



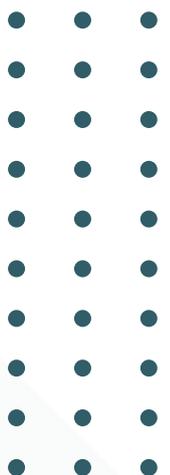
MANUAL DE BOAS PRÁTICAS PARA O ORTOPEDISTA DE OMBRO E COTOVELO

ILDEU ALMEIDA, LEONARDO EMÍLIO E SANDRO REGINALDO

RUMO À EXCELÊNCIA ORTOPÉDICA:
UM GUIA PRÁTICO PARA ESPECIALISTAS


SBCOC
SOCIEDADE BRASILEIRA DE
CIRURGIA DO OMBRO E COTOVELO


35
anos





SBCOC

SOCIEDADE BRASILEIRA DE
CIRURGIA DO OMBRO E COTOVELO

MANUAL DE BOAS PRÁTICAS PARA O ORTOPEDISTA DE OMBRO E COTOVELO

ILDEU ALMEIDA, LEONARDO EMÍLIO E SANDRO REGINALDO

RUMO À EXCELÊNCIA ORTOPÉDICA:
UM GUIA PRÁTICO PARA ESPECIALISTAS


SBCOC
SOCIEDADE BRASILEIRA DE
CIRURGIA DO OMBRO E COTOVELO



**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Manual de boas práticas para o ortopedista de
ombro e cotovelo : rumo à excelência ortopédica :
um guia prático para especialistas. --
São Paulo : Sociedade Brasileira de Cirurgia
do Ombro e Cotovelo - SBCOC, 2023.

Vários autores.
ISBN 978-65-981815-0-5

1. Consulta médica 2. Cotovelos - Cirurgia
3. Médico e paciente - Aspectos morais e éticos
4. Ombros - Cirurgia.

23-179865

CDD-617.572075

Índices para catálogo sistemático:

1. Ombros : Cotovelos : Ortopedia : Medicina
617.572075

Cibele Maria Dias - Bibliotecária - CRB-8/9427

7

INTRODUÇÃO

37

CAPÍTULO 4

PREENCHENDO A
FOLHA CIRÚRGICA
E DESCRIÇÃO
CIRÚRGICA

56

CAPÍTULO 7

CONSULTA MÉDICA

91

CAPÍTULO 11

SEGURANÇA
DO PACIENTE
(CHECKLIST)

10

CAPÍTULO 1

TERMO DE
CONSENTIMENTO
LIVRE E
ESCLARECIDO

41

CAPÍTULO 5

CODIFICAÇÃO
E SOLICITAÇÃO
DE MATERIAIS,
RELACIONAMENTO
COM A INDÚSTRIA,
AUDITORIA MÉDICA
E JUNTA MÉDICA

63

CAPÍTULO 8

A IMPORTÂNCIA
DA CONSULTA
PRÉ-ANESTÉSICA

100

CAPÍTULO 12

O PÓS-OPERATÓRIO

18

CAPÍTULO 2

DOCUMENTOS
MÉDICOS

41

CAPÍTULO 5

CODIFICAÇÃO
E SOLICITAÇÃO
DE MATERIAIS,
RELACIONAMENTO
COM A INDÚSTRIA,
AUDITORIA MÉDICA
E JUNTA MÉDICA

80

CAPÍTULO 9

AUTONOMIA
DO MÉDICO E
DO PACIENTE

104

CAPÍTULO 13

ALTA MÉDICA

48

CAPÍTULO 6

CONSULTA/
ORIENTAÇÕES
CONSIDERAÇÕES
PRÉ-OPERATÓRIAS

85

CAPÍTULO 10

RELAÇÃO
ENTRE MÉDICOS:
ASPECTOS
ÉTICOS E LEGAIS

30

CAPÍTULO 3

PREENCHENDO A
GUIA CIRÚRGICA

**SU
MÁ
RIO**

FICHA TÉCNICA

ANGELO FLÁVIO ADAMI

CRM 18795

- MÉDICO ESPECIALISTA (RQE):
GASTROENTEROLOGIA, ENDOSCOPIA,
HEPATOLOGIA E NUTRIÇÃO.
- CONSELHEIRO DO CRM/MG 2013-2018,
2018-2023, 2023-2025.
- MEMBRO DA EQUIPE DE TRANSPLANTES
DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE ITAJUBÁ

ANGELO FLÁVIO ADAMI FILHO

OAB/MG 223.731.

- ADVOGADO, PÓS-GRADUANDO
EM DIREITO MÉDICO

BRUNA SILVIANO B. VIANNA

- RQE EM ANESTESIOLOGIA
- TEA - SBA
- ANESTESIOLOGISTA BIOCOR / REDE D'OR

CÍCERO DE LIMA RENA

- PROFESSOR DA FACULDADE
DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE JUIZ DE FORA
- MESTRE EM TÉCNICA CIRÚRGICA
E CIRURGIA EXPERIMENTAL
PELA UFMG
- DOUTOR EM CIRURGIA
ABDOMINAL PELA UFMG
- ESPECIALISTA EM CIRURGIA
GERAL - RQE
- ESPECIALISTA EM CIRURGIA
PEDIÁTRICA - RQE
- CONSELHEIRO DO CONSELHO
REGIONAL DE MEDICINA DO
ESTADO DE MINAS GERAIS

ILDEU AFONSO DE ALMEIDA FILHO

- PRESIDENTE SBCOC 2019
- CONSELHEIRO CRMMG 2018-2028
- CLINICAL & RESEARCH FELLOW -
NOTTINGHAM - UK
- CIRURGIÃO DE OMBRO - HOSPITAL
FELÍCIO ROCHO E INSTITUTO ORIZONTI

LEONARDO EMÍLIO DA SILVA

- DIRETOR DE DEFESA
PROFISSIONAL DO COLÉGIO
BRASILEIRO DE CIRURGIÕES
- MESTRE E DOUTOR EM CIRURGIA
GERAL FM SANTA CASA
DE SÃO PAULO/SP
- DOUTOR EM BIOÉTICA
UNIVERSIDADE DO PORTO/PT
- DIRETOR CIENTÍFICO DO CREMEGO
- CONSELHEIRO DE GOIÁS - CFM

MICHELLE NACUR LORENTZ

- RQE - ANESTESIOLOGIA
- TSA-SBA
- MESTRE PELA UFMG
- INSTRUTORA SAVA
- CONSELHEIRA CRMMG
- ANESTESIOLOGISTA BIOCOR/ REDE D'OR

SANDRO DA SILVA REGINALDO

- PRESIDENTE DA SBCOC 2023
- MESTRE EM ORTOPEDIA PELA
FCM DA SANTA CASA
DE SÃO PAULO - SP
- COORDENADOR DA ORTOPEDIA
DO HOSPITAL EINSTEIN GOIÂNIA
- CHEFE DO SERVIÇO DE OMBRO
E COTOVELO DO HC DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
DE GOIÁS.

PROJETO GRÁFICO E EDITORAÇÃO -
DANILO FATTORI FAJANI • PREDICADO COMUNICAÇÃO





INTRODUÇÃO

LEONARDO EMÍLIO DA SILVA

As organizações e os profissionais do setor da saúde já gozam de imenso reconhecimento de sua capacidade técnica e de realização, no entanto podemos também ser reconhecidos pela atuação na consolidação de um ambiente de negócios em que todos competem em igualdade de condições, em conformidade com a legislação vigente e as melhores práticas de governança corporativa, contribuindo para o desenvolvimento sustentável do país.

É reconhecido que problemas comuns exigem iniciativas também comuns, em especial quando se busca ampliar o conhecimento em temas como: integridade, transparência, combate à corrupção e compliance. Entendemos que só através de uma atuação coletiva é que se pode potencializar o impacto de ações individuais.

Neste contexto, a Sociedade Brasileira de Ombro e Cotovelo, reconhecendo a importância e o papel de cada uma na construção conjunta de um setor da saúde íntegro, transparente e ético, firmam esse manual de princípios para combinar esforços em ações concretas que visem à formação do profissional da saúde dentro dos mais altos padrões de conformidade e combate à corrupção e ao desenvolvimento do mercado da saúde no Brasil.

A área da saúde tem grande diversidade e multiplicidade de atores como: planos e sistemas de saúde, hospitais, fornecedores de suprimentos, pacientes, profissionais da saúde e governo, que se comunicam e inter-relacionam.

O Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina (CFM) - Resolução CFM Nº 2.217/2018 é um conjunto de princípios que estabelece os limites, os compromissos e os direitos assumidos pelos médicos no exercício da profissão. as principais tendências na área. Entre elas estão, por exemplo, o respeito à autonomia do paciente e à preservação do sigilo médico. Esse conjunto de princípios são fiéis às diretrizes norteadoras estabelecidas na Constituição Federal de 1988, baseadas na dignidade humana e na medicina como a arte do cuidar.

Compliance – do inglês “to comply with” – é comumente entendida como estar em conformidade com leis e regulamentos externos e internos de qualquer instituição, pública ou privada.

Cada vez mais, temas éticos e judiciais entram na pauta de discussões na Medicina — e a resolução desses dilemas é o objetivo central do compliance na saúde.

Na área da saúde, ele significa estar em conformidade com leis, códigos de ética e diretrizes, sejam elas internas ou externas. Nesse setor, o compliance é geralmente garantido por um departamento específico, que fiscaliza os demais para adequá-los à regulação vigente.

Neste artigo, você saberá por que o compliance na saúde vem se tornando cada vez mais fundamental para o médico e as empresas do ramo. Desde consultórios individuais até grandes clínicas, o conceito pode





ser aplicado para garantir o respeito às normas e ao nosso Código de Ética Médica.

No Brasil, com o advento da lei nº 12.846/2013 que instituiu a responsabilização objetiva administrativa e civil das pessoas jurídicas, o tema compliance ganhou um novo peso, uma vez que a lei despertou grande interesse e atenção sobre o tema do combate à corrupção, o qual continua motivando intensas discussões no mercado brasileiro, sobretudo diante da preocupação das empresas quanto à possibilidade de arcar com pesadas sanções no âmbito de um processo administrativo de responsabilização (PAR).

Qualquer iniciativa que vise ao combate à corrupção demanda o uso de ferramentas e mecanismos que promovam transparência e processos participativos, fortalecendo decisões técnicas e eficientes e o controle e monitoramento adequados.

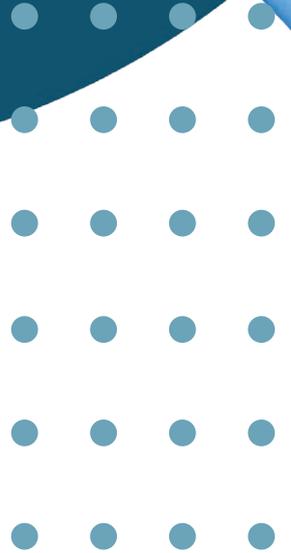
A mudança cultural precisa se consolidar como um processo de transformação sustentável passando necessariamente pelo desafio ao status quo, bem como o fomento à implementação de uma nova cultura no mercado, que privilegie padrões éticos e transparência como valores fundamentais e inegociáveis.





[CAPÍTULO 1]

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO





TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ILDEU AFONSO DE ALMEIDA FILHO

O Art. 46 do Código de Ética Médica determina que, “É vedado ao médico: Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu representante legal, salvo em iminente perigo de vida”.

Na mesma linha, o Art. 59 determina que “É vedado ao médico: Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu representante legal”.

A Medicina Ocidental desde seus primórdios, na Grécia antiga, era exercida sob a ética das virtudes preconizadas pela escola hipocrática, que se pauta na velha tradição do paternalismo clínico, na qual o paciente não decide nada, obedece ao médico, sem participar diretamente do processo decisório sobre o tratamento a ser realizado.

Com o avanço da cultura dos direitos humanos e com o vertiginoso desenvolvimento tecnológico da medicina clínica, surgiram os procedimentos médicos mais intervencionistas e resolutivos, porém com maiores poten-



ciais de complicações bem como iatrogenias. Esse tópico tornou-se objeto de grandes preocupações dentro e fora da profissão médica nos dias atuais.

Os artigos 46 e 59 do Código de Ética Médica, ora em destaque, determinam que todos nós, médicos brasileiros, estamos impedidos de executar procedimentos diagnósticos ou terapêuticos sem o devido e adequado esclarecimento ao paciente, cuja finalidade é a de obter seu livre consentimento, salvo, é claro, se estiver em iminente risco de morte.

Há que se considerar também que todo paciente em idade adulta e no pleno exercício das suas capacidades mentais, tem o direito de determinar o que será feito com o seu próprio corpo, de proteger a inviolabilidade de sua pessoa, podendo escolher o tipo de tratamento entre aqueles disponíveis. É o direito à autodeterminação e o exercício da autonomia.

A Recomendação CFM No 1/2016 Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica.

O Consentimento livre e esclarecido (CLE) consiste no ato de decisão, concordância e aprovação do paciente ou de seu representante, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados; é a autorização do paciente obtida pelo profissional para a realização de procedimento médico. É condição indispensável da relação médico-paciente contemporânea. Trata-se de uma decisão voluntária, verbal ou escrita, protagonizada por uma pessoa autônoma e capaz, tomada após processo informativo, para aceitação de um tratamento específico consciente dos seus riscos, benefícios e possíveis conseqüências. Importante ainda considerar que as in-





formações e os esclarecimentos do médico, na obtenção do consentimento do paciente, são fundamentais para que o processo ocorra livre de influência ou vício; E mais, que são necessárias orientações éticas complementares sobre a obtenção do consentimento em situações especiais como emergências, recusa, possibilidade de transtornos psicológicos oriundos da informação, preexistência de transtornos mentais e riscos para a saúde pública;

Há nos meios acadêmicos, da ética profissional e jurídica, acirrada discussão sobre quando formalizar o CI a termo (documento escrito, acordado e assinado entre médico e paciente) ou em que situações faz-se necessário obtê-lo de forma verbal, mas grafado resumidamente no prontuário médico.

À luz do judiciário, há o entendimento francamente majoritário de que o CI deva ser escrito. Sobre isso nos ensina o desembargador do Tribunal de Justiça da Bahia e professor de Direito Paulo Furtado: “Em Direito, costuma-se dizer que os autos são o mundo do juiz. O que não está nos autos não está no mundo. Dentro deste contexto, imprescindível a comprovação do consentimento e a prova da informação”.

Nesta mesma linha, o jurista Miguel Kfoury Neto afirma: “O CI insere-se no âmbito dos direitos humanos fundamentais. Deverá ser documentado e registrado, sob pena de o profissional ver-se impossibilitado de provar a efetiva obtenção do assentimento do enfermo – fato que também poderá redundar em conseqüências gravosas, no âmbito da responsabilidade civil. Quanto mais complexo ou arriscado o ato, maiores cuidados deverão ser adotados, para se documentar a aquiescência do paciente”. Com a saúde não se pode transigir. É dever imposto ao médico, por imperativo ético-moral,

informar o paciente e dele obter adesão livre e espontânea à terapêutica recomendada”.

O que se discute, hoje, no âmbito da ética médica é quando elaborar o CI a termo (documento escrito, acerca das informações que foram apresentadas e esclarecidas com o paciente para posterior assinatura de ambos) ou quando apenas obtê-lo verbalmente.

A Resolução CFM nº 10/96 decidiu que “o médico deve esclarecer o paciente sobre as práticas diagnósticas e terapêuticas, conforme preceitua o Código de Ética Médica, não sendo considerada obrigatória a fixação do termo escrito, mas admite que tal consentimento possa ser registrado pelo médico no prontuário”.

O Cremeb se pronuncia sobre o assunto no Parecer nº 86620/02, que diz: “O CI, para ser legal, deve descrever as práticas médicas indicadas, em linguagem clara, objetiva, acessível ao paciente, ou seu representante legal; não pode ser excludente de responsabilidade. O documento deve prever a sua renovação e revogação”.

Analisando inúmeros documentos do CFM e de Conselhos Regionais, sob o prisma da ética profissional, predomina o seguinte entendimento sobre o CI: que o paciente tenha recebido informação completa e adequada para o seu livre consentimento; referi-lo resumidamente no prontuário médico; de forma geral, o CI escrito, formal, fica limitado aos procedimentos invasivos e a situações extraordinárias como o internamento hospitalar. É desnecessário o CI escrito na prática clínica ordinária: consultas, prescrição de remédio usual, aplicação de uma injeção, exames físicos ou laboratoriais. Nestas circunstâncias, seria estabelecer uma burocracia excessiva e prejudicial à prática clínica.

Vale ressaltar que o CI escrito é obrigatório quando se





tratar de pesquisas com seres humanos. Tal determinação encontra-se regulamentada na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Finalizando, tem-se que o CI obtido de forma correta legítima e fundamenta o ato médico. Mais do que isso, consolida a relação médico-paciente, tornando-a mais igualitária e cidadã. Ao reconhecer o paciente como ser autônomo, livre e merecedor de respeito, o médico estará criando um ambiente gerador de empatia, confiança e esperança, os quais constituem remédios mais potentes e indispensáveis à ciência médica.

Vale lembrar que a Sociedade Brasileira de Cirurgia do Ombro e Cotovelo elaborou Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para os principais procedimentos da especialidade. Tais termos, os quais foram analisados pelo jurídico e escritos de forma clara e palatável ao paciente, contemplam as principais complicações descritas na literatura médica.

Os termos estão disponíveis para consulta e impressão no Site da SBCOC e foram elaborados para os procedimentos de Tratamento cirúrgico das fraturas do úmero proximal, artroplastias do ombro, tratamento das instabilidades e para o reparo das lesões do manguito rotador.

Orientações para a elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

“O consentimento livre e esclarecido encontra-se em constante evolução. Contudo, os resultados desta revisão e as orientações do Código de Ética Médica permitem que se apresentem algumas recomendações para servirem de guia aos médicos na obtenção do consentimento livre e esclarecido dos seus pacientes.

Em resumo, as seguintes recomendações são apre-

sentadas neste documento: a) O esclarecimento claro, pertinente e suficiente sobre justificativas, objetivos esperados, benefícios, riscos, efeitos colaterais, complicações, duração, cuidados e outros aspectos específicos inerentes à execução tem o objetivo de obter o consentimento livre e a decisão segura do paciente para a realização de procedimentos médicos. Portanto, não se enquadra na prática da denominada medicina defensiva.

b) A forma verbal é a normalmente utilizada para obtenção de consentimento para a maioria dos procedimentos realizados, devendo o fato ser registrado em prontuário. Contudo, recomenda-se a elaboração escrita (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

c) A redação do documento deve ser feita em linguagem clara, que permita ao paciente entender o procedimento e suas consequências, na medida de sua compreensão. Os termos científicos, quando necessários, precisam ser acompanhados de seu significado, em linguagem acessível.

d) Em relação ao tamanho da letra, recomenda-se que seja pelo menos 12 e, com a finalidade de incentivar a leitura e a compreensão, que o termo seja escrito com espaços em branco ou alternativas para que o paciente possa, querendo, completá-los com perguntas a serem respondidas pelo médico assistente ou assinalar as alternativas que incentivem a compreensão do documento. Depois de assinado pelo paciente, tais espaços em branco e/ou alternativas, quando não preenchidos, deverão ser invalidados.

e) O paciente, ou seu representante legal, após esclarecido, assume a responsabilidade de cumprir fielmente todas as recomendações feitas pelo médico assistente.





Nesse contexto, este documento apresenta-se como um guia especialmente elaborado para auxiliar os médicos em sua nobre missão de agir, com o máximo de sua atenção e zelo, em benefício da saúde de seus pacientes, conforme determinam os Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica.

Como visto, há necessidade de expedição de uma Recomendação para que se instaure o hábito de consultar o documento Consentimento Livre e Esclarecido, formulado com o objetivo de proporcionar aos médicos maior segurança na tomada de decisões sobre assistência à saúde dos pacientes.” Retirado da Recomendação CFM 1/2016.

BIBLIOGRAFIA:

RESOLUÇÃO CFM Nº 2217/2018
RESOLUÇÃO CFM Nº 10/1996
RECOMENDAÇÃO CFM Nº 1/2016
PARECER CREMEB Nº 86620/2002





[CAPÍTULO 2]

DOCUMENTOS MÉDICOS





DOCUMENTOS MÉDICOS

CÍCERO DE LIMA RENA

Em sentido lato da palavra, entende-se como documento médico, a expressão escrita do pensamento do médico acerca de alguém com especificidade de objetivo. Assim, a manifestação do pensamento, quando lavrado pelo profissional da medicina sobre a pessoa, representa conceitualmente, um documento cunhado como de fé pública ou com presunção de veracidade. Juridicamente, pode-se afirmar que documento médico é uma peça escrita por médico, a respeito da situação de saúde ou de doença de alguém com um objetivo específico, ou seja, é um instrumento que tem a finalidade de firmar a veracidade de certo fato ou a existência de determinado estado, ocorrência e obrigação (França 2006, p. 178).

Dentre os documentos médicos, os mais emitidos e geradores de conflitos, são os atestados médicos para abonar faltas ao trabalho, em especial, aqueles com finalidades previdenciárias. Constatada a incapacidade laboral, por até quinze dias, é de responsabilidade do médico assistente a emissão do documento, em conformidade com a Resolução 1.658 | 2002, modificada pela Resolução CFM 1.851 | 2008 que define os procedimentos para a emissão de atestados médicos para fins de perícia médica previdenciária.

A **PORTARIA MPAS/GM Nº 1.722 | 79** estabelece normas ao fornecimento de documento hábil de dispensa ao serviço por doença.

O MINISTRO DE ESTADO E PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, no uso de suas atribuições, resolve:

...

“1. O documento hábil de dispensa ao serviço por doença, fornecido ao segurado, será emitido por médicos do INAMPS.

2. Todos os atestados médicos, a contar desta data, para terem sua eficácia plena deverão conter:

- tempo de dispensa concedida ao segurado, por extenso e numericamente;
- diagnóstico codificado, conforme o Código Internacional de Doenças e, se for o caso, síntese dos exames complementares;
- assinatura do médico ou odontólogo que o emitir sobre carimbo da empresa e/ou instituição que mantenha contrato e/ou convênio e, sobre carimbo do Conselho Regional de Medicina - CRM ou Conselho Regional de Odontologia - CRO, respectivamente.

3. A data do atestado fornecido coincidirá com a do início da dispensa e do dia em que foi atendido o segurado, caso contrário, perderá, o mesmo, sua validade. E, ainda, não serão aceitos documentos com datas retroativas”.

O **Código de Ética Médica – Resolução CFM 2.217 – 218**, em seu artigo determina “é vedado ao médico expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade”.

O **parecer do PC 18.16 – CFM**: “Considerando a inexistência de disposição proibitiva, seja por parte do CFM ou do CREMAM, o médico pode emitir atestado com data





retroativa, desde que haja acompanhado o paciente e registrado em prontuário o respectivo atendimento”.

O **parecer CRMMG 4478/2011**: “O médico pode emitir atestado com data retroativa, desde que devidamente fundamentado”.

PARECER CREMESP Número: 37.415: “Para afastamento de funcionários do trabalho / Atestado com data retroativa. No que se refere ao fornecimento de atestados médicos retroativos a data do atendimento, tal procedimento não deve ser adotado, pois contraria o prestígio e o bom conceito da profissão médica, a medida que, poderá induzir a erro o destinatário do referido atestado”.

TRT-9 - RECURSO ORDINARIO RITO SUMARISSIMO:
RORSum XXXXX20215090092 PR

Jurisprudência ▪ Acórdão ▪ MOSTRAR DATA DE PUBLICAÇÃO

Embora não seja proibida a emissão de atestado médico com data retroativa, tal prática é aceita desde que referido profissional tenha acompanhado o paciente e registrado em prontuário o respectivo atendimento...

STJ - AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL. ATESTADO MÉDICO COM DATA RETROATIVA. MANIFESTA INTEMPESTIVIDADE DO AGRAVO INTERNO. AGRAVO IMPROVIDO.

“1. Há de ser mantida a decisão que reconheceu a intempestividade do agravo interno. O primeiro atestado médico apresentado pelo causídico da recorrente refere-se a consulta realizada no último dia do prazo recursal, quando já encerrado o expediente forense. O

segundo refere-se a consulta realizada dois dias após o encerramento do prazo recursal, não se prestando a atestar a impossibilidade de prática de atos processuais em dias anteriores. 2. Agravo interno a que se nega provimento”.

O atestado é parte do ato médico e direito do paciente, portanto, sua emissão deve ser registrada no prontuário. Cabe ao médico assistente julgar a necessidade da emissão do documento, bem como, o número de dias necessários, não podendo ultrapassar 15 dias, quando, então, o paciente deverá ser encaminhado à perícia previdenciária ou junta médica de instituição empregadora por configurar atribuições trabalhistas e/ou administrativas (lei 10.876).

ATESTADOS MÉDICOS FALSOS

O artigo 6º da lei nº 605/1949 determina que, quando a doença do empregado é devidamente comprovada, sua falta deve ser abonada.

Um atestado médico falso pode justificar uma demissão por justa causa, porém, a empresa precisa saber como identificar os sinais e comprovar que a fraude foi cometida.

O atestado falso é incluído na categoria de delitos de ação pública, por desrespeitar a fé pública de um documento, juridicamente, relevante.

Existem duas formas de atestado falso: o de natureza material e o de natureza ideológica.

ATESTADO MÉDICO - MATERIALMENTE FALSO

É produzido por pessoa não habilitada para o exercício da medicina.

Adulteração de documento verdadeiro, modificando





número de dias (oito = dezoito) ou produzindo emendas ou rasuras por qualquer meio.

ATESTADO MÉDICO – IDEOLOGICAMENTE FALSO

O documento é verdadeiro, pois é emitido por profissional habilitado, porém, seu conteúdo é que é falso: atestado de doença inexistente, inexistência do atendimento ou exagero no número de dias de afastamento.

Os emissores de atestados falsos respondem por seus atos civil, penal e eticamente.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

O artigo 80 do Código de Ética Médica (CEM] veda ao médico expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.

Artigo 87 – é vedado ao médico deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente ...

Código Penal - art. 302

Dar o médico, no exercício da sua profissão, atestado falso: pena – detenção, de 1(um) mês a 1(um) ano.

§ único – se o crime é cometido com o fim de lucro, aplica-se também multa.

Obs.: Referido crime descrito no artigo 302 do código penal, é considerado crime próprio já que só o médico pode praticá-lo.

Código Civil - art. 299

Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena de reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento for público.

Reclusão de um a três anos, e multa, se o documento for particular.

Código Civil – artigo 186

Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Código Civil – artigo 187

Também, comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes.

Código Civil – artigo 927

Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.

Atestado médico ideologicamente falso, causando danos à empregadora, esta poderá propor ação indenizatória contra o médico, solicitando ressarcimento dos prejuízos sofridos, além, dos lucros cessantes, fundamentada nos artigos 186, 187 e 927.

É comum na rotina médica o profissional receber pedidos de emissão de atestado médico com data retroativa. Acontece em virtude de o paciente ser atendido e se esquecer de solicitar o documento na data, vindo a precisar posteriormente, em razão de exigências de seu empregador. É possível emitir um atestado médico com data retroativa? A resposta é sim, desde que sejam observados alguns requisitos, quais sejam:





- a - obrigatoriedade de o paciente ter sido de fato atendido em data anterior, vez que é vedado expedir qualquer documento médico sem que o ato profissional tenha sido praticado e registrado em prontuário,
- b - o médico emitente do atestado solicitado seja o mesmo que fez o primeiro atendimento e, após novo exame do paciente, se julgar necessária a emissão do documento o fará, registrando a circunstância do procedimento no prontuário com data atualizada,
- c - o médico que o atendeu na primeira consulta continua acompanhando a evolução do paciente.
- d - em caso de ser outro médico o responsável pelo segundo atendimento, o atestado não deve ser emitido com data retroativa, conforme preconizado pela PORTARIA MPAS/GM Nº 1.722 | 79 (NR - não revogada), alguns pareceres do Conselho Federal de Medicina, Regionais de Medicina e Jurisprudência judiciária. Caso o médico tenha conhecimento do prontuário e, examinando o paciente, julgar que os dados de anamnese e exame físico sejam compatíveis com a evolução da doença, poderá emitir o atestado seguindo os preceitos da Resolução CFM 1.851/2008, porém, com data atual, fazendo-se acompanhar de relatório médico e, se o paciente ou seu representante legal autorizar, cópia do prontuário médico para subsidiar análise pericial, desde que o lapso temporal entre a primeira consulta e o atestado emitido pelo segundo médico não ultrapasse quinze dias, como preconiza o artigo 473 da Consolidação das leis do Trabalho (CLT).

Os atestados médicos para finalidades outras, que não

sejam para abono de ausência ao trabalho, devem, obrigatoriamente, constar a finalidade e refletem a atestação do estado de saúde da pessoa, no momento do atendimento.

Como se pode entender, qualquer documento emitido pelo médico, desde uma receita ou uma declaração de óbito tem o condão da presunção de veracidade e poderá ser judicializado, o que trará consequências imprevisíveis para o emitente.

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

A declaração de comparecimento não atesta a incapacidade do empregado ao trabalho, servindo apenas para justificar sua ausência pelo tempo necessário à realização de exames médicos ou consultas médicas.

Não há previsão legal para abonar faltas ao trabalho, exceto se houver previsão contratual. Tem finalidade de evitar penalidades, à exceção do artigo 473 da lei 13.252/ 2016, em seus incisos:

- X – Direito a 02 dias para acompanhar consultas médicas ou exames complementares, durante o período de gravidez de esposa ou companheira.
- XI – Direito a 01 dia por ano para acompanhar filho de até 06 anos em consulta médica. Há, ainda, a possibilidade, caso conste de acordo coletivo da categoria.

RELATÓRIO MÉDICO

É a descrição minuciosa, circunstanciada e fundamentada de fato ou acontecimento. Em se tratando de relatório médico, esse estará vinculado ao sigilo profissional. É um documento muito utilizado em casos de transferência de pacientes entre médicos ou unidades hospitalares.





É uma declaração de caráter técnico utilizada para descrever as atuais condições de saúde do paciente, bem como os tratamentos adotados e a evolução do seu quadro clínico. Trata-se de um resumo declaratório que busca apenas relatar a situação do indivíduo, sem emissão de opinião.

O relatório médico pode atender a vários fins, como: sumário de alta ao paciente, subsidiar em análises do INSS para concessão de benefícios previdenciários dentre outros. Esse documento possui validade jurídica, mas não apresenta finalidade diagnóstica, o que o difere do laudo médico, pois este tem o compromisso, sempre que possível, com a descrição detalhada dos exames realizados e a hipótese diagnóstica.

DECLARAÇÃO DE ÓBITO

É um documento passado por pessoa qualificada, afirmando veracidade de um fato ou uma situação que culminou com a morte de um ser humano. A Lei 6.115 / 73, em seu artigo 77 determina que “Nenhum sepultamento será feito sem apresentação da certidão do oficial de registro do local do falecimento.

O art. 20 do Código Civil de 2002 (Lei 010.406-2002) estabelece que a personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida, mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro. Estabelece, ainda, que a personalidade do homem começa a partir da concepção, sendo que, desde tal momento, o nascituro é considerado pessoa. Tanto o nascimento in útero, quanto o nascimento in vitro, deve ser respeitado pela lei, não deixando o nascituro de ser protegido pelo Código Civil (art. 2º) por ter sido gerado desta ou daquela forma. O nascido vivo detem todos os direitos à suces-

são. Entende-se, portanto, que o ciclo da vida somente se encerra quando o médico emite a declaração de óbito (DO) da pessoa.

A declaração de óbito, merece um capítulo à parte. É regulamentada pelo Manual de instruções para preenchimento, publicado pelo Ministério da Saúde em 14/12/2022 e atualizada em 15 / 02 / 2023. Em suma, é emitida, em casos de mortes de causas naturais por médicos assistentes, substitutos, plantonistas, atenção básica de saúde, médico do serviço público ou do serviço de verificação de óbito (SVO). Em casos de morte de causas não naturais ou suspeitas (acidentes, suicídios, envenenamentos etc...), a D O deverá ser emitida por médico do Instituto Médico legal (IML). A exceção contemplada pela legislação (lei 6.115 / 73) trata de locais onde não há presença de médico: “Não havendo médico, no caso de morte natural, será lavrado o assento do óbito por duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte e a certidão será emitida pelo oficial do Cartório de Registro Civil”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- LEI 3.268 - 57
- LEI NO 8.213, DE 24 DE JULHO DE 1991
- (LEI 6.115 / 73)
- CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA
- DECRETO-LEI Nº 5.452, DE 1º DE MAIO DE 1943 (LEIS CLT)
- RESOLUÇÃO CFM 1.658/2002
- RESOLUÇÃO CFM 1.851/2008
- PORTARIA MPAS/GM Nº 1.722, DE 25 DE JULHO DE 1979
- SAAD, EDUARDO GABRIEL. CLT COMENTADA. 40ª ED. SÃO PAULO: LTR. 2007.
- CÓDIGO PENAL. DECRETO-LEI NO 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940.
- CÓDIGO CIVIL. LEI 10406





- ANA BEATRIZ NIETO MARTINS (OAB/SP 356.287) E ERIKA EVANGELISTA DANTAS (OAB/SP 434.502), (WWW.DANTASEMARTINS.COM.BR; INSTAGRAM: @ADV.DANTASEMARTINS)

- PINHEIRO, RAIMUNDO. ATESTADO MÉDICO: FALSO OU VERDADEIRO. SALVADOR: CRM ASSISTÊNCIA PERICIAL, 2010 (P654) 1ª EDIÇÃO - 2ª EDIÇÃO 2015.

- FRANÇA, G V. COMENTÁRIOS AO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA- 6ª ED. RIO DE JANEIRO: GUANABARA KOOGAN, 2010.

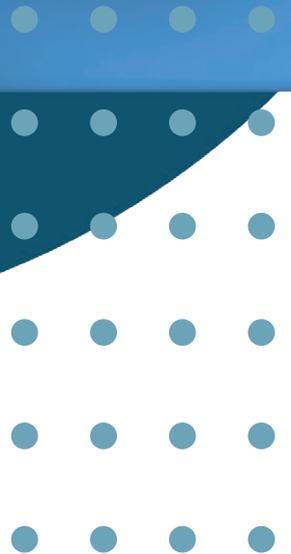
- MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO, PUBLICADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM 14/12/2022 E ATUALIZADA EM 15 / 02 / 2023.





[CAPÍTULO 3]

PREENCHENDO A GUIA CIRÚRGICA





PREENCHENDO A GUIA CIRÚRGICA

LEONARDO EMÍLIO DA SILVA

Com o intuito de assegurar o cumprimento do Ato Médico, o Código de Ética garante a valorização do prontuário como principal documento da relação profissional. Segundo França (sexta edição 2010) (1), entende-se por prontuário médico não apenas o registro da anamnese do paciente, mas todo o acervo documental padronizado, ordenado e conciso, referente ao ato médico prestado ao paciente e aos documentos anexos. Constam de exame clínico do paciente, suas fichas de ocorrências e de prescrição terapêutica, os relatórios da enfermagem, relatórios da anestesia e da cirurgia, a ficha de registro dos resultados de exames complementares e, até então, cópias de atestados e de solicitações de exames.

Nesse mesmo entendimento, uma solicitação de cirurgia também é parte integrante do prontuário médico. Levando em consideração que ela é a parte inicial do processo de interação entre a fonte pagadora e o prestador médico do tratamento, clínico ou cirúrgico, o seu adequado e ético preenchimento é essencial para que essa interação seja a mais transparente possível, de ambas as partes.

Em face da importância do prontuário médico na boa e ética execução e acompanhamento do ato médico praticado, o Conselho Federal de Medicina editou a Resolução 1.638/2002 publicada no DOU de 09/08/2002, a qual JULGA que o prontuário médico é documento

valioso para o paciente, para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de instrumento de defesa legal.

Nesse mesmo sentido, o CFM julga que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste de forma LEGÍVEL e clara, conforme previsto no art. 87 do Código de Ética Médica:

É vedado ao médico: Art. 87. Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.

§ 1º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

§ 2º O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.

Ainda nesta Resolução do CFM (1.638/2002) podemos extrair alguns artigos que são de grande importância para o entendimento desse capítulo:

Art. 1º - Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continua-





de da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 2º - Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

I. Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;

II. À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;

III. À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico

Art. 3º - Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica

Art. 5º - Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel;

II. Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, nú-

mero, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

III. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais este foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

IV. Nos prontuários em suporte de papel, é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórios a assinatura e o respectivo número do CRM;

Em resumo, é obrigação do médico assistente o preenchimento adequado dos documentos inerentes ao ato médico realizado, tais como anamneses, evolução médica, prescrição, descrição de cirurgias, procedimentos anestésicos e AIH (autorização de internação hospitalar) e guias de solicitação de procedimentos.

Assim, ao preencher a guia de solicitação de procedimento o médico assume o ato médico que propôs executar assim como o associa e torna essencial o uso de materiais (OPMEs) caso solicitados. Nesse sentido é fundamental que o médico tenha uma fundamentação transparente e lógica para o que for utilizar (a prescrição e uso de OPMEs será discutida mais adiante).

É de suma importância que nós médicos tenhamos conhecimento que o adequado preenchimento de uma guia não só facilitará a execução do procedimento, mas também serve como um documento frente a qualquer





demanda judicial, uma vez que já estabelece o quadro clínico do paciente, com seu diagnóstico, sua complexidade e afirma a necessidade do tratamento cirúrgico.

A guia de solicitação de procedimento faz parte do chamado Sistema de Informação de Saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), Sistema de Informação em Saúde é “um conjunto de componentes que atuam de forma integrada por meio de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária e oportuna para implementar processos de decisões no Sistema de Saúde. Seu propósito é selecionar dados pertinentes e transformá-los em informações para aqueles que planejam, financiam, provêm e avaliam os serviços de saúde” (OMS, 1981:42 apud França) (2).

Medeiros et al (3), concluíram que os SIS, sejam eles assistenciais ou epidemiológicos, têm sido apontados como ferramentas importantes para o diagnóstico de situações de saúde com vistas a intervenções mais adequadas ao perfil de necessidades da população. Portanto o preenchimento favorece a sociedade em geral e diretamente pode melhorar a prestação dos nossos serviços.

Aqui é importante reforçar que o preenchimento da solicitação do procedimento é de responsabilidade do médico sob pena de infração ética, conforme o Código de Ética Médica preconiza em seu Capítulo III RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL onde afirma que é vedado ao médico:

Art. 2º Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivas da profissão médica.

Da mesma forma, é muito importante que o médico seja coerente e fiel à ética na solicitação dos códigos

TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar) que é a padronização dos códigos e nomenclatura dos procedimentos médicos. Utilizar a tabela TUSS é obrigatório para a troca de informações entre prestadores e operadoras de serviços de saúde. O médico deve ser cauteloso em solicitar os procedimentos de forma ordenada e claramente que serão realizados e a afecção do paciente contempla, sob pena de infração ética também contidos no CEM, 2018 onde é vedado ao médico:

Art. 3º Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 4º Deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 5º Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

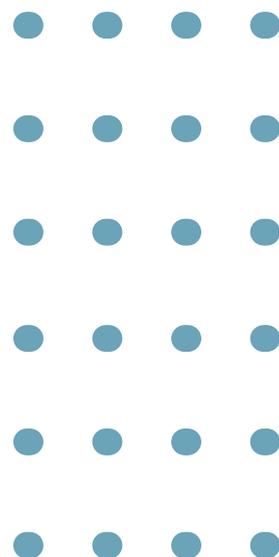
1. DE FRANÇA GV. DIREITO MÉDICO. 17TH ED. FRANÇA GVD, EDITOR. RIO DE JANEIRO: FORENSE; 2020.
2. FRANÇA T. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO. 2001..
3. MEDEIROS KRD, MACHADO HDOP, ALBUQUERQUE CD, GURGEL JUNIOR D. O SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS: UM MECANISMO IMPORTANTE NA DETECÇÃO DAS NECESSIDADES DA FORÇA DE TRABALHO PARA O SUS. CIENCIA & SAUDE COLETIVA. 2005 JAN; 10(2): P. 433-440.





[CAPÍTULO 4]

PREENCHENDO A FOLHA CIRÚRGICA E DESCRIÇÃO CIRÚRGICA



PREENCHENDO A FOLHA CIRÚRGICA E DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

LEONARDO EMÍLIO DA SILVA

A descrição de uma operação é parte integrante obrigatória do prontuário médico de pacientes submetidos a um procedimento cirúrgico.

Uma descrição de cirurgia é o aprisionamento do ato médico no tempo. Ou seja, tudo o que foi feito e todas as possíveis intercorrências devem ser registradas sob pena de se perderem como próprio tempo.

Além do que, a descrição de cirurgia é o documento de maior relevância sobre o ato cirúrgico e suas particularidades, isso a torna um importantíssimo instrumento de defesa profissional quanto a eventuais dúvidas ou mesmo demandas judiciais.

Assim, uma descrição de cirurgia tem por obrigação ser preenchida pelo médico cirurgião principal que detém todas as informações, até mesmo de cunho emocional pelo contexto em que o ato ocorreu. Em situações de exceção, a descrição poderá ser feita por um membro integrante da equipe cirúrgica composta para o ato operatório. A descrição deve conter a identificação do paciente, o nome do estabelecimento, data e hora do início e do fim da cirurgia, os componentes da equipe anestésica e cirúrgica, o tipo de anestesia empregada e suas even-





tuais intercorrências, o diagnóstico pré e pós-operatório e uma descrição detalhada dos tempos da cirurgia com especial atenção aos momentos críticos inerentes a cada ato operatório.

Nessa descrição dos tempos cirúrgicos, devem constar uma dissertação minuciosa das táticas e técnicas operatórias usadas, da posição do paciente, da via de acesso, dos acidentes cirúrgicos, das dificuldades técnicas, do aspecto da afecção em questão, daquilo que foi visto e realizado do início ao fim do procedimento, assim como de todo material utilizado, incluindo drenos, fios, próteses e órteses que porventura possam ter sido utilizados. Procedimentos realizados durante o procedimento devem ser descritos, como exames radiológicos transoperatórios e a obtenção de peças cirúrgicas ou secreções para análise anatomopatológica ou bacteriológica. (Parecer CRM/PR 2623/2017 - <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/PR/2017/2623>).

É importante destacar, novamente, que a descrição de cirurgia é um documento médico e é parte do prontuário médico. O Código de Ética Médica (CEM) prescreve no seu art. 87 que: “É vedado ao médico deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente” e estabelece no seu parágrafo 1º que: “O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina”.

Vale aqui voltar ao CEM, 2018 em seu Capítulo X onde afirma que é vedado ao médico:

Art. 80 Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.

Art. 81 Atestar como forma de obter vantagem.

A descrição de cirurgia é um documento médico, conforme já afirmamos repetida e propositalmente. Assim é um documento de fé pública, ou seja, existe uma presunção de veracidade em sua natureza, pois está intimamente ligado à ética profissional. Dessa forma, ele é considerado verdadeiro até que se prove o contrário. Porém, não são raras as notícias veiculadas pelos Conselhos Regionais de Medicina tratando de médicos que foram afastados por emissão de documentos falsos ou cobranças indevidas.

O médico, ao emitir um documento, deve estar ciente de que seu ato envolve questões éticas, legais e técnicas. Além dos documentos e das resoluções próprias da medicina, outras disciplinas abordam a emissão de atestado e as penalidades em caso de fraude:

Código Penal Art. 302: segundo ele, a pena é de um mês a um ano de detenção; se emitido para a obtenção de lucro, ainda é cobrada uma multa a ser definida;

Código Civil Art. 187: considera como ato ilícito aquele que tem um direito e excede os limites legais deste;

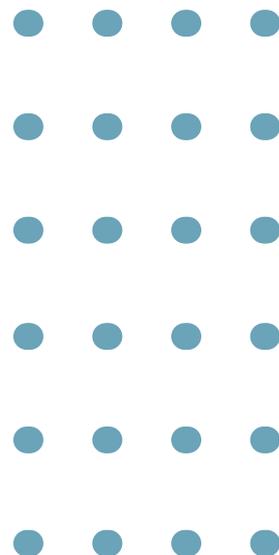
Constituição Federal Art. 5º inciso XIII: a Constituição é ferida quando o atestado é emitido por pessoas que não são profissionais de medicina ou não têm registro junto ao Conselho de Medicina.





5

[CAPÍTULO 5]
**CODIFICAÇÃO E
SOLICITAÇÃO
DE MATERIAIS,
RELACIONAMENTO
COM A INDÚSTRIA.
AUDITORIA MÉDICA
E JUNTA MÉDICA**



CODIFICAÇÃO E SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS, RELACIONAMENTO COM A INDÚSTRIA. **AUDITORIA MÉDICA E JUNTA MÉDICA**

LEONARDO EMÍLIO DA SILVA

Gostaria de começar a exposição com Oscar Wide (1854-1900) que afirmou: “Ética é o que você faz quando está todo mundo olhando. O que você faz quando não tem ninguém por perto se chama caráter”.

No preenchimento da guia o médico tem a autonomia ética de solicitar os materiais (OPMEs) que julgar necessário ao procedimento solicitado, porém com fundamentação transparente para cada fim que se destina tal material.

Deve fundamentar uma a um os materiais diretamente relacionados ao ato ou às etapas do ato médico cirúrgico, em quantidade e especificidade.

A Resolução CFM 2318/2022 disciplina a prescrição de materiais implantáveis, órteses e próteses, determina arbitragem de especialista quando houver conflito





e estabelece normas para a utilização de materiais de implante. Revoga as Resoluções CFM nº1.804/2006 e nº1.956/2010.

A principal novidade da Resolução é a justificativa da negativa por parte do médico auditor. Quando este discordar da utilização de determinadas órteses e próteses ou outros materiais implantáveis indicados pelo médico assistente, terá de apresentar um parecer fundamentando sua decisão.

O parecer do médico auditor deverá ser disponibilizado na íntegra tanto para o médico assistente, como para o paciente. Caso o médico requisitante considere o material implantável ou o instrumental disponibilizado inadequado ou deficiente, poderá recusá-los, oferecendo à operadora ou instituição pública pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, regularizados juntos à Anvisa e que atendam às necessidades do paciente.

Caso o implante seja produzido por poucos ou um único fabricante, o médico deve justificar a indicação.

A nova Resolução do CFM também estabelece que, caso persista a divergência entre o médico assistente requisitante e a operadora ou instituição pública, um médico especialista na área deverá ser escolhido, de comum acordo, para decidir a questão.

Assim como no regramento anterior, o médico requisitante, quando julgar inadequado ou deficiente o material implantável, bem como o instrumental disponibilizado, poderá recusá-los, oferecendo à operadora ou instituição pública pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, regularizados juntos à Anvisa e que atendam às necessidades do paciente.

Continua sendo proibido exigir fornecedor ou marca comercial exclusivos. Ele também deve justificar clinicamente a sua indicação, não podendo indicar o uso de material não aprovado pela Anvisa.

Como já expusemos anteriormente, o compliance significa ESTAR EM CONFORMIDADE, principalmente ética. Para garantir a efetividade de seus mecanismos, o compliance baseia-se em um conceito chamado “tone from the top”. O que significa, em linhas gerais, que o “exemplo vem de cima”. Ou seja, é preciso que o alto escalão da empresa se empenhe para que o trabalho do setor seja efetivo e replicado em toda a organização. Nesse caso, o maior escalão é o médico solicitante dos OPMEs.

Diante do universo de regulação do mercado de saúde e na posse da definição de compliance, é possível definir que COMPLIANCE é atuar em conformidade com as normas legais e regulamentares, políticas e diretrizes estabelecidas pela organização, além de evitar, detectar e tratar quaisquer desvios que possam ocorrer.

Mecanismo de integridade significa fazer a coisa certa e, por consequência, não ter problema com a lei.

O tema OPME é complexo, uma vez que envolve múltiplos agentes da área de saúde como é caso de usuários, prestadores de serviços como médicos, dentistas e outros profissionais da área de saúde, hospitais, fabricantes e distribuidores de insumos, a cada qual com interesses múltiplos na aquisição e utilização deste material.

Diante da sensibilidade deste tema, uma vez que envolve um flagrante conflito de interesses cuja parte mais fragilizada e tecnicamente hipossuficiente é o usuário, faz-se necessário que a estrutura de compliance da organização de saúde verifique a conformidade dos processos e a





existência de normativos internos referentes a este tema, os quais precisam ser claros quanto a prescrição, aquisição, gestão, responsabilidade, armazenamento, rastreabilidade, qualidade, ou seja, tudo que envolve o produto.

O Ministério da Saúde editou a Portaria Nº 403, de 7 de maio de 2015 que disciplina a aquisição, o recebimento, a utilização e o controle de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) pelas Unidades Hospitalares subordinadas à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS). Em seu Capítulo I e IV extraímos:

§ 2º A definição do objeto das aquisições (de OPMEs) deverá ser precisa, suficiente e clara, vedadas as especificações que, por excessivas, irrelevantes ou desnecessárias, limitem a competição.

Art. 9º Todos os procedimentos que utilizem OPME serão realizados, obrigatoriamente, em pacientes internados, com Autorização de Internação Hospitalar (AIH) válida emitida e/ou com procedimento ambulatorial agendado, nas hipóteses em que for tecnicamente comprovada sua efetiva necessidade, que deverá ser justificada por escrito no prontuário do paciente.

Art. 10. O controle na utilização de OPME é de responsabilidade exclusiva dos profissionais de saúde envolvidos na realização do procedimento, que deverão registrar no relato cirúrgico, na folha de consumo e no prontuário do

paciente todas as informações sobre as OPME utilizadas, tais como: o código, o lote, a especificação do produto, o quantitativo, o nome do fornecedor e a descrição pormenorizada do procedimento realizado.

§ 1º O profissional de saúde responsável pelo procedimento anexará ao relato cirúrgico e à folha de consumo todas as etiquetas de rastreabilidade das OPME utilizadas no ato cirúrgico.

§ 2º Em função do tipo de procedimento, deverá ser realizado um exame de imagem que será anexado ao prontuário do paciente, comprovando a efetiva utilização das OPME no ato cirúrgico.

§ 3º O profissional de saúde responsável pelo procedimento deverá elaborar termo circunstanciado da OPME danificada e/ou com a embalagem corrompida e não utilizada durante o ato cirúrgico, discriminando os motivos e as justificativas que ensejaram a danificação e/ou a não utilização do respectivo material.

§ 4º Ao final do procedimento, retornarão ao almoxarifado satélite do centro cirúrgico as folhas de consumo preenchidas, acompanhadas de todas as OPME não utilizadas, inclusive aquelas com as embalagens corrompidas, contaminadas e/ou danificadas, que serão objeto de análise sobre a possibilidade de pro-





cessamento de material para uso em saúde ou descartadas, nos termos da legislação vigente.

§ 5º A Unidade Hospitalar deverá fazer constar em processo de desfazimento as OPME que serão objeto de descarte, conforme previsto nos §§ 3º e 4º deste artigo.

O médico DEVE por moral e princípio ético afastar-se de uma possível influência perniciosa da “indústria de OPME” que é um verdadeiro mal para a sociedade. Michael Sandel, ao descrever os limites morais do mercado, já alertava que a mercantilização de tudo aguça a desigualdade, aumenta demasiadamente a importância do dinheiro e potencializa a tendência corrosiva do mercado, afastando aqueles limites morais que ainda remanesçam em atividades como a assistência à saúde. (4)

O artigo 30 do atual Código de Ética Médica é claro ao afirmar que é vedado ao médico: Usar da profissão para corromper costumes, cometer ou favorecer crime.

Nosso objetivo com esse manual de boas práticas é a promoção de interações éticas entre as operadoras, seus colaboradores e os demais envolvidos na prestação de serviços aos pacientes.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

4. SANDEL MJ. O QUE O DINHEIRO NÃO COMPRA: OS LIMITES MORAIS DO MERCADO. 7TH ED. SANDEL MJ, EDITOR.: CIVILIZAÇÃO BRASILEIRA; 2015.

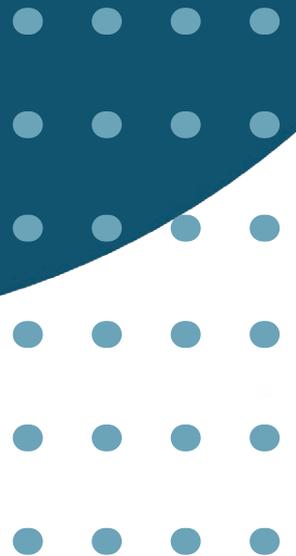




6

[CAPÍTULO 6]

**CONSULTA/
ORIENTAÇÕES
CONSIDERAÇÕES
PRÉ-OPERATÓRIAS**





CONSULTA/ ORIENTAÇÕES **CONSIDERAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS**

ILDEU AFONSO DE ALMEIDA FILHO

A consulta pré-operatória é aquela realizada antes da realização de um ato cirúrgico e cujo objetivo é o de esclarecer tanto o paciente quanto seus acompanhantes/familiares acerca da proposta de tratamento a ser realizada. É um ato médico fundamental para a segurança do paciente e do próprio cirurgião. Nela as dúvidas serão esclarecidas, o ato a ser realizado definido em conjunto com o paciente, bem como a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, que é motivo de um outro capítulo desse manual.

O médico deverá anotar no prontuário de maneira objetiva o procedimento proposto, bem como as opções disponíveis para o tratamento da doença, caso necessite modificá-lo durante o ato cirúrgico. Um exemplo claro está relacionado à artroscopia do ombro. O paciente deve ser esclarecido da possibilidade da conversão do procedimento vídeoartroscópico para o procedimento aberto, se necessário. A falta de informação, diálogo e esclarecimento ao paciente antes do ato médico é um dos grandes motivos de processos médicos nos dias atuais. A relação médico paciente é acima de tudo, uma relação de confiança.

Durante a consulta pré-operatória o cirurgião precisa considerar que é dever do médico guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre, em qualquer circunstância, em benefício do paciente; 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; que o médico deve envidar o máximo esforço na busca da redução de riscos na assistência aos seus pacientes; que é dever do médico utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento ao seu alcance em favor do paciente;

Ao realizar a consulta pré-operatória, o médico tem a oportunidade de prescrever o tipo de imobilização a ser utilizada após a cirurgia. Em se tratando da cirurgia do ombro o mais frequente é a prescrição de tipoias simples, do tipo Velpeau/americana ou aquelas com espuma de abdução ou antirotacional. Visando prevenir a troca do sítio cirúrgico, o médico deve explicar sobre a necessidade da marcação do membro a ser operado, preferencialmente através do desenho de um “alvo” na pele do membro a ser tratado. Deve se informar sobre a existência de alergias medicamentosas ou a produtos tópicos bem como outras contra-indicações relativas ao uso de medicamentos/produtos. É a oportunidade de se prescrever analgesia preemptiva, visando reduzir a dor pós operatória e orientar o tempo de jejum antes da cirurgia, a hora e local de chegada ao hospital/clínica bem como o tempo provável de internação hospitalar. Nesse momento também deve ser acordado o local da condução do pós operatório, sendo dadas as explicações sobre a maneira como, em média, os pacientes devem se portar: tempo de uso da tipóia, sequencia dos curativos e quando da retirada dos pontos cirúrgi-





cos, tempo médio para início da fisioterapia, número previsto de sessões, quando o paciente estará liberado para voltar a mover ativamente o membro operado, dirigir, carregar objetos, praticar atividade física e voltar ao trabalho. É claro que cada paciente evolui numa velocidade e o pós-operatório precisa ser adequado às necessidades individuais, sem que haja o comprometimento aos princípios fundamentais associados à boa cicatrização tecidual e recuperação funcional.

Anotar no prontuário médico o exame físico pré operatório, incluindo a goniometria do ombro ou cotovelo a ser operado é muito importante para futura comparação e análise do sucesso ou insucesso do procedimento proposto. É boa prática também, porém não obrigatório, o registro da função do membro contralateral, o que pode ser útil para comparações futuras em relação ao operado.

Entender as expectativas dos pacientes e acompanhantes e adequá-las à realidade evita muitos dissabores. A transparência na relação e o estabelecimento do vínculo de confiança do paciente para com o cirurgião e vice versa é muito importante.

Explicar sobre as possíveis complicações descritas na literatura médica em relação ao procedimento proposto é fundamental. Cabe aqui um parênteses em relação à diferença entre complicação médica e erro médico. Do ponto de vista conceitual, a complicação de um procedimento médico, quando prevista na literatura médica, não deve ser considerada como um erro médico. Faz parte da estatística, está descrita como provável, mesmo que infrequente. O conceito do erro médico está geralmente relacionado a um dano causado ao paciente, fora das complicações previstas na literatura. Dentro dessa linha, o que se procura definir é se ocor-

reu Negligência, Imprudência ou Imperícia. Há que se destacar aqui que o médico que possui o Registro de Qualificação de Especialista (RQE) junto ao CRM da sua jurisdição, não pode ser considerado imperito no caso de uma complicação relacionada à sua especialidade. Isso decorre do fato dele já ser considerado perito pela Autarquia Federal. Já demonstrou ser perito antes mesmo da realização do ato cirúrgico, de maneira a estar protegido dessa possível acusação. Daí, mais um motivo para que os ortopedistas membros da SBCOC e automaticamente, membros da SBOT, façam o seu registro (RQE).

A consulta pré-operatória é um momento de se dar atenção não somente ao paciente, mas também aos familiares e acompanhantes. É sabido que, uma vez fragilizado, o paciente não é aquele que necessariamente se volta contra o médico no caso de alguma insatisfação pós operatória. Muitas vezes é o acompanhante quem processa o médico. Nesse sentido, esclarecer os familiares sobre o tratamento, desde que com a anuência do paciente, é algo valioso para a relação. Ainda dentro do mérito da relação médico-paciente, o Artigo 31 do Código de Ética Médica (CEM) veda ao médico desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. O exemplo mais debatido em relação a esse assunto é o dos pacientes “Testemunhas de Jeová”. Por questões religiosas, o paciente não autoriza o uso de sangue e ou derivados em qualquer fase do tratamento. Essa autonomia precisa ser respeitada sob o risco do médico ser processado e até condenado na esfera cível ou criminal. Na instância ética, em casos de risco iminente de morte, o seu





uso pode ser justificado. Entretanto, da mesma forma que a autonomia do paciente deve ser respeitada, o profissional médico também tem o direito de se recusar a realizar o tratamento eletivo, caso se sinta impedido por questões de foro íntimo, ou mesmo pelo fato de sentir-se pressionado a fazer algo que vai contra os ditames da sua própria consciência. Segundo Genival Veloso de França, “para que haja legitimidade no descumprimento do princípio da autonomia, é necessário que esteja caracterizado de forma indubitosa o iminente perigo de vida, sem o qual não haverá justificativas éticas ou morais.” Corroboro o dito lembrando que o direito ao exercício da medicina é de origem legal enquanto a liberdade individual, um princípio universal. Nessa balança hierárquica ainda pode-se argumentar que o direito à vida está acima de todos os outros. Esse é um tema que também está contemplado em outro capítulo desse manual.

Os exames pré-operatórios são parte importante no planejamento e execução dos atos cirúrgicos. A cada dia, utiliza-se de mais recursos tecnológicos nesse planejamento. O médico deve certificar-se de que é seu dever utilizar todos os meios disponíveis de promoção de saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças cientificamente reconhecidas e a seu alcance, em favor do paciente. Nesse sentido, a análise pré-operatória dos exames de imagem com fins de munir o cirurgião de informações para a melhor execução do ato operatório é algo do qual não se deve abrir mão. Individualizar cada tratamento aumenta as chances de sucesso, reduzindo o índice de complicações, desde que estando em consonância com as melhores evidências científicas. Orientar o paciente a levar os exames pré-operatórios para o hospital/clínica no dia da cirurgia é

também dever do médico. O que parece óbvio para nós profissionais, muitas vezes não o é para o paciente.

Cabe ao médico informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, segundo o artigo 34 do CEM.

As orientações pré-operatórias devem ser passadas verbalmente e de preferência, entregues por escrito ao paciente sendo esse fato registrado no prontuário médico para a defesa do cirurgião. Em alguns centros, o paciente assina um recibo de entrega desse documento, contendo as informações sobre o jejum, dia, hora e local de chegada à unidade de saúde, etc.

Cabe ainda ao cirurgião certificar-se de que o material solicitado para a cirurgia está disponível para a execução do ato operatório. A complexidade da estrutura de saúde nos dias atuais expõe tanto o médico quanto o paciente a riscos, uma vez que são muitos os profissionais envolvidos no tratamento dos pacientes. A qualificação de unidades de saúde, o treinamento de pessoal, a interação com boas empresas fornecedoras de material e a contínua busca pelo aprimoramento dos processos internos são fundamentais para a redução dos erros relacionados ao preparo dos materiais cirúrgicos. Da adequada seleção do material pelo médico, à abertura da caixa de instrumental e implantes dentro da sala cirúrgica, muitas etapas necessitam ser cumpridas: confecção e envio da solicitação, separação e conferência na empresa fornecedora, embalagem, transporte, recebimento por parte da unidade de saúde, nova conferência, preparo da caixa, embalagem, identificação e esterilização. Torna-se impossível e nem é papel do médico participar de todos esses processos para garantir a excelência dos mesmos. Isso demonstra





claramente que há que se ter uma relação de confiança entre o médico e as empresas com as quais se relaciona. Para maior conhecimento, maior responsabilidade! Essa afirmativa coloca no médico um peso, já que é ou pelo menos deveria ser o detentor do conhecimento dessas etapas que estão diretamente relacionadas ao tratamento do paciente. Buscar trabalhar em parceria com as instituições na melhoria dos processos é lutar pela melhoria na qualidade da prestação dos serviços médicos. Cabe ressaltar que é função do diretor técnico das unidades de saúde oferecer as condições adequadas para o tratamento dos pacientes e o ético exercício profissional.

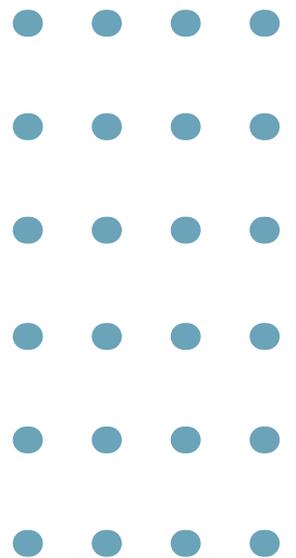
BIBLIOGRAFIA:

COMENTÁRIOS AO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA - 7ª EDIÇÃO.
GENIVAL VELOSO DE FRANÇA. EDITORA GUANABARA KOOGAN.
RESOLUÇÃO CFM Nº 2217/2018





[CAPÍTULO 7]
**CONSULTA
MÉDICA**





CONSULTA MÉDICA

ANGELO FLÁVIO ADAMI

A consulta médica deverá sempre ser avaliada sobre duas perspectivas, a do médico e a do paciente. A do médico é constituída por sua experiência, seu conhecimento da anatomia, da fisiopatologia das enfermidades, a repercussão sobre a vida do indivíduo, o diagnóstico e possibilidades terapêuticas. Por outro lado, sob a perspectiva do paciente, temos que nos ater a evolução da enfermidade no contexto pessoal e social, a expectativa da abordagem médica, as propostas de tratamento a que será submetido, assim como a necessária adesão do mesmo ao tratamento proposto. A abordagem do presente artigo não visa apenas avaliar a importância da atuação do médico durante a consulta, mas, incluir uma perspectiva da visão do paciente.

O primeiro contato é o momento que o profissional terá para interagir com seus pacientes e familiares. Durante a consulta o médico poderá colher as informações pertinentes aos sintomas e observar os sinais que motivaram o paciente a procurar o atendimento, podendo este ser realizado na forma de consulta ambulatorial, em caráter de urgência/emergência ou por teleconferência.

Há um dito popular que afirma que “não existe uma segunda oportunidade de se causar uma boa primeira impressão”, pois bem, será neste curto período de tempo, durante a consulta que teremos a oportunidade de

adentrarmos na vida do paciente. Este acolhimento deverá ser realizado de forma humana, respeitosa e em um ambiente adequado. Atendimentos realizados em ambientes conturbados e hostis podem gerar uma degradação da relação médico paciente, assim como impossibilita ao médico assistente o adequado registro dos fatos colhidos durante a anamnese e maximiza a possibilidade de erro diagnóstico e terapêutico.

A relação médico/paciente que ocorre durante a consulta é norteadada por princípios éticos e filosóficos, além claro, do conhecimento técnico do profissional que assiste ao paciente. O princípio filosófico ao qual refiro decorre do conhecimento de fatos da vida pessoal do paciente, que confia ao médico informações sensíveis e íntimas, de maneira que o sigilo deverá ser a pedra basilar desta relação. O médico em hipótese alguma ou sobre qualquer pretexto poderá se eximir deste princípio, uma vez que o mesmo é amparado tanto em âmbito legal pelo código penal em seu artigo 154 e pela Constituição Federal, em seu Artigo 5, inciso X, assim como pelo código de ética médica em seu capítulo IX, Artigo 73 da resolução CFM 2.217/2018, de onde se extrai:

“É vedado ao médico: Revelar fato que tenha conhecimento em virtude de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.”

Academicamente o prontuário deverá conter informações de identificação do paciente, idade, profissão, endereço e procedência, a queixa principal e duração, história pregressa da moléstia atual, interrogatório sobre diversos aparelhos e sistemas, antecedentes familiares e pessoais, o exame físico, a conduta terapêutica





adotada, exames complementares e em caso do paciente se encontrar internado, o registro dos diversos profissionais que prestaram assistência ao paciente. No transcorrer da consulta é de vital importância que o médico acolha aos sintomas relatados pelo paciente, externando real interesse nas informações relatadas pelo mesmo. Esta atitude poderá minimizar as preocupações, angústias e medos naturais, decorrentes da doença pelo paciente. A Anamnese e o exame físico, quando realizados com esmero e interesse por parte do médico, gera no paciente uma sensação de confiança na capacidade do profissional que está lhe atendendo, denotando respeito e dignidade ao mesmo.

Há de se destacar, também, a dimensão social, econômica e religiosa do paciente, que poderá, sem sombra de dúvida, comprometer tanto o diagnóstico, quanto o tratamento. O médico deve respeitar os princípios culturais e religiosos do paciente, acolhendo esses nuances com equilíbrio, serenidade e ética.

Um questionamento cada vez mais presente no dia a dia do médico diz respeito justamente a necessidade de seguir-se os passos como acima citados, e não se direcionar aos sintomas e sinais relatados pelo paciente.

Desta forma, para enfrentar esse novo paradigma, é necessário adotar uma abordagem proativa, que incluía a implementação de diretrizes claras de condutas, a promoção de programas de educação contínua em ética médica e a utilização de tecnologias seguras. Além disso, a promoção de uma cultura de transparência e responsabilidade dentro das instituições de saúde é fundamental para garantir a conformidade ética e legal.

Embora o preenchimento adequado do prontuário possa ser compreendido como tarefa meramente bu-

rocrática, é importante frisar que a mesma tem caráter estatístico, servindo para a cobrança correta dos honorários dos profissionais que atuaram na assistência do paciente e na defesa do médico em caso de denúncias na esfera ética, civil e criminal.

Infelizmente, cada vez mais, temos nos deparado com o infortúnio do preenchimento inadequado do prontuário, assim como da mal fadada regra do “copia e cola”, na qual o paciente apresenta-se com os mesmos dados clínicos e parâmetros vitais durante o transcorrer de toda a sua internação.

A obrigatoriedade do adequado preenchimento do prontuário médico é norteadada pelo Código de Ética Médica, resolução CFM 2.217/2018 que em seu capítulo X, artigo 87 assim se apresenta:

“É vedado ao médico: Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente. § 1º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina. § 2º O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente. § 3º Cabe ao médico assistente ou a seu substituto elaborar e entregar o sumário de alta ao paciente ou, na sua impossibilidade, ao seu representante legal.”

Não obstante, também foi instituído pelo CFM a resolução 1.638/2002 com a criação da ‘comissão de revisão de prontuários médicos’, que atua com objetivo de fis-





calizar os preenchimentos dos itens obrigatórios, como registros diários de evolução, prescrição dos medicamentos e preenchimento da alta hospitalar.

Desta forma, torna-se cristalino que o adequado preenchimento do prontuário em que o profissional avalia o paciente como um todo e não tão somente como uma parte, é de vital importância, em especial quando o resultado da relação médico paciente fuja do almejado, havendo necessidade do uso do prontuário como documento comprobatório.

O prontuário médico, quando realizado em meio físico, deverá estar sobre a guarda do médico ou da instituição onde foi realizado o atendimento durante 20 anos a contar da data da última consulta, e quando por meio digital, seguindo as normas do CFM, com nível de segurança NR2 deverá ser armazenado por tempo indeterminado.

Já no aspecto da telemedicina, há de se enfatizar, que existem diretrizes específicas a serem seguidas pelo médico, conforme a Lei 14.510/22, e a resolução CFM 2.314/2022, que deixa claro a necessidade da segurança na realização da consulta, assim como a obrigatoriedade do registro da mesma em prontuário, disposto em seu Art. 3º, §1.

Desta forma, fica claro que a consulta médica é um espaço crucial que exige uma compreensão profunda e uma aplicação cuidadosa dos princípios técnicos, éticos, morais e legais. Ao enfrentar os desafios complexos apresentados pelos avanços tecnológicos e mudanças nas expectativas dos pacientes, é essencial que os médicos se comprometam com a manutenção de altos padrões éticos e legais, a fim de garantir a prestação de cuidados de saúde eficazes e compassivos. A colaboração entre profissionais de saúde, legisladores

e órgãos reguladores, é fundamental para garantir que a prática médica permaneça alinhada com os mais altos princípios éticos.

BIBLIOGRAFIA:

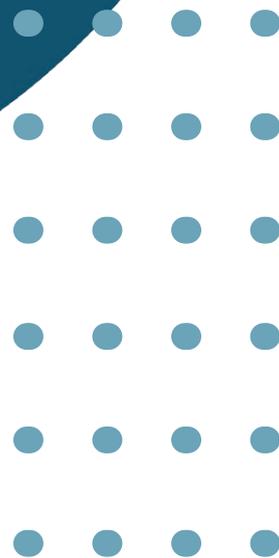
- 1 - CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, RESOLUÇÃO CFM 2.217/2018;
- 2 - COMENTÁRIOS AO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, 7ª EDIÇÃO, GENIVAL VELOSO DE FRANÇA, EDITORA GUANABARA KOOGAN, 2019;
- 3 - PERSPECTIVA DO PACIENTE NA CONSULTA MÉDICA, REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, DENISE BALLESTER ET AL;
- 4 - CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1980;
- 5 - DECRETO LEI 2.848/1940;
- 6 - L13709/2018;





[CAPÍTULO 8]

A IMPORTÂNCIA DA CONSULTA PRÉ-ANESTÉSICA



A IMPORTÂNCIA DA **CONSULTA** **PRÉ-ANESTÉSICA**

BRUNA SILVIANO BRANDÃO VIANNA

Segundo a resolução CFM N° 2.714/2017, que dispõe sobre a prática do ato anestésico, destaca-se a importância do médico anestesista conhecer as condições clínicas do paciente e recomenda-se fortemente a realização de consulta médica anestesiológica prévia aos procedimentos cirúrgicos eletivos, idealmente em momento anterior à admissão hospitalar.

RESOLUÇÃO CFM N° 2.714/2017:

“...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 clínica 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 préanestésica poderá não ser o mesmo que administrará a anestesia.”¹

A consulta pré-anestésica tem por objetivo conhecer e avaliar as condições clínicas do paciente através de anamnese detalhada com destaque para comorbidades, história de reações alérgicas, vícios, passado cirúrgico e complicações, história familiar de complicações anestésicas e uso de medicamentos e suas possíveis interações ou necessidade de suspensão prévia à cirurgia.

O exame físico direcionado visa identificar alterações importantes nos sistemas cardiovascular, respiratório e neurológico, além de exame detalhado das vias aéreas e previsão de dificuldade de intubação. A coleta de

dados antropométricos e a avaliação e/ou solicitação exames de acordo com a história clínica do paciente também são importantes. Caso sejam encontradas alterações nos exames ou condições clínicas descompensadas o paciente é encaminhado para especialista.

A partir da análise de todos esses dados realiza-se a estratificação de risco cardiovascular e/ou risco geral do paciente. Por fim, são dadas orientações gerais e específicas sobre o jejum pré-operatório.

É também parte fundamental da consulta ouvir o paciente, sanar eventuais dúvidas ou questionamentos relacionados ao ato anestésico reforçando, assim, a relação médico-paciente, muitas vezes desmistificando várias situações recorrentes em anestesia. A consulta pré-anestésica está associada à redução da ansiedade pré-operatória do paciente, o que certamente contribui para um desfecho satisfatório.

Na avaliação pré-operatória a solicitação de exames (eletrocardiograma, raio X de tórax e exames laboratoriais) é uma prática clínica rotineira. Essa conduta, entretanto, não está diretamente relacionada à redução e nem à predição de complicações perioperatórias, resultando em um alto custo financeiro para o sistema de saúde. Nesse sentido, revisões elaboradas por diversas Sociedades Médicas têm preconizado o uso racional de exames, o que é feito pelo anestesiológico na consulta, baseado em critérios clínicos.²

A seguir serão expostos alguns pontos de interesse específico e de maior relevância atual na avaliação pré-anestésica.

O exame de vias aéreas e predição de via aérea difícil é parte importantíssima da avaliação, diminuindo a morbimortalidade perioperatória. A partir da identifi-





cação de provável via aérea difícil, o anestesiológico pode se preparar adequadamente, aumentando as chances de sucesso e abordagem de vias aéreas sem intercorrências.

Outros pontos importantes são história progressiva de complicações anestésicas como cefaléia pós punção subaracnóidea, náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO) ou reações alérgicas a medicamentos, alimentos ou látex. Os pacientes que já apresentaram episódios prévios têm risco aumentado de recorrência. Portanto as medidas de profilaxia serão implementadas com maior atenção e muitas vezes esses fatores definem a escolha da técnica anestésica.

No que diz respeito às reações alérgicas, sabe-se que não existem exames prévios específicos que, se realizados de rotina, diminuirão as chances de anafilaxia no intraoperatório. Os principais agentes associados às reações anafiláticas no contexto cirúrgico são os antibióticos e os bloqueadores neuromusculares. Demais anestésicos como opióides, hipnóticos e anestésicos locais representam casos muito mais raros. A alergia ao látex ainda permanece relevante em nosso meio, com risco de choque anafilático. Entretanto, os estudos mais recentes internacionais mostram que o látex já não se encontra mais entre os principais agentes implicados na anafilaxia perioperatória, principalmente pelo emprego de profilaxia de rotina com uso de material hospitalar látex free.

Alguns fatores de risco podem ser identificados no pré-operatório, tais como: pacientes com história prévia ou suspeita de reação de hipersensibilidade em anestesia anterior não investigada e aqueles com qualquer manifestação de hipersensibilidade ao látex - esses têm indicação de avaliação prévia de sensibilização ao lá-

tex pelo alergologista. Outros fatores de risco são pacientes pediátricos multioperados, principalmente com espinha bífida e mielomeningocele; pacientes com história de manifestações clínicas à ingestão de abacate, banana, kiwi e outros, pela elevada frequência de reação cruzada com látex. Todos esses fatores podem ser identificados na consulta pré-anestésica, contribuindo mais uma vez para redução da morbimortalidade.^{3,4}

A síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) tem prevalência estimada de 1 milhão de pessoas em todo o mundo e é considerada um problema de saúde pública nos EUA. A aplicação de um rápido e questionário na consulta pré-anestésica nos permite estratificar estes pacientes e implementar medidas para aumento da segurança no contexto cirúrgico. O questionário STOP-BANG é um dos mais utilizados - se o paciente apresentar pontuação maior ou igual a 3 pontos (dos 8 itens), há uma sensibilidade de 83,6% para o diagnóstico de SAOS.⁵

Esses pacientes apresentam alterações desfavoráveis na anatomia das vias aéreas superiores, que levam a maior risco de colapso e instabilidades do controle respiratório. Apresentam, ainda, risco maior de complicações cardiopulmonares graves, maior necessidade de terapia intensiva e risco de morte súbita. Após o diagnóstico e estratificação de risco adequados, medidas simples como preferência por bloqueios regionais, escolha racional dos anestésicos e analgésicos utilizados, uso racional e restrito de opióides e uso do CPAP no pós-operatório podem melhorar drasticamente o prognóstico desses pacientes em ambiente cirúrgico.⁵

Um dos principais passos da consulta pré-anestésica é a avaliação do risco perioperatório com objetivo de otimizar os desfechos buscados pelos procedimentos





cirúrgicos. Para a realização desta avaliação a anamnese e o exame físico constituem etapa inicial insubstituível, podendo ou não ser seguida por exames complementares, intervenções para estabilização clínica e aplicação de ferramentas para estimativa de risco. Há vários escores de risco perioperatório geral e cardiovascular que são utilizados na atualidade com objetivo de se obter um dado objetivo para a tomada de decisão pesando-se risco e benefício cirúrgico.

A classificação da **American Society of Anesthesiologists Physical Status (ASA PS)**¹⁵ (ANEXO 1) é amplamente utilizada e foi criada com o objetivo de determinar de maneira simples o estado clínico do paciente cirúrgico. Entretanto, essa classificação não pode ser considerada um escore de risco perioperatório pois não inclui informações sobre o tipo de cirurgia. Sua última atualização classifica, por exemplo, pacientes tabagistas e/ou estilistas sociais como ASA II. Os pacientes com obesidade grau III (IMC acima de 40), pacientes que sofrem com dependência ou abuso de álcool, pacientes com histórico de IAM ou AVC ou DAC com stents há mais de 3 meses são classificados como ASA III. Já os pacientes com IAM, AVC ou DAC com stents há menos de 3 meses e/ou fração de ejeção reduzida são classificados como ASA IV. Os pacientes ASA III e IV merecem exames mais detalhados, encaminhamento para especialistas para otimização clínica, dentre outras medidas para redução de riscos.

Os escores de risco perioperatório cardiovascular mais usados atualmente são: **Cardiac Risk Index (CRI/Goldman)**, **Revised Cardiac Risk Index (RCRI/Lee)** e **Gupta Perioperative Risk for Myocardial infarction and Cardiac Arrest (MICA)**.^{6,7} (ANEXO 1)

Outro assunto de grande relevância e que gera muitas

dúvidas entre os cirurgiões é o manejo dos medicamentos do paciente. É recomendado manter, inclusive no dia da cirurgia, a grande maioria dos medicamentos de uso contínuo. Porém, alguns medicamentos específicos devem ser obrigatoriamente suspensos. Os anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais, novos antidiabéticos e os anticoagulantes merecem atenção especial neste contexto.

Novas recomendações surgem a todo momento e isso pode gerar insegurança sobre a possibilidade de cancelamento de uma cirurgia se os medicamentos não forem manejados da maneira adequada. Esse é um motivo relevante para confiar o paciente ao anestesiológico no pré-operatório para que todas as orientações sobre suspensão ou não de medicamentos de uso contínuo ou esporádico possam ser realizadas de maneira adequada e atualizada.

A 3ª Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) de 2017² recomenda que as medicações anti-hipertensivas devem ser mantidas no pré-operatório, inclusive no dia da cirurgia (Classe I NEC). Entretanto, muitos estudos robustos demonstraram maior incidência perioperatória de hipotensão arterial e desfechos desfavoráveis como AVC, lesão miocárdica e aumento da mortalidade nos pacientes que mantêm os IECA e/ou BRA no dia da cirurgia. Por isso muitos optam pela suspensão dessas classes no dia do procedimento. É amplamente aceito não administrar o diurético no dia da cirurgia devido ao jejum noturno, mas, em pacientes com insuficiência cardíaca, uma dose reduzida ou mesmo a dose usual pode ser considerada.

Pacientes em terapia crônica com betabloqueador devem usá-lo dia da cirurgia e manter o uso durante todo





o perioperatório (Classe I NEB). No entanto, a terapia com betabloqueador não deve ser iniciada imediatamente antes da cirurgia, pois, embora tenha demonstrado diminuir a incidência de eventos cardíacos ela também aumenta o risco de bradicardia, AVC e morte.⁸ O diabetes mellitus (DM) e principalmente a hiperglicemia hospitalar estão associados a maior risco de complicações em pacientes cirúrgicos. Pacientes com hiperglicemia têm maior tempo de permanência hospitalar, maior risco de infecção nosocomial, principalmente de sítio cirúrgico, maior risco de complicações e de mortalidade durante a internação. O bom controle glicêmico reduz o risco de complicações perioperatórias e melhora os desfechos clínicos.

É recomendado o rastreamento de DM no pré-operatório de cirurgias eletivas (Classe I NE B). Considerando que, no Brasil, cerca de 50% dos portadores de diabetes desconhecem o diagnóstico, é racional dosar a glicemia de jejum na avaliação pré-operatória de pacientes sem diabetes prévio, quando esses tiverem mais de 45 anos, ou quando houver fatores de risco como: excesso de peso, aumento de circunferência abdominal, hipertensão arterial e antecedente pessoal ou familiar de alterações da glicemia. É recomendado, ainda, otimizar o controle glicêmico no pré-operatório em pacientes com DM prévio, sendo desejável uma hemoglobina glicada (HbA1c) abaixo de 8% (Classe I NEB).⁹

Em pacientes com DM prévio, quando a HbA1c for superior a 8% ou inferior a 6% (em pacientes que estejam em uso de medicamentos que aumentem o risco de hipoglicemia - insulina ou secretagogos) convém solicitar a avaliação do endocrinologista e considerar a possibilidade de postergar a cirurgia para melhor avaliação do padrão glicêmico e melhorar o esquema terapêutico.⁹

As recomendações atuais da Sociedade Brasileira de Diabetes (diretriz 2022)⁹ destacam alguns pontos importantes: é recomendada a suspensão dos medicamentos secretagogos de insulina (sulfoniluréias e glinidas) nas 24h que antecedem a cirurgia (Classe I NEC); deve ser considerada a manutenção da metformina até o dia anterior à cirurgia (Classe IIa NEB), sendo que vários estudos recentes de grande porte não mostram associação direta com acidose láctica peri ou pós-operatória; **é recomendada a suspensão de análogos de GLP-1 (semaglutida - OZEMPIC®, dentre outros) previamente a procedimentos que envolvam sedação anestésica ou anestesia geral, devido ao risco de aspiração gástrica (Classe I NEC)**. Considerando o conceito de suspender com 3 meias-vidas de antecedência, os intervalos **sugeridos** para suspensão são:

- **Lixisenatida (LYXUMIA®): 1 dia**
- **Liraglutida (VICTOZA®, SAXENDA®): 2 dias - tendência a aumento para 5 a 7 dias**
- **Dulaglutida (TRULICITY®): 15 dias**
- **Tirzepatida (MONUJARO®): 15 dias**
- **Semaglutida (OZEMPIC® SC/ RYBELSUS® VO): 21 dias**

A ultrassonografia gástrica é uma opção de segurança para avaliar a presença de volume residual pré-procedimento em pacientes utilizando análogos de GLP-1. Esses pacientes apresentam gastroparesia que leva ao retardo do esvaziamento gástrico independente do jejum adequado. A avaliação da presença de resíduo gástrico pode ajudar na decisão sobre a suspensão do procedimento ou realização de aspiração, sendo que essa última opção somente se justifica em caso de





urgência ou emergência.⁹ A tabela em anexo resume as principais recomendações sobre os antidiabéticos. (ANEXO 2)

Os anticoagulantes são medicamentos amplamente utilizados e que também merecem atenção especial no pré-operatório. As diferentes classes possuem inúmeras recomendações específicas de tempo adequado de suspensão, que estão resumidos na tabela em anexo.¹⁰ (ANEXO 3)

Atenção especial deve ser dada aos pacientes cardiopatas e portadores de insuficiência coronariana, principalmente se portadores de stents coronarianos. O encaminhamento ao cardiologista é mandatório para adequada abordagem e indicação do melhor momento para suspensão de medicamentos antiplaquetários. As evidências e recomendações para a suspensão da dupla antiagregação plaquetária e momento ideal para ser realizada a cirurgia estão em constante mudança e atualização.¹¹

As recomendações de jejum pré-operatório mais recentes da ASA (American Society of Anesthesiologists) são de 2017¹² e incluem: jejum de líquidos claros sem resíduos de 2h, leite materno 4h, fórmula láctea e leite não humano 6h, refeição leve (chá com torrada) 6h e refeições completas e alimentos gordurosos de 8h antes dos procedimentos.

Uma atualização de 2023 alerta sobre os efeitos adversos do jejum prolongado e encoraja os pacientes adultos e crianças a receberem líquidos claros o mais próximo possível de 2h antes da cirurgia. O uso de gomas de mascar não deve causar atraso de procedimentos. O uso de líquidos claros contendo carboidratos simples ou complexos pode ser utilizado, com manutenção da recomendação de jejum de 2h e benefício de diminuir a

sensação de fome.¹³

Orientações gerais como retirar esmaltes escuros ou unhas postiças, evitar o uso de barba devido ao risco de dificuldade de ventilação sob máscara facial e retirar cílios postiços ou apliques capilares devido ao risco de queimaduras são de extrema importância.

As recomendações para a realização de cirurgias eletivas após infecção pelo SARS-COV-2 foram atualizadas devido ao novo perfil da doença com variantes menos virulentas e vacinação em massa. Pacientes que apresentaram quadro leve da doença podem ser submetidos a cirurgias eletivas de baixo risco duas semanas após o teste positivo.¹⁴

Para pacientes com comorbidades ou cirurgias de alto risco deve ser feita estratificação do risco perioperatório, mas as cirurgias não devem ser postergadas por mais de sete semanas, a não ser que ainda existam sintomas. Fatores de risco incluem: idade avançada, múltiplas comorbidades, estado funcional baixo, COVID moderado a grave, pacientes não vacinados, cirurgias de grande porte. Na presença desses fatores deve ser realizada uma análise individualizada do risco-benefício para decidir o momento ideal da cirurgia.¹⁴

A consulta pré-anestésica é, portanto, ferramenta indispensável para aumento da segurança do ato cirúrgico em sua totalidade. Ela contribui para a satisfação geral do paciente, redução da morbimortalidade associada a cirurgias, aumento da qualidade do ato anestésico-cirúrgico, redução do tempo de internação, de cancelamentos cirúrgicos e internações em UTI, permitindo o retorno do paciente às suas funções habituais o mais rápido possível.



**ANEXO 1****American Society of Anesthesiologists Physical Status (ASA PS):¹⁵**

ASA EF	DESCRIÇÃO	COMPLICAÇÕES %	MORTALIDADE %
I	Hígido	2	0,02
II	Doença sistêmica leve	5	0,14
III	Doença sistêmica grave	14	1,41
IV	Doença sistêmica com constante ameaça à vida	37	11,14
V	Moribundo, sem expectativa de sobrevida sem a operação	71	50,87
VI	Morte encefálica		
E	A adição da letra "E" denota emergência cirúrgica		

Cardiac Risk Index (CRI/Goldman):⁶

CRITÉRIOS	PONTOS
1 Idade maior ou igual 70 anos	5
2 Infarto do miocárdio nos 6 meses prévios	10
3 Presença de B3 ou estase jugular	11
4 Estenose aórtica importante	3
5 Ritmo não-sinusal ou contração atrial prematura no último ECG	7
6 Mais que 5 ESV por minuto em qualquer momento prévio à cirurgia	7
7 PaO ₂ <60 ou PaCO ₂ >50 mmHg; K>3mEq/L ou HCO ₃ <20mEq/L; ureia>107,5 mg/dL ou Cr>3mg/dL; AST anormal, sinais de doença hepática crônica ou paciente acamado por causa não cardíaca	3
8 Cirurgia intraperitoneal, intratorácica ou aórtica	3
9 Cirurgia de emergência	4

CLASSE	PONTUAÇÃO	COMPLICAÇÕES %	MORTALIDADE CARDÍACA
I	0-5	0,7	0,2
II	6-12	5	2
III	13-25	11	2
IV	>26	22	56

Revised Cardiac Risk Index (RCRI/Lee):⁶

VARIÁVEIS (1 PONTO CADA)	CLASSE	RISCO COMPLICAÇÕES %
Cirurgia de alto risco	I (0 pontos)	0,4
Cardiopatía isquêmica	II (1 ponto)	0,9
Insuficiência cardíaca	III (2 pontos)	7
História de doença cerebrovascular	IV (3 ou mais pontos)	11
Diabetes mellitus em uso de insulina		
Creatinina séria >2mg/dL		

GUPTA PERIOPERATIVE RISK FOR MYOCARDIAL INFARCTION AND CARDIAC ARREST (NSQIP MICA):⁶

<http://www.surgicalriskcalculator.com/miocardiacarrest>

ANEXO 2

Manejo das medicações antidiabéticas no pré-operatório de cirurgia eletiva:⁹

FÁRMACO	CONDUTA
Metformina (Glifage, Diaformin, Dimefor, Glucoformin, Metofrmix)	Considerar suspensão no dia da cirurgia
Tiazolinedionas - Pioglitazona (Actos)	Mantida em cirurgias eletivas não cardíacas
Sulfoniluréias - glipizida (Minidiab), glibenclamida (Daonil), glicazida (Diamicon)	Suspender 24h antes
Glinidas - repaginada (Prandin), nateglinida (Starlix), Starform=nateglinida + metformina	Suspender no dia da cirurgia
Inibidor de DPP-4 - sitagliptina (Januvia), vidagliptina (Galvus), saxagliptina (Onglyza)	Manutenção
Inibidor de SGLT-2 - canaglifozina (Invokana), dapaglifozina (Forxiga), empaglifozina (Jardiance), ertuglifozina (Steglatto); Xigduo=dapaglifozina + metformina	Suspender entre 3-4 dias antes
Inibidor de Alfa-Glicosidase - acamboes (Aglucose, Glucobay), miglitol (Glyset), voglibose (Avandia)	Suspender no dia da cirurgia
Insulina Prandial (Ultrarrápida - Lispro (Humalog) / Rápida - Regular (Novolin R)	Evitar durante o jejum; usar apenas para correção com orientação médica
Insulina NPH (Humana de ação intermediária - Novolin N)	Manter a dose no dia anterior e reduzir 50% da dose da manhã da cirurgia
Insulina Basal Longa Duração - Glargina U100 (Lantus), Detemir (Levemir)	Manter ou diminuir 20-30% da dose a partir da noite anterior
Insulina Basal Ultralenta - Degludeca (Tresiba), Glargina U300	Manter ou diminuir 20-30% da dose 72h antes da cirurgia





INIBIDORES GLP-1	NOME COMERCIAL	TEMPO DE SUSPENSÃO
Lixisenatida	LYXUMIA	1 dia
Liraglutida	VICTOZA, SAXENDA	5 a 7 dias
Dulaglutida	TRULICITY	15 dias
Tirzepatida	MOUNJARO	15 dias
Semaglutida	OZEMPIC (SUBCUTÂNEA) RYBELSUS (ORAL)	21 dias

ANEXO 3

Manejo dos anticoagulantes no pré-operatório:¹⁰

CLASSE	NOME COMERCIAL	CONDUTA
AAS	Aspirina, Somagin cardio	Não suspender, exceto para neurocirurgia, oftalmológica ou RTU próstata - suspender 5 dias.
AINES	Ibuprofeno, Diclofenaco, Numesulida	Não suspender. Evitar uso se concomitante com outros anticoagulantes
TIENOPIRIDÍNICOS: TICLOPIDINA	Ticlid	Suspender 10 dias
TIENOPIRIDÍNICOS: CLOPIDOGREL	Plavix	Suspender 5-7 dias
TIENOPIRIDÍNICOS: PRASUGREL	Effient	Suspender 7-10 dias
INIBIDORES DIRETOS ADP: TICAGRELOR	Brilinta	Suspender 5-7 dias
INIBIDORES DIRETOS ADP: CANGRELOL	Kengreal	Suspender 3h antes
ANTAGONISTA VITAMINA K WARFARINA	Marevan	Suspender 5 dias
INIBIDOR DIRETO DA TROMBINA: DABIGATRANA	Pradaxa	Avaliar Clearance de Cr individualizado
INIBIDOR DIRETO DA TROMBINA: DESIRUDIN/ BIVALIRUDIN	Iprivask / Angiox	Inconclusivo - Recomendado evitar bloqueio de neuroeixo
AGENTE ANTIFATOR Xa: BETRIXABANA	Bevyxxa	Suspender 72h antes
AGENTE ANTIFATOR Xa: EDOXABANA	Lixiana	Suspender 72h antes
INIBIDOR GP IIb/IIIa: ABICIXIMAB	Reopro	Suspender 24-48h antes
INIBIDOR GP IIb/IIIa: TIROFIBAN / EPTIFIBATIDE	Aggrastat / Integrilin	Suspender 4-8h antes
INIBIDORES DA FOSFODIESTERASE: DIPRIDAMOL	Persantin	Suspender 24h antes

CLASSE	NOME COMERCIAL	CONDUTA
INIBIDORES DA FOSFODIESTERASE: CILOSTAZOL	Cilostazol	Suspender 48h antes
TERAPIA HERBAL	Ginkgo biloba, Ginseng, Alho	Não suspender
HEPARINA BPM: ENOXAPARINA TERAPÊUTICO	Clexane	Suspender 24h antes
HEPARINA BPM: ENOXAPARINA PROFILÁTICO	Clexane	Suspender 12h antes
HEPARINA NÃO FRACIONADA	Manter ou diminuir 20- 30% da dose a partir da noite anterior	Manter ou diminuir 20- 30% da dose a partir da noite anterior
>10.000U/dose ou >20.000/dia (terapêutico)	Liquemine	Suspender 24h antes
AGENTE ANTIFATOR Xa: FONDAPARINUX	Arixtra	Suspender 36-42h antes
AGENTE ANTIFATOR Xa: RIVAROXABANA	Xarelto	Suspender 72h antes
AGENTE ANTIFATOR Xa: APIXABANA	Eliquis	Suspender 72h antes

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - RESOLUÇÃO N° 2.714/2017.
2. GUALANDRO DM E COLS. 3ª DIRETRIZ DE AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR PERIOPERATÓRIA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. ARQ BRAS CARD 2017; 109 N3, SUPL.1.
3. SPINDOLA MAC, SOLÉ D, AUN MV E COLS. ATUALIZADO SOBRE REAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE PERIOPERATÓRIA - PARTE I. REV BRAS ANESTESIOL 2020; 70(5): 534-48.
4. SPINDOLA MAC, SOLÉ D, AUN MV E COLS. ATUALIZADO SOBRE REAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE PERIOPERATÓRIA - PARTE II. REV BRAS ANESTESIOL 2020; 70(6): 642-61.
5. COZOWICZ C, MEMTSOUDIS SG. PERIOPERATIVE MANAGEMENT OF THE PATIENT WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA: A NARRATIVE REVIEW. ANESTH ANALG 2021; 132(5): 1231-43.
6. MORAES CMT, CORREA LM, PROCOPIO RJ, CARMO GAR, NAVARRO TP. FERRAMENTAS E ESCORES PARA AVALIAÇÃO DE RISCO PERIOPERATÓRIO GERAL E CARDIOVASCULAR: UMA REVISÃO NARRATIVA. REV COL BRAS CIR 2021; 49:E20223124.
7. HALVORSEN S E COLS. 2022 ESC GUIDELINES ON CARDIOVASCULAR ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF PATIENTS UNDERGOING NON-CARDIAC SURGERY. EUROPEAN HEART JOURNAL (2022) 43:3826-3924.





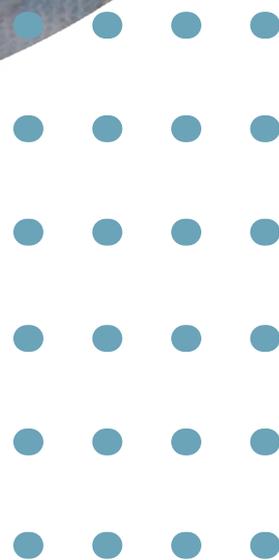
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

8. PÓVOA FF, BOMBIG MTN, PÓVOA R. AVALIAÇÃO PERIOPERATÓRIA DO PACIENTE HIPERTENSO. REV BRAS HIPERTENS 2021;VOL.28(4):276-82.
9. MARINO EC, NEGRETTO L, RIBEIRO RS, MOMESSO D, FEITOSA ACR. RASTREIO E CONTROLE DA HIPERGLICEMIA NO PERIOPERATÓRIO. DIRETRIZ DA SOC BRAS DIABETES, 2022.
10. FONSECA NM, PONTES JPJ, PEREZ MV, ALVES RR, FONSECA GG. SBA 2020: ATUALIZAÇÃO NA DIRETRIZ DA ANESTESIA REGIONAL EM USO DE ANTICOAGULANTES. REV BRAS ANESTESIOL 2020; 70(4): 364-387.
11. CALDERARO D E COLS. ATUALIZAÇÃO DA DIRETRIZ DE AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR PERIOPERATÓRIA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA: FOCO EM MANEJO DOS PACIENTES COM INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA - 2022. ARQ BRAS CARDIOL. 2022; 118(2):536-547.
12. PRACTICE GUIDELINES FOR PREOPERATIVE FASTING AND THE USE OF PHARMACOLOGIC AGENTS TO REDUCE THE RISK OF PULMONARY ASPIRATION. AN UPDATES REPORT BY THE AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS TASK FORCE ON PREOPERATIVE FASTING. ANESTHESIOLOGY 2017; 126(3):376-93.
13. JOSHI GP E COLS. 2023 AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS PRACTICE GUIDELINES FOR PREOPERATIVE FASTING: CARBOHYDRATE-CONTAINING CLEAR LIQUIDS WITH OR WITHOUT PROTEIN, CHEWING GUM, AND PEDIATRIC FASTING DURATION—A MODULAR UPDATE OF THE 2017 AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS PRACTICE GUIDELINES FOR PREOPERATIVE FASTING. ANESTHESIOLOGY 2023; 138:132-51.
14. EL-BOGHADLY K, COOK TM, GOODACRE T, KUA J, DENMARK S, MERCER N, MOONESINGHE SR, SUMMERTON DJ. TIMING OF ELECTIVE SURGERY AND RISK ASSESSMENT AFTER SARS-COV-2 INFECTION: 2023 UPDATE. ANAESTHESIA 2023; 78:1147-52.
15. SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE ESTADO FÍSICO ASA. GUIDELINE TRADUZIDA PELA SAESP COM AUTORIZAÇÃO DA ASA. 2020.



[CAPÍTULO 9]

AUTONOMIA DO MÉDICO E DO PACIENTE





AUTONOMIA DO MÉDICO E DO PACIENTE

LEONARDO EMÍLIO DA SILVA

As normas deontológicas para a prática médica brasileira foram desenvolvidas, inicialmente, visando aos direitos e às obrigações dos médicos. Apenas posteriormente passou-se a valorizar o bem-estar do doente. O ideal da elaboração dos Códigos de Ética Médica (CEM) é o de produzir o compromisso de sustentar, promover e preservar o prestígio profissional, proteger a união dos médicos, garantir à sociedade padrões de prática, e estabelecer valores, deveres e virtudes profissionais.

Os costumes, as práticas e as políticas da profissão médica ajudam a estabelecer critérios aplicáveis da devida assistência.

Aqui vale o que está contido no Capítulo IV do CEM onde é vedado ao médico:

Art. 23 Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto. Parágrafo único. O médico deve ter para com seus colegas respeito, consideração e solidariedade.

Art. 24 Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Vale ainda os quatro primeiros artigos do Capítulo V do CEM, 2018 onde são vetados aos médicos:

Art. 31 Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 32 Deixar de usar todos os meios disponíveis de promoção de saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

Art. 33 Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência quando não houver outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

Art. 34 Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

A autonomia, um dos princípios bioéticos descritos pelos autores Beauchamp e Childress (5), corresponde à capacidade das pessoas de decidir sobre ou buscar algo





que seja melhor para si segundo os seus próprios valores e, para que isso ocorra, o indivíduo deve ser livre para decidir, sem coações externas de controle que influenciem as suas decisões, bem como deve possuir consciência, razão e compreensão das opções que lhe são ofertadas. O respeito à autonomia envolve o respeito aos direitos fundamentais do indivíduo, considerando-o um ser biopsicossocial e espiritual, dotado de capacidade para tomar suas próprias decisões.

Observa-se no CEM 2018, artigos que demonstram desvalorizar a autonomia dos pacientes, suas vontades e crenças:

Princípios fundamentais: No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

O CEM, 2018 em seu preambulo já afirma:

VII – O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

VIII – O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renun-

ciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

IX – A medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio.

Esses trechos do último CEM publicado no Brasil revelam o quanto evoluímos no que tange à valorização da autonomia dos pacientes, com respeito ao indivíduo enquanto responsável por suas decisões. Mesmo com esses avanços no campo da valorização do paciente, muita coisa ainda precisa ser aprimorada para nos tornarmos uma sociedade mais desenvolvida, principalmente no campo moral. Esse é um dos papéis dos Códigos de Ética Médica: auxiliar a nossa sociedade, através dos profissionais médicos, a se tornar mais ética, humana e feliz!

Como toda relação, a do médico e do paciente deve ser uma “via de mão dupla”, na qual as partes, reciprocamente, cumprem com seus deveres e obrigações.

Nesta relação, quando se fala em “autonomia”, não é diferente. Em que pese exista uma linha muito tênue que separa (distingue) a autonomia do médico da do paciente, o médico, em seu dia a dia, pode ter dúvidas de como agir.

Por fim, Sêneca (4 aC – 65 d.C), tem uma frase que gosto muito, “A honra proíbe atos que a lei tolera.”

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

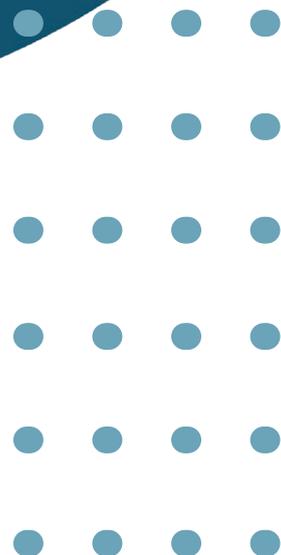
5. BEAUCHAMP TL, CHILDRESS JF. PRINCIPLES OF BIOMEDICAL ETHICS. 7TH ED. NEW YORK: OXFORD UNIVERSITY PRESS; 2013.





[CAPÍTULO 10]

RELAÇÃO
ENTRE MÉDICOS:
ASPECTOS
ÉTICOS E LEGAIS



RELAÇÃO ENTRE MÉDICOS ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

ANGELO FLÁVIO ADAMI

A relação entre médicos é um componente vital do sistema de saúde. Ela se estabelece como uma colaboração interdisciplinar destinada a fornecer cuidados práticos e compassivos aos pacientes. Essa relação é caracterizada por uma rede complexa de elementos, incluindo ética, confiança, comunicação e responsabilidade compartilhada.

A ética desempenha um papel central na relação entre médicos. Ela se manifesta no respeito à autonomia do paciente, na confidencialidade e na honestidade na comunicação. Os médicos devem tomar decisões conjuntas que atendam ao melhor interesse do paciente, ao mesmo tempo respeitando suas preferências, desejos e autonomia. Essa dimensão ética da relação é essencial para criar um ambiente de cuidados que sejam centrados no paciente.

Os médicos dependem uns dos outros para contribuir com seus conhecimentos e experiências no tratamento de pacientes, assim como de uma equipe multidisciplinar. Essa confiança é construída ao longo do tempo, à medida que os médicos trabalham juntos e demonstram competência e integridade.





A comunicação eficaz é crucial na relação entre médicos. A troca de informações clínicas e a colaboração nas decisões de tratamento são fundamentais para garantir o melhor resultado para o bem comum: o paciente. A comunicação aberta e transparente entre médicos ajuda a evitar erros, duplicação de esforços muitas vezes desnecessários, e garante que o plano de tratamento seja coordenado e eficaz.

A responsabilidade compartilhada também desempenha um papel importante na relação entre estes profissionais. Os médicos têm a responsabilidade de garantir a conformidade com as regulamentações legais, como a proteção de dados do paciente e a obtenção de consentimento informado em todos os procedimentos, diagnósticos e terapêuticos invasivos. Eles também têm a responsabilidade de manter registros precisos e de garantir a segurança do paciente.

No entanto, a relação entre os pares pode não estar isenta de desafios. Diferenças na abordagem clínica, na interpretação de evidências científicas e nas possibilidades de tratamento dos pacientes podem criar atritos e animosidades. É essencial que os médicos aprendam como lidar com essas diferenças de maneira ética e colaborativa, buscando sempre o melhor interesse do paciente.

A relação entre os profissionais da medicina é uma parte integrante do sistema de saúde e tem um impacto significativo na qualidade dos cuidados prestados aos pacientes. O reconhecimento da importância dessa relação e do cultivo de uma abordagem colaborativa entre médicos é essencial para promover uma assistência de alta qualidade e centrada no paciente.

A resolução CFM 2.217/2.018, o 'Código de Ética Médica' destina um capítulo exclusivamente para orientações

das relações entre médicos. Em seu capítulo VII assim determina:

É vedado ao médico:

Artigo. 47: Usar de sua posição hierárquica para impedir, por motivo de crença religiosa, convicção filosófica, política, interesse econômico ou qualquer outro que não técnico-científico ou ético, que as instalações e os demais recursos da instituição sob sua direção sejam utilizados por outros médicos no exercício da profissão, particularmente se forem os únicos existentes no local.

Artigo 48: Assumir emprego, cargo ou função para suceder médico demitido ou afastado em represália à atitude de defesa de movimentos legítimos da categoria ou da aplicação deste Código.

Artigo 49: Assumir condutas contrárias a movimentos legítimos da categoria médica com a finalidade de obter vantagens.

Artigo 50: Acobertar erro ou conduta antiética de médico.

Artigo51: Praticar concorrência desleal com outro médico.

Artigo 52: Desrespeitar a prescrição ou o tratamento de paciente determinados por outro médico, mesmo quando em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível benefício para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.





Artigo 53: Deixar de encaminhar o paciente que lhe foi enviado para procedimento especializado de volta ao médico assistente e, na ocasião, fornecer-lhe as devidas informações sobre o ocorrido no período em que por ele se responsabilizou.

Artigo 54: Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente, desde que autorizado por este ou por seu representante legal.

Artigo 55: Deixar de informar ao substituto o quadro clínico dos pacientes sob sua responsabilidade ao ser substituído ao fim do seu turno de trabalho.

Artigo 56: Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos.

Artigo 57: Deixar de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à comissão de ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.

A Análise do contexto geral deste capítulo do Código de Ética Médica busca orientar tanto gestores quanto médicos a se respeitarem e se unirem em prol do bem comum da medicina e do paciente.

Desta forma, embora os médicos não sejam superiores nem inferiores a outros profissionais, é notável que sejam responsáveis por cuidar dos pacientes em seus momentos mais críticos e cruciais, devido à natureza singular de sua profissão.

Conclui-se que o respeito mútuo, baseado na ética, na solidariedade, na proatividade, no conhecimento científico e na beneficência em prol do paciente, devem ser a base fundamental para consolidar a reputação de quem exerce o mister de tão nobre profissão.

BIBLIOGRAFIA:

1 - CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, RESOLUÇÃO CFM 2.217/2018;

2 - COMENTÁRIOS AO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, 7ª EDIÇÃO, GENIVAL VELOSO DE FRANÇA, EDITORA GUANABARA KOOGAN, 2019;

3 - COLTRI MV, DANTAS EVS. COMENTÁRIOS AO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. 3ª ED. SALVADOR: JUSPODIVM; 2020;





[CAPÍTULO 11]

SEGURANÇA DO PACIENTE (CHECKLIST)



SEGURANÇA DO PACIENTE (CHECKLIST)

MICHELLE NACUR LORENTZ

A SEGURANÇA DO PACIENTE é a redução e a mitigação de atos não seguros no sistema de assistência à saúde, assim como a utilização das melhores práticas que conduzem a RESULTADOS ótimos para o paciente.

EVENTOS ADVERSOS são definidos como complicações indesejadas decorrentes dos cuidados prestados aos pacientes, não atribuídas à evolução natural da doença de base.

Os processos de segurança sofreram enormes avanços nas últimas décadas, muitos deles precedidos de catástrofes. Nas Usinas Nucleares, em 1986, houve o acidente de Chernobyl; na NASA, em 1981, o acidente com o Columbia; na aviação civil, em Tenerife, Espanha, em 1977, ocorreu o maior acidente da história da aviação, quando duas aeronaves em solo se colidiram, matando 583 pessoas. Nos Sistemas de saúde o marco ocorreu após a Publicação do trabalho “The Err is Human” demonstrando que 4% dos pacientes hospitalizados sofriam algum tipo de evento adverso (EA), sendo o erro humano a principal causa desses eventos.

Em 2006 foram constatadas mais de 250 mil mortes ao ano devido aos erros médicos, sendo o EA considerado a





terceira causa de morte nos EUA. Atualmente sabemos que os EA são subdiagnosticados, podendo ocorrer em até 20% dos pacientes, sendo a maioria deles evitável.

Em anestesiologia, os padrões mínimos de monitoração foram estabelecidos há mais de três décadas e no Brasil a Resolução CFM 2174/2017, que rege o ato anestésico, segue tais padrões. Além disto, os hospitais devem prover suporte para complicações raras como anafilaxia perioperatória, intoxicação por anestésico local e hipertermia maligna. Apesar dos países desenvolvidos seguirem esses padrões rigorosamente, isto não foi suficiente para mitigar os eventos adversos.

Mesmo após a publicação “The err is human” a Organização mundial de saúde (OMS) reconheceu que efeitos dos EA durante as cirurgias seria uma questão de saúde pública, pois dos 230 milhões de procedimentos cirúrgicos realizados a cada ano, os EA permaneciam como uma característica regular em todas as sociedades.

Por outro lado, nos setores de alta complexidade, como usinas nucleares e aviação civil, a cultura de segurança foi bem desenvolvida e os formulários de checklists foram parte importante dos processos, com diminuição significativa dos acidentes e óbitos.

Em 2005, o Sistema Nacional de Segurança do Paciente Agência (NPSA) desenvolveu uma lista de verificação com o Royal College of Surgeons para garantir a cirurgia no local correto no National Health System. Isto seguiu-se à introdução de um Protocolo Universal obrigatório semelhante para prevenir site errado, procedimento errado e cirurgia na ‘pessoa errada’ por uma Comissão Conjunta de Credenciamento de Organizações de Saúde nos EUA.

Entretanto a cirurgia segura envolve mais do que ape-

nas o procedimento correto, no lado correto e paciente correto, portanto o checklist estendeu-se para confirmar a profilaxia antibiótica, de tromboembolismo, confirmação de reserva sanguínea e de todos os equipamentos necessários ao o procedimento.

Portanto a OMS organizou um Comitê Internacional de especialistas envolvendo mais de 200 sociedades médicas e enfermagem de Centro Cirúrgico, lançando em 2008, seu segundo desafio global 'Cirurgias Seguras Salvam Vidas'. Na lista de verificação de segurança cirúrgica proposta pela OMS é feita em três etapas cruciais: Antes da indução anestésica ("sign in"), antes da incisão na pele ("time-out") e antes do paciente sair da sala cirúrgica ("sign out").

Embora as listas de verificações, conhecidas como Checklists, possam ser vistas como dificultadores e gerar relutância no adequado preenchimento, trata-se de um conceito bastante simples e importante para garantir a segurança dos pacientes. Em 2009 estudo demonstrou que, após a introdução da utilização do checklist, a taxa de complicações maiores caiu de 11% para 7%, e a mortalidade hospitalar após as cirurgias caiu de 1,5% para 0,8%, demonstrando a importância da implementação da verificação. Cada instituição hospitalar pode criar seu próprio checklist, lembrando que ele deve ser simples, factível e fácil de ser preenchido.

No que se refere a anestesiologia verificou-se que no preparo da anestesia o esquecimento de pelo menos 1 item ocorre em 10 a 17% das anestésias, e falhas ao "checar" são responsáveis por 22 a 33% dos incidentes críticos em anestesia. O Checklist de rotina na anestesia não deve exceder 10 itens, sendo fundamental checar os equipamentos de anestesia, conferir nome do paciente e cirurgia a ser realizada, ter conhecimento da fisiopatologia





da doença e tratamento cirúrgico proposto e nunca fazer anestésias simultâneas!

Em 2011 foi publicada uma lista de erros que nunca deveriam ocorrer “Never Events” em ambiente hospitalar. Essa lista incluiu 29 eventos agrupados em 6 categorias. Os eventos mais notáveis foram as cirurgias em local errado, paciente errado ou procedimento errado. Mas os mais frequentes foram os erros de medicação.

Estima-se que cirurgias em local errado, paciente errado ou procedimento errado ocorram 1.300 a 2.700 vezes ao ano nos EUA. Análise feita em eventos sentinela entre 1995 e 2006 em hospitais americanos acreditados pela Joint Commission demonstraram 13% de wrong-site surgery (76% local errado; 13% paciente errado; 11% procedimento errado). Publicação posterior demonstrou que Wrong-site nerve blocks é dez vezes mais frequente que Wrong-site surgery. A incidência desses eventos diminuiu sensivelmente após implantação dos checklists (3.95 por 10 000 procedimentos). Atualmente propõe-se que também seja feito um STOP antes da realização dos bloqueios anestésicos com lateralidade (Stop before you block).

Os erros na administração de medicamentos continuam a ocorrer com frequência nas salas de cirurgia e estratégias para prevenção estão sendo buscadas como rótulos com diferentes cores, codificação dos fármacos na farmácia antes da dispensação, uso do código de barras correspondente que pode ser escaneado por um leitor, seringas pré-preenchidas, dupla checagem, etc. Entretanto a escassez da literatura, bem como a subnotificação impactam negativamente na implementação de estratégias eficazes na segurança de medicamentos.

Os fatores psicológicos também impactam negativamente nos erros de medicação (exemplo quando lemos

parte de uma palavra e nosso cérebro preenche o restante) e viés de confirmação (quando o cérebro interpreta informações que confirmam nossas expectativas) tendo o potencial de subverter as tecnologias de segurança que são implementadas. Portanto apesar da tecnologia destinar-se a tornar nossa prática mais segura, o excesso de confiança na tecnologia traz seus próprios riscos e ao final nada substitui a leitura e releitura dos rótulos.

A Anesthesia Patient Safety Foundation (APSF) propõe algumas medidas visando melhorar a segurança de medicamentos em sala cirúrgica como a padronização de fármacos, concentrações e equipamentos; infusões contínuas entregue por um smart controlado eletronicamente; bombas de infusão com biblioteca; proibição de formulações concentradas de agente potencialmente letal na sala cirúrgica (Ex: fenilefrina); armazenamento dos frascos usados até final do caso e investigação dos erros de medicação usando uma “cultura justa”.

A segurança no centro cirúrgico envolve rotinas, organização das equipes e fatores humanos, devendo haver engajamento dos anesthesiologistas, cirurgiões, assistentes, equipe de enfermagem, engenharia clínica, farmácia, suprimentos, higienização, banco de sangue, etc. Importante lembrar que a privação do sono e fadiga impactam negativamente no desempenho, cognição e humor, comprometendo o papel do anesthesiologista no monitoramento do paciente de forma vigilante e de todos os outros profissionais envolvidos nos cuidados com o paciente.

A segurança do paciente não pode ser atribuída a nenhuma prática ou avanço tecnológico isolado, mas a aplicação de uma ampla gama de mudanças nos processos (incluindo comportamento), equipamentos, recursos, organizações, supervisão, treinamento, trabalho





em equipe, e até mesmo personalidade do praticante. Sendo fundamental que a instituição esteja plenamente envolvida na melhoria da segurança, fomentando ferramentas para redução de EA como educação continuada, treinamento de habilidades técnicas e não técnicas, lideranças engajadas na segurança fornecendo feedback para as equipes e substituição da “cultura da culpa” pela “cultura da segurança”.

O pilar final para a implementação da cultura da segurança é a facilitação, ou seja, o tipo de apoio necessário para ajudar as pessoas a mudarem suas atitudes, hábitos, formas de pensar e trabalhar. Fundamentalmente para qualquer mudança de atitude é necessário acreditar que a mudança é necessária.

Feitas essas mudanças permanecem alguns desafios em segurança: erro de medicação; Isquemia cerebral na posição “head-up” ou “beach-chair”; manejo da apneia obstrutiva do sono durante a anestesia; fadiga e distrações dos profissionais; monitorização em sedação; relação da anestesia em RN/ lactentes com o neurodesenvolvimento e anestesia e recorrência do câncer.

A mensagem final é que a segurança é uma meta que tem que ser seguida e aprimorada todos os dias, visando reduzir as consequências adversas à saúde devido aos cuidados inseguros com o paciente, lembrando que é premissa básica da bioética “primeiro não fazer o mal”.

BIBLIOGRAFIA:

1. KOHN LT, CORRIGAN J, DONALDSON MS: TO ERR IS HUMAN: BUILDING A SAFER HEALTH SYSTEM. WASHINGTON, D.C., NATIONAL ACADEMIES PRESS, 2000.
2. MELLIN-OLSEN J, STAENDER S, WHITAKER DK, SMITH AF. THE HELSINKI DECLARATION ON PATIENT SAFETY IN ANAESTHESIOLOGY. EUR J ANAESTHESIOL 2010; 27:592-597.
3. EICHHORN JH: THE APSF AT 25: PIONEERING SUCCESS IN SAFETY, BUT CHALLENGES REMAIN. APSF NEWSLETTER 2010; 25:22-39

4. EICHHORN JH -THE ANESTHESIA PATIENT SAFETY FOUNDATION AT 25: A PIONEERING SUCCESS IN SAFETY, 25TH ANNIVERSARY PROVOKES REFLECTION. ANESTH ANALG 2012;114: 791-800.
5. SEIDEN SC, BARACH P - WRONG-SIDE/WRONG-SITE, WRONG-PROCEDURE, AND WRONG-PATIENT ADVERSE EVENTS. ARE THEY PREVENTABLE? ARCH SURG 2006; 141:931-939.
6. SEVDALIS N, HULL L AND BIRNBACHDJ - IMPROVING PATIENT SAFETY IN THE OPERATING THEATRE AND PERIOPERATIVE CARE: OBSTACLES, INTERVENTIONS, AND PRIORITIES FOR ACCELERATING PROGRESS. BRITISH JOURNAL OF ANAESTHESIA 109 (S1): I3-I16 (2012).
7. EICHHORN JH - APSF HOSTS MEDICATION SAFETY CONFERENCE: CONSENSUS GROUP DEFINES CHALLENGES AND OPPORTUNITIES FOR IMPROVED PRACTICE. APSF NEWSLETTER 2010; 25: 1-8
8. NANJI KC, PATEL A, SHAIKH S, ET AL - EVALUATION OF PERIOPERATIVE MEDICATION ERRORS AND ADVERSE DRUG EVENTS. ANESTHESIOLOGY 2016;124: 25-34
9. HOWARD SK, GABA DM, SMITH BE, ET AL - SIMULATION STUDY OF RESTED VERSUS SLEEP-DEPRIVED ANESTHESIOLOGISTS. ANESTHESIOLOGY 2003; 98:1345-55
10. J. A. WAHR1, J. H. ABERNATHY, E. H. LAZARRA, ET AL - MEDICATION SAFETY IN THE OPERATING ROOM: LITERATURE AND EXPERT-BASED RECOMMENDATIONS. BRITISH JOURNAL OF ANAESTHESIA 2017: 118 (1): 32-43.
11. HAUGEN AS, NICK SEVDALIS N, SØFTELAND E - IMPACT OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION SURGICAL SAFETY CHECKLIST ON PATIENT SAFETY. ANESTHESIOLOGY 2019; 131:420-5.
12. LOBAUGH LM, MARTIN LD, SCHLEELEIN LE - MEDICATION ERRORS IN PEDIATRIC ANESTHESIA: A REPORT FROM THE WAKE UP SAFE QUALITY IMPROVEMENT INITIATIVE. ANESTH ANALG 2017;125: 936-42.
13. WARNER MA, WARNER ME - THE EVOLUTION OF THE ANESTHESIA PATIENT SAFETY MOVEMENT IN AMERICA: LESSONS LEARNED AND CONSIDERATIONS TO PROMOTE FURTHER IMPROVEMENT IN PATIENT SAFETY. ANESTHESIOLOGY 2021; 135:963-75.
14. SMITH AF AND PLUNKETT E - PEOPLE, SYSTEMS AND SAFETY: RESILIENCE AND EXCELLENCE IN HEALTHCARE PRACTICE. ANAESTHESIA 2019; 74: 508-517.
15. KWOFIE K AND UPPAL V - WRONG-SITE NERVE BLOCKS: EVIDENCE-REVIEW AND PREVENTION STRATEGIES CURR OPIN ANESTHESIOLOG 2020; 33:698-703.
16. HENSHAW DS, TURNER JD, DOBSON SW, ET AL - PREPROCEDURAL CHECKLIST FOR REGIONAL ANESTHESIA: IMPACT ON THE INCIDENCE OF WRONG SITE NERVE BLOCKADE. REG ANESTH PAIN MED 2019.
17. PATIENT SAFETY TOPICS: WRONG-SITE SURGERY. [HTTP://PATIENTSAFETY.PA.GOV](http://patientsafety.pa.gov).





18. JOHNSTONE C, RAZAVI C, PAWA A, ET AL - A PRACTICAL SOLUTION FOR PREVENTING WRONG-SIDE BLOCKS. ANAESTHESIA 2018; 73:914.
19. MCLELLAN EJ, HADE AD, PELECANOS A, OKANO S - INTRODUCTION OF A MANDATORY PREBLOCK SAFETY CHECKLIST INTO A REGIONAL ANAESTHESIA BLOCK ROOM SERVICE: A QUALITY IMPROVEMENT PROJECT. ANAESTH INTENSIVE CARE 2018; 46:504-509.
20. MARK A. WARNER, DANIEL ARNAL, DANIEL J. COLE, ET AL - ANESTHESIA PATIENT SAFETY: NEXT STEPS TO IMPROVE WORLDWIDE PERIOPERATIVE SAFETY BY 2030. ANESTH ANALG 2022; 135:6-19.

ANEXOS:

DEZ OBJETIVOS ESSENCIAIS PARA A CIRURGIA SEGURA:

1. A EQUIPE OPERARÁ O PACIENTE CERTO E O LOCAL CIRÚRGICO CERTO.
2. A EQUIPE USARÁ MÉTODOS CONHECIDOS PARA IMPEDIR DANOS NA ADMINISTRAÇÃO DE ANESTÉSICOS, ENQUANTO PROTEGE O PACIENTE DA DOR.
3. A EQUIPE RECONHECERÁ E ESTARÁ EFETIVAMENTE PREPARADA PARA PERDA DE VIA AÉREA OU DE FUNÇÃO RESPIRATÓRIA QUE AMEACEM A VIDA.
4. A EQUIPE RECONHECERÁ E ESTARÁ EFETIVAMENTE PREPARADA PARA O RISCO DE GRANDES PERDAS SANGUÍNEAS.
5. A EQUIPE EVITARÁ A INDUÇÃO DE REAÇÃO ADVERSA A DROGAS OU REAÇÃO ALÉRGICA SABIDAMENTE DE RISCO AO PACIENTE.
6. A EQUIPE USARÁ DE MANEIRA SISTEMÁTICA, MÉTODOS CONHECIDOS PARA MINIMIZAR O RISCO DE INFECÇÃO NO SÍTIO CIRÚRGICO.
7. A EQUIPE IMPEDIRÁ A RETENÇÃO INADVERTIDA DE INSTRUMENTAIS OU COMPRESSAS NAS FERIDAS CIRÚRGICAS.
8. A EQUIPE MANTERÁ SEGUROS E IDENTIFICARÁ PRECISAMENTE TODOS OS ESPÉCIMES CIRÚRGICOS.
9. A EQUIPE SE COMUNICARÁ EFETIVAMENTE E TROCARÁ INFORMAÇÕES CRÍTICAS PARA A CONDUÇÃO SEGURA DA OPERAÇÃO.
10. OS HOSPITAIS E OS SISTEMAS DE SAÚDE PÚBLICA ESTABELECEM VIGILÂNCIA DE ROTINA SOBRE A CAPACIDADE, VOLUME E RESULTADOS CIRÚRGICOS.

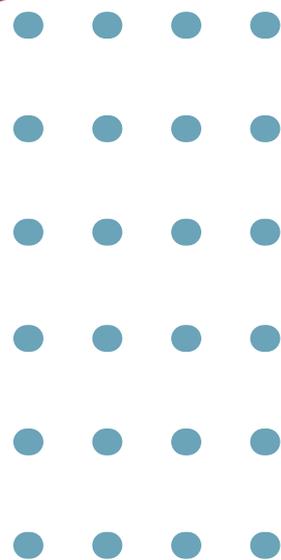
METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

1. IDENTIFICAR OS PACIENTES CORRETAMENTE
2. MELHORAR A EFETIVIDADE DA COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
3. MELHORAR A SEGURANÇA NO USO DE MEDICAMENTOS DE ALTA-VIGILÂNCIA
4. ASSEGURAR CIRURGIAS COM LOCAL DE INTERVENÇÃO CORRETO, PROCEDIMENTO CORRETO E PACIENTE CORRETO
5. REDUZIR O RISCO DE INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE
6. REDUZIR O RISCO DE LESÕES AO PACIENTE, DECORRENTES DE QUEDAS



12

[CAPÍTULO 12]
**O PÓS-
-OPERATÓRIO**





○ PÓS-OPERATÓRIO

LEONARDO EMÍLIO DA SILVA

Antes de iniciar esse capítulo, voltaremos ao nosso Código de Ética Médica onde extraímos de seu Capítulo I – Princípios Fundamentais:

XIX –O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência.

XX – A natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo.

XXI –No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

A responsabilidade do médico em acompanhar o paciente permanece no pós-operatório, visto que ele que planejou e executou o ato, não pode questões externas (econômicas/administrativas) se sobreporem à necessidade de assistência, conforme o Parecer nº 04/2015, do CREMEGO.

Além disso, o médico assistente **NÃO DEVE DEIXAR DE ASSUMIR** a responsabilidade de qualquer ato profissio-

nal que tenha praticado ou indicado, mesmo que vários profissionais tenham assistido o paciente, ainda também que o próprio paciente ou seu representante legal tenha solicitado, de acordo com o CEM.

O relacionamento entre o médico intensivista e o cirurgião (assim como qualquer outro médico especialista inicial de um paciente) deve ser de trabalho conjunto, procurando agir de forma complementar. A responsabilidade do cirurgião não cessa após o paciente chegar à UTI, pois a ele compete acompanhar o pós-operatório, assim como indicar e executar qualquer ato cirúrgico que seja necessário, tanto programado como de emergência. Por outro lado, o intensivista é o médico que está no acompanhamento contínuo do paciente, cabendo-lhe as decisões médicas de rotina em comum acordo com o médico inicial e o controle das intercorrências. Tal parágrafo foi extraído do texto emanado pelo CREMESP em parecer sob o número nº 8.356/95.

O Art. 32 do CEM é cristalino, ao vedar ao médico “isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal”.

É válido ainda recordar o teor do Art. 34, que o proíbe de “atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado”.

Aqui também é muito importante reforçar o CEM onde é vedado ao médico:

Art. 36. Abandonar paciente sob seus cuidados.

§ 1º Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente





ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que o suceder.

§ 2º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou à sua família, o médico não o abandonará por este ter doença crônica ou incurável e continuará a assisti-lo e a propiciar-lhe os cuidados necessários, inclusive os paliativos.

Art. 37. Prescrever tratamento e outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente depois de cessado o impedimento, assim como consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa.

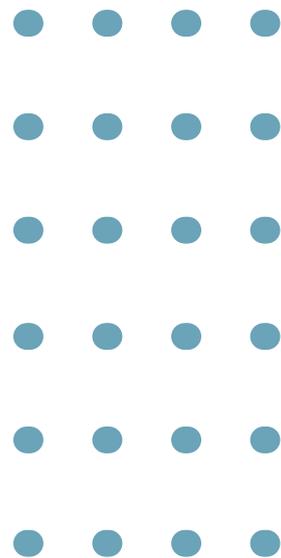
§ 1º O atendimento médico a distância, nos moldes da telemedicina ou de outro método, dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina.

É muito importante que o médico inclua em seu termo de consentimento, previamente acordado ao ato cirúrgico, as responsabilidades e deveres do próprio médico assim como do seu paciente.

Em resumo, o pós-operatório é parte do ato médico praticado cirurgicamente pelo especialista.



[CAPÍTULO 13]
ALTA MÉDICA





ALTA MÉDICA

LEONARDO EMÍLIO DA SILVA

Vamos utilizar aqui o texto do CREMESP em seu capítulo do Livro Manual de Ética em Ginecologia e Obstetrícia e o Parecer Consulta nº 116.915/09 também do CREMESP.

A alta médica hospitalar, como o próprio termo diz, é prerrogativa do médico. É importante salientar que, quando hospitalizado, o paciente tem o direito de ter um médico como responsável direto pela sua internação, assistência e acompanhamento até a alta, sendo dever do Diretor Clínico do estabelecimento de saúde as providências cabíveis para que isso ocorra.

Mais do que meramente uma diferenciação semântica, separar os conceitos de “alta hospitalar” e “alta médica” torna-se importante nos dias atuais, tendo em vista a existência de empresas que prestam serviços domiciliares de cuidados de saúde a pacientes (home care).

A princípio, mesmo não havendo uma definição prévia para isso, pode-se afirmar que existem sim diferenças entre os termos consultados.

A alta hospitalar consistiria na autorização de saída do paciente do ambiente de tratamento hospitalar, sem, contudo, querer dizer que é cessado o tratamento ou esteja curada a enfermidade. Um exemplo genérico desta situação seria o pós-operatório de uma cirurgia ortopédica para correção de fratura, no qual após o tempo de internação do paciente, este é autorizado a deixar o hospital para continuar o tratamento em domicílio, com uso de medicações e portando um aparelho gessado.

A alta médica consistiria, por sua vez, na finalização do tratamento de um paciente, pressupondo a cura. Continuando a partir do exemplo anterior, seria a liberação do paciente dos medicamentos e retirada do aparelho gessado após a consolidação adequada da fratura, possibilitando o retorno do mesmo às suas atividades habituais.

Assim sendo, a alta hospitalar de um paciente em situação de limitação acentuada pode exigir que haja tratamento domiciliar para o mesmo. A alta hospitalar não pressupõe a cura, mas somente a ausência de necessidade de permanência em ambiente hospitalar. Conseqüentemente, a alta médica pressupõe a ausência de necessidade de tratamento médico.

Segundo a Resolução CFM 1.668/2003, cabe ao médico assistente definir se o seu paciente, ao receber alta hospitalar, tem necessidade de cuidados especiais domiciliares, sendo que no seu artigo 4º fica claro que a assistência domiciliar somente será realizada após avaliação médica registrada em prontuário específico.

Conclui-se que alta hospitalar não encerra a necessidade de tratamentos, possibilitando o acesso à assistência domiciliar (home care), sendo que somente a alta médica pode finalizar a necessidade de procedimentos terapêuticos.

Existem situações nas quais a alta hospitalar pode ser solicitada pelo paciente ou por seus responsáveis, denominada alta a pedido. Para a solução deste problema, é fundamental distinguir a alta a pedido que não envolve iminente risco à vida, daquela em sentido contrário; somente através de avaliação e parecer técnico poderá haver tal distinção.

No caso da alta a pedido, sem colocar em risco a vida do paciente, nem o médico responsável nem o hospital podem ferir o princípio da autonomia do mesmo, cer-





ceando seu direito de “ir e vir”. A instituição hospitalar e o médico devem, de maneira clara, documentar fartamente a decisão do paciente, quanto a sair do hospital.

Entretanto, em caso de iminente perigo à vida do paciente, o médico pode se recusar a conceder a alta a pedido. Essa é uma exceção prevista no Código de Ética Médica (Art. 56) para que o médico possa intervir contrariamente à vontade do paciente, em situações de “iminente risco à vida”. Portanto, é a gravidade ou a iminência de perigo à vida que deve condicionar a aceitação ou recusa da alta a pedido.

Vale a pena ressaltar que, se a saúde do paciente se agravar em consequência da alta a pedido, o profissional que a autorizou poderá ser responsabilizado pela prática de seu ato, assim como o hospital, pois “é presumida a culpa do patrão ou comitente pelo ato culposo do empregado ou preposto”, no caso por omissão de socorro, imprudência ou negligência. Existe também a responsabilidade penal, na modalidade culposa para os crimes de homicídio e lesões corporais, quando praticado através de imprudência, negligência ou imperícia.

Em caso de alta a pedido de crianças e adolescentes, o “Termo de Responsabilidade” deverá ser assinado pelos responsáveis. A aceitação ou não do pedido de alta, pelo médico, também fica condicionado à gravidade ou à iminência de perigo à vida da criança ou adolescente. Diante do impasse entre a solicitação de alta pelos responsáveis e a recusa do profissional em aceitá-la, com o atual Estatuto da Criança e do Adolescente, a Vara da Infância e da Juventude deverá ser acionada para a resolução do conflito.

Como dito anteriormente, a alta médica hospitalar é prerrogativa do médico, cuja decisão deve ser tomada de acordo com os ditames éticos e legais. O médico não deve aceitar o pedido de alta de paciente feito por Che-

fe de Serviço, Diretor Clínico ou convênios quando, de acordo com sua avaliação técnica, não existem condições para a alta.

Cabe ao médico exercer sua profissão com autonomia, sempre orientado pelos preceitos éticos e legais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIVRO MANUAL DE ÉTICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. ACESSO EM:

https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=60

PARECER CONSULTA Nº 116.915/09 DO CREMESP. ACESSO EM:

<https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=a&ficha=1&id=9578&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%C3%A3o%20Paulo&numero=116915&situacao=&data=14-09-2010>





SBCOC

SOCIEDADE BRASILEIRA DE
CIRURGIA DO OMBRO E COTOVELO

MANUAL DE BOAS PRÁTICAS PARA O ORTOPEDISTA DE OMBRO E COTOVELO

ILDEU ALMEIDA, LEONARDO EMÍLIO E SANDRO REGINALDO

RUMO À EXCELÊNCIA ORTOPÉDICA:
UM GUIA PRÁTICO PARA ESPECIALISTAS

SBCOC

SOCIEDADE BRASILEIRA
DE CIRURGIA DO OMBRO E COTOVELO

ALAMEDA LORENA, 427 - 14º ANDAR
CEP 01424-000 SÃO PAULO - SP

☎ (11) 95973-0469

✉ sbcoc@sbot.org.br

SIGA-NOS NAS REDES SOCIAIS



© 2023 • TODOS OS DIREITOS RESERVADOS




SBCOC
SOCIEDADE BRASILEIRA DE
CIRURGIA DO OMBRO E COTOVELO

