

## **ANEXO ÚNICO**

(Resolução nº 58/SES/MS, de 02 de setembro de 2020)

### **CRITÉRIOS PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS DURANTE O PERÍODO DE PANDEMIA**

#### **I - CONDIÇÕES PARA RETOMADA DAS CIRURGIAS ELETIVAS:**

##### **Princípios:**

Na região deve existir um número apropriado de leitos hospitalares disponíveis, considerando leitos de unidades de terapia intensiva (UTI), leitos regulares e de retaguarda. Da mesma forma deve estar garantida a existência de equipamentos de proteção individual (EPI), além dos insumos necessários para a execução de cada procedimento (medicamentos, materiais e equipamentos em condições adequadas e número suficiente), ventiladores mecânicos e equipe treinada para tratar todos os pacientes, relacionados ou não à doença COVID-19.

##### **Considerações:**

- a) As instituições devem ser capazes de tratar com segurança todos os pacientes que necessitam de hospitalização, decorrentes ou não da doença COVID-19;
- b) A taxa de ocupação da UTI e das alas deve ser bem conhecida e estar dentro de taxas aceitáveis para aumentar a produção local;
- c) As EAS e/ou OS devem garantir um número apropriado de leitos de UTI, enfermarias, EPIs, ventiladores, medicamentos, anestésicos e todos os suprimentos médicos cirúrgicos necessários;
- d) A instituição deve possuir funcionários em número disponível, devidamente treinados e instruídos, adequados aos procedimentos cirúrgicos planejados;
- e) A instituição deve ter equipe que institua e execute treinamentos constantes quanto a paramentação e desparamentação dos EPIs;
- f) O fluxo de atendimento deve conter com clareza os ambientes seguros de pós-operatório e das salas cirúrgicas para os pacientes sem suspeita de COVID;
- g) Dadas as 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.

#### **II. EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI):**

##### **Princípios:**

A prática de cirurgias eletivas será retomada desde que se tenham equipamentos de EPI e cirúrgicos em quantidade e especificidade adequadas para o tipo de procedimento a ser realizado.

##### **Considerações:**

A gestão dos EPIs deve levar em consideração o seguinte:

- a) Disponibilidade dos Equipamentos para atendimento de toda a demanda de casos da COVID-19, acrescida dos casos de cirurgia eletiva que necessitarem do uso;
- b) Treinamentos das equipes e vigilância sobre o uso adequado de EPIs;
- c) Treinamentos específicos para a retirada dos EPIs;
- d) 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;
- e) Estabelecer políticas sobre o uso racional dos EPIs;
- f) Adesão dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS), às práticas de uso de máscara cirúrgica de forma universal, facultando as máscaras de pano somente para áreas não assistenciais.

#### **III. TESTE COVID-19, COMO CRITÉRIO TÉCNICO DE SEGURANÇA:**

##### **Princípios:**

Haver disponibilidade de testes biologia molecular (RT-PCR em tempo real), para proteger a segurança da equipe e do paciente, considerando os requisitos de qualidade e frequência destes exames.

##### **Considerações:**

As estratégias de testagem para a COVID-19 devem levar em consideração:

- a) Disponibilidade, validação comprovada e tempo de resposta para os testes:

- a.1. Esse pode ser um passo limitante da estratégia de testagem e por isso o algoritmo apresentado pode ser de difícil execução em municípios com baixo acesso ao exame de RT-PCR, ou acesso sem a velocidade necessária. Neste caso podem ser empregadas estratégias sem PCR, conforme descrito no subitem a seguir;
- a.2. 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-Cov2 e devem ser usados EPIs com máscara PFF2/N95, assim como, as demais condutas deverão se basear nos mesmos adotados em casos de COVID-19;
- a.3. Testes negativos não podem ser aceitos como absolutos e, portanto, os protocolos de segurança devem ser seguidos de forma plena.
- b) Frequência e tempo dos testes dos pacientes:
- b.1. A testagem deve fornecer informações pré-operatórias úteis sobre o status COVID-19 de pacientes cirúrgicos;
- b.2. Se o teste não estiver disponível para todos os pacientes, considere 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 pré-operatório de pacientes sem suspeita de COVID.
- c) Disponibilidade para testes de todos os profissionais de saúde, envolvidos, conforme a necessidade e definição estratégica.
- c.1. Não está recomendado testagem de rotina para profissionais assintomáticos;
- c.2. Não está recomendado trabalhar com testes rápidos ou testes sorológicos;
- c.3. Não está recomendado a trabalhar com o conceito de "passaporte imunológico", pois não há certeza de geração de imunidade após casos confirmados.
- d) Momento para execução e avaliação do exame:
- d.1. 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;
- d.2. A testagem do paciente no Pré-Operatório, 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 Pré-Operatório;
- d.3. Os testes sorológicos têm se apresentado com diversos interferentes e níveis de sensibilidade e especificidade ainda não ideais. A incidência e prevalência da doença é muito variada dentro do país e esses fatores interferem diretamente nos valores de testes sorológicos rápidos ou sorologias convencionais.

Recomenda-se desta forma e idealmente:

TESTE DE PCR COVID-19							
Coleta e avaliação do resultado			Acompanhamento clínico direto ou Telemonitoramento				
DIA -2	DIA -1	DIA 0	1 PO	2 PO	3 PO	4 PO	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.

#### IV. PRIORIZAÇÃO E AGENDAMENTO DE CASOS (CRITÉRIO DE AGENDAMENTO):

##### Princípios:

Hospitais e outros EAS devem instituir uma comissão de priorização da agenda cirúrgica para o momento COVID-19. (Composição: Cirurgiões, Anestesiologistas, Intensivistas, Infectologistas e Enfermeiros, além da equipe diretiva do hospital).

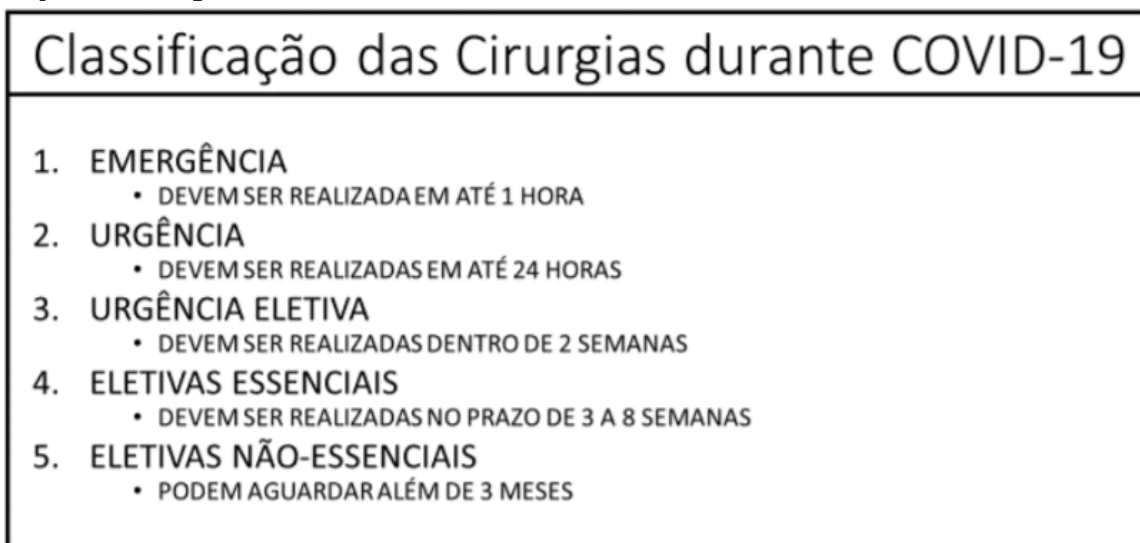
##### Considerações:

Esta comissão deve estabelecer estratégias de priorização da agenda cirúrgica, observando sempre a situação local referente a pandemia da COVID-19, além de características inerentes a cada especialidade cirúrgica. As suas decisões devem levar em consideração o seguinte:

- Lista de casos cancelados e adiados anteriormente;
- Estabelecer critérios de pontuação de prioridade objetiva;
- Priorização de especialidades (câncer, transplante de órgãos, cardíaco, trauma) ou de pacientes em sofrimento (Exemplo: dor severa). Balancear neste mesmo item a questão de riscos associados a COVID-19;
- Estratégias para otimização da agenda. Atribuir "horário de procedimento / Sala Cirúrgica";
- Estratégia para abertura das atividades eletivas por etapas progressivas. Definindo metas de capacidade antes do início da retomada (por exemplo, 25% vs. 50%), sem perder de vista atendimentos de emergência;
- Correta orientação aos pacientes de como proceder no pré-operatório, além de esclarecer sobre os riscos de adoecimento no pós-operatório;
- Estratégia para aumentar e flexibilizar a disponibilidade de agenda (por exemplo, horários antecipados, fins de semana, horários noturnos). Estabelecer uma estratégia de triagem da equipe e dos pacientes;
- Problemas associados ao aumento do volume de operações:
  - Garantir disponibilidade do pessoal proporcional ao aumento de volume de trabalho (considerar, equipe cirúrgica, anestesiologistas, enfermagem, serviço de limpeza, engenharia, processamento e esterilização etc.)

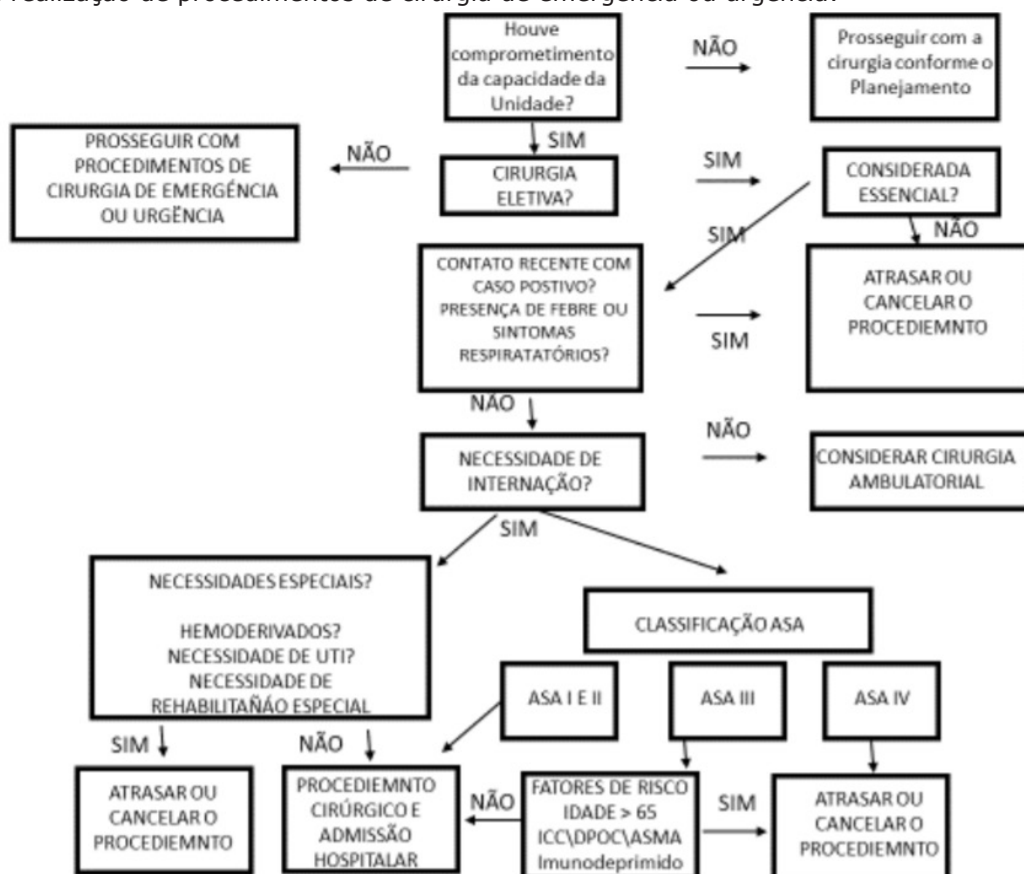
- h.2. Verificar a disponibilidade de serviços auxiliares (patologia, radiologia etc.).
- h.3. Verificar a disponibilidade do suprimento para procedimentos planejados (medicamentos para anestesia, medicamentos relacionados, suturas, instrumentos cirúrgicos descartáveis e não descartáveis).
- h.4. Garantir a disponibilidade adequada de leitos hospitalares e leitos de terapia intensiva e ventiladores para os cuidados pós-operatórios esperados.
- h.5. Realizar treinamento de novos funcionários.

i) Classificação das cirurgias durante a COVID-19:



Adaptado de Stahel P.F.(30)

j) Fluxograma para realização de procedimentos de cirurgia de emergência ou urgência:



Adaptado de Stahel P.F.<sup>30</sup>

## V. ADEQUAÇÕES DAS ETAPAS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO:

### Princípios:

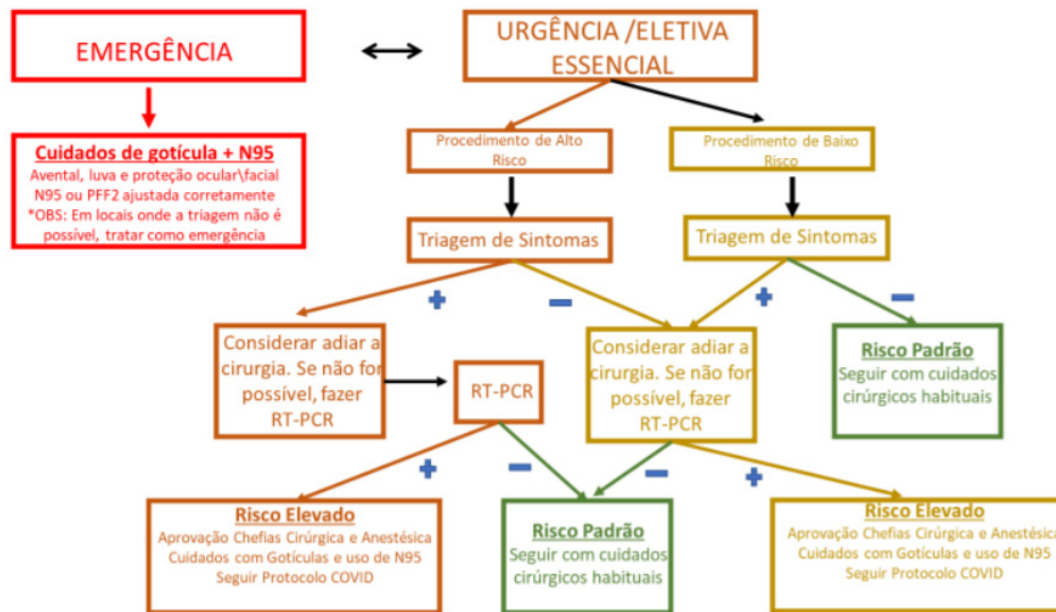
Os Hospitais e EAS devem adotar práticas diferenciadas para cada etapa do tratamento cirúrgico, considerando questões de atendimento específicas ao COVID-19 e a demanda reprimida da programação cirúrgica.

## Considerações:

Na retomada da agenda cirúrgica eletiva devemos considerar:

### PRÉ-OPERATÓRIO:

- a) Reavaliar o estado de saúde do paciente nas consultas pré-anestésica e nas consultas com cirurgiões às vésperas da cirurgia.
  - a.1. Considerar sempre a possibilidade de o paciente ter apresentado no intervalo do adiamento da sua cirurgia problemas relacionados a COVID-19;
  - a.2. Verificar se não houve mudança significativa no estado de saúde do paciente;
  - a.3. Rever se o planejamento cirúrgico, e proposta terapêutica, continuam válidos como a melhor opção ao momento da doença do paciente;
  - a.4. Considerar como portador assintomático de Sars-CoV2 todo paciente que não for testado;
  - a.5. 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:
  - c.1. 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;
  - c.2. 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 e ao serviço especializado em engenharia e medicina do trabalho (SESMT).
- d) Termos de Consentimentos de Cirurgia e Anestesia:
  - d.1. Modificação dos termos institucionais para o momento atual;
  - d.2. 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;
- i) O relacionamento médico-paciente deve ser cultivado com mais afinco nesse momento.
- j) Sugestão de algoritmo de avaliação pré-operatória:



Adaptado de Forrester JD et al.

Observações:

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

### 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) Estabelecer diretriz para uso de EPI, para cada tipo de procedimento;
- d) Avaliar questões específicas de cada 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 de 0.1

- mícron de diâmetro, comparados com poros de 0.3 mícron 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. 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: ERAS);
- b) Considerar a telemedicina na avaliação pós-operatória;
- c) Estruturar os espaços\salas 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.
- d.1. Disponibilizar instalações adequadas para o pós-alta. Considerando questões de segurança da instalação. (questões COVID-19, não COVID-19);
- d.2. 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.

### **VI. COLETA E GERENCIAMENTO DE DADOS:**

#### **Princípios:**

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

#### **Considerações:**

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

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

### **VII. CONTROLE DE RISCOS RELACIONADOS A COVID EM TORNO DA SEGUNDA ONDA.**

#### **Princípios:**

As instituições devem implementar uma política de distanciamento social para os funcionários, pacientes e aos 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.

### **VIII. QUESTÕES ADICIONAIS RELACIONADAS AO COVID-19:**

- a) Considerar novamente a interrupção das cirurgias eletivas essenciais caso o cenário epidemiológico não se torne favorável, mediante orientação do poder público;
- 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) Limpeza ambiental:
- d.1. 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-anestésica, centro de material e esterilização etc.);
- d.2. Implementar antes do início de qualquer procedimento invasivo, a realização de limpeza terminal nas salas cirúrgicas.

### **IX. REFERÊNCIAS:**

a) NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 06/2020 - Orientações para a prevenção e o controle das infecções pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) em procedimentos cirúrgicos; <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+t%C3%A9cnica+06-2020+GVIMS-GGTESANVISA/40edaf7d-8f4f-48c9-b876-bee0090d97ae>

b) ORIENTAÇÕES PARA O RETORNO DE CIRURGIAS ELETIVAS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 – Especialidades Médicas envolvidas;  
<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>