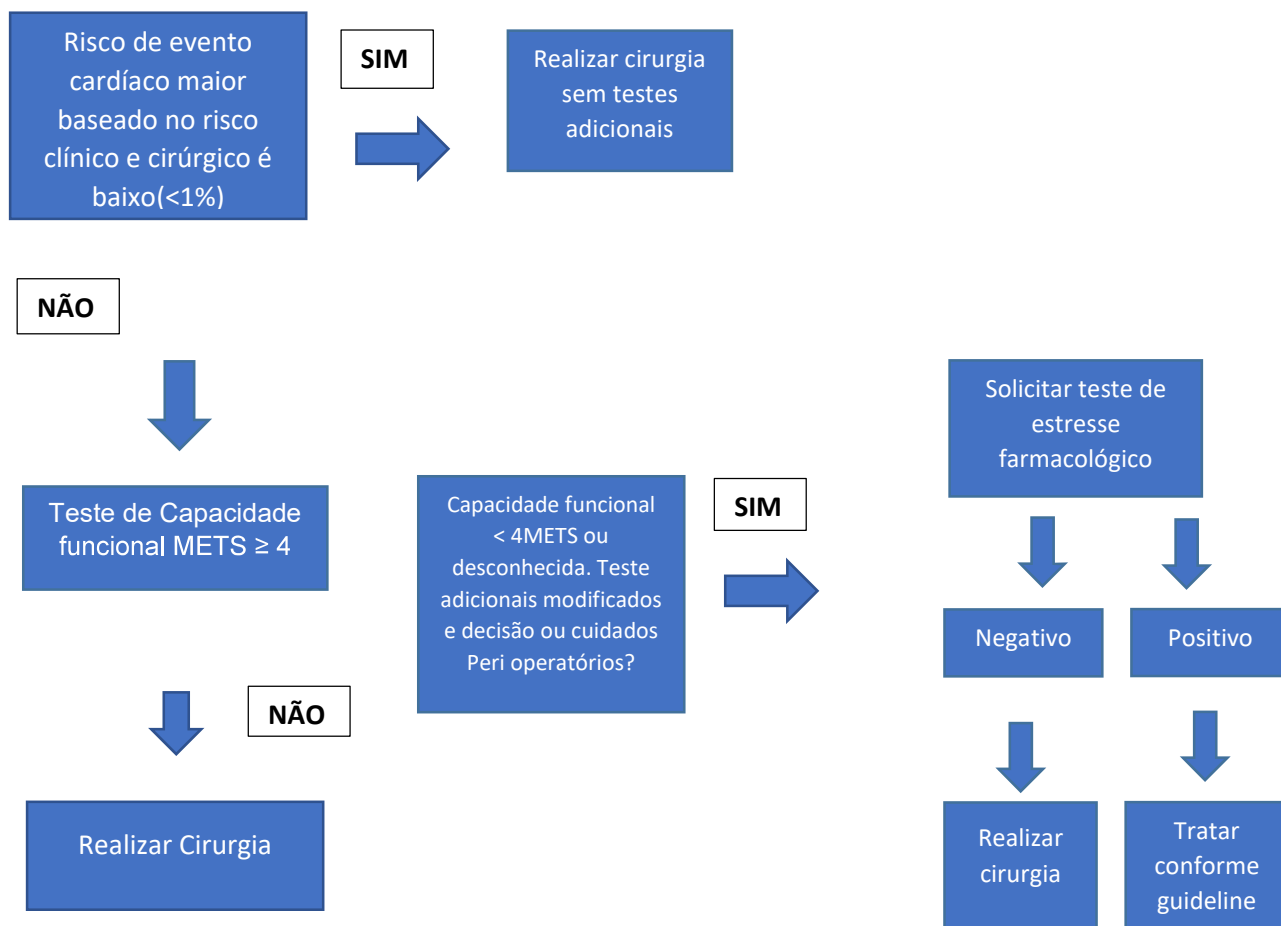
individualizado. Os resultados da avaliação pré-operatória são considerados válidos por até 06 (seis) meses, caso o paciente mantenha-se assintomático ou sem agravamento dos sintomas

## FLUXOGRAMA

### Algoritmo 1: Avaliação do paciente cardiopata para cirurgia não-cardíaca (7)



Tipo do documento	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.UBCME.001 – Página 9/19	
Título do documento	AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA	Emissão: 16/10/2023	Próxima revisão: 16/10/2025
		Versão: 1	



### COMPONENTES DO EXAME DAS VIAS AÉREAS

TABELA 1: Componentes do exame das vias aéreas

Componentes do exame das vias aéreas
Tamanho dos incisivos superiores
Condições dos dentes
Relação entre os incisivos superiores e inferiores
Capacidade de avançar a mandíbula
Distância interincisivos

Tipo do documento	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.UBCME.001 – Página 10/19	
Título do documento	AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA	Emissão: 16/10/2023	Próxima revisão: 16/10/2025
		Versão: 1	

Não visibilidade da úvula
Presença de pelos faciais densos
Complacência do espaço mandibular
Distância tireomento
Comprimento do pescoço
Circunferência do pescoço
Mobilidade da cabeça e pescoço

OBS: A presença de qualquer um desses componentes caracteriza-se como uma via aérea difícil, porém a avaliação deverá ser individualizada.

### FATORES DE RISCOS PARA DIFICULDADE DE VENTILAÇÃO

TABELA 2: Fatores de riscos para dificuldade de ventilação

Fatores de riscos para dificuldade de ventilação	
Apneia obstrutiva	Anomalias congênitas da cabeça e pescoço
História de ronco	Artrite reumatoide
Obesidade	Síndrome de Down
Aumento da circunferência cervical (> 43 cm em homem e 41cm em mulher)	Inabilidade em projetar a mandíbula ou dentes inferiores além dos dentes superiores
Distância tireomento menor que 7cm com extensão cervical máxima	Deformidade faciais e cervicais decorrentes de cirurgias prévias
Índice de Mallampati III ou IV	Irradiação prévia de cabeça e pescoço
Língua grande	Trauma de cabeça e pescoço
Esclerodermia	Doenças ou cirurgia prévia da coluna cervical

Tipo do documento	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.UBCME.001 – Página 11/19	
Título do documento	AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA	Emissão: 16/10/2023	Próxima revisão: 16/10/2025
		Versão: 1	

## EQUIVALENTES METABÓLICOS DE CAPACIDADE FUNCIONAL

TABELA 3: Equivalentes metabólicos de capacidade funcional

Equivalentes metabólicos de capacidade funcional	
MET	Nível de exercício equivalente
1	Comer, trabalhar no computador ou se vestir
2	Descer escadas, caminhar em casa ou cozinhar
3	Andar um ou dois quarteirões em terreno plano
4	Subir uma colina. Correr curta distância. Trabalho pesado em casa
5	Subir um lance de escada, dançar ou andar de bicicleta
6	Jogar golfe ou carregar os tacos de golfe
7	Jogar tênis sozinho
8	Subir escadas rapidamente ou correr lentamente
9	Pular corda devagar ou andar de bicicleta moderadamente
10	Nadar rapidamente ou correr
11	Esquiar ou jogar basquete
12	Correr rapidamente por moderadas a longas distâncias

OBS: Quanto maior a pontuação maior a capacidade funcional do paciente.

## ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO REVISADO DE LEE

TABELA 4: Índice de risco cardíaco revisado de Lee

Índice de risco cardíaco revisado de Lee	
PONTOS	ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO REVISADO DE LEE
1	Cirurgia de alto risco (Intra-abdominal, intratorácica ou vascular supra inguinal)
1	Doença cardíaca isquêmica (IAM prévio, onda Q patológica, angina ou TE anormal)
1	Insuficiência Cardíaca
1	Doença Cerebrovascular
1	DM necessitando de terapia com insulina

Tipo do documento	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.UBCME.001 – Página 12/19	
Título do documento	AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA	Emissão: 16/10/2023	Próxima revisão: 16/10/2025
		Versão: 1	

1	Creatinina maior que 2mg/dL
---	-----------------------------

OBS: Quanto maior a pontuação maior o risco cardíaco.

### ESTRATIFICAÇÃO (RISCO DE MORTALIDADE)

TABELA 5: Estratificação (Risco de Mortalidade)

Estratificação (Risco de Mortalidade)
Classe I (0 pontos): 0,4%
Classe II (1 ponto): 1%
Classe III ( 2 pontos): 7%
Classe IV: ( maior ou igual a 3 pontos): 11%

### DROGAS E TEMPO DE SUSPENSÃO ANTES DO PROCEDIMENTO

Tabela 6: drogas e tempo de suspensão antes do procedimento

Drogas e tempo de suspensão antes do procedimento			
DROGA	TEMPO	DROGA	TEMPO
AAS	Não interromper	ACO	Não interromper
Clopidrogel**	7 dias	Drogas para doenças psiquiátricas	Não interromper
Ticlopidina**	14 dias	Colírios	Usar no dia
Warfarina	4 dias	Drogas para DRGE	Não interromper
B- bloqueador	Não interromper	Drogas para Asma	Não interromper
IECA e BRA	Individualizar	Corticoides	Não interromper
Diurético	Interromper no dia	Medicamentos tópicos	
Hipoglicemiante oral	Interromper 24h antes	Sildenafil ou similares	Interromper 24h antes
Estatinas	Não interromper	Inibidores da cox-2	Não interromper
Digoxinas	Não interromper	AINE's (não seletivo)	Interromper 48h antes
Drogas para doença de tireoide	Não interromper	Inibidores da MAO	Não interromper***

\*\* Vide recomendações específicas a seguir no caso de portadores de Stent.

\*\*\* Selecionar drogas anestésicas com cuidado pelo risco de síndrome serotoninérgica maligna.

Tipo do documento	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.UBCME.001 – Página 13/19	
Título do documento	AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA	Emissão: 16/10/2023	Próxima revisão: 16/10/2025
		Versão: 1	

## PACIENTES SUBMETIDOS A INTERVENÇÃO CORONARIANA PERCUTÂNEA

Tabela 7. Pacientes submetidos a intervenção coronariana percutânea

PACIENTES SUBMETIDOS A INTERVENÇÃO CORONARIANA PERCUTÂNEA	
Procedimento	Tempo para procedimento eletivo*
Angioplastia por balão	14 dias
Angioplastia com stent convencional	30 dias
Angioplastia com stent farmacológico	365 dias**

\*Esse tempo é o mínimo recomendado para a descontinuação de terapia antiplaquetária dual.

A suspensão da mesma deve ser evitada se o risco de trombose do stent for maior que o de sangramento. \*\* Situações em que o risco do atraso adicional do procedimento for maior que o de trombose do stent, a interrupção da terapia dual pode ser considerada após 180 dias, discutindo-se a conduta com cardiologista assistente, cirurgião, anestesiolista e paciente.

## TIPO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

TABELA 8: Tipo de procedimento 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 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.

Tipo do documento	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.UBCME.001 – Página 14/19	
Título do documento	AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA	Emissão: 16/10/2023	Próxima revisão: 16/10/2025
		Versão: 1	

## CLASSIFICAÇÃO DAS CIRURGIAS POR RISCO

TABELA 10: Classificação das cirurgias por risco

Classificação das cirurgias por risco		
BAIXO RISCO Complicações <1%	RISCO INTERMEDIÁRIO Complicações 1-5%	ALTO RISCO Complicações ≥5%
Cirurgias superficiais Mama Dentária Tireoide Ocular Reconstructiva Carotídica assintomática (STENT ou Endarterectomia) Ginecológica menor Ortopédicas cirurgias Reconstructivas 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 Intratorácica 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.

Tabela 10: STOP -BANG

PERGUNTAS:		
Você ronca alto? (Alto o suficiente que pode ser ouvido através de portas fechadas ou seu companheiro cutuca á noite para parar de roncar)?	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Você frequentemente se sente cansado, exausto ou sonolento durante o dia (como, por exemplo, adormecer enquanto dirige)?	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Alguém observou que você para de respirar ou engasga/fica ofegante durante o seu sono?	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
IMC ≥ 35 kg/m <sup>2</sup>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Idade acima de 50 anos	<b>Sim</b>	<b>Não</b>

Tipo do documento	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.UBCME.001 – Página 15/19	
Título do documento	AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA	Emissão: 16/10/2023	Próxima revisão: 16/10/2025
		Versão: 1	

Circunferência do pescoço:		
Homem ≥ 43cm, Mulher ≥ 41 cm	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Sexo masculino	<b>Sim</b>	<b>Não</b>

### Para a população geral

- **Baixo risco de AOS (apneia obstrutiva do sono):** Sim para 0 a 2 perguntas.
- **Risco intermediário de AOS:** Sim para 3 a 4 perguntas.
- **Risco alto de AOS:**

Sim para 5 a 8 perguntas;

Ou sim para 2 ou mais das 4 perguntas iniciais + sexo masculino;

Ou sim para 2 ou mais das 4 perguntas iniciais + IMC > 35 kg/m<sup>2</sup>;

Ou sim para 2 ou mais das 4 perguntas iniciais + circunferência do pescoço (43 cm em homens, 41 cm em mulheres).

### **SÍNDROME DA FRAGILIDADE**

Tabela 11: Síndrome da fragilidade

Síndrome da fragilidade		
Perda de peso não intencional	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Exaustão avaliada por autor relato de fadiga	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Diminuição da preensão manual	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Baixo nível de atividade física	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Diminuição da velocidade de caminhada	<b>Sim</b>	<b>Não</b>

Sem fragilidade: 0 ponto

Fragilidade intermediária (pré-frágil: 1-2 pontos)

Tipo do documento	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.UBCME.001 – Página 16/19	
Título do documento	AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA	Emissão: 16/10/2023	Próxima revisão: 16/10/2025
		Versão: 1	

Frágil: 3-5 pontos

<b>ASA</b>	<b>Caracterização</b>
I	Saúde normal.
II	Doença sistêmica leve. Ex.: HAS.
III	Doença sistêmica grave, não incapacitante.
IV	Doença sistêmica grave, incapacitante, com ameaça grave à vida.
V	Paciente moribundo, com expectativa de sobrevida mínima, independente da cirurgia.
VI	Doador de órgãos (cadáver).

Cirurgia de emergência acrescenta-se a letra "E" após cada classificação do estado físico.

Tipo do documento	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.UBCME.001 – Página 17/19	
Título do documento	AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA	Emissão: 16/10/2023	Próxima revisão: 16/10/2025
		Versão: 1	

## REFERÊNCIAS

American Society of Anesthesiologists. ASA Physical Status Classification System. RESOLUÇÃO CFM N° 2.174/2017

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

## HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1.0	16/10/2023	Elaboração do PROTOCOLO

<p><b>Elaborado por</b></p> <p>Hilza Isauene Brilhante de Medeiros Técnica em Enfermagem</p> <p>Lana Rose Cortez De Farias Enfermeira</p> <p>Lucas Lima Pimenta Médico Anestesiologista</p> <p>Luiza Panosso de Macedo Médica Anestesiologista</p> <p>Quênia Camille Martins Soares Chefe Divisão de Enfermagem</p> <p>Rachel de Alcântara Oliveira Ramalho Borges Médica Anestesiologista</p> <p>Roberta Rodrigues de Carvalho Médica Anestesiologista</p>	<p><b>Assinado Eletronicamente via SEI</b></p>
<p><b>Validação por</b></p> <p>Vanessa Freires Maia Setor de Gestão da Qualidade</p>	<p><b>Assinado Eletronicamente via SEI</b></p>
<p><b>Aprovação</b></p> <p>Flávia Andreia Pereira Soares dos Santos Gerente de Atenção à Saúde</p>	<p><b>Assinado Eletronicamente via SEI</b></p>

*Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte*

Tipo do documento	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.UBCME.001 – Página 18/19	
Título do documento	AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA	Emissão: 16/10/2023	Próxima revisão: 16/10/2025
		Versão: 1	

## ANEXO 1- TERMO DE CIÊNCIA

### TERMO DE CIÊNCIA

#### TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

O presente termo tem o dever ético de comprovar as informações prestadas ao paciente e/ou responsável médico anesthesiologista dos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao(s) qual(is) será submetido.

*DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE*

Autorizo o(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_ ou outro anesthesiologista por ele indicado a realizar o procedimento anestésico ou outros que considere necessários frente a situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, inclusive transfusão de sangue.

A proposta do procedimento anestésico a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos inerentes, complicações e potenciais alternativas me foram explicados claramente.

Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente e de receber esclarecimentos necessários à minha compreensão dos aspectos ligados ao ato anestésico ao qual serei submetido.

Declaro que nada omiti em relação à minha saúde e hábitos nas informações que forneci e que foram transcritas para a ficha de avaliação pré-anestésica.

Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, que o anesthesiologista exerce atividade de meio, mas, que o mesmo obriga-se a prestar seus serviços com zelo e diligência, utilizando todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital, em busca dos melhores objetivos possíveis.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi dada a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse. A presente declaração foi lida e compreendida em todos os seus termos.

#### RISCOS ADICIONAIS ESPECÍFICOS DO PACIENTE

#### PACIENTE / RESPONSÁVEL

Nome:
Cruza de parentesco:
Data de nascimento:
Assinatura:

*DEVE SER PREENCHIDO PELO ANESTESILOGISTA*

Expliquei o procedimento anestésico ao paciente acima identificado e/ou responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo(s) mesmo(s), de acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Nome Médico Responsável:	CRM:
Cidade:	Data:
	Hora:

Assinatura (Carimbo)

Tipo do documento	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.UBCME.001 – Página 19/19	
Título do documento	AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA	Emissão: 16/10/2023	Próxima revisão: 16/10/2025
		Versão: 1	

### ANEXO- 2 FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ ANETÉSICA

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>					
NOME		IDADE		SEXO <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	
DIAGNÓSTICO			CIRURGIA PROPOSTA		
CIRURGIÃO				DATA DA CIRURGIA	
<b>ANAMNESE</b>					
DOR PRECORDIAL		INSUFICIÊNCIA RENAL		LABORATÓRIO:	
INFARTO < 3m / 3-6 / > 9m		DIABETES		Hb	
HAS		TINEOIDOPATIAS		URÉIA	
ARRITMIA / TAQUICARDIA		HEPATITE		CREATININA	
CONVULSÕES		HIV		Na	
LOMBALGIAS		CHAGAS		K	
LABIRINTOPATIAS		FEBRE POS CIRURGIA		GLUCEMIA	
ASMA / BRONQUITE		DISPNEIA		DPOC	
DPOC		ALERGIA AO LÁTEX		COAGULOGRAMA	
TABAGISMO		ANTECEDENTES ANESTÉSICO CIRÚRGICOS		TS	
ETILISMO				TC	
DROGAS				TP	
GRIPE / FEBRE RECENTE				BNR	
				TTPA	
ALERGIA A MEDICAMENTOS QUAIS:			MEDICAMENTOS EM USO:		
<b>EXAME FÍSICO</b>					
PESO		ALTURA		PA	
FC		FR			
MALLAMPGETI		DENTES:		PRÓTESE DENTÁRIA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
AUSCULTA PULMONAR					
AUSCULTA CARDÍACA					
AVALIAÇÃO DO RISCO ANESTÉSICO					
ASA <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> E		LIBERADO PARA CIRURGIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
<b>OBSERVAÇÕES E CONDUTAS</b>					
<b>PRESCRIÇÃO</b>		<b>MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA</b>		<b>RESERVA</b>	
		VÉSPERA DA CIRURGIA		UTI <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
		NO DIA DA CIRURGIA		SANGUE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
MÉDICO: _____		CRM: _____		DATA: ____/____/____	

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO NORTE  
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000  
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Certidão

Processo nº 23527.009453/2021-09

Interessado: Unidade de Bloco Cirúrgico e Processamento de Material  
Esterilizado

**CERTIDÃO DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS CORRESPONDENTE AO DOCUMENTO  
PRT.UBCME.001 AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA ( 37520348):**

**ELABORADO POR**

HILZA ISAUENE BRILHANTE DE MEDEIROS

TÉCNICA EM ENFERMAGEM

LANA ROSE CORTEZ DE FARIAS

ENFERMEIRA

LUCAS LIMA PIMENTA

MÉDICO ANESTESIOLOGISTA

LUIZA PANOSSO DE MACEDO

MÉDICA ANESTESIOLOGISTA

QUÊNIA CAMILLE MARTINS SOARES

CHEFE DIVISÃO DE ENFERMAGEM

**ASSINADO ELETRONICAMENTE  
VIA SEI**

<p>RACHEL DE ALCÂNTARA OLIVEIRA RAMALHO BORGES</p> <p>MÉDICA ANESTESIOLOGISTA</p> <p>ROBERTA RODRIGUES DE CARVALHO</p> <p>MÉDICA ANESTESIOLOGISTA</p>	
<p><b>VALIDAÇÃO POR</b></p> <p>VANESSA FREIRES MAIA</p> <p>SETOR DE GESTÃO DA QUALIDADE</p>	<p><b>ASSINADO ELETRONICAMENTE VIA SEI</b></p>
<p><b>APROVAÇÃO</b></p> <p>FLÁVIA ANDREIA PEREIRA SOARES DOS SANTOS</p> <p>GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE</p>	<p><b>ASSINADO ELETRONICAMENTE VIA SEI</b></p>



Documento assinado eletronicamente por **Rita Berenice da Silva Costa, Chefe de Unidade**, em 20/03/2024, às 11:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Hilza Isauene Brilhante de Medeiros, Técnico(a) em Enfermagem**, em 20/03/2024, às 12:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rachel de Alcântara Oliveira Ramalho Borges, Médico(a)**, em 21/03/2024, às 13:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mirley Cristina Viana Martins de Oliveira, Enfermeiro(a)**, em 25/03/2024, às 15:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lucas Lima Pimenta, Médico(a)**, em 26/03/2024, às 10:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Roberta Rodrigues de Carvalho, Médico(a)**, em 28/03/2024, às 14:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Vanessa Freires Maia, Enfermeiro(a)**, em 12/04/2024, às 11:14, conforme horário oficial de



Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos, Gerente**, em 12/04/2024, às 11:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Luiza Panosso Macedo, Médico(a)**, em 18/04/2024, às 10:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Lana Rose Cortez de Farias, Enfermeiro(a)**, em 26/04/2024, às 14:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Quênia Camille Soares Martins, Chefe de Divisão**, em 29/04/2024, às 15:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **37512828** e o código CRC **EA7468FE**.

---