



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 2.545, DE 2019

(Do Sr. Luciano Ducci)

Altera a Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, que dispõe sobre o exercício da Medicina, para incluir disposição sobre a avaliação pré-anestésica.

DESPACHO:

ÀS COMISSÕES DE:

SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA; E

CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA (ART. 54 RICD)

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei altera a lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, para incluir disposições sobre a avaliação pré-anestésica.

Art. 2º. O art. 4º da lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo:

“Art. 4º

.....
 §8º *antes da realização de qualquer anestesia, exceto nas situações de urgência, é indispensável conhecer as condições clínicas do paciente, utilizando-se de exames complementares, quando necessário. ” (NR).*

Art. 3º. Esta lei entra em vigor, decorridos sessenta dias da data de sua publicação

JUSTIFICAÇÃO

Trata-se a presente proposta de reapresentação do Projeto de Lei nº 8.915, de 2017, de autoria do Ex-Deputado Rômulo Gouveia, para incluir disposição sobre a avaliação pré-anestésica.

Referido projeto foi arquivado nos termos do artigo 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, mas mantém-se oportuno e atual, como se pode ver das razões que o justificaram à época de sua apresentação:

“A anestesia é um procedimento destinado ao controle da sensibilidade e/ou da consciência de um ser vivo, geralmente para que seja realizado algum outro procedimento propedêutico ou terapêutico.

As primeiras anestésias foram realizadas, provavelmente, há mais de três mil anos, usando opióides ou álcool para reduzir a sensação de dor. No início do século XIX foram realizadas as primeiras anestésias gerais em humanos, e desde então esta área médica tem evoluído de forma significativa.

Entretanto, há riscos associados ao uso das substâncias anestésicas, que podem provocar efeitos adversos graves, como reações alérgicas, parada respiratória, entre outros.

Desta forma, mostra-se necessária a avaliação pré-anestésica, para que sejam analisados fatores de risco para estas reações adversas. Nesse sentido, foi editada a Resolução nº 1.802, de 2006, pelo Conselho Federal de Medicina.

A citada norma infralegal traz determinações para médicos anesthesiologistas quanto aos cuidados que devem ser tomados com o paciente e o ambiente de trabalho.

Embora tenha sido um avanço para a segurança dos pacientes, entende-se que esta determinação merece ser elevada para o nível de lei, e expandida para todos os médicos que realizam anestésias.

Este projeto pretende acrescentar dispositivo à lei que regulamenta a Medicina, para que seja obrigatória a avaliação pré-anestésica, exceto em casos urgentes. A amplitude desta avaliação ficará a critério do médico, sendo compatível com o grau de complexidade da anestesia e o risco potencial do procedimento.”

Dessa forma, por concordar com os argumentos despendidos na justificativa, e pelo evidente impacto positivo da proposta, contamos com o pleno apoio de nossos ilustres Pares para a sua rápida aprovação.

Sala das Sessões, em 25 de abril de 2019.

Luciano Ducci
Deputado Federal
PSB/PR

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG
Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL
Seção de Legislação Citada - SELEC

LEI Nº 12.842, DE 10 DE JULHO DE 2013

Dispõe sobre o exercício da Medicina.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 4º São atividades privativas do médico:

I - (VETADO);

II - indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios;

III - indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias;

IV - intubação traqueal;

V - coordenação da estratégia ventilatória inicial para a ventilação mecânica invasiva, bem como das mudanças necessárias diante das intercorrências clínicas, e do programa de interrupção da ventilação mecânica invasiva, incluindo a desintubação traqueal;

- VI - execução de sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral;
- VII - emissão de laudo dos exames endoscópicos e de imagem, dos procedimentos diagnósticos invasivos e dos exames anatomopatológicos;
- VIII - (VETADO);
- IX - (VETADO);
- X - determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico;
- XI - indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde;
- XII - realização de perícia médica e exames médico-legais, excetuados os exames laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas, genéticas e de biologia molecular;
- XIII - atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas;
- XIV - atestação do óbito, exceto em casos de morte natural em localidade em que não haja médico.

§ 1º Diagnóstico nosológico é a determinação da doença que acomete o ser humano, aqui definida como interrupção, cessação ou distúrbio da função do corpo, sistema ou órgão, caracterizada por, no mínimo, 2 (dois) dos seguintes critérios:

- I - agente etiológico reconhecido;
- II - grupo identificável de sinais ou sintomas;
- III - alterações anatômicas ou psicopatológicas.

§ 2º (VETADO).

§ 3º As doenças, para os efeitos desta Lei, encontram-se referenciadas na versão atualizada da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

§ 4º Procedimentos invasivos, para os efeitos desta Lei, são os caracterizados por quaisquer das seguintes situações:

- I - (VETADO);
- II - (VETADO);
- III - invasão dos orifícios naturais do corpo, atingindo órgãos internos.

§ 5º Excetuam-se do rol de atividades privativas do médico:

- I - (VETADO);
- II - (VETADO);
- III - aspiração nasofaríngea ou orotraqueal;
- IV - (VETADO);
- V - realização de curativo com desbridamento até o limite do tecido subcutâneo, sem a necessidade de tratamento cirúrgico;
- VI - atendimento à pessoa sob risco de morte iminente;
- VII - realização de exames citopatológicos e seus respectivos laudos;
- VIII - coleta de material biológico para realização de análises clínico-laboratoriais;
- IX - procedimentos realizados através de orifícios naturais em estruturas anatômicas visando à recuperação físico-funcional e não comprometendo a estrutura celular e tecidual.

§ 6º O disposto neste artigo não se aplica ao exercício da Odontologia, no âmbito de sua área de atuação.

§ 7º O disposto neste artigo será aplicado de forma que sejam resguardadas as competências próprias das profissões de assistente social, biólogo, biomédico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, terapeuta ocupacional e técnico e tecnólogo de radiologia.

Art. 5º São privativos de médico:

- I - (VETADO);

II - perícia e auditoria médicas; coordenação e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, às atividades privativas de médico;

III - ensino de disciplinas especificamente médicas;

IV - coordenação dos cursos de graduação em Medicina, dos programas de residência médica e dos cursos de pós-graduação específicos para médicos.

Parágrafo único. A direção administrativa de serviços de saúde não constitui função privativa de médico.

.....

RESOLUÇÃO CFM N° 1.802, DE 4 DE OUTUBRO DE 2006
(Revogada pela resolução CFM n° 2.174, de 14 de dezembro de 2017)

Dispõe sobre a prática do ato anestésico. Revoga a Resolução CFM n. 1.363/1993. O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n° 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n° 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei n° 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

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

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

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

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

CONSIDERANDO a Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa n° 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, em especial, salas de indução e recuperação pós-anestésica;

CONSIDERANDO o proposto pela Câmara Técnica Conjunta do Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Sociedade Brasileira de Anestesiologia, nomeada pela Portaria CFM n° 62/05;

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

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 04 de outubro de 2006,

RESOLVE:

Art. 1° Determinar aos médicos anestesiológicos que:

I –Antes da realização de qualquer anestesia, exceto nas situações de urgência, é indispensável conhecer, com a devida antecedência, as condições clínicas do paciente, cabendo ao médico anesthesiologista decidir da conveniência ou não da prática do ato anestésico, de modo soberano e intransferível.

a) Para os procedimentos eletivos, recomenda-se que a avaliação pré-anestésica seja realizada em consulta médica antes da admissão na unidade hospitalar;

b) na avaliação pré-anestésica, baseado na condição clínica do paciente e procedimento proposto, o médico anesthesiologista solicitará ou não exames complementares e/ou avaliação por outros especialistas;

c) o médico anesthesiologista que realizar a avaliação pré-anestésica poderá não ser o mesmo que administrará a anestesia.

II –Para conduzir as anestésias gerais ou regionais com segurança, deve o médico anesthesiologista manter vigilância permanente ao paciente.

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

IV –É ato atentatório à ética médica a realização simultânea de anestésias em pacientes distintos, pelo mesmo profissional. V –Para a prática da anestesia, deve o médico anesthesiologista avaliar previamente as condições de segurança do ambiente, somente praticando o ato anestésico quando asseguradas as condições mínimas para a sua realização.

Art. 2º É responsabilidade do diretor técnico da instituição assegurar as condições mínimas para a realização da anestesia com segurança.

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

I –Monitoração da circulação, incluindo a determinação da pressão arterial e dos batimentos cardíacos, e determinação contínua do ritmo cardíaco, incluindo cardioscopia;

II –Monitoração contínua da oxigenação do sangue arterial, incluindo a oximetria de pulso;

III –Monitoração contínua da ventilação, incluindo os teores de gás carbônico exalados nas seguintes situações: anestesia sob via aérea artificial (como intubação traqueal, brônquica ou máscara laríngea) e/ou ventilação artificial e/ou exposição a agentes capazes de desencadear hipotermia maligna.

IV –Equipamentos (ANEXO II), instrumental e materiais (ANEXO III) e fármacos (ANEXO IV) que permitam a realização de qualquer ato anestésico com segurança, bem como a realização de procedimentos de recuperação cardiorrespiratória.

Art. 4º Após a anestesia, o paciente deve ser removido para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) ou para o/a centro (unidade) de terapia intensiva (CTI), conforme o caso. § 1º Enquanto aguarda a remoção, o paciente deverá permanecer no local onde foi realizado o procedimento anestésico, sob a atenção do médico anesthesiologista; § 2º O médico anesthesiologista que realizou o procedimento anestésico deverá acompanhar o transporte do paciente para a SRPA e/ou CTI; § 3º A alta da SRPA é de responsabilidade exclusiva do médico anesthesiologista; § 4º Na SRPA, desde a admissão até o momento da alta, os pacientes permanecerão monitorados quanto: a) à circulação, incluindo aferição da pressão arterial e dos batimentos cardíacos e determinação contínua do ritmo cardíaco, por meio da cardioscopia; b) à respiração, incluindo determinação contínua da oxigenação do sangue arterial e oximetria de pulso; c) ao estado de consciência; d) à intensidade da dor.

Art. 5º Os anexos e as listas de equipamentos, instrumental, materiais e fármacos que obrigatoriamente devem estar disponíveis no ambiente onde se realiza qualquer anestesia, que integram esta resolução, serão periodicamente revisados. Parágrafo único-Itens adicionais estão indicados em situações específicas.

Art. 6º Revogam-se todas as disposições em contrário, em especial a Resolução CFM nº 1.363 publicada em 22 de março de 1993.

Art. 7º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília/DF, 04 de outubro de 2006.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
Presidente

LÍVIA BARROS GARÇÃO
Secretária-Geral

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.174, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2017

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RESOLVE:

Art. 1º Determinar aos médicos anestesistas que:

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

a) Para os procedimentos eletivos, recomenda-se que a consulta pré-anestésica do paciente seja realizada em consultório médico, antes da admissão na unidade hospitalar, sendo que nesta ocasião o médico anestesista poderá solicitar exames complementares e/ou avaliação por outros especialistas, desde que baseado na condição 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 pré-anestésica poderá não ser o mesmo que administrará a anestesia.

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

III – A documentação mínima dos procedimentos anestésicos deverá incluir obrigatoriamente informações relativas à avaliação e prescrição pré-anestésicas, evolução clínica e tratamento intra e pós-anestésico (ANEXOS I, II, III e IV). IV – É vedada a realização de anestésias simultâneas em pacientes distintos, pelo mesmo profissional ao mesmo tempo. V – Para a prática da anestesia, deve o médico anestesista responsável avaliar e definir previamente, na forma prevista no artigo 2º, o risco do procedimento cirúrgico, o risco do paciente e as condições de segurança do ambiente cirúrgico e da sala de recuperação pós-anestésica, sendo sua incumbência certificar-se da existência das condições mínimas de segurança antes da realização do ato anestésico, comunicando qualquer irregularidade ao diretor técnico da instituição e, quando necessário, à Comissão de Ética Médica ou ao Conselho Regional de Medicina (CRM).

VI – Caso o médico anestesista responsável verifique não existirem as condições mínimas de segurança para a prática do ato anestésico, pode ele suspender a realização do procedimento até que tais inconformidades sejam sanadas, salvo em casos de urgência ou emergência nos quais o atraso no procedimento acarretará em maiores riscos ao paciente do que a realização do ato anestésico em condições não satisfatórias. Em qualquer uma destas situações, deverá o médico anestesista

responsável registrar no prontuário médico e informar o ocorrido por escrito ao diretor técnico da instituição e, se necessário, à Comissão de Ética Médica ou ao Conselho Regional de Medicina (CRM).

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

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

I – Monitorização do paciente, incluindo:

a) Determinação da pressão arterial e dos batimentos cardíacos;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

d) do uso de monitores dos gases anestésicos (ar comprimido, óxido nitroso e agentes halogenados); e) da utilização da ecocardiografia no período intraoperatório com o objetivo terapêutico hemodinâmico; ef) dos equipamentos previstos no ANEXO VII.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§1º. Existindo médico plantonista responsável pelo atendimento dos pacientes em recuperação na SRPA, o médico anestesista responsável pelo procedimento anestésico transferirá ao plantonista a responsabilidade pelo atendimento e continuidade dos cuidados até a plena recuperação anestésica do paciente.

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

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

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

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

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

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

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

c) ao estado de consciência;

d) à intensidade da dor;

e) ao movimento de membros inferiores e superiores pós-anestesia regional;f) ao controle da temperatura corporal e dos meios para assegurar a normotermia; eg) ao controle de náusease vômitos.

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

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

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

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

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

Art. 11. Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação. Brasília, DF, 14 de dezembro de 2017.

MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO
Presidente em exercício

HENRIQUE BATISTA E SILVA
Secretário-geral

FIM DO DOCUMENTO