

CAPÍTULO 6

AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

MATEUS TEMPONI PIRES¹

MARIA EDUARDA ARRUDA CAMPOS BARCIA²

PEDRO HENRIQUE DE ALMEIDA ANDRADE³

LUIZA ROCHA PINTO COELHO⁴

¹Discente - Universidade de Itaúna, Itaúna, Minas Gerais, Brasil.

²Discente - Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, São Paulo, Brasil.

³Discente - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

⁴Orientadora - Médica pela Faculdade de Minas (FAMINAS) - Minas Gerais, Brasil.

Palavras-Chave: Avaliação Pré-Operatória; Estratificação de Risco; Segurança Perioperatória.

INTRODUÇÃO

A avaliação pré-operatória é um determinante direto de segurança perioperatória, eficiência do sistema e desfechos clínicos. Embora a definição do procedimento e o planejamento anestésico sejam atribuições do nível especializado, a atenção primária à saúde (APS) ocupa uma posição estratégica: detém longitudinalidade, conhecimento da história clínica real, acesso a informações de adesão e estabilidade, capacidade de otimizar comorbidades e competência para identificar sinais de instabilidade que tornam a cirurgia eletiva insegura. Em cenários de multimorbidade, polifarmácia e vulnerabilidade social, a APS frequentemente é o único ponto capaz de reduzir risco “modificável” antes do centro cirúrgico, diminuindo cancelamentos, evitando exames de baixo valor e qualificando o planejamento da equipe perioperatória (NICE, 2016).

A perspectiva contemporânea do perioperatório consolidou um modelo **passo a passo** guiado por risco: considerar urgência, risco inerente do procedimento, estabilidade clínica, capacidade funcional e uso seletivo de testes que **alterem conduta**. Essa lógica é reforçada por diretrizes cardiovasculares perioperatórias recentes, que desestimulam rotinas indiscriminadas e priorizam decisões proporcionais ao risco, com comunicação clara entre APS, cirurgia e anestesia (THOMPSON *et al.*, 2024; GUALANDRO *et al.*, 2024). Em paralelo, instrumentos de segurança cirúrgica, como o *Cheeklist* de Segurança Cirúrgica da OMS, evidenciam que processos reproduzíveis e comunicação estruturada reduzem complicações e mortalidade, reforçando a necessidade de padronização já na etapa pré-operatória (WHO, 2009; HAYNES *et al.*, 2009).

Diante disso, **o objetivo deste capítulo é** oferecer um modelo avançado e operacional para avaliação pré-operatória na APS, integrando estratificação de risco (procedimento e paciente), avaliação funcional e fragilidade, seleção racional de exames, otimização de comorbidades, manejo perioperatório de medicamentos e antitrombóticos, identificação de riscos respiratórios e metabólicos de alto impacto, e organização da comunicação e do seguimento com a equipe cirúrgica/anestésica e com a rede.

Estrutura conceitual e responsabilidades da APS no pré-operatório

A APS não “substitui” o ambulatório pré-anestésico, mas é capaz de entregar insumos clínicos determinantes para segurança:

- confirmar estabilidade clínica real e adesão
- identificar **condições instáveis** que contraindicam eletiva temporariamente
- reduzir risco modificável (controle pressórico/glicêmico, cessação tabágica, anemia, otimização respiratória)
- reconciliar medicamentos com plano perioperatório
- reduzir “ruído” assistencial com exames sem indicação e achados falsamente positivos
- produzir relatório clínico objetivo e acionável

A diretriz NICE NG45 organiza testes pré-operatórios por risco cirúrgico e comorbidades e é particularmente útil para a APS evitar solicitações rotineiras indiscriminadas (NICE, 2016). As diretrizes AHA/ACC e SBC 2024 organizam a avaliação cardiovascular por passos que podem ser aplicados desde a APS, sobretudo na triagem de instabilidade, avaliação funcional e decisão racional sobre exames adicionais (THOMPSON *et al.*, 2024; GUALANDRO *et al.*, 2024).

Risco do procedimento e risco do paciente: como “juntar as duas coisas”

A avaliação pré-operatória eficiente só existe quando o risco do procedimento e o risco do paciente são analisados conjuntamente. A

mesma pessoa tem riscos diferentes se for submetida a uma cirurgia superficial de curta duração versus cirurgia maior com potencial de sangramento, instabilidade hemodinâmica e dor intensa (**Tabela 6.1**).

Tabela 6.1 Matriz risco do procedimento × risco do paciente

Procedimento	Paciente baixo risco e estável	Paciente multimórbido ou com sintomas	Paciente com condição instável
Baixo risco	sem exames de rotina; foco em medicações e orientações	exames seletivos e otimização	adiar eletiva e estabilizar
Intermediário	exames seletivos conforme comorbidades	risco global + plano perioperatório documentado	encaminhar/estabilizar antes
Alto/complexo	coordenação precoce com anestesia	estratificação e otimização intensiva	cirurgia só após estabilização

Fonte: NICE, 2016; Thompson *et al.*, 2024; Gualandro *et al.*, 2024.

Avaliação funcional e fragilidade: o componente que mais muda conduta

A capacidade funcional é um marcador integrador de reserva fisiológica e risco perioperatório. Em prática avançada, ela deve ser tratada como “sinal vital perioperatório”. Baixa capacidade funcional e fragilidade se associam a maior risco de complicações, necessidade de internação prolongada e pior recuperação (**Quadro 6.1**).

Quadro 6.1 Avaliação reprodutível de capacidade funcional e fragilidade

desempenho em atividades: subir escadas, caminhar rápido, carregar compras, atividades domésticas vigorosas
dispneia, dor torácica, tontura ao esforço
quedas recentes, perda ponderal não intencional, exaustão, lentificação, baixa atividade
dependência para atividades instrumentais (medicação, finanças, compras)

Fonte: THOMPSON *et al.*, 2024.

Condições instáveis: quando a APS deve “interromper a linha” da eletiva

Há condições em que a cirurgia eletiva deve ser adiada até estabilização, e isso pode ser identificado na APS:

- dor torácica sugestiva de isquemia
- insuficiência cardíaca descompensada
- arritmia sintomática ou instável
- infecção sistêmica ou foco infeccioso relevante não controlado
- crise asmática/DPOC agudizada
- descompensação metabólica importante
- anemia relevante sem esclarecimento quando há tempo hábil

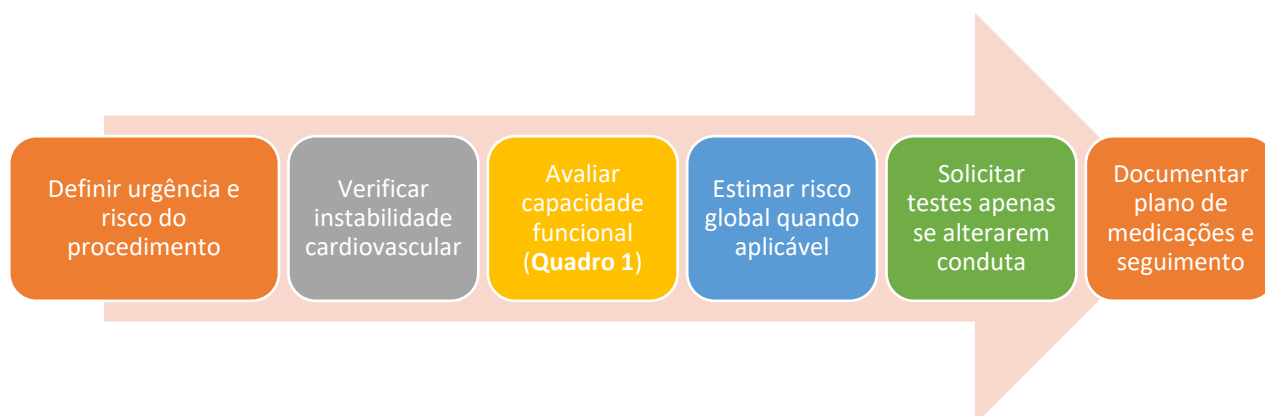
O modelo passo a passo para “*surgery proceed vs pause*” é explicitamente reforçado nas recomendações AHA/ACC 2024 (THOMPSON *et al.*, 2024) e na diretriz brasileira 2024 (GUALANDRO *et al.*, 2024).

Avaliação cardiovascular perioperatória aplicada à APS (Figura 6.1 e 6.2)

A APS deve separar três blocos:

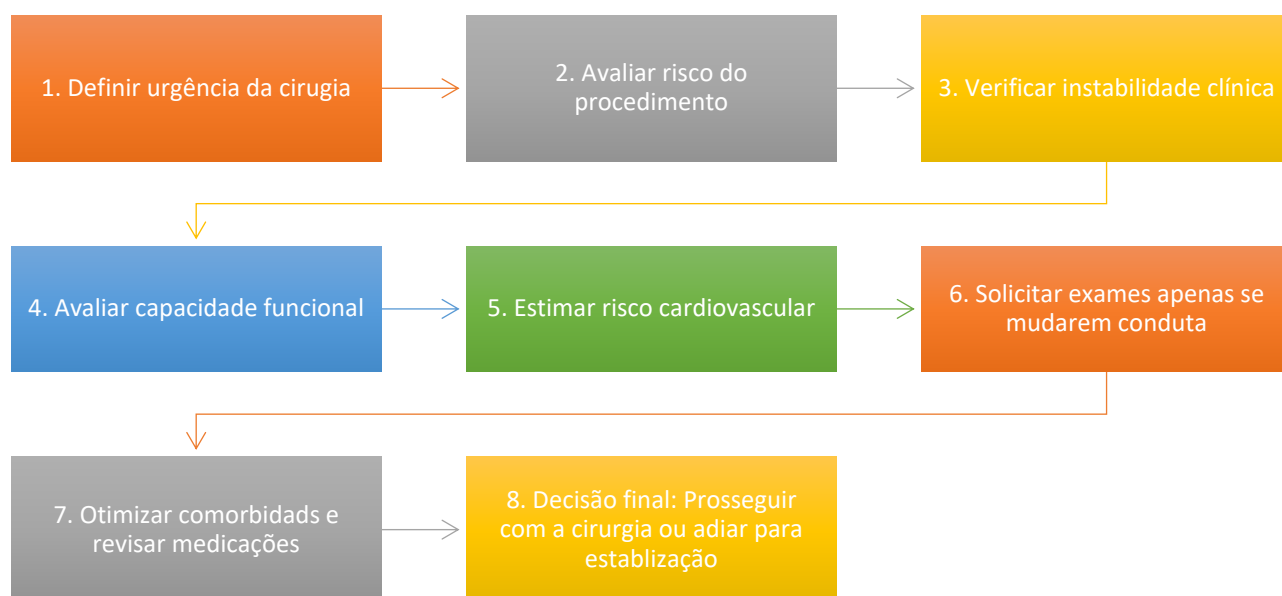
1. paciente assintomático e estável com procedimento de baixo risco
2. paciente com doença cardiovascular conhecida ou múltiplos fatores + procedimento intermediário/alto
3. paciente com sintomas ou sinais de instabilidade

Figura 6.1 Fluxo decisório cardiovascular “APS-friendly”



Fonte: THOMPSON *et al.*, 2024; GUALANDRO *et al.*, 2024.

Figura 6.2 Fluxo decisório simplificado para triagem e preparação pré-operatória no nível da Atenção Primária, integrando avaliação clínica, estratificação de risco e tomada de decisão compartilhada com a equipe perioperatória



Fonte: THOMPSON *et al.*, 2024; GUALANDRO *et al.*, 2024.

Testes pré-operatórios: reduzir baixo valor e aumentar alto valor

A diretriz NICE NG45 é essencial para “de-automatizar” exames (NICE, 2016). Em nível avançado, o princípio é: teste deve responder a uma pergunta clínica que muda conduta.

Exames: quando solicitar na APS e por quê (Tabela 6.2).

Otimização avançada de comorbidades na APS

Hipertensão

O objetivo é controle documentado e reprodutível. Evitar “correria” terapêutica na véspera. Confirmar técnica de medida, adesão, efeitos colaterais e uso de automedicação.

Diabetes

O foco é reduzir risco de hiperglicemia/hipoglicemia perioperatória e complicações metabólicas. O cuidado avançado exige reconciliação do esquema e plano de jejum. Em especial, recomenda-se suspender inibidores de SGLT2 **3–4 dias antes** de cirurgia, conforme *Standards of Care* (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2025) e diretriz perioperatória cardiovascular (THOMPSON *et al.*, 2024).

Anemia e “patient blood management”

Para especialista, anemia é um dos maiores alvos de intervenção pré-operatória de alto valor. Em cirurgias com potencial de sangramen-

to, a APS deve identificar etiologia provável, iniciar correção quando possível e comunicar cirurgia/anestesia com antecedência.

Doença renal crônica

Registrar eTFG, revisar nefrotóxicos, orientar hidratação conforme caso e antecipar ajuste de drogas perioperatórias.

Risco respiratório

Asma/doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) devem estar otimizadas. Sintomas atuais mudam conduta, mas testes “de rotina” não. Cessação tabágica deve ser abordada com pragmatismo e plano.

Tabela 6.2 Exames com racionalidade

Exame	Indicação clínica de alto valor	Comentário de especialista
Hemograma	risco/suspeita de anemia, doença crônica, cirurgia com sangramento	anemia é risco modificável e deve ser tratada quando possível
Creatinina/eTFG	DRC, DM, HAS longa, idosos, nefrotóxicos, cirurgia maior	muda escolha de drogas e risco de injúria renal
Glicemia/HbA1c	DM, risco elevado, obesidade importante, sintomas	HbA1c orienta risco e estratégia perioperatória
ECG	doença CV, sintomas, cirurgia intermediária/alta com fatores de risco	não é “rotina universal”
Coagulograma	anticoagulante, hepatopatia, sangramento anormal	não pedir sem suspeita
RX tórax	sintomas respiratórios, DPOC/IC descompensada, suspeita clínica	evita incidentalomas sem impacto

Fonte: NICE, 2016; THOMPSON *et al.*, 2024.

Apneia obstrutiva do sono e risco respiratório perioperatório

Apneia obstrutiva do sono (OSA) é um risco perioperatório relevante, especialmente para depressão respiratória pós-operatória e complicações. A *American Society Of Anesthesiologists* publica diretriz específica para manejo perioperatório de OSA (**Quadro 6.2**) (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS, 2014), que apoia a APS em três pontos:

- reconhecer risco clínico (ronco, pausas, sonolência, obesidade)

- informar equipe perioperatória
- reforçar uso de CPAP quando já prescrito

Quadro 6.2 Triagem clínica de OSA e conduta de comunicação na APS

• suspeita clínica elevada → registrar e sinalizar no relatório
• CPAP em uso → orientar levar equipamento e manter adesão
• sedativos/opioides → alertar risco de depressão respiratória
• planejar analgesia multimodal com equipe perioperatória quando possível

Fonte: AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS, 2014)

Antitrombóticos e antiagregantes: decisões que a APS não pode errar

Aqui está uma das maiores fontes de evento adverso evitável: suspender ou manter sem critério. A diretriz CHEST 2022 organiza recomendações para antagonistas da vitamina K,

DOACs e antiagregantes e reforça, por exemplo, recomendação forte contra “bridging” rotineiro em fibrilação atrial (DOUKETIS *et al.*, 2022). O capítulo da AHA/ACC 2024 também apoia uma visão baseada em risco trombótico × risco hemorrágico (THOMPSON *et al.*, 2024).

Tabela 6.3 Antitrombóticos: o que a APS deve documentar

Situação	O que a APS deve fazer	O que NÃO fazer
FA com anticoagulante	documentar indicação e risco; acionar protocolo perioperatório	suspender por conta própria sem plano
Stent recente / dupla antiagregação	comunicar urgência e risco; coordenar com cardiologia	interromper P2Y12 sem alinhamento
TEV recente	classificar risco e comunicar	banalizar risco trombótico

Fonte: DOUKETIS *et al.*, 2022; THOMPSON *et al.*, 2024.

Reconciliação medicamentosa perioperatória: nível avançado

A reconciliação é “cirurgia invisível” da APS. O objetivo é reduzir hipotensão, sangramento, hipoglicemia, abstinência e interações (Quadro 6.3).

Quadro 6.3 Reconciliação medicamentosa: checklist APS

● lista completa com dose e horário real
● anti-hipertensivos: risco de hipotensão perioperatória e orientação do time
● antidiabéticos: plano de jejum e ajuste, com atenção a SGLT2
● antitrombóticos/antiagregantes: indicação e plano explícito
● psicofármacos: evitar retirada abrupta sem plano; alertar anestesia em esquemas complexos
● fitoterápicos e anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs): risco hemorrágico e interações

Fonte: THOMPSON *et al.*, 2024; DOUKETIS *et al.*, 2022; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2025.

Documento final da APS: como escrever um relatório “acionável”

A equipe cirúrgica precisa de um relatório curto, objetivo e útil (Tabela 6.4).

Tabela 6.4 Template do relatório pré-operatório da APS.

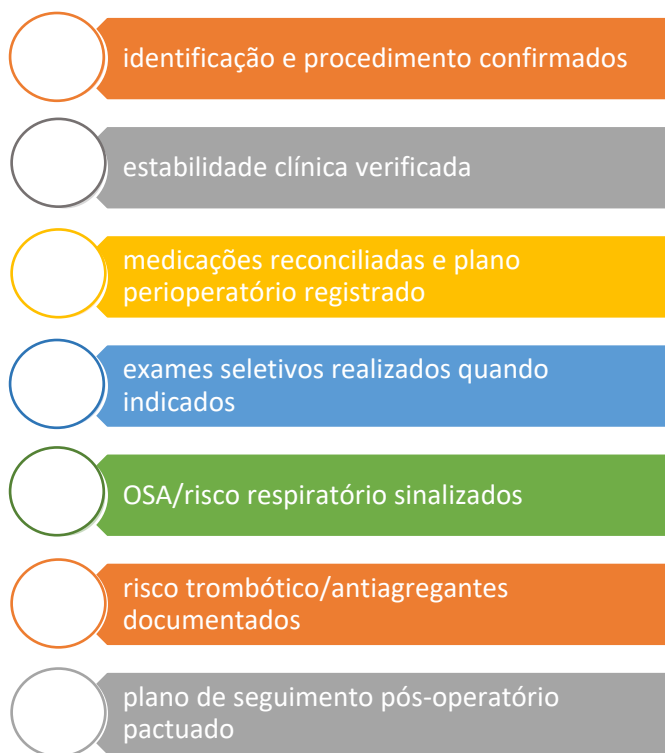
Campo	Conteúdo obrigatório
Procedimento e data	qual cirurgia, eletiva, data prevista
Comorbidades e estabilidade	controle atual, últimas descompensações
Capacidade funcional/ fragilidade	síntese do Quadro 6.1
Medicações	lista completa + plano perioperatório
Exames relevantes	apenas os indicados e com data
Alergias e eventos prévios	reações, história anestésica relevante
Plano de seguimento	retorno pós-op e sinais de alarme

Fonte: NICE, 2016; THOMPSON *et al.*, 2024.

Segurança cirúrgica e transição de cuidado: APS como guardião do processo

O Checklist da OMS não é só “papel”: é cultura de segurança (WHO 2009) e sua implementação se associou a redução de complicações e mortalidade em estudo multicêntrico (HAYNES *et al.*, 2009). A APS contribui ao garantir informação confiável antes do centro cirúrgico.

Figura 6.3 Checklist “pré-centro cirúrgico” adaptado para APS



Legenda: Checklist pré-centro cirúrgico adaptado para a Atenção Primária à Saúde. Checklist de segurança pré-operatória adaptado para uso na Atenção Primária à Saúde, com o objetivo de padronizar a comunicação clínica e reduzir riscos evitáveis antes do encaminhamento ao centro cirúrgico.

Fonte: WHO, 2009; NICE, 2016.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. 16. Diabetes Care in the Hospital: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care*, v. 48, Suppl. 1, p. S321-S..., 2025. Disponível em: https://diabetesjournals.org/care/article/48/Supplement_1/S321/157551/16-Diabetes-Care-in-the-Hospital-Standards-of-Care. Acesso em: 23 fev. 2026.

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. Practice Guidelines for the Perioperative Management of Patients with Obstructive Sleep Apnea. *Anesthesiology*, v. 120, n. 2, 2014. Disponível em: <https://www.asahq.org/~media/sites/asahq/files/public/resources/standards-guidelines/practice-guidelines-for-the-perioperative-management-of-patients-with-obstructive-sleep-apnea.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2026.

DOUKETIS, J.D. *et al.* Perioperative Management of Antithrombotic Therapy. *CHEST*, v. 162, p. e207-e243, 2026.

GUALANDRO, D.M. *et al.* Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2024. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 121, n. 9, p. e20240590, 2024.

HAYNES, A.B. *et al.* A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *The New England Journal of Medicine*, v. 360, p. 491-499, 2009.

NICE. Routine preoperative tests for elective surgery (NG45). Londres: National Institute for Health and Care Excellence, 2016. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng45>. Acesso em: 23 fev. 2026.

THOMPSON, A. *et al.* 2024 AHA/ACC/ACS/ASNC/HRS/SCA/SCCT/SCMR/SVM Guideline for Perioperative Cardiovascular Management for Noncardiac Surgery. *Circulation*, v. 150, n. 19, p. e351-e442, 2024.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Surgical Safety Checklist. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598590-eng-checklist.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2026.