



# CRM-PA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

## RECOMENDAÇÃO CRM/PA Nº 05/2020

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

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO PARÁ – CRM/PA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto no 44.045, de 19 de julho de 1958, e pelo Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, com as alterações dadas pela lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004;

**CONSIDERANDO** a 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 o reconhecimento do estado de emergência em saúde pública realizado pelo Governo Federal;

**CONSIDERANDO** a necessidade de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública;

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

**CONSIDERANDO** a revogação da Recomendação nº 003/2020 do CRM-PA, sobre procedimentos eletivos; 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 Pará, 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-operatória, condição **sine qua non** para a realização do(s) procedimento(s).



# CRM-PA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

3 - Que, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) já de uso obrigatório e que deve fazer parte do prontuário de qualquer cirurgia, seja 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 correlatas (modelo anexo).

Belém (PA), 05 de junho de 2020

MANOEL WALBER DOS SANTOS SILVA  
Presidente do CRM PA



# CRM-PA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

## ANEXO I

### MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS ELETIVOS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

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 pode 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 às 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.

• OBS: TCLE elaborado pelo CRM-SC.