



CRM-PA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

RECOMENDAÇÃO CRM/PA Nº 04/2020

Dispõe sobre o atendimento eletivo, público e privado, durante a vigência do estado de emergência de saúde pública causado pela COVID-19, no Estado do Pará, pós-lockdown.

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 o fim do lockdown na área metropolitana de Belém e o reinício de algumas atividades determinadas pelas autoridades do Executivo;

CONSIDERANDO dados estatísticos obtidos das autoridades sanitárias e de instituições privadas, que evidenciam aumento da disponibilidade de leitos de UTI em Belém;

CONSIDERANDO que os dados atualmente divulgados pelas autoridades sanitárias demonstram progressão da pandemia de COVID-19 para o interior do Estado do Pará, com aumento do número de casos e maior demanda por leitos de UTI fora da área metropolitana de Belém;

CONSIDERANDO a necessidade de prosseguimento de atividades eletivas como vacinação, triagem neonatal, exames de imagem, acompanhamento de pacientes com doenças de evolução crônica, procedimentos cirúrgicos, consultas médicas e outros atos médicos não caracterizados como de urgência;

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

CONSIDERANDO decisão em reunião online da Diretoria do CRM-PA de 29 de maio de 2020.



CRM-PA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

RECOMENDA:

- 1 – Que as consultas eletivas em ambientes de clínicas, ambulatórios e hospitais sejam realizadas observando critérios de biossegurança para o médico, o paciente e o pessoal de apoio, tais como distância mínima de 1,5m entre um paciente e outro na sala de espera, no máximo um acompanhante com o paciente na sala de consultas, uso dos EPIs (como máscaras, aventais e luvas, que deverão ser fornecidos pela unidade de saúde) e fluxo de pacientes apartado dos atendimentos de urgência.
- 2 – Que, nos ambientes de consultórios não vinculados a clínicas, ambulatórios e hospitais, seja observado o uso de máscaras e luvas pelo médico quando em atendimento a pacientes sintomáticos respiratórios, ficando a critério do profissional o uso ou não de aventais descartáveis, assim como o uso ou não desses dispositivos em pacientes assintomáticos respiratórios.
- 3 - Que pacientes sintomáticos com febre e tosse, ou com sintomas mais acentuados, somente sejam atendidos se utilizarem máscaras, devendo essas ser de fornecimento pela instituição hospitalar ou ambulatorial ao receber o paciente.
- 4 - Que os profissionais de saúde, em ambientes hospitalares e ambulatoriais, na rede pública e privada, somente atendam pacientes de risco para a COVID-19 com uso de EPIs.
- 5 – Que seja observada a redução do número de objetos na sala de espera (brinquedos, livros, revistas...), principalmente em consultório pediátrico.
- 6 – Que, a critério médico, seja feita prescrição de medicação para maior tempo e aumento do intervalo entre as consultas para pacientes com doenças de evolução crônica.
- 7 - Que os serviços de vacinação, públicos e privados, sejam mantidos ou retomados, sem prejuízo do calendário de vacinações obrigatórias para crianças e adolescentes, observando-se normas de biossegurança para o profissional e o paciente.
- 8 - Que consultas e procedimentos ambulatoriais considerados inadiáveis ou de acompanhamento assistencial não passível de interrupção, como oncologia, hemodiálise, assistência pré-natal, doenças infectocontagiosas, retorno pós-operatório, dentre outros, sejam mantidos com o máximo de empenho e segurança biológica.



CRM-PA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

9 - Que cirurgias eletivas inadiáveis como as oncológicas, cardiovasculares, transplantes de órgãos e tecidos, dentre outros, continuem sendo tratadas com prioridade.

10 - Que procedimentos e cirurgias eletivas em geral, na cidade de Belém, excetuando-se as bariátricas (objetos de recomendação específica), sejam realizados com a observação de todas as medidas necessárias a evitar os riscos biológicos decorrentes da pandemia da COVID-19, tanto para a equipe envolvida no ato como para o paciente.

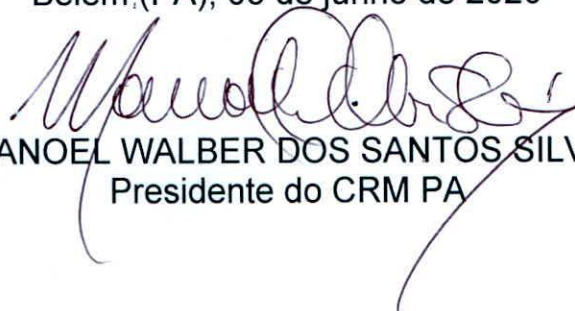
11 - Que as instituições onde sejam realizadas cirurgias eletivas de médio e grande porte, na cidade de Belém, através de seu Diretor Técnico, garantam a reserva/suporte de leito(s) de UTI para qualquer necessidade pós-operatória, condição **sine qua non** para a realização do(s) procedimento(s).

12 - 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).

13 - Que os serviços de saúde (hospitais, clínicas, consultórios) observem todas as recomendações das autoridades sanitárias (OMS, Ministério da Saúde, SESPA), promovendo as práticas de higiene e prevenindo aglomerações de pacientes em suas dependências.

Esta Recomendação **REVOGA** a de número **003/2020**, deste CRM, de 14 de abril de 2020 e, em razão do dinamismo das normatizações sanitárias e da evolução da pandemia em nosso país, poderá ser alterada ou cancelada a qualquer tempo, visando orientar do modo mais adequado a conduta médica na área de jurisdição do CRM-PA.

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 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 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) e sua
Dr(a) _____ equipe.

Assinatura

Data e local

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

OBS: TCLE elaborado pelo CRM-SC.