



CRM-AP

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAPÁ

RECOMENDAÇÃO Nº 04/2020/CRM/AP

Dispõe sobre a realização de cirurgias eletivas 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 Sendo 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 Portaria do Ministério da Saúde nº 188, de 03 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre a Declaração de Emergência em Saúde Pública de importância Nacional referente aos casos de infecção pelo novo coronavírus SARS-CoV2/COVID-19;

CONSIDERANDO a Portaria do Ministério da Saúde nº 454, de 20 de março de 2020, que declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do novo coronavírus SARS-CoV2 (COVID-19);

CONSIDERANDO o Decreto nº 1.414, de 20 de março de 2020, do Governo do Estado do Amapá, que intensifica as medidas para enfrentamento da infecção humana pelo coronavírus SARS-CoV2 (COVID -19);

CONSIDERANDO a necessidade de conter a disseminação do coronavírus SARS-CoV2, na comunidade e a necessidade de atender os pacientes que buscam as instituições de saúde;

CONSIDERANDO o Decreto nº 2026, de 30/06/2020, do Governo do Estado do Amapá, que intensifica as medidas para enfrentamento da infecção humana pelo coronavírus SARS-CoV-2 (COVID - 19);

CONSIDERANDO o Decreto nº 2027, de 30/06/2020, do Governo do Estado do Amapá, que prorroga o isolamento social no Estado do Amapá;



CRM-AP

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAPÁ

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.

CONSIDERANDO a Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 06/2020, revisada em 29 de maio de 2020, que estabelece “Orientações para prevenção e controle de infecções pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) em procedimentos cirúrgicos” (ANVISA, 2020);

CONSIDERANDO a Nota Técnica nº 10/2020/ASSNT-DIPRO/DIRAD-DIPRO/DIPRO, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que restabelece os prazos máximos que devem ser cumpridos pelas operadoras para atendimento aos beneficiários de planos de saúde, os quais havia sido flexibilizados em 25 de março de 2020 devido à pandemia do coronavírus;

CONSIDERANDO a queda sustentada do número de casos no município de Macapá (<http://macapa.ap.gov.br/coronavirus/2020/06/04/coronavirus-pesquisa-aponta-que-queda-da-taxa-de-isolamento-social-mais-rigido-pode-manter-curva-ascendente-de-casos-de-covid-19-em-macapá/>);

CONSIDERANDO o risco de infecção por SARS-CoV-2, em ambiente hospitalar, de pacientes que têm indicação de cirurgias eletivas;

CONSIDERANDO a necessidade de conter a disseminação do *coronavírus* SARS-CoV-2 na comunidade e a necessidade de atender os pacientes que buscam as instituições de saúde;

CONSIDERANDO o documento “Orientações para o retorno de cirurgias eletivas durante a pandemia de COVID-19”, subscrito por várias especialidades médicas (CBC – Colégio Brasileiro de Cirurgiões; SCBO – Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica; SBOT – Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia; Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular; SBI – Sociedade Brasileira de Infectologia; SBA – Sociedade Brasileira de Anestesiologia; AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira; SBN – Sociedade Brasileira de Neurocirurgia; ABIH – Associação Brasileira de Profissionais em Controle de Infecções e Epidemiologia Hospitalar), disponível em: <<https://cbc.org.br/wp-content/uploads/2020/05/PROPOSTA-DE-RETOMADA-DAS-CIRURGIAS-ELETIVAS-30.04.2020-REVISTO-CBCAMIBSBASBOT-ABIH-SBI-E-DEMAIS.pdf>> (Acesso em 22/06/2020) (CBR et al., 2020;



CRM-AP

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAPÁ

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária virtual do CRM/AP, do dia 29 de 07 de 2020.

RECOMENDA:

1. Toda a programação cirúrgica **deverá** ser revista em relação aos riscos, prioridades e recursos.

I - Pacientes com COVID-19 apresentam maior morbimortalidade no período pós-operatório, sendo que análise recente demonstrou que 44,1% dos pacientes necessitaram de UTI e a taxa de mortalidade após a admissão na UTI foi de 20,5% (ANVISA, 2020).

II - Alocação de recursos e espaços, principalmente leitos de UTI, para a demanda decorrente da pandemia.

1.1. São consideradas **cirurgias eletivas** aquelas com data facultada pelo paciente ou pelo cirurgião e não se enquadrem em nenhuma das classificações a seguir (conforme Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA N° 06/2020):

I - Emergência: devem ser realizadas em até 1 hora;

II - Urgência: devem ser realizadas em até 24 horas;

III - Urgência eletiva: devem ser realizadas dentro de duas semanas;

IV - Eletiva essencial: devem ser realizadas entre 3 e 8 semanas.

1.1.1. A **avaliação epidemiológica local** é fundamental antes de se considerar a retomada da realização de cirurgias eletivas, visto que uma única orientação para todo o Estado do Amapá é inviável neste momento, devido à heterogeneidade de situações epidemiológicas nos municípios, e até mesmo de uma instituição para outro dentro de um mesmo município.

1.1.2. Ao considerar a evolução da pandemia em cada município ou região do Estado do Amapá, **recomenda-se** como parâmetro a redução sustentada de novos casos de COVID-19 durante, *pele menos*, 14 dias consecutivos na área geográfica considerada, além de outras condições próprias do serviço de saúde como:

I - Na região deve existir um número de leitos hospitalares disponíveis, considerando leitos de UTI, leitos regulares para atender aos pacientes pós- cirúrgicos e à demanda dos outros pacientes que precisam acessar o serviço de saúde (suspeitos ou confirmados de COVID-19 ou não).

II - Deve ser garantida a existência de: equipamentos de proteção individual (EPI) para todos os profissionais de saúde para atender à demanda de casos de COVID-19, acrescida dos casos de cirurgias eletivas que serão retomadas; equipamentos de suporte à vida (ventiladores mecânicos, hemodialisadores, etc.), outros equipamentos e dispositivos médicos necessários à assistência aos pacientes; e equipe em número suficiente para atender à demanda



CRM-AP

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAPÁ

e capacitada para prestar assistência a todos os pacientes (suspeitos ou confirmados de COVID-19 ou não).

III - Recomenda-se que os serviços de saúde que avaliarem que possuem condições para propor a retomada das atividades cirúrgicas eletivas instituam uma “**Comissão de priorização da agenda cirúrgica para o momento da pandemia da COVID-19**”. A composição dessa comissão deve ser adaptada às características do serviço, mas sugere-se minimamente a participação dos **diretores técnico e clínico** da instituição de saúde, representantes dos cirurgiões, anestesistas, infectologistas e enfermeiros, além da equipe diretiva do serviço de saúde.

1.1.3. Cabe à **Comissão** acima citada estabelecer estratégias de priorização da agenda cirúrgica, observando sempre a situação local referente à pandemia da COVID-19, além das características inerentes a cada especialidade cirúrgica. As suas decisões devem levar em consideração, minimamente, o seguinte:

- a) Lista de casos cancelados e adiados anteriormente.
- b) Estabelecer critérios de pontuação de prioridade objetiva.
- c) Priorização de especialidades ou de pacientes em sofrimento (exemplo: dor severa). Balancear nesse mesmo item a questão de riscos associados à COVID-19.
- d) Estratégias para otimização da agenda. Atribuir “horário de procedimento/sala cirúrgica”.
- e) Estratégia para abertura das atividades eletivas por etapas progressivas. Definir metas de capacidade antes do início da retomada (por exemplo, 25%, 50%, etc.), sem esquecer os atendimentos de emergência.
- f) Correta orientação dos pacientes de como proceder no pós-operatório (PO), além de esclarecer sobre os riscos de adoecimento no PO. A equipe cirúrgica pode avaliar a possibilidade de disponibilizar recursos de telemedicina para acompanhamento de paciente no PO com o objetivo de reduzir a necessidade de idas do paciente ao ambulatório/consultório.
- g) Adoção de estratégias para aumentar e flexibilizar a disponibilidade de agenda (por exemplo, horários antecipados, fins de semana, horários noturnos).
- h) Estabelecer uma estratégia de triagem da equipe e dos pacientes, baseada em sintomas da COVID-19 ou contato com caso positivo nos últimos 14 dias.
- i) Cuidados que devem ser tomados para evitar problemas associados ao aumento do volume das cirurgias nesse período e que devem ser avaliados:
 - I - Garantir disponibilidade de pessoal proporcional ao aumento de volume de trabalho (considerar: equipe cirúrgica, anestesistas, enfermagem, serviço de limpeza, engenharia, processamento e esterilização dos produtos para saúde e equipamentos, etc.).
 - II - Verificar a disponibilidade de serviços de apoio (patologia, radiologia, etc.).



CRM-AP

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAPÁ

III - Verificar a disponibilidade do suprimento para procedimentos planejados (medicamentos para anestesia, medicamentos relacionados, suturas, instrumentos cirúrgicos descartáveis e não descartáveis).

- j) Garantir a disponibilidade adequada de leitos hospitalares, leitos de UTI e equipamentos de suporte à vida, para a assistência dos pós-operatórios esperados.
- k) Capacitação continuada da equipe assistencial, principalmente na chegada de novos profissionais ao serviço de saúde.
- l) É imprescindível que o serviço de saúde avalie com a devida segurança as suas decisões no sentido de ampliar a realização dos procedimentos cirúrgicos eletivos, e que sempre leve em consideração a possibilidade de ter que novamente interromper as cirurgias eletivas essenciais e as não essenciais caso o cenário epidemiológico local se torne desfavorável.

2. Para o momento da **retomada**:

I - Deve haver uma redução sustentada na taxa de novos casos de COVID-19 na área geográfica da região ou município de pelo *menos 14 dias*, antes da retomada de procedimento cirúrgico eletivo hospitalar.

- Pode-se utilizar o indicador RT (número de reprodução efetiva de casos) da doença, o qual deve estar o mais próximo de um ou menos, aliado à capacidade de diagnóstico adequado e rápido dos sintomáticos, além de rastreamento/ isolamento dos contatos. Na dificuldade de obtenção desse indicador, utilizar outros parâmetros em conjunto ou em substituição: número de leitos ocupados, número de leitos de UTI ocupados, número de óbito/dia.

II - As instituições de saúde devem ser capazes de tratar com segurança todos os pacientes que necessitem de hospitalização, decorrentes ou não da COVID-19.

III - A taxa de ocupação da UTI e de leitos de internação deve ser bem conhecida e estar dentro de limites aceitáveis para aumentar a produção local.

IV - Os **estabelecimentos assistenciais de saúde** (EAS) devem garantir um número adequado de leitos de UTI, enfermarias, EPIs, ventiladores, medicamentos, anestésicos e todos os suprimentos médicos e cirúrgicos necessários.

V - O EAS deve dispor de funcionários em número suficiente, devidamente, treinados e instruídos, adequados aos procedimentos cirúrgicos planejados.

VI - A EAS deve ter equipe que institua e execute treinamentos constantes quanto à paramentação e desparamentação dos EPIs.

VII - O fluxo de atendimento e ***todo o protocolo de reinício das atividades cirúrgicas eletivas devem ser enviados ao Conselho Regional de Medicina.***

VIII - Deve haver especificação clara dos ambientes seguros de pós-operatório (sala de recuperação pós-anestésica, leitos de UTI,



CRM-AP

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAPÁ

leitos de internação) e das salas cirúrgicas para pacientes sem suspeita de COVID-19.

IX - Diante das evidências do estresse e esgotamento físico dos profissionais de saúde, as instituições devem garantir a segurança dos pacientes e de toda a equipe de profissionais da saúde, com atenção à saúde física e mental.

3. Quanto ao **uso de EPIs**:

I - Não se deve retomar a realização de cirurgias eletivas até que se tenham equipamentos de EPI e cirúrgicos adequados, em quantidade e especificidade.

II - Deve haver disponibilidade dos EPIs para atendimento de toda a demanda de casos da COVID-19, acrescida dos casos de cirurgia eletiva que necessitem do uso. Especial atenção neste item em regiões ou áreas de transmissão residual da COVID-19.

III - Treinamento das equipes e vigilância sobre o uso adequado de EPIs.

IV - Treinamentos específicos para a retirada dos EPIs.

V - Estabelecer política de monitoramento do uso adequado com previsão de advertências aos profissionais da linha de frente (PLF) que não sejam aderentes ou façam uso inadequado apesar de treinamentos.

VI - Estabelecer políticas sobre o uso racional dos EPIs, com revisões contínuas nas políticas de uso estendido e reprocessamento.

VII - Adesão das EAS às práticas de uso de máscara cirúrgica de forma universal, facultando as máscaras de pano somente para áreas não assistenciais.

4. Quanto à **testagem para COVID-19**:

I - Nas regiões geográficas em que se proponha a retomada de operações eletivas, recomenda-se preferencialmente que haja disponibilidade de testes validados e adequados, para proteger a segurança da equipe e do paciente, considerando os requisitos de qualidade e frequência destes exames. Eventualmente, estratégias que poupem exames ou sem exames podem ser necessárias.

II - Levar em consideração a disponibilidade, validação comprovada e tempo de resposta para os testes.

III - Esse pode ser um passo limitante da estratégia de testagem e por isso o algoritmo apresentado pode ser de difícil execução em locais com baixo acesso ao exame de RT-PCR, ou acesso sem a velocidade necessária. Neste caso podem ser necessárias estratégias sem PCR.

IV - Se não for instituída uma estratégia baseada em testagem, todos os pacientes, funcionários e equipe de saúde, devem ser considerados como possíveis portadores de SARS-CoV-2 e devem ser usados EPIs com máscara PFF2/N95.



CRM-AP

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAPÁ

V - Testes negativos não podem ser aceitos como absolutos e, portanto, os protocolos de segurança devem ser seguidos de forma plena.

VI - A testagem do paciente deve fornecer informações pré-operatórias úteis sobre o *status* COVID-19 de pacientes cirúrgicos, particularmente em áreas de transmissão residual da comunidade.

VII - Se o teste não estiver disponível para todos os pacientes, considerar uma estratégia de controle de acesso, fluxo de trabalho e processos de distanciamento para criar um ambiente seguro no qual a cirurgia eletiva possa ocorrer. Criação de ambientes mais seguros no *per-* operatório de pacientes sem suspeita de COVID.

VIII - Disponibilidade para testes de todos os profissionais de saúde, envolvidos, conforme a necessidade e definição estratégica.

IX - Neste momento, não se recomenda testagem de rotina para profissionais assintomáticos.

X - Neste momento, não se recomenda trabalhar com testes rápidos ou testes sorológicos.

XI - Neste momento, não se trabalha com o conceito de “passaporte imunológico”, pois não há certeza de geração de imunidade após casos confirmados.

XII - Estratégias de respostas previamente definidas de como será o encaminhamento nas seguintes situações: trabalhador (sintomático e assintomático) positivo COVID-19, paciente (sintomático e assintomático) positivo COVID-19 no pré-operatório e no pós-operatório, trabalhador suspeito para COVID-19, paciente suspeito para COVID-19.

Estratégias para orientar o retorno ao trabalho para profissionais da saúde

Estratégia baseada em teste	Estratégia NÃO baseada em teste
<p>O profissional deve ficar ausente do trabalho até que:</p> <ul style="list-style-type: none">- tenha ocorrido resolução da febre sem o uso de antitérmicos E- tenha ocorrido melhora dos sintomas respiratórios (por exemplo, tosse, falta de ar) E- o resultado de pelo menos um ensaio molecular para COVID-19 em amostra de	<p>O profissional deve ficar ausente do trabalho até que:</p> <ul style="list-style-type: none">- pelo menos 3 dias (72 horas) tenham se passado desde a recuperação da febre sem o uso de antitérmico E- tenha ocorrido melhora dos sintomas respiratórios (por exemplo, tosse, falta de ar) E- pelo menos 14 dias se

Ass



CRM-AP

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAPÁ

<p><i>swab</i> oronasofaríngeo seja negativo.</p>	<p>passaram desde que os sintomas apareceram pela primeira vez.</p>
---	---

Nota 1: A partir do início de sintomas, o momento ideal para coleta do teste molecular seria entre o terceiro e o sétimo dia. Entretanto, há evidências que os pacientes sintomáticos já têm PCR positivo, considerando-se questões pré-analíticas e analíticas.

5. Quanto à programação das **etapas do tratamento cirúrgico:**

As EAS que retomarem as atividades cirúrgicas eletivas devem adotar práticas diferenciadas para cada etapa do tratamento cirúrgico, considerando as questões de atendimento específicas à COVID-19 e a demanda reprimida da programação cirúrgica.

Pré-operatório:

a) Reavaliar o estado de saúde do paciente nas consultas pré-anestésica e nas consultas com cirurgiões às vésperas da cirurgia.

I - Considerar sempre a possibilidade de o paciente ter apresentado no intervalo do adiamento da sua cirurgia problemas relacionados à COVID-19.

II - Verificar se não houve mudança significativa no estado de saúde do paciente.

III - Rever se o planejamento cirúrgico, e proposta terapêutica, continuam válidos como a melhor opção ao momento da doença do paciente.

IV - Considerar como portador assintomático de Sars-CoV-2 todo paciente que não for testado.

V - Não flexibilizar qualquer tipo de cuidado devido a uma testagem negativa.

b) Avaliar o ambiente em que o doente reside e irá após o ato operatório. Assim como possibilidade de membros da mesma estrutura familiar estarem contaminados.

c) Considerar o estado de saúde de todos os membros da equipe cirúrgica e anestésica.

I - Médicos responsáveis por equipes cirúrgicas devem estar cientes que nesse momento de exceção, o retorno deve ser pautado por um estado de saúde plena de todos os membros da equipe.



II - Qualquer febre, sintoma respiratório (por mais simples que seja), resfriado ou gripe, nesse período é motivo para não participar de um procedimento cirúrgico e mesmo não comparecer ao hospital até a adequada avaliação. Independentemente do EPI empregado. Comunicar as chefias diretas.

d) Termos de Consentimentos de Cirurgia e Anestesia.

I - Modificação dos termos institucionais para o momento atual.

II - Esclarecimentos e abordagem direta sobre riscos especialmente para pacientes idosos, frágeis ou pós-COVID-19.

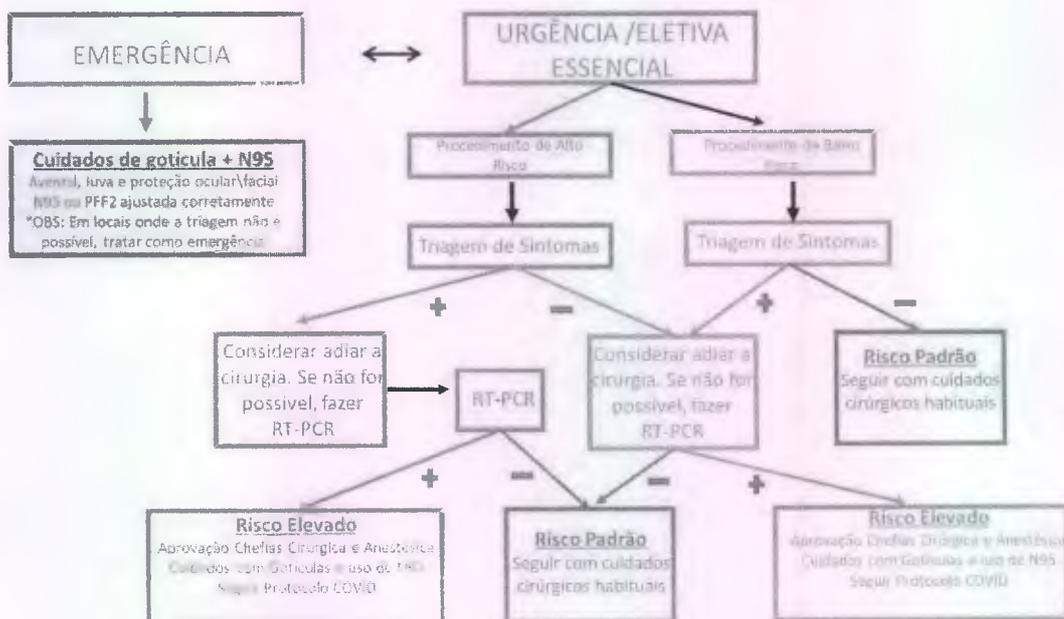
e) Substituir aulas de educação e reuniões presenciais do paciente no pré-operatório por instruções remotas.

f) Mecanismo de revisão de listas pelas equipes de enfermagem, anestesia e cirurgia.

g) Considerar a telemedicina na avaliação pré-operatória e pré-anestésica.

h) Recomenda-se que cada instituição reveja seus termos de consentimento e faça adaptações pertinentes para o momento, com ajustes progressivos baseados na realidade local.

Sugestão de algoritmo de avaliação pré-operatória



Adaptado de Forrester JD et al., 2020 (apud CBR et al. 2020).

Observações:

1. Procedimentos de alto risco: procedimentos com acesso dos tratos respiratório e digestivo, incluindo os acessos endoscópicos.



CRM-AP

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAPÁ

2. Protetor facial é usado para reaproveitamento das N95\ PFF2.
3. EPI para EOT e ventilação com AMBU são iguais aos de cirurgia de emergência.

Sobre o algoritmo de Forrester:

O momento para execução e avaliação do exame é uma etapa bastante delicada que demanda a atenção de toda a equipe, especialmente, a equipe anestésica no pré-operatório e a revisão do *checklist* para cirurgia segura em conjunto com as demais equipes.

A testagem do paciente no PO, ou da equipe cirúrgica, não são recomendadas de rotina neste momento epidemiológico. Entretanto, são essenciais a testagem e o afastamento de qualquer paciente sintomático até que o resultado esteja disponível.

Também é fundamental a testagem e a correta orientação para qualquer paciente que venha apresentar sinais e sintomas respiratórios no PO.

Os testes sorológicos tem se apresentado com diversos interferentes e níveis de sensibilidade e especificidade ainda não ideais. A incidência e prevalência da doença são muito variadas dentro do País e até de um município para outro no mesmo Estado. Esses fatores interferem diretamente nos valores de testes sorológicos rápidos ou sorologias convencionais.

Recomenda-se desta forma e idealmente:

TESTE DE PCR COVID-19			Acompanhamento clínico direto ou Telemonitoramento				
Coleta e avaliação do resultado			Acompanhamento clínico direto ou Telemonitoramento				
DIA -2	DIA -1	DIA 0	1 PO	2 PO	3 PO	4PO	Qualquer momento que ocorram sintomas
DATA DA CIRURGIA			Teste do paciente com novo PCR				
Revisão do pré-operatório							

Obs: a data de coleta do RT-PCR no pré-operatório deve considerar condições locais de suporte e velocidade do laboratório para que o resultado esteja em mãos da equipe antes do procedimento.

Intraoperatório:

- a) Definição junto à equipe anestésica de quem está presente durante a intubação e extubação.
- b) A equipe cirúrgica deve permanecer fora da sala operatória até que a via aérea seja estabelecida e o paciente conectado ao aparelho de anestesia, devidamente em sistema fechado.
- c) Diretriz para uso de EPI, para cada tipo de procedimento.
- d) Avaliar questões específicas de todos os procedimentos.
- e) **Laparoscopias:** Utilizar a menor pressão intra-abdominal de CO2 possível; minimizar uso de cautérios para evitar fumaça; usar sistemas de filtragem na retirada dos gases (Idealmente, uso de ULPA que tem poros



CRM-AP

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAPÁ

de 0,1micron de diâmetro, comparados com poros de 0,3 micron dos filtros bacterianos e virais como os filtros HEPA); usar portais bem ajustados; evitar esvaziar subitamente o pneumoperitônio.

f) Estabelecer desinfecção adequada para a sala cirúrgica.

I - Este item é fundamental para que seja estabelecida uma rotina entre cirurgias com limpeza concorrente e/ou desinfecção terminal, o que pode fazer com que o intervalo entre cirurgias varie de 30 minutos a 2 horas. Um fator importante são as características intrínsecas a cada procedimento, com maior ou menor sujidade no ambiente.

g - Definições das diretrizes para presença de pessoal não essencial, incluindo estudantes.

h - Os cuidados no momento da extubação devem ser máximos com a mesma atenção.

i - Estruturar os espaços do Centro Cirúrgico para atenção de casos suspeitos ou positivos de forma o mais independente possível dos casos não suspeitos.

Pós-operatório:

a) Recomendação para seguir protocolos de atendimento padronizados para obter confiabilidade. (por exemplo, protocolo ERAS).

b) Considerar a telemedicina na avaliação pós-operatória.

c) Estruturar os espaços/alas de PO para atenção de casos suspeitos ou positivos de forma o mais independente possível dos casos não suspeitos.

d) Planejamento dos cuidados pós-alta.

I - Disponibilizar instalações adequadas para o pós-alta, considerando questões de segurança da instalação. (Questões COVID-19, não COVID- 19).

II - Idealmente, os pacientes devem receber alta hospitalar e não ir para um lar de idosos, pois taxas mais altas de COVID-19 podem existir nessas instituições.

6. Coleta e Gerenciamento de Dados

As EAS devem reavaliar periodicamente os dados, os recursos, os testes e outras informações clínicas relacionadas à COVID-19.

As instituições devem coletar e atualizar dados relevantes, complementando e colaborando com as informações de autoridades municipais, estaduais e federais, conforme disponíveis:

I - Números da COVID-19 (total de testes realizados, total de testes positivos, quantidade de leitos de internação e UTI disponíveis, número de casos intubados, quantidade de procedimentos realizados, número de novos casos, número de óbitos, quantitativo de EPI e ventiladores pulmonares).

II - Métricas de atendimento (Por exemplo: mortalidade, complicações, readmissão, especialmente em contexto de aumento de volume).



CRM-AP

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAPÁ

7. Controle de Riscos relacionados à COVID em torno da Segunda Onda

As instituições que retomem as suas atividades cirúrgicas eletivas essenciais devem implementar uma política de distanciamento social para os funcionários, os pacientes e os visitantes de pacientes, que atenda às recomendações locais e nacionais atuais das práticas de isolamento da comunidade.

Considerações:

A política de distanciamento social de cada EAS deve considerar:

- a) Recomendações atualizadas municipais, estaduais e federais.
- b) O número de pessoas que podem acompanhar o paciente.
- c) Restrição de visitantes nas áreas dos EAS.

8. Questões adicionais relacionadas ao COVID-19

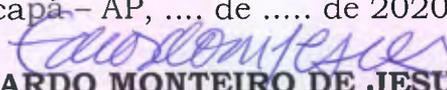
- a) Considerar novamente a interrupção das cirurgias eletivas essenciais e não essenciais caso o cenário epidemiológico não se torne favorável.
- b) Monitorar constantemente o bem-estar do profissional de saúde: estresse pós-traumático, carga de trabalho, incluindo estagiários e estudantes.
- c) Reforçar mensagens e comunicação ao paciente, estabelecendo uma boa relação médico paciente.
- d) Cultivar um bom ambiente de trabalho, multiprofissional dos EAS e todas as especialidades médicas, pois são muitos os aspectos relevantes.
- e) Limpeza ambiental:

I - Reforçar as rotinas de limpeza ambiental no centro cirúrgico em todas as áreas de atendimento (áreas pré-operatórias, sala operatória, sala da patologia, sala de recuperação pós - anestésicas, centro de material e esterilização, etc.), segundo rotinas da CCIH/ANVISA.

II - Implementar, antes do início de qualquer procedimento invasivo, a realização de limpezas terminal nas salas cirúrgicas.

Estas **RECOMENDAÇÕES** são provisórias e poderão ser modificadas à medida que novas evidências científicas forem surgindo e de acordo com a evolução da pandemia. Mantem-se as Recomendações expedidas em 17/03/2020, no que, **não conflitam** com a presente Recomendação.

Macapá - AP, de de 2020.


EDUARDO MONTEIRO DE JESUS
PRESIDENTE DO CRM/AP

- Aprovada em Sessão Plenária Virtual do CRM/AP, do dia 29/07/2020.