

## EDITORIAL

# COVID-19 e a retomada das cirurgias eletivas. Como voltaremos à normalidade?



## COVID-19 and resuming elective surgery. How do we get back to normal?

A COVID-19 estará presente na nossa população nos próximos meses (ou até que a vacina esteja disponível) e, além das restrições individuais à liberdade, teremos que enfrentar os impactos negativos na economia<sup>1</sup> com seus desdobramentos sociais: desemprego, depressão, fome, suicídios, violência contra as mulheres, abuso de drogas, entre outros. Condições sabidamente implicadas no aumento de óbitos.

Considerando especificamente a nossa atividade, a situação que vivenciamos não encontra paralelo na história moderna e, portanto, inexistente informação disponível para comparar e projetar qual será o efeito da interrupção das cirurgias na saúde pública.<sup>2</sup>

Para que o retorno das cirurgias eletivas aconteça com segurança, será indispensável a participação efetiva dos serviços de anestesia junto aos comitês gestores com o intuito de disponibilizar todos os recursos para o enfrentamento da pandemia, gerenciando possíveis desabastecimentos, e com o objetivo de desenvolver e adaptar protocolos assistenciais.

Nas cirurgias eletivas de pacientes não infectados, uma alta vigilância deve ser mantida e os princípios de distanciamento social, uso de proteção para pacientes e equipes assistenciais, observados em todos os casos. Durante cirurgias eletivas, relatos de aumento da mortalidade e de eventos adversos ao contrair COVID-19 são preocupantes e justificam cuidados adicionais, como a testagem e o isolamento prévio.<sup>3,4</sup>

Em decorrência dos custos associados e da escassez de equipamentos de proteção, a gestão hospitalar tende a recomendar o uso de proteção máxima apenas em casos positivos para COVID-19, mesmo que isso coloque alguma incerteza quanto à proteção de todos os envolvidos. Este é outro tema sensível e delicado que precisará ser enfrentado.

Por outro lado, em todo o mundo, a disponibilidade de acesso à cirurgia é reconhecida como um recurso escasso, existindo um desafio global para prover cirurgias e anestésias seguras como prioridade.<sup>5,6</sup> Estimativas sugerem que aproximadamente 330 milhões de cirurgias são realizadas anualmente em todo o mundo,<sup>7</sup> a grande maioria nos países desenvolvidos. Considerando a média global de cerca de seis milhões de procedimentos por semana, o represamento das cirurgias e as novas exigências de segurança exigirão soluções inovadoras.

Como exemplo da grave situação, segundo o Observatório Global do Câncer da OMS, 500.000 pacientes são diagnosticados com câncer colorretal anualmente na Europa e quatro milhões com qualquer tipo de câncer. Em dois meses de pandemia, haveria atraso no diagnóstico de 83.000 pacientes com câncer colorretal e em mais de 660.000 pacientes com qualquer outro tipo de câncer. Essa estimativa não incluiu o tempo necessário para normalizar a atividade e solucionar a lista de pendências, portanto, o impacto negativo pode ser muito maior,<sup>8</sup> principalmente porque desconhecemos as implicações do represamento das cirurgias no agravamento da condição clínica do paciente, em sua saúde e bem-estar.<sup>1</sup>

No Brasil, o vírus chegou oficialmente em 25 de Fevereiro, na cidade de São Paulo.<sup>9</sup> A crise já dura, portanto, cinco meses e deve se prolongar até o final de 2020 em diferentes partes do país, o que faz supor que a conjuntura possa ser ainda mais crítica e que os hospitais e o sistema de saúde sofrerão fortes impactos econômicos. Considerando a gravidade da situação enfrentada, cabem algumas perguntas aos anestesiologistas e às suas entidades representativas: Como os serviços de anestesia podem agregar valor e reduzir custos? Que atitudes/medidas deveriam ser priorizadas? Qual, afinal, será a nossa contribuição?

<https://doi.org/10.1016/j.bjan.2020.09.001>

© 2020 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Dados do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS)<sup>10</sup> demonstram que 61% do Índice de Custo Médico Hospitalar, uma espécie de medida da inflação médico-hospitalar no Brasil, se deve à internação hospitalar. Portanto, uma medida prioritária e de grande representatividade será reduzir o tempo de internação.<sup>11</sup>

Como o custo fixo do centro cirúrgico é elevado, impõe-se também a redução do tempo de realização de cada cirurgia, potencializando a utilização do centro cirúrgico. Entretanto, a realização mais rápida da cirurgia não pode comprometer a segurança do paciente, pois quando ocorre uma complicação, o custo associado à cirurgia aumenta significativamente.<sup>12</sup>

Isoladamente, a complicação perioperatória mais frequente é a infecção. De fato, infecções da ferida operatória estão entre as mais sérias e comuns complicações perioperatórias e, provavelmente, causam mais morbidade que todas as outras complicações anestésicas somadas,<sup>13</sup> sendo que metade delas podem ser prevenidas.<sup>14</sup> O paciente com infecção tem cinco vezes mais chance de reinternar<sup>15</sup> e aumenta o tempo médio de internação em 3 a 4 dias.<sup>16</sup>

Diante dos desafios apresentados, especial atenção deve ser dada ao controle de fatores de risco para desenvolver infecção perioperatória. Principalmente a hipotermia,<sup>17</sup> a desnutrição<sup>18</sup> e a resistência à insulina.<sup>19</sup>

Protocolos como o projeto Aceleração da Recuperação Total Pós-Operatória (ACERTO)<sup>20</sup> e o *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS),<sup>21</sup> com base em evidências, já foram testados no Brasil e em várias partes do mundo e deveriam receber especial atenção na retomada das cirurgias eletivas, pois são alternativas de fácil execução para reduzir a morbimortalidade perioperatória, o tempo de internação e os custos associados.

Em síntese, nesse período de grandes incertezas, impõe-se a aplicação da melhor evidência científica, a adaptação dos protocolos, a correta utilização dos recursos e das estruturas disponíveis e a elaboração de um plano de recuperação dos serviços priorizando os pacientes que apresentam condições clínicas com maior risco de deterioração.

## Conflitos de interesse

O autor declara não haver conflitos de interesse.

## Referências

- Søreide K, Hallet J, Matthews JB, et al. Immediate and long-term impact of the COVID-19 pandemic on delivery of surgical services. *Br J Surg.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.11670>. Online ahead of print.
- Spinelli A, Pellino G. COVID-19 pandemic: perspectives on an unfolding crisis. *Br J Surg.* 2020;107:785–7.
- Aminian A, Safari S, Razeghian-Jahromi A, et al. COVID-19 Outbreak and surgical practice: Unexpected fatality in perioperative period. *Ann Surg.* 2020;272:e27–9.
- Brat GA, Hersey S, Chhabra K, et al. Protecting surgical teams during the COVID-19 outbreak: A narrative review and clinical considerations. *Ann Surg.* 2020, doi:10.1097/SLA.0000000000003926. Online ahead of print.
- Holmer H, Bekele A, Hagander L, et al. Evaluating the collection, comparability and findings of six global surgery indicators. *Br J Surg.* 2019;106:e138–50.
- McDermott FD, Kelly ME, Warwick A, et al. Problems and solutions in delivering global surgery in the 21st century. *Br J Surg.* 2016;103:165–9.
- Weiser TG, Haynes AB, Molina G, et al. Size and distribution of the global volume of surgery in 2012. *Bull World Health Organ.* 2016;94:201F–9F.
- International Agency for Research on Cancer. Global Cancer Observatory of the World Health Organisation. *Cancer Today* <https://tinyurl.com/w9w9msq>.
- Simões CM, Lima LHNE, et al. [The Anesthesiologist and COVID-19. *Rev Bras Anesthesiol.* 2020;70:77–81.
- Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Conjuntura - Saúde Suplementar. Ed. 2019. Disponível em: <https://www.iess.org.br/cms/rep/conj.pdf>. Acessado em 30 de Junho de 2020.
- Gathe-Ghermay JC, Liu LL. Preoperative programs in anesthesiology. *Anesthesiol Clin N Am.* 1999;17:335–53.
- Waltz PK, Zuckerbraun BS. Surgical site infections and associated operative characteristics. *Surg Infect (Larchmt).* 2017;18:447–50.
- Galway UA, Parker BM, Borkowski RG. Prevention of postoperative surgical site infections. *Int Anesthesiol Clin.* 2009;47:37–53.
- Link T. Guideline implementation: Design and maintenance of the surgical suite. *AORN J.* 2019;109:479–91.
- Berger A, Edelsberg J, Yu H, Oster G. Clinical and economic consequences of post-operative infections following major elective surgery in U.S. hospitals. *Surg Infect (Larchmt).* 2014;15:322–7.
- Sullivan E, Gupta A, Cook CH. Cost and consequences of surgical site infections: A call to arms. *Surg Infect (Larchmt).* 2017;18:451–4.
- Berrios-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, et al. Centers for Disease Control and Prevention guideline for the prevention of surgical site infection. *JAMA Surg.* 2017;152:784–91.
- Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. *Clin Nutr.* 2017;36:958–67.
- Melnyk M, Casey RG, Black P, Koupparis AJ. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocols: Time to change practice? *Can Urol Assoc J.* 2011;5:342–8.
- de-Aguilar-Nascimento JE, Salomão AB, Waitzberg DL, et al. ACERTO guidelines of perioperative nutritional interventions in elective general surgery. *Rev Col Bras Cir.* 2017;44:633–48.
- Teixeira UF, Fontes PRO, Conceição CWN, et al. Implementation of Enhanced Recovery After Colorectal Surgery (ERAS) protocol: initial results of the first Brazilian experience. *Arq Bras Cir Dig.* 2019;32:e1419.

Florentino Fernandes Mendes   
 Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto  
 Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS, Brasil  
 E-mail: florentinomendes@gmail.com