

## NORMA

NÚMERO: 013/2020  
DATA: 10/06/2020  
ATUALIZAÇÃO: 23/06/2020

---

ASSUNTO: **COVID-19**  
**Retoma da Atividade Assistencial – Cirurgia Eletiva**

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19; SARS-CoV-2; Cirurgia Eletiva

PARA: Serviço Nacional de Saúde

CONTACTOS: [normas@dgs.min-saude.pt](mailto:normas@dgs.min-saude.pt)

---

A COVID-19 foi declarada pela Organização Mundial de Saúde como Pandemia, no dia 11 de março de 2020. Neste seguimento várias medidas têm sido adotadas para conter a expansão da doença, incluindo todas as implementadas pela declaração do Estado de Emergência em Portugal.

As limitações à atividade cirúrgica impostas pelas medidas de Saúde Pública na fase inicial da pandemia implicaram alterações na atividade assistencial no Serviço Nacional de Saúde (SNS), com o consequente aumento do tempo de espera dos utentes com indicação cirúrgica.

Importa, na fase da retoma da atividade assistencial do SNS, garantir uma retoma faseada e progressiva da atividade cirúrgica eletiva<sup>1</sup> – incluindo para a idade pediátrica, e sem prejuízo das recomendações para alguns setores específicos de atividade, tais como a cirurgia de transplantação – bem como uma análise permanente da evolução epidemiológica da pandemia, de forma a garantir uma reserva da capacidade do SNS para o eventual aumento do número de casos COVID-19, que se pode registar durante as fases de desconfinamento.

De facto, a retoma da atividade assistencial deve ser gradual, dinâmica e assegurar o cumprimento rigoroso das normas e orientações da Direção-Geral da Saúde em termos de segurança para utentes e profissionais de saúde, designadamente equipamentos de proteção individual, circuitos de doentes, testes de diagnóstico e boas práticas clínicas, nos termos do Despacho n.º 5314/2020 de 7 de maio.

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde emite a seguinte Norma:

---

<sup>1</sup> A cirurgia eletiva é aquela que não se reveste das características de urgência ou emergência, ou seja, quando o doente não está sob o risco de vida, podendo ser efetuada em data programada, desde que essa data não comprometa a eficácia da intervenção, podendo ser realizada em modelo convencional ou ambulatório (definida nos termos da Circular Normativa 8/2018/DPS/ACSS de 1 de junho como: cirurgia de ambulatório uma cirurgia programada que embora habitualmente efetuada em regime de internamento é realizada em regime de admissão e alta num período inferior a 24 horas, em instalações próprias e condições de segurança de acordo com a atual prática clínica).

1. A estratégia de retoma e o seu enquadramento temporal devem ter em consideração o contexto de cada instituição do SNS, incluindo, a avaliação da capacidade instalada, a disponibilidade de recursos humanos e técnicos, as especificidades de cada especialidade cirúrgica, e a situação epidemiológica a nível regional e local.
2. Os procedimentos cirúrgicos eletivos (não urgente nem emergentes) em doentes com infeção suspeita ou confirmada por SARS-CoV-2 devem ser reagendados para uma data após o estabelecimento da cura nos termos da Norma 004/2020 (no caso de pessoas sintomáticas) ou da Norma 010/2020 (no caso de pessoas assintomáticas) da DGS.
3. Na retoma da atividade cirúrgica eletiva é observado o Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), nos termos da Portaria n.º 45/2008 de 15 de janeiro, a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, relativa aos Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde e o Decreto-Lei 44/2017, de 20 de abril, o qual cria o Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA) e demais legislação em vigor conexas aos referidos diplomas.
4. Na retoma da atividade cirúrgica eletiva são observados procedimentos da Norma 029/2013 da DGS e as Precauções Básicas de Controlo de Infeção, nos termos da Norma 029/2012 da DGS, incluindo a definição de circuitos seguros que garantam a separação dos doentes com COVID-19 dos restantes.
5. Os Conselhos de Administração dos Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e Hospitais devem elaborar um plano para recuperação da atividade cirúrgica eletiva não realizada por força da Pandemia COVID-19, nos termos do Despacho n.º 5314/2020 de 7 de maio, tendo em conta a prioridade clínica de cada situação e as especificidades de cada especialidade cirúrgica. Este plano deve incluir uma estratégia:
  - a. De comunicação eficaz com os utentes, incluindo a gestão de expectativas relativamente à possibilidade de cancelamento dos procedimentos e às medidas de prevenção e controlo de infeção implementadas na instituição;
  - b. De reforço para a redução dos cancelamentos das cirurgias;
  - c. De redução das deslocações desnecessárias dos utentes às instituições;
  - d. De gestão clínica eficiente de casos tipificados (*Enhanced Recovery After Surgery*);
  - e. De gestão eficiente de camas (incluindo nas unidades de cuidados pós-anestésicos, unidades de cuidados intermédios e intensivos, e enfermarias) e altas, com especial destaque para os utentes com situações de vulnerabilidade social;
  - f. De gestão eficiente de informação e dados em saúde;
  - g. De gestão do risco psicossocial e de stress dos profissionais de saúde.
6. A retoma da atividade cirúrgica eletiva deve ter em consideração a gravidade clínica, articulada com o tempo de espera já decorrido, e a possibilidade de realização em ambulatório dos atos cirúrgicos, o que pode implicar a revisão das listas de espera (consultar Anexo 1, que estabelece 3 grupos para realização de procedimentos cirúrgicos

programados, sem prejuízo do cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos, estabelecidos pela Portaria n.º 153/2017 de 4 de maio, na sequência do Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril, o qual cria o Sistema Integrado de Gestão do Acesso, SIGA).

## Pré-Operatório

7. Na avaliação pré-operatória:
  - a. Considerar a possibilidade de realizar as consultas através de meios telemáticos, centrados na telemedicina, exceto as primeiras consultas, quer das especialidades cirúrgicas quer de anesthesiologia, que devem ser presenciais;
  - b. Organizar o agendamento dos exames complementares de diagnóstico pré-operatórios por forma a serem realizados preferencialmente no mesmo dia, evitando deslocações desnecessárias dos utentes às instituições;
  - c. Informar os utentes da necessidade de cumprimento das medidas de prevenção e controlo de infeção implementadas no âmbito da pandemia COVID-19: higienização das mãos, etiqueta respiratória, distanciamento físico, utilização obrigatória de máscara no interior das unidades prestadoras de cuidados de saúde, nos termos da Orientação 019/2020 da DGS;
  - d. Informar os utentes sobre a limitação das visitas na instituição, bem como dos meios implementados para minimizar o impacto dessas medidas, incluindo a possibilidade de recurso a meios telemáticos.
8. Nas 24-72 horas antes do procedimento cirúrgico eletivo deve realizar-se um questionário clínico, em regime de teleconsulta ou com recursos a meios telemáticos, que inclua:
  - a. A identificação de sintomas sugestivos de COVID-19, nomeadamente febre, tosse ou dispneia/dificuldade respiratória;
  - b. A identificação de contatos próximos com pessoas com infeção confirmada por SARS-CoV-2.
9. Para os utentes identificados como suspeitos de COVID-19 ou como contatos próximos de casos confirmados de COVID-19, os procedimentos cirúrgicos devem ser, caso a situação clínica o permita, reagendados para uma data posterior ao estabelecimento de cura, nos termos da Norma 004/2020 (no caso de pessoas sintomáticas) ou da Norma 010/2020 (no caso de pessoas assintomáticas) da DGS. Estes utentes devem ser abordados clinicamente de acordo com os procedimentos estabelecidos na Norma 004/2020 da DGS, incluindo a notificação das autoridades de saúde.
10. Os restantes utentes – sem suspeita de COVID-19 e sem contato com pessoas com infeção confirmada por SARS-CoV-2 – devem realizar um teste laboratorial molecular (RT-PCR ou rRT-PCR) para SARS-CoV-2, o mais próximo possível do procedimento (24 – 72 horas), sempre que o procedimento cirúrgico é realizado sob anestesia geral, regional ou sob sedação (quer em cirurgia eletiva convencional quer em regime de ambulatório).

11. O teste laboratorial indicado no número anterior deve ser preferencialmente prescrito pela equipa médica hospitalar e realizado em ambulatório.
12. Estão dispensados da realização do teste laboratorial indicado no número 10 da presente Norma, todos os utentes assintomáticos com história de infeção passada por SARS-CoV-2 que tenham cumprido os critérios de cura estabelecidos na Norma 004/2020 da DGS (no caso de pessoas sintomáticas) ou na Norma 010/2020 da DGS (no caso de pessoas assintomáticas).
13. Para os utentes com resultado positivo no teste laboratorial, os procedimentos cirúrgicos devem ser, caso a situação clínica o permita, reagendados para uma data posterior ao estabelecimento de cura, nos termos da Norma 010/2020 da DGS.
14. Os utentes sem sintomas sugestivos de COVID-19, sem contactos próximos com pessoas com infeção confirmada por SARS-CoV-2 e com teste molecular negativo para SARS-CoV-2 cumprem critérios para serem admitidos para cirurgia eletiva.
15. A admissão na instituição deve ocorrer no dia da cirurgia, ou no final do dia anterior. No dia da admissão o questionário clínico indicado no número 7 da presente Norma, deve ser repetido, e deve ser realizada a avaliação da temperatura corporal, aplicando-se os procedimentos indicados no número 8 da presente Norma caso existam sintomas ou sinais sugestivos de COVID-19.
16. Quando se verifique a necessidade de um acompanhamento em permanência durante o perioperatório de um utente em idade pediátrica, ou em circunstâncias excecionais, o acompanhante deve ser submetido aos mesmos procedimentos descritos nos números 8 a 13 da presente Norma, para estratificação do risco. Nesse caso, as suas entradas e saídas ficam limitadas.

## **Organização do Funcionamento do Bloco Operatório**

17. As medidas de prevenção e controlo de infeção para minimizar o risco de transmissão por SARS-CoV-2 devem ser reforçadas no Bloco Operatório, nomeadamente:
  - a. O número de profissionais deve corresponder ao estritamente necessário para a realização dos procedimentos cirúrgicos em segurança;
  - b. O número de profissionais deve ser especialmente reduzido durante os procedimentos de abordagem da via aérea (intubação e extubação);
  - c. Minimizar a circulação entre a sala operatória e as instalações contíguas durante a intervenção cirúrgica;
  - d. Evitar o uso prolongado de técnicas de disseção e controlo de hemostase de base elétrica ou de ultra-sons, associando-as, se utilizadas, a sistemas de exaustão dos resíduos gasosos;
  - e. Aspirar líquidos orgânicos e gás insuflado em sistema fechado;

- f. Garantir os requisitos de segurança para os sistemas de pressão, ventilação e exaustão dos blocos operatórios e respetiva manutenção e acompanhamento técnicos.
18. Os profissionais de saúde do Bloco Operatório devem realizar a auto-monitorização de sintomas, de acordo com a Orientação 013/2020 da DGS, e estar particularmente atentos aos riscos psicossociais, incluindo o stress, impostos pela pandemia.
19. O ensino pré-graduado presencial no Bloco Operatório deve ser suspenso, por forma a evitar a concentração desnecessária de pessoas. A presença de internos da formação específica, bem como outros profissionais em formação pós-graduada, deve ser gerida localmente, desde que asseguradas todas as medidas de prevenção e controlo de infeção implementadas para a pandemia COVID-19, incluindo as da presente Norma.

## Equipamento de Proteção Individual

20. A utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) deve ser racional e adequada ao risco individual de cada contexto, nos termos da Norma 007/2020 da DGS.
21. Tendo em conta que a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos ocorre em utentes sem sintomas sugestivos de COVID-19, sem contactos próximos com pessoas com infeção confirmada por SARS-CoV-2, e com resultado negativo num teste molecular realizada 24-48 horas do procedimento:
- a. Nos procedimentos não geradores de aerossóis deve ser utilizado o EPI habitual do Bloco Operatório, para todos os profissionais, que inclui:
    - i. Bata com abertura atrás, descartável e impermeável/resistente a fluídos;
    - ii. Touca;
    - iii. Máscara cirúrgica;
    - iv. Proteção ocular (viseira ou óculos);
    - v. Luvas descartáveis;
    - vi. Proteção de calçado ou calçado suscetível de descontaminação.
  - b. Nos procedimentos geradores de aerossóis (nomeadamente a abordagem da via aérea, ver Norma 007/2020 da DGS), e apenas durante a sua realização, deve ser utilizado, pelo profissional que realiza ou coadjuva o procedimento, o seguinte EPI:
    - i. Bata com abertura atrás, descartável e impermeável/resistente a fluídos, com punhos justos ou com elásticos e que cubra até meio da perna;
    - ii. Touca;
    - iii. Respirador FFP2/N95, ou nível mais elevado, com adequado ajuste facial;
    - iv. Proteção ocular – viseira ou óculos com proteção lateral;
    - v. Luvas descartáveis;
    - vi. Proteção de calçado ou calçado suscetível de descontaminação.

22. Sem prejuízo do ponto anterior, as batas e luvas dos profissionais de saúde que se encontram diretamente no campo operatório, ou na sua proximidade, devem, de acordo com as regras habituais, ser esterilizadas.

## Técnica Cirúrgica

23. Sempre que clinicamente adequado deve privilegiar-se a realização de procedimentos e técnicas cirúrgicas menos invasivas, por forma a assegurar uma recuperação com menor tempo de internamento e melhor qualidade de vida.
24. A cirurgia minimamente invasiva por laparoscopia pode potenciar a aerossolização de gotículas no interior do Bloco Operatório e, presumivelmente, aumentar o risco de transmissão de SARS-CoV-2 no interior do bloco operatório<sup>2,3</sup>. Apesar de não existir prova científica de um risco acrescido de transmissão de SARS-CoV-2 neste contexto, deve-se, sempre que possível e sem comprometer a boa prática cirúrgica e a segurança do doente:
- Utilizar preferencialmente trocartes descartáveis;
  - Não abrir as torneiras dos trocartes para a atmosfera da sala durante a cirurgia;
  - Usar pressões de pneumoperitônio não superiores a 12 mmHg;
  - Minimizar a troca de instrumentos através dos trocares;
  - Proceder à evacuação completa do gás intra-abdominal antes de retirar a peça cirúrgica ou da conversão, para sistema fechado de exaustão ou através de filtro de ultrafiltração;
  - No final da cirurgia, utilizar a função de desinsuflação; na sua ausência, encerrar a torneira do trocar usado para insuflar CO<sub>2</sub> antes de desligar o insuflador e efetuar exaustão em sistema fechado ou através de filtro de ultrafiltração.

## Técnica Anestésica

25. Durante os procedimentos anestésicos devem ser adotadas todas as medidas que assegurem uma minimização da aerossolização e possível propagação do SARS-CoV-2, nomeadamente:
- A máscara do utente só deve ser retirada após confirmação de que todos os profissionais de saúde presentes têm o EPI adequado colocado;
  - A intubação deve ser realizada por anesthesiologistas com experiência casuística;
  - Privilegiar os métodos de intubação de sequência rápida;

---

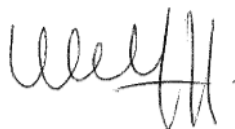
<sup>2</sup> Veziant, J., Bourdel, N., & Slim, K. (2020). Risques de contamination virale des soignants au cours d'une laparoscopie pendant la pandémie de la Covid-19 [Risks of viral contamination in healthcare professionals during laparoscopy in the Covid-19 pandemic]. *Journal de chirurgie viscerale*, 10.1016/j.jchirv.2020.04.008. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.jchirv.2020.04.008>

<sup>3</sup> Zheng, M. H., Boni, L., & Fingerhut, A. (2020). Minimally Invasive Surgery and the Novel Coronavirus Outbreak: Lessons Learned in China and Italy. *Annals of surgery*, 10.1097/SLA.0000000000003924. Advance online publication. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003924>

- d. Evitar técnicas de entubação com fibroscopia em doentes acordados exceto quando há indicação clínica específica;
- e. Considerar a utilização de videolaringoscópico;
- f. Considerar a utilização de câmaras de proteção profissional.

## **Pós-Operatório**

- 26. Sempre que possível, devem ser implementadas todas as medidas que reduzam o período de pós-operatório e de internamento hospitalar, sem comprometer a segurança dos doentes, incluindo o recurso a cirurgia minimamente invasiva; bom controlo analgésico; nutrição precoce; e um programa de gestão e alta eficiente.
- 27. Os doentes submetidos a cirurgia de ambulatório devem ser avaliados pela equipa de saúde, com recurso a teleconsulta e meios telemáticos, às 24 horas, 7.º dia e 14.º dia, exceto quando tal não for clinicamente adequado ou tecnicamente possível.



Graça Freitas  
Diretora-Geral da Saúde

## ANEXO 1<sup>4,5</sup>

### Grupo A: Muito Prioritário

Procedimentos cirúrgicos programados a realizar até 15 dias seguidos (ver infra outros prazos específicos)

- Na doença oncológica:
  - a) Urgência diferida (nível 4): até 72 horas contadas do 1º contacto com a instituição hospitalar;
  - b) Muito prioritário (nível 3): até 15 dias seguidos contados da indicação cirúrgica;
  - c) Neoplasias malignas cuja cirurgia a realizar se enquadre numa proposta terapêutica multimodal em que a cirurgia seja previsivelmente de intenção curativa (excluída intervenção cirúrgica para diagnóstico ou estadiamento).
- Na doença isquémica crítica:
  - a) Muito prioritário (nível 3): até 15 dias seguidos contados da indicação cirúrgica.
- Outras doenças comprometedoras de sobrevivência a curto prazo.
- Diagnósticos secundários (co-morbilidades associadas) - ASA IV (classificação da *American Society of Anesthesiology*) e se a condição cirúrgica contribuir para agravamento da patologia associada.

### Grupo B: Prioritário

Procedimentos cirúrgicos programados a realizar até 60 dias seguidos (ver infra outros prazos específicos)

- Na doença oncológica:
  - a) Prioritário (nível 2): até 45 dias seguidos contados da indicação cirúrgica;
  - b) Prioridade normal (nível 1); até 60 dias seguidos contados da indicação cirúrgica;
  - c) Patologia oncológica em evolução, em que o adiamento da resolução induza morbidade grave e/ou mortalidade.
- Patologia não oncológica agressiva/incapacitante.
- Complicações infecciosas ou outras com agravamento do prognóstico vital ou funcional.
- Diagnósticos secundários (co-morbilidades associadas) - ASA III e se a condição cirúrgica contribuir para agravamento da patologia associada.

### Grupo C: Não Prioritário

Procedimentos cirúrgicos programados a realizar até 180 dias seguidos

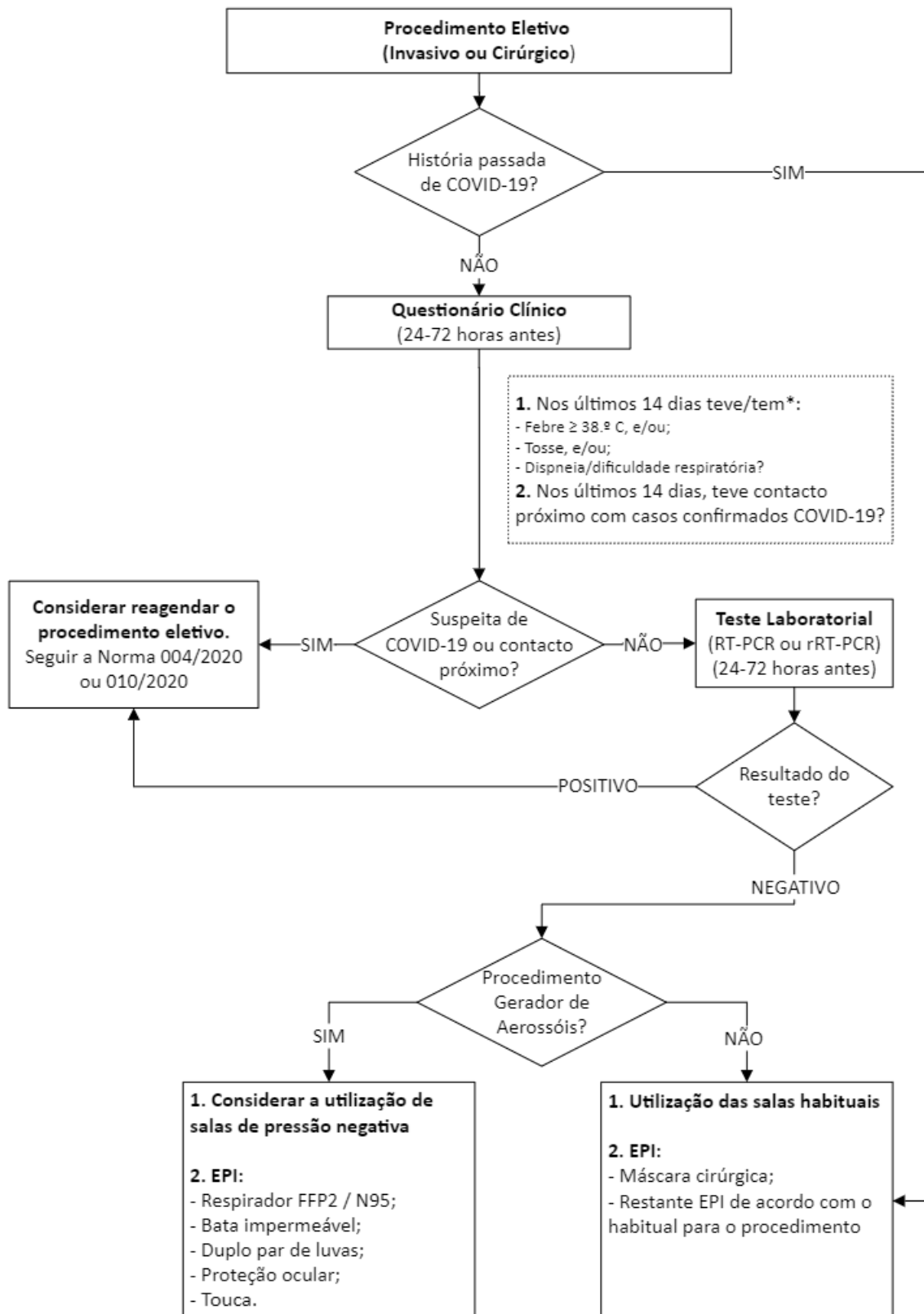
- Patologia não oncológica em evolução, em que o adiamento da resolução não induza morbidade moderada a grave e/ou mortalidade, mas agrava significativamente a sua qualidade de vida e/ou recuperação socioprofissional.
- Restantes casos cirúrgicos.

<sup>4</sup> Com base na Portaria n.º 153/2017 de 4 de maio

<sup>5</sup> Em cada nível de prioridade, as situações clínicas estão ordenadas pela sua gravidade relativa, a que acrescem outros fatores de ponderação. A coexistência de um ou mais fatores aumenta a gravidade e pode servir para tomar decisões difíceis. Em situações semelhantes prevalece o tempo de espera. Em situações possíveis de integrar 2 níveis, prevalece o de maior gravidade. Os doentes com critérios para Cirurgia de Ambulatório podem não estar sujeitos a estes níveis de prioridade.



## ANEXO 2



\* Considerar também a possibilidade de ocorrência de outros sintomas, tais como: mialgias, diarreia, disguesia, e anosmia.

## GRUPO DE ELABORAÇÃO DA NORMA

Artur Canha da Silva; Bruno Magalhães; Carmo Caldeira; Inês M. B. Mesquita; Jorge Penedo; Lucindo Ormonde; Manuel Valente; Miguel Guimarães; Susana Garcia de Vargas.

### Bibliografia:

- American College of Surgeons, American Society of Anesthesiologists Association of Perioperative Registered Nurses, American Hospital Association; Joint Statement: Roadmap for Resuming Elective Surgery after COVID-19 Pandemic; 2020/ 04/17
- American College of Surgeons; COVID-19: Guidance for Triage of Non-Emergent Surgical Procedures in
- American Society of Anesthesiologists, ASA Physical Status Classification System, oct 2019
- Annals of Surgery Minimally invasive surgery and the novel coronavirus outbreak - lessons learned in China and Italy. Parvizi, J., Gehrke, T., Krueger, CA., Chisari, E., Citak, M., Van Onsem, S., Walter WL. COVID-19 Pandemic: Protocols for Resuming Elective Orthopedic Surgery
- COVID 19 and Surgery, American College of Surgeons (ACS) – COVID 19 and Surgery
- COVID 19: Reintroduction of Elective Surgery, The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists, 22 April, 2020
- COVID-19 Guideline, Infectious Diseases Society of America Guidelines on the Diagnosis of COVID-19, May 2020
- Decreto-Lei 44/2017, de 20 de abril, Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA)
- Despacho 5314/2020, de 7 maio, Reagendamento da atividade assistencial programada não realizada por força da pandemia COVID-19
- IPSO COVID-19 STATEMENT by International Society of Paediatric Surgical Oncology, 2020/04/28
- Joint Statement: Roadmap for resuming Elective Surgery after Covid-19 Pandemic, American College of Surgeons, American Society of Anesthesiologists, Association of Perioperative Registered Nurses, American Hospital Association, April 17, 2020
- Lei n.º 15/2014, de 21 de março, Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde
- Norma 001/2017 – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, Direção Geral de Saúde, Ministério da Saúde
- Norma 004/2020 de 23 de março, atualizada a 25 de abril – Abordagem do doente com suspeita ou infeção por SARS-CoV-2, Direção Geral de Saúde, Ministério da Saúde
- Norma 007/2020 de 29 de março – Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI), Direção Geral de Saúde, Ministério da Saúde
- Norma 009/2020 de 2 de abril – Reconfiguração dos Cuidados de Saúde na Área de Oncologia, Direção Geral de Saúde, Ministério da Saúde
- Norma 013/2020, Profissionais de Saúde com Exposição a SARS-CoV-2 (COVID-19), Direção Geral de Saúde, Ministério da Saúde
- Norma 024/2020, Regresso ao Regime Presencial dos 11.º e 12.º Anos de Escolaridade e dos 2.º e 3.º Anos dos Cursos de Dupla Certificação do Ensino Secundário, Direção Geral de Saúde, Ministério da Saúde
- Norma 029/2012, atualizada a 31/10/2013, Precauções Básicas de Controlo de Infeção, Direção Geral de Saúde, Ministério da Saúde
- Norma 029/2013, atualizada a 24/4/2015, Avaliação Pré-Anestésica para Procedimentos Eletivos, Direção Geral de Saúde, Ministério da Saúde
- Pediatric Surgery; 2020/03/24

- Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19), Direção Geral de Saúde, Ministério da Saúde, 2020
- Portaria nº 153/2017, Tempos máximos de resposta garantidos- DR nº86/2017, Serie 1 de 2017-05-04
- Portaria nº 45/2008, anexo - Regulamento do sistema integrado de gestão de inscritos para cirurgia, parte II - definições e conceitos básicos

Foram ainda consultados documentos dos Colégios das Especialidades de Anestesiologia e Especialidades Cirúrgicas, homologados pela Ordem dos Médicos, assim como de Sociedades e Associações Científicas.