



# CRM-AP

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAPÁ

## RECOMENDAÇÃO nº 03/2020/CRM/AP

**Dispõe sobre a realização de cirurgias eletivas bariátricas e metabólicas no período de pandemia da COVID - 19.**

**O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAPÁ**, 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, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

**CONSIDERANDO** o Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional causada pelo SARS-CoV2/COVID - 19;

**CONSIDERANDO** a declaração de pandemia da COVID - 19 pela OMS - Organização Mundial de Saúde, e tendo o Sando Federal brasileiro, através do Decreto - Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, face ao art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, reconhecido o estado de calamidade pública no Brasil;

**CONSIDERANDO** a necessidade de proteger o médico, demais profissionais de saúde e os pacientes durante o atendimento na atual pandemia;

**CONSIDERANDO** o contido nas Recomendações do CRM/AP, sobre a pandemia do COVID - 19, de 17/03/2020; e

**CONSIDERANDO** que, de acordo com o Conselho Federal de Medicina, cabe a cada Conselho Regional a liberação ou vedação de cirurgias eletivas no período da pandemia de COVID-19, em sua área de jurisdição.

### RECOMENDA:

1 - Que seja obedecida no Estado do Amapá, integralmente, a **Recomendação CFM nº 1/2020**, com relação à realização de cirurgias bariátricas e metabólicas.

2 - Que as instituições onde sejam realizadas cirurgias bariátricas e metabólicas, através de seu Diretor Técnico, garantam a reserva/suporte de leito (s) de UTI para qualquer necessidade pós-operatório, condição **indispensável** para a realização do (s) procedimento (s).

3 - Que, além do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**, já de uso obrigatório, o qual deve fazer parte do prontuário de qualquer cirurgia, deve também ser obtido do paciente ou de seu representante legal um TCLE relativo aos riscos do procedimento em tempos de pandemia da COVID - 19, e condutas pré e pós - operatórias correlatadas (modelo anexo).

Macapá - AP, 16 de Julho de 2020.

  
**EDUARDO MONTEIRO DE JESUS**  
Presidente do CRM/AP

**ANEXO**  
**MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**  
**PARA CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS ELETIVOS**  
**DURANTE A PANDEMIA DE COVID19**

Declaro que fui orientado sobre a ocorrência na atualidade da pandemia de COVID-19, sobre o conhecimento atual da doença incluindo sua ocorrência em minha região, risco de contágio e ausência de tratamentos comprovadamente eficazes no momento.

Eu entendo que há evidências de que pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos evoluem com formas mais graves de COVID-19 quando acometidos no período pós-operatório, com maior incidência de internação em UTI e óbitos do que a população em geral.

Entendo também que, apesar de todos os esforços por minha parte, meu médico e sua equipe a minha exposição a serviços de saúde neste momento podem aumentar o meu risco de contágio pela COVID-19.

Declaro que informei ao meu médico sobre testes para diagnóstico de COVID-19 realizados por mim ou por pessoa que mora, na mesma residência nos últimos 14 dias.

Declaro que nem eu, nem pessoas que moram na minha residência, temos no momento ou tivemos nos últimos 14 dias sintomas compatíveis com COVID-19 (febre, dor de garganta, obstrução nasal, tosse, falta de ar, dores no corpo, diminuição do olfato ou paladar, dores abdominais, rash cutâneo).

Declaro que não tive contato com nenhuma pessoa diagnosticada com a doença COVID-19 nos últimos 14 dias.

Declaro que fui orientado e segui cuidados de quarentena pré-operatória nos 14 dias que antecedem a minha cirurgia, tendo reforçado a higienização das mãos, uso de máscaras de proteção e medidas de distanciamento social.

Declaro que fui orientado e estou de acordo em não receber visitantes durante a minha internação e período de recuperação, restringindo meus contatos as pessoas estritamente necessárias a me auxiliar nos cuidados durante a minha recuperação pós-operatória.

Declaro que todas minhas dúvidas foram sanadas e eu aceito o risco aumentado de realizar o procedimento cirúrgico proposto durante a pandemia de COVID-19.

Declaro que me foi oferecida a possibilidade de adiar o meu procedimento até que esta doença esteja melhor controlada, ponderei as vantagens e desvantagens e optei livremente por realizá-la neste momento.

Após analisar os fatores envolvidos decidi ser submetido (a) ao procedimento aos cuidados do (a) Dr (a) \_\_\_\_\_ e sua equipe.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Data e local

---

Assinatura do paciente ou responsável legal (menores de 18 anos) e do médico