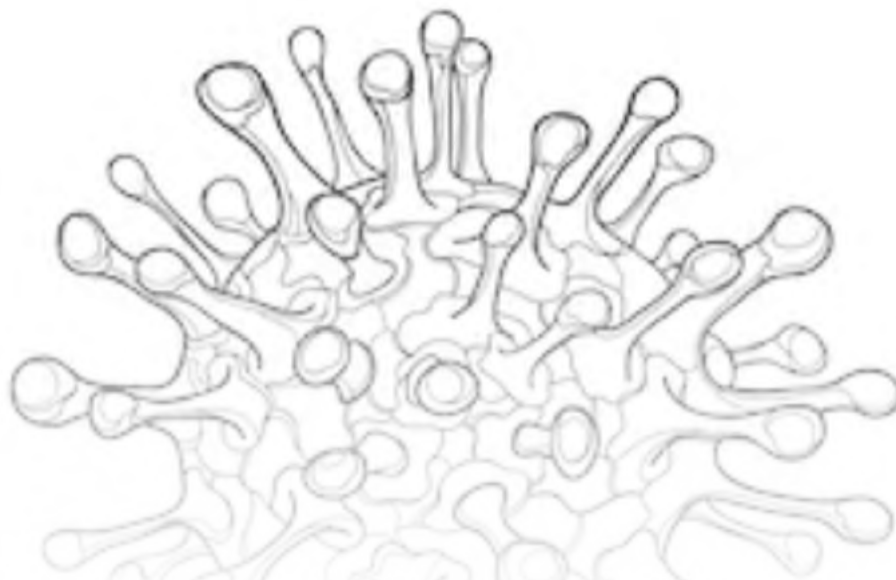




# ORIENTAÇÕES PARA O RETORNO DAS ATIVIDADES ANESTÉSICO-CIRÚRGICAS NO CONTEXTO DA COVID-19

4 de junho de 2020



**COMISSÃO TEMPORÁRIA DE ENFRENTAMENTO DA COVID-19**  
DEPARTAMENTO DE DEFESA PROFISSIONAL  
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Luis Antonio dos Santos Diego – Diretor do Dep. de Def. Profissional da SBA e Coordenador da CTE-Covid

Pablo Britto Detoni – CSO/CTE – Covid-19

Mauro Pereira de Azevedo – CSO/CTE – Covid-19

Antônio Roberto Carraretto – CTE – Covid-19

Marcos Antônio Costa de Albuquerque – Vice-diretor do Dep. Científico da SBA

Maria Ângela Tardelli – Diretora do Dep. Científico da SBA

Augusto Key Karazawa Takaschima – Vice-presidente da SBA

Rogean Rodrigues Nunes – Diretor-presidente da SBA

# SUMÁRIO

<b>I. CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....</b>	<b>3</b>
<b>II. FATORES QUE IMPACTAM AS ESTRATÉGIAS DE RETORNO ÀS ATIVIDADES ANESTÉSICO-CIRÚRGICAS..</b>	<b>4</b>
II.1 - Aspectos Epidemiológicos Regionais .....	4
II.2 - Disposições das Autoridades Sanitárias e Outros Organismos do Setor de Saúde .....	5
II.3- Disponibilidade de Recursos Humanos e Materiais .....	6
Recursos humanos .....	6
Disponibilidade de medicamentos .....	6
Disponibilidade de leitos de recuperação pós-anestésica (RPA) .....	6
Equipamentos de proteção individual (EPI) .....	6
Ventiladores .....	7
Videolaringoscópios .....	7
Uso de máscaras laríngeas (MLs) .....	7
II.4 - Estabelecimento de uma Linha de Cuidados Segura para o Paciente e para o Profissional de Saúde - Hospital “Covid Safe” .....	8
II.5 - Estudo da Demanda Reprimida e Priorização de Procedimentos .....	10
<b>III. QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE COVID-19 .....</b>	<b>11</b>
<b>IV. CHECKLIST DE AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE RETORNO SEGURO PARA OS ANESTESIOLOGISTAS..</b>	<b>12</b>

## I. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Em dezembro de 2019, o mundo foi abalado pelo surgimento de uma nova doença infectocontagiosa denominada Covid-19 e causada pelo vírus que recebeu o nome de SARS-CoV-2. Essa doença foi, inicialmente, descrita na cidade de Wuhan, China, com o primeiro caso relatado em 29/12/2019. A partir daí, o mundo entrou em alerta. Em 22/1/2020, foi notificado, no Brasil, o primeiro caso suspeito, que só foi confirmado em 26/2/2020. Durante esse tempo, o país iniciou sua preparação para o combate à pandemia. Em 3/2/2020, o Ministério da Saúde declarou a doença Covid-19 como uma Epidemia de Saúde Pública de Importância Nacional (Portaria GM/MS/188); em 11/3/2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a doença como uma pandemia.

Tendo em vista a situação emergente, a Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA), em nota conjunta com a Associação Médica Brasileira (AMB) e o Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), no dia 19/3/2020, recomendou a suspensão temporária de todos os procedimentos anestésicos eletivos no Brasil, “excetuando-se os casos em que possa haver prejuízo aos pacientes pela questão tempo-dependente, como operações oncológicas, cardíacas e obstétricas, entre outras, com rigorosa avaliação prévia”<sup>1</sup>. No dia 20/3/2020, o Ministério da Saúde publicou a portaria GM/MS/454<sup>2</sup>, na qual declarou o estado de transmissão comunitária do novo coronavírus em todo o território nacional e, a partir dessa data, o Conselho Federal de Medicina (CFM) passou a recomendar, entre outras medidas, a suspensão de atendimentos ambulatoriais e de procedimentos eletivos<sup>3</sup>, objetivando garantir a existência de um número de leitos suficientes para as pessoas acometidas pela Covid-19, com prioridade para a realização de cirurgias de emergência e urgência. Em recente nota técnica - NT 06/2020<sup>4</sup> -, publicada em 29/4/2020, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) manteve a posição de “adiar ou cancelar cirurgias eletivas não essenciais, endoscopias ou outros procedimentos invasivos até que seja ultrapassado o ponto de inflexão previsto no gráfico de exposição”.

Com as medidas adotadas pelos órgãos públicos e profissionais, houve uma queda acentuada do volume de procedimentos anestésico-cirúrgicos em todo o Brasil, impossível de ser estimado com precisão. Um estudo publicado pelo grupo COVIDSurg Collaborative<sup>5</sup> estimou que, globalmente, durante um período de 12 semanas de alteração causada pela pandemia, ocorrerá uma redução de 81,7% das cirurgias benignas, 37,7% das cirurgias oncológicas e 25,4% das cesarianas eletivas, com grande impacto financeiro e social, que vai afetar a população e o setor de saúde.

O Brasil ainda vivencia um aumento progressivo da incidência da doença e da mortalidade por ela causada e, por conseguinte, já se observa, em muitos estados e municípios, a utilização dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) em sua capacidade máxima, tanto no setor público quanto no privado. O Brasil conta hoje com 614.941 casos de Covid-19, com 34.021 óbitos confirmados, o que nos dá uma mortalidade de cerca de 5,7%, de acordo com dados oficiais<sup>6</sup>.

A baixa testagem da população, dada a falta de testes, dificulta o combate à pandemia, principalmente no que se refere às ações de entrada e saída do isolamento social. Somente no dia 6/5/2020, o Ministério da Saúde divulgou que será realizado um plano de testagem da população, com a meta de atingir 22% da população brasileira<sup>7</sup>, para tanto, o governo está comprando 46 milhões de testes. Sem um plano de testagem efetivo, a estratégia leva como base a avaliação do número de óbitos confirmados, a taxa de ocupação de leitos hospitalares ou a incidência de doença grave, o que não ajuda na orientação da população em geral, já que 80% dela tem doença leve ou que não necessita de internação<sup>8</sup>. Esse contexto também é observado em outros países, considerando-se as peculiaridades decorrentes dos aspectos socioeconômicos de cada um.

Ao mesmo tempo em que a doença avança e é combatida, temos a preocupação com o retorno das atividades assistenciais consideradas eletivas, por exemplo, aquelas que não obedecem a regimes de urgência e emergência vigentes nesse momento<sup>9</sup>. Importante ressaltar que já se observa aumento do número de óbitos nos domicílios por outras doenças<sup>10,11</sup>, o que reitera o discurso de algumas associações médicas, no sentido da necessidade de se abreviar o tempo de retorno de procedimentos eletivos.

O impacto na vida dos profissionais de saúde também é um fator a se levar em conta, principalmente na circunstância de um prolongamento da pandemia com períodos intercalados de mitigação e novo surto. Esse impacto é múltiplo: social, profissional, mental e financeiro.

1 Documento disponível no site <https://coronavirus.sbahq.org/>

2 [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/portaria/prt454-20-ms.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt454-20-ms.htm)

3 <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+t%C3%A9cnica+06-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/40edaf7d-8f4f-48c9-b876-bee0090d97ae>

4 <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+t%C3%A9cnica+06-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/40edaf7d-8f4f-48c9-b876-bee0090d97ae>

5 <https://globalsurg.org/covidsurg/>

6 <https://covid.saude.gov.br/> (acesso em 5/6/2020)

7 <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-05/covid-19-governo-anuncia-plano-de-testes>

8 <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

9 <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+t%C3%A9cnica+06-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/40edaf7d-8f4f-48c9-b876-bee0090d97ae>

10 [https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid19/excess\\_deaths.htm](https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid19/excess_deaths.htm)

11 <https://www.nytimes.com/interactive/2020/06/01/us/coronavirus-deaths-new-york-new-jersey.html>

A estratégia de retorno das atividades anestésico-cirúrgicas, considerando todos esses aspectos, deve obedecer a critérios bem elaborados, uma vez que suas consequências podem comprometer tanto o curso da Covid-19 quanto de outras enfermidades que se encontram sem possibilidade de tratamento ou acompanhamento adequado nos EAS.

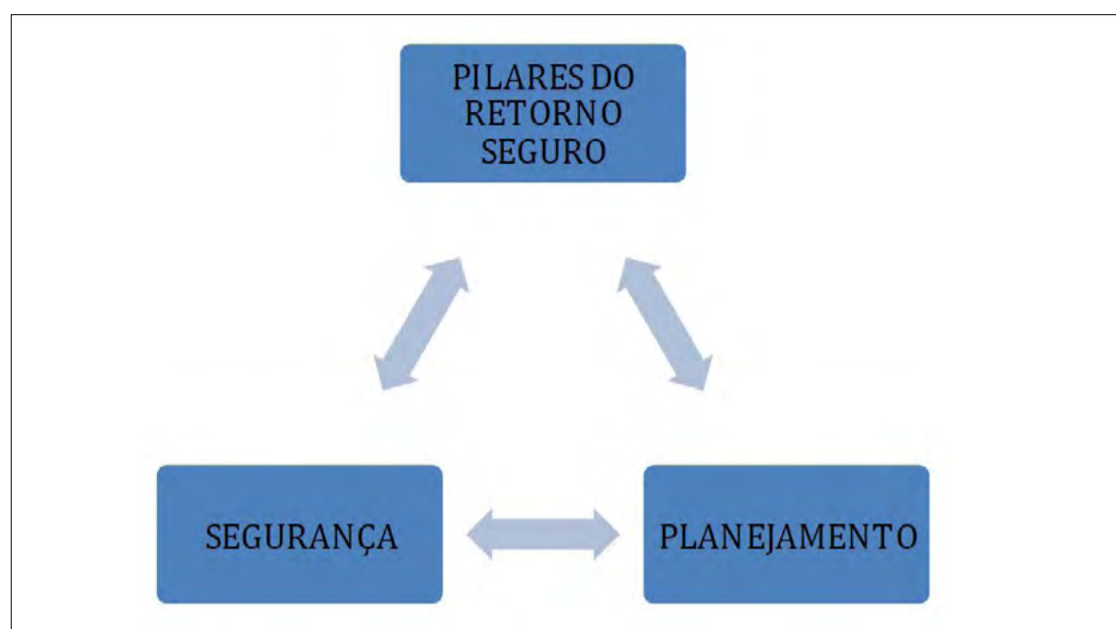


Figura 1 - Pilares do retorno seguro pós-Covid-19

## II. FATORES QUE IMPACTAM AS ESTRATÉGIAS DE RETORNO ÀS ATIVIDADES ANESTÉSICO-CIRÚRGICAS

A Covid-19 é uma doença nova e, por conseguinte, ainda desconhecida. Esse dinamismo, bem observado nos poucos estudos epidemiológicos da doença, sugere cautela nas decisões, principalmente naquelas relacionadas com o momento da volta à normalidade. Algumas premissas já estão sedimentadas, como a necessidade de um retorno gradual, escalonado e regionalizado, com possíveis liberações intercaladas com novas limitações.

Tabela 1 - Fatores que impactam as estratégias de retorno às atividades anestésico-cirúrgicas

<p style="text-align: center;">Aspectos Epidemiológicos Regionais</p> <p style="text-align: center;">Disposições das Autoridades Sanitárias e Outros Organismos do Setor de Saúde</p> <p style="text-align: center;">Disponibilidade de Recursos Humanos e Materiais</p> <p style="text-align: center;">Estabelecimento de uma Linha de Cuidados Segura para o Paciente e para o Profissional de Saúde - Hospital “Covid Safe”</p> <p style="text-align: center;">Estudo da Demanda Reprimida e Priorização de Procedimentos</p>
--

### II.1 - Aspectos Epidemiológicos Regionais

O Brasil é um país de dimensões continentais, com profundas diferenças socioeconômicas entre suas regiões geográficas. A pandemia tem afetado, de forma diversa, todos os estados, com maior incidência em São Paulo, Rio de Janeiro, Amazonas, Ceará, Pará, Maranhão, Pernambuco e Bahia. A falta de um programa efetivo de testes diagnósticos impossibilita saber a real incidência da pandemia na população geral, bem como a estimativa de portadores assintomáticos e de pessoas que já tiveram a contaminação e se encontram “imunizadas”. A imunidade é um ponto importante, pois não existe garantia de que a presença de IgG seja, de fato, protetora e, caso seja, qual a duração dessa imunização (temporária ou permanente). Esse desconhecimento leva à preocupação de que a pandemia possa retornar mais adiante, em uma nova onda de contaminação<sup>12</sup>.

É importante conhecer o número de doentes que necessitam de internação, já que a taxa de ocupação de leitos, em geral, e de UTI, em particular, é um aspecto importante a ser considerado para o retorno das atividades anestésico-cirúrgicas eletivas. Enquanto houver forte demanda de leitos pelos pacientes acometidos pela Covid-19, o retorno fica incerto.

O consenso é que devemos passar do ponto de inflexão da curva ascendente de adoecimento para podermos ter uma redução dessa pressão sobre os leitos hospitalares. Os números são diversos, mas estima-se uma necessidade de liberação de 30% dos leitos de UTI (dependendo da capacidade instalada no local), para que se possa liberar a realização das cirurgias de maior porte.

12 Covid-19 Epidemic Waves - <https://www.cebm.net/covid-19/covid-19-epidemic-waves/>

De modo prático, recomenda-se que haja redução sustentada de novos casos da Covid-19 na região em análise ou um Número Reprodutivo Básico (Rt) da doença menor ou igual a 1<sup>13</sup> nos últimos 14 dias, de modo sustentado.

À medida que a pandemia for controlada, as cirurgias de menor porte, especialmente as ambulatoriais<sup>14</sup>, podem ser liberadas, inicialmente, com observação criteriosa da avaliação do risco do paciente para minimizar a chance de internação prolongada ou de complicações. As cirurgias ambulatoriais são de maior número na realidade atual<sup>15</sup> e, na sua maior parte, são realizadas em centros especializados em cirurgia ambulatorial e centros diagnósticos, causando menor impacto nos recursos hospitalares, que devem ser preservados em caso de retorno de uma situação de risco no grau de contaminação da população.

### Recomendações

1. Confirmar aprovação das autoridades públicas para o retorno dos procedimentos eletivos não essenciais.
2. Avaliar a curva de novos casos nos últimos 14 dias ou o Número Reprodutivo Básico (Rt) da Covid-19, que deve ser menor ou igual a 1, para verificar se há uma redução sustentada na região abrangida pelo EAS.
3. Checar a taxa de ocupação de leitos de UTI, em conjunto com a curva de novos casos. Se essa curva está em redução sustentada e a taxa de ocupação de leitos está abaixo de 90%, as cirurgias podem ser retomadas com critério mais restrito. O ideal, para maior segurança, é garantir uma taxa de ocupação de leitos abaixo de 70%.
4. Notar que a reabertura deve ser gradual, até porque existe a possibilidade de uma nova onda da doença após o início do processo.
5. Criar uma comissão multidisciplinar (médicos, anesthesiologistas, intensivistas, cirurgiões e infectologistas, enfermeiros, administradores e profissionais de serviços complementares) para estabelecer protocolos e rotinas para o atendimento dos diferentes casos e sua ordem de prioridade.
6. Atualizar, manter e divulgar as políticas de prevenção da contaminação, com base no distanciamento social e na proteção individual.

### II.2 - Disposições das Autoridades Sanitárias e Outros Organismos do Setor de Saúde

De acordo com a legislação em vigor, os governos estaduais e municipais têm autonomia para regular o funcionamento dos EAS no seu âmbito de atuação, de acordo com as condições particulares do local<sup>16</sup>.

Em 2/4/2020, o CFM publicou recomendação aos conselhos regionais de medicina sobre a realização de procedimentos eletivos<sup>17</sup>:

- 1) Caberá a cada Conselho Regional de Medicina (CRM), no âmbito de sua jurisdição, avaliar a necessidade, ou não, de se recomendar a suspensão de consultas, procedimentos e cirurgias eletivas, nas redes pública e privada, comunicando sua decisão às autoridades competentes, aos médicos e à população.
- 2) Para tanto, cada CRM levará em consideração as determinações legais feitas pelas autoridades locais (governadores e prefeitos), as recomendações sanitárias vigentes, a capacidade da rede assistencial local (pública e privada) e os indicadores epidemiológicos.

Em 2/4/2020, o CRM-RJ publicou a Resolução 307/2020<sup>18</sup>, que trata da “normatização de realização de cirurgias durante a pandemia de Covid-19”. Essa resolução mantém as disposições já citadas e, mais ainda, diz, no parágrafo único do Art. 7º, que:

As atualizações propostas pelas respectivas sociedades de especialidades filiadas à AMB devem ser consideradas.

Essa resolução valida as recomendações da Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

Até o presente momento, não existe uma recomendação das autoridades no sentido de liberar a realização de procedimentos eletivos não essenciais.

13 <https://painel.covid19br.org/>

14 <https://www.whitehouse.gov/openingamerica/>

15 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28722845/>

16 <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADI6341.pdf>

17 <http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/recomendacao-cfm-atendimentos-eletivos.pdf>

18 <http://old.cremerj.org.br/legislacao/detalhes.php?id=1437&item=1>

## Recomendações

1. Aguardar o pronunciamento das autoridades de saúde, nacionais e regionais, acerca da condição epidemiológica da pandemia na sua área de interesse.
2. Esperar o pronunciamento do conselho regional de medicina de sua área de interesse sobre a possibilidade de regularização dos atendimentos eletivos não essenciais.
3. Observar e atender as atualizações propostas pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia a respeito do atendimento durante a situação de pandemia e o retorno das cirurgias, disponíveis no site <https://coronavirus.sbahq.org/>:
  - a. O Coronavírus e o Anestesiologista - 4ª edição - 21/5/2020;
  - b. Orientações para o Retorno das Cirurgias - 13/5/2020.

## II.3- Disponibilidade de Recursos Humanos e Materiais

### Recursos humanos

Muitos profissionais de saúde adoeceram durante a pandemia, física e mentalmente. O retorno seguro deve prever que existam profissionais em número suficiente para atender às demandas da organização, em condições físicas e mentais adequadas, para que se evitem sobrecarga de número de atendimentos, excesso de horas de trabalho e falta de profissionais com capacidade laborativa plena.

Outro aspecto importante está relacionado com o desgaste das equipes ao se considerar o acréscimo de etapas envolvidas na proteção individual e o estresse proporcionado pela atividade altamente insalubre para o profissional, o que afeta diretamente a sua saúde mental.

As condições de trabalho serão mais difíceis enquanto existir a circulação da doença, e mesmo depois de passada a pandemia, permanecerá o medo de uma nova onda, com os efeitos decorrentes da primeira onda. Há uma expectativa de rendimentos financeiros diminuída em um ambiente com maior adversidade, como vem acontecendo em todo o mundo<sup>19</sup>. As autoridades sanitárias e os próprios EAS serão impelidos a procurar soluções para os problemas decorrentes de estresse incremental, como a síndrome de esgotamento profissional (*burnout*), a drogadição e o suicídio.

A comunicação constante entre os membros das equipes multiprofissionais deve ser estimulada, especialmente para o preparo e a revisão dos processos assistenciais utilizados - uma comunicação efetiva diminui a ocorrência de erros e aumenta o sucesso das operações.

### Disponibilidade de medicamentos

Por causa do grande número de pessoas internadas em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) durante a pandemia de Covid-19, houve um consumo elevado de medicamentos, especialmente sedativos, analgésicos opioides, bloqueadores neuromusculares e drogas vasoativas.

Para um retorno adequado das atividades anestésico-cirúrgicas, é necessário que o suprimento e a reposição de medicamentos estejam normalizados.

### Disponibilidade de leitos de recuperação pós-anestésica (RPA)

Em razão do número de pessoas internadas em UTI durante a pandemia de Covid-19, houve a necessidade episódica de utilização das salas cirúrgicas e da RPA como leitos de terapia intensiva. No entanto, para garantir o retorno seguro das atividades anestésico-cirúrgicas, é fundamental assegurar que essa situação esteja normalizada, ou seja, que não haja mais uso das salas cirúrgicas ou da RPA como leitos de UTI e que exista uma disponibilidade adequada de leitos de UTI capazes de dar suporte às necessidades dos pacientes cirúrgicos.

### Equipamentos de proteção individual (EPI)

A Covid-19 ensejou novas práticas relacionadas com a proteção individual e coletiva para os profissionais de saúde e para a comunidade. A nova norma deve ser o uso mais criterioso dos EPIs para evitar a contaminação não só pelo SARS-CoV-2, mas por qualquer outro agente infectocontagioso.

19 [https://www.medscape.com/slideshow/2020-compensation-overview-6012684?src=WNL\\_physrep\\_200522\\_comp2020\\_int&uac=282229DR&impl-D=2389941&faf=1](https://www.medscape.com/slideshow/2020-compensation-overview-6012684?src=WNL_physrep_200522_comp2020_int&uac=282229DR&impl-D=2389941&faf=1)

Para um retorno seguro das atividades médicas, será preciso que as instituições hospitalares garantam, em quantidade e qualidade, equipamentos de proteção individual para uso, de acordo com as recomendações publicadas pelas autoridades e pelas sociedades médicas<sup>20,21</sup>. Esses materiais incluem, mas não se limitam a:

- máscara PFF2/N95 ou similar;
- protetor ocular com proteção lateral;
- protetor facial (*face shield*);
- aventais - especificação de acordo com a necessidade;
- luvas;
- protetor para pescoço;
- protetor para os pés.

É necessário que haja uma política de uso racional dos EPIs e que seja clara quanto ao seu uso estendido e reúso em caso de escassez.

As equipes assistenciais devem estar treinadas nas técnicas seguras de paramentação e desparamentação, assim como no uso dos demais EPIs, em um processo contínuo de aprendizagem.

### Ventiladores

Na situação de retorno às atividades normais, a questão do uso de ventiladores para pacientes de UTI já deve estar solucionada, de modo que não haja escassez de aparelhos e deslocamento dos aparelhos de anestesia para uso em outros setores do EAS.

É recomendável que os aparelhos que tenham sido utilizados no atendimento de pacientes contaminados com SARS-CoV-2 sejam submetidos a um processo de revisão mecânica e descontaminação para retorno à operação rotineira.

### Videolaringoscópios

Os videolaringoscópios foram recomendados para o atendimento de pacientes durante a pandemia do SARS-CoV-2, por conferirem maior segurança e proteção contra a contaminação.

A Resolução CFM-2174/2017<sup>22</sup>, que dispõe sobre a Prática do Ato Anestésico, coloca o uso do videolaringoscópio como indicado nas situações de vias aéreas difíceis. É sabido que o uso desses dispositivos envolve aprendizado e treinamento, que devem ser realizados fora do cotidiano das situações críticas.

### Uso de máscaras laríngeas (MLs)

Durante a pandemia, a preocupação com a vedação das vias aéreas foi muito significativa, por causa do risco de dispersão de aerossóis e do aumento da probabilidade de contaminação dos profissionais de saúde envolvidos no procedimento. Esse receio também levou à não utilização das formas de ventilação não invasiva nos momentos iniciais da pandemia. Com o tempo, observou-se que a dispersão desses aerossóis, nessas modalidades de ventilação, não aumenta significativamente o risco de propagação do vírus, então, vários países passaram a adotá-las para tratar a insuficiência respiratória em pacientes acometidos pela Covid-19.

A preocupação com o uso das MLs é quanto a sua capacidade de assegurar a vedação correta das vias aéreas e reduzir o risco de adaptação inadequada e a necessidade de intubação traqueal emergencial. Diversos estudos mostram que as MLs de segunda geração têm maior capacidade de adaptação à anatomia das vias aéreas e suportam uma pressão de selo maior que as de primeira geração, além de apresentarem baixa incidência de falhas, desde que as orientações do fabricante sejam seguidas à risca<sup>23,24</sup>. Quando as indicações para uso das MLs são obedecidas, elas se tornam dispositivos eficazes para a realização de anestesia geral.

20 <https://coronavirus.sbahq.org/>

21 <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+t%C3%A9cnica+06-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/40edaf7d-8f4f-48c9-b876-bee0090d97ae>

22 [https://www.sbahq.org/wp-content/uploads/2018/03/RESOLUC%CC%A7A%CC%83O-2\\_174-de-14-de-dezembro-de-2017-Dia%CC%81rio-Oficial-da-Unia%CC%83o-Imprensa-Nacional.pdf](https://www.sbahq.org/wp-content/uploads/2018/03/RESOLUC%CC%A7A%CC%83O-2_174-de-14-de-dezembro-de-2017-Dia%CC%81rio-Oficial-da-Unia%CC%83o-Imprensa-Nacional.pdf)

23 *Anesthesiology* 6 2012, Vol.116, 1217-1226. Predictors and Clinical Outcomes from Failed Laryngeal Mask Airway Unique™: A Study of 15,795 Patients.

24 Laryngeal mask airway indications: new frontiers for second-generation supraglottic airways *Curr Opin Anesthesiol* 2015, 28:717-26

## Recomendações

1. Adotar o uso adequado dos EPIs, de acordo com as orientações das autoridades sanitárias e das sociedades médicas.
2. Recomendar o uso racional dos EPIs diante da possibilidade de retorno de uma situação de escassez.
3. Garantir a capacidade plena de funcionamento dos locais onde se realizam procedimentos anestésicos, em conformidade com os termos da Resolução CFM 2174/2017.
4. Estabelecer um estoque seguro de medicamentos e garantir sua reposição, especialmente drogas hipnóticas, sedativas e vasoativas, analgésicos opioides e bloqueadores neuromusculares.
5. Solicitar que as salas cirúrgicas e a RPA estejam com funcionamento normalizado e que haja disponibilidade adequada de leitos de UTI capazes de dar suporte às necessidades dos pacientes cirúrgicos.
6. Indicar a disponibilização de videolaringoscópios como método de escolha para intubação em situações eletivas ou de emergência.
7. Recomendar a realização de treinamentos sistemáticos para uso dos dispositivos de acesso às vias aéreas, especialmente a intubação traqueal por videolaringoscopia.
8. Indicar o uso da máscara laríngea para acesso às vias aéreas, feita com dispositivos de segunda geração, em conformidade com os critérios adequados de indicação:
  - a. escolha do tamanho apropriado;
  - b. pressão máxima de 60 cmH<sub>2</sub>O;
  - c. seleção correta de paciente;
  - d. seleção oportuna da cirurgia;
  - e. experiência do usuário com esses dispositivos;
  - f. aplicação prática dos conceitos de primeiro e segundo selos.
9. Manter uma proporcionalidade entre o número de profissionais/horas de trabalho disponíveis e o número de procedimentos agendados, para evitar sobrecarga de trabalho.
10. Sugerir, nos EAS, a existência de programas que visem à melhoria das condições de trabalho e da saúde física e mental dos profissionais de saúde.
11. Recomendar a adoção de programas de facilitação constante da comunicação entre os profissionais de saúde e entre estes e a gestão institucional.

## II.4 - Estabelecimento de uma Linha de Cuidados Segura para o Paciente e para o Profissional de Saúde - Hospital "Covid Safe"

A segurança para o paciente e para os profissionais de saúde é fator primordial para o sucesso do retorno às atividades da sociedade como um todo.

Enquanto durar a pandemia e a transmissão comunitária da doença, e sem que haja uma vacinação eficaz que garanta uma alta taxa de imunização, é recomendável que seja feito o rastreamento dos pacientes para a infecção antes da realização de procedimentos médico-cirúrgicos. A testagem deve ser realizada por pesquisa do RT-PCR, pelo menos 72 horas antes da data agendada para a cirurgia. Não é recomendado o uso dos testes sorológicos para triagem dos pacientes candidatos a cirurgias eletivas. Depois da colheita, o paciente deve procurar ficar em isolamento até a data da realização da cirurgia. Caso o exame seja positivo, a cirurgia deve ser adiada por, pelo menos, 14 dias para observação. A estratégia de testes pode ser limitada por vários fatores. Caso seja de difícil execução, é recomendado que se procure criar um ambiente seguro para a realização da cirurgia.

Todo paciente não testado deve ser considerado um portador assintomático.

É muito importante manter a avaliação clínica do paciente, especialmente quanto à presença de febre (temperatura acima de 37,5 °C), tosse, falta de ar, calafrios, dor muscular, dor de cabeça, dor na garganta e alterações no padrão de olfato e paladar. Caso tenha havido a presença dessas condições nos últimos 14 dias, a cirurgia deve ser cancelada e o paciente, orientado adequadamente.



As instituições devem criar mecanismos de separação dos pacientes positivos ou suspeitos e negativos para pesquisa de SARS-CoV-2. Rotas internas de circulação - desde a internação até a alta -, em que os pacientes não circulem pelos mesmos espaços, devem ser priorizadas. A segregação também deve ocorrer entre os profissionais de saúde, que não devem transitar ou atuar em áreas de Covid-19 e áreas seguras.

Todos os pacientes devem ser orientados a utilizar máscara cirúrgica de modo contínuo durante a permanência no EAS.

Deve-se estimular o uso dos meios eletrônicos para contato com os pacientes antes da internação, para garantir que ele continua em condições ideais antes de se dirigir à instituição, bem como depois da alta, para avaliar o sucesso do tratamento e a ausência de sinais de contaminação durante a internação. Nesse aspecto, vale incentivar o uso dos recursos da telemedicina (teleorientação, telemonitoramento ou teleinterconsulta), de acordo com os termos da legislação vigente<sup>25,26</sup>.

Profissionais de saúde que apresentarem sintomas gripais e/ou febre não devem participar de procedimentos cirúrgicos ou de investigação. Esses profissionais precisam ser afastados de suas atividades até que seja feita a pesquisa do vírus e que sejam adotadas as condutas recomendadas para cada caso.

De acordo com a linha de cuidados segura, é preciso garantir que todo paciente tenha acesso às informações pertinentes ao seu caso e à condição epidemiológica da doença e, em seguida, assine os termos de consentimento, inclusive um específico para autorizar a realização do ato na vigência da pandemia.

Aos profissionais de saúde não é recomendada a testagem rotineira, exceto para os que ficaram doentes, em especial àqueles que estão na linha de frente do atendimento.

No intraoperatório devem ser seguidas as recomendações publicadas no documento da SBA - Orientações aos Anestesiologistas - 4ª edição, de 21/5/2020<sup>27</sup>, ou a versão mais recente, atualizada.

As rotinas de limpeza do material cirúrgico e anestésico e das salas de cirurgia e de procedimentos devem ser revistas para garantir a segurança necessária de todos. O aumento do tempo de limpeza vai ter impacto na produtividade do setor.

A linha de cuidados segue no pós-alta - deve ser feita uma avaliação adequada das pessoas que residem com o paciente, para afastar a possibilidade de contaminação no domicílio após o procedimento.

### Recomendações

1. Observar as diretrizes das autoridades sanitárias acerca do atendimento aos pacientes eletivos.
2. Reforçar o uso adequado dos EPIs pelos profissionais do EAS.
3. Exigir que todos os pacientes utilizem máscara cirúrgica durante sua permanência no EAS (não é recomendado o uso de máscaras de tecido nessa situação).
4. Fazer avaliação contínua da situação epidemiológica da doença.
5. Observar todo paciente segundo critérios clínicos e testes para a detecção do SARS-CoV-2 no período pré-operatório, até que haja uma vacina eficaz ou se comprove um estado de imunidade coletiva satisfatório.
6. Evitar realizar testes sorológicos para avaliação.
7. Os profissionais de saúde não devem fazer testes rotineiramente.
8. Realizar, nos pacientes, a pesquisa do RT-PCR no swab de nasofaringe, 48 a 72 horas antes da cirurgia programada. Conforme o resultado do teste, a orientação adequada será passada.
9. Usar, caso necessário, os recursos da telemedicina, de acordo com os termos da legislação, para avaliação e orientação pré e pós-operatória dos pacientes.
10. Avaliar, clinicamente, paciente antes da internação ou da cirurgia para a presença dos seguintes sintomas nos últimos 14 dias:
  - a. presença de febre (temperatura acima de 37,5 °C);
  - b. tosse;

25 Ofício CFM nº 1756/2020, de 19/3/2020: [https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020\\_oficio\\_telemedicina.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf)

26 Resolução CFM nº 1643/2002 - [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1643\\_2002.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1643_2002.pdf)

27 <http://coronavirus.sbahq.org/>

- c. falta de ar;
  - d. calafrios;
  - e. dor muscular;
  - f. dor de cabeça;
  - g. dor na garganta;
  - h. alterações no padrão de olfato e paladar.
11. Fornecer ao paciente todas as informações possíveis e solicitadas por ele, bem como a assinatura de um termo de consentimento adequado.
  12. Cancelar a cirurgia e dar orientações adequadas ao paciente caso ele apresente teste positivo para SARS-CoV-2 ou algum dos sintomas clínicos.
  13. Considerar a avaliação clínica na ausência de testes ou na impossibilidade de sua realização.
  14. Considerar todos os pacientes, funcionários e equipe de saúde como possíveis portadores de SARS-CoV-2, se não for instituída uma estratégia baseada em testagem, desse modo, eles precisam utilizar EPIs adequados, especialmente a máscara PFF2/N95.
  15. Elaborar uma estratégia de controle de acesso, fluxo de trabalho e técnicas para promover o distanciamento de pessoas e criar um ambiente seguro, no qual a cirurgia eletiva possa ocorrer, se o teste não estiver disponível para os pacientes. Vale criar ambientes mais seguros no perioperatório para pacientes sem suspeita de Covid-19.
  16. Estabelecer, nos EAS, fluxos segregados de pacientes confirmados e suspeitos e assintomáticos para contaminação por SARS-CoV-2.
  17. Criar um termo de consentimento amplo, com informações específicas sobre a realização do ato na vigência da pandemia.

## II.5 - Estudo da Demanda Reprimida e Priorização de Procedimentos

É necessário que seja feita uma análise dos procedimentos cirúrgicos não realizados durante a pandemia para que sejam estratificados por grau de complexidade (recursos necessários), impacto na vida cotidiana do paciente e condições físicas atuais do paciente. Esse trabalho deve ser realizado por uma comissão multiprofissional em cada EAS.

Recomenda-se que o retorno gradual seja elaborado com a realização das cirurgias menos complexas, estudando-se, dia a dia, a capacidade operacional da instituição. Durante esse período, os fatores concorrentes para a realização segura do procedimento serão reavaliados e corrigidos continuamente. À medida que os processos melhorem em qualidade, aumenta-se o número de procedimentos/dia. Com a queda do número de internações derivadas da Covid-19, incrementa-se execução de procedimentos complexos.

Deve-se ter cuidado com a realização de cirurgias com potencial necessidade de recursos mais avançados (por ex., necessidade de UTI, OPME e hemocomponentes).

Pode ser necessária a adoção de horários estendidos de funcionamento das unidades cirúrgicas para dar vazão à demanda reprimida, desde que haja garantia da disponibilidade de material e pessoal em número adequado, evitando-se a sobrecarga de trabalho.

### Recomendações

1. Criar uma comissão multiprofissional, que envolva profissionais de saúde e administrativos, para avaliar a demanda reprimida das cirurgias e a capacidade operacional do EAS.
2. Retornar gradualmente, escalonando os procedimentos cirúrgicos, de forma a testar e avaliar continuamente a operacionalização das atividades.
3. Observar a condição epidemiológica na área de abrangência do EAS para avaliar a necessidade de um novo contingenciamento das operações.
4. Evitar sobrecarga nas equipes assistenciais e administrativas, por meio da reformulação da capacidade operacional do EAS, de acordo com a quantidade de profissionais/horas de trabalho disponíveis.

**III. QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE COVID-19**

Avaliar na véspera e no dia do procedimento.

- 1) Você já teve Covid-19?
  - a. Há quanto tempo?
  - b. Você foi internado ou tratou-a em casa?
- 2) Você teve alguma doença respiratória recente?
  - a. Há quanto tempo?
  - b. Você foi internado ou tratou-a em casa?
- 3) Você esteve internado ou precisou procurar ajuda médica nos últimos 14 dias?
- 4) Você fez teste para Covid-19 recentemente?
  - a. Teste sorológico ou pesquisa de RT-PCR no swab nasal?
  - b. Qual foi o resultado?
- 5) Você apresentou algum dos sintomas abaixo nos últimos 14 dias?

Sinais e Sintomas	Resposta	Paciente	Pontos
Febre: temperatura maior que 37,5 °C	(S) (N)		5
Dor de cabeça	(S) (N)		1
Secreção nasal/espirros	(S) (N)		1
Dor na garganta	(S) (N)		1
Tosse seca	(S) (N)		3
Perda de olfato	(S) (N)		3
Dificuldade respiratória	(S) (N)		10
Dor no corpo	(S) (N)		1
Diarreia	(S) (N)		1
Contato com algum caso de Covid-19	(S) (N)		10
	<b>TOTAL</b>		
Risco BAIXO	1 a 9 pontos		
Risco MÉDIO	10 a 19 pontos		
Risco ALTO	20 a 36 pontos		

- 6) Você esteve em alguma área com alto índice de infecção por coronavírus nos últimos 14 dias?
- 7) Avaliar a temperatura.

**IV. CHECKLIST DE AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE RETORNO SEGURO PARA OS ANESTESIOLOGISTAS**

PARÂMETRO	CONFORME	NOTA
As autoridades públicas e os conselhos de medicina já autorizaram o retorno dos procedimentos eletivos não essenciais.		
A curva de novos casos está em declínio na área geográfica de interesse nos últimos 14 dias.		
O Rt* está igual ou menor que 1 na área geográfica de interesse nos últimos 14 dias.		
Existe um fluxo para avaliar a aptidão dos pacientes para a cirurgia, especialmente quanto à política de testagem e/ou avaliação clínica (estimular o uso da telemedicina).		
Os EPIs existem em quantidade e qualidade são adequados às necessidades institucionais.		
Existe uma política de uso racional e de treinamento para uso dos EPIs.		
As salas de cirurgia estão em plena condição de funcionamento (mobiliário e equipamentos).		
Os equipamentos anestésicos estão em condições normais de uso.		
A ocupação atual dos leitos de UTI suporta o retorno das atividades eletivas.		
A RPA está disponível para uso rotineiro.		
O suprimento de medicamentos anestésicos está normalizado e sua reposição, garantida.		
A força de trabalho está assegurada em número/horas de trabalho suficientes para suportar a rotina sem sobrecarga.		
Existe um fluxo adequado para a segregação de pacientes positivos para Covid-19 daqueles negativos.		
Foi criada uma comissão multiprofissional para avaliar a prioridade das cirurgias a serem realizadas.		
Existe um fluxo para avaliar a recuperação dos pacientes após a cirurgia - 7 e 14 dias.		

\* Número Reprodutivo Básico



Sociedade  
Brasileira de  
Anestesiologia