



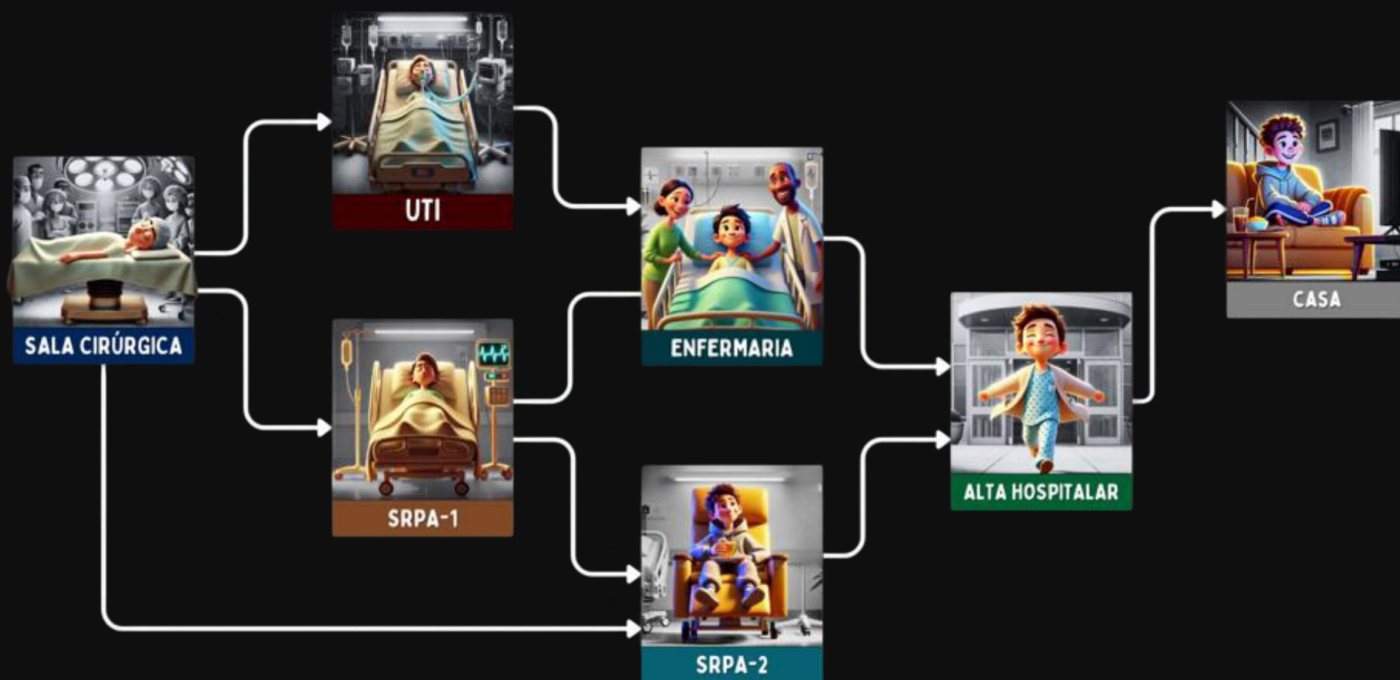
RPA

The image features a dark blue background with a futuristic, circuit-like pattern of glowing lines and dots. In the center, the letters "RPA" are displayed in a bold, light blue font. Surrounding the text is a large, dashed circular arrow graphic, composed of small blue triangles pointing clockwise, suggesting a continuous cycle or process. The overall aesthetic is high-tech and digital.

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Assim que desligamos os anestésicos, o paciente inicia uma jornada para se recuperar dos efeitos das nossas intervenções e ser capaz de retomar as suas atividades.

O caminho percorrido pelo paciente enquanto se recupera é muito peculiar e podemos resumir da seguinte forma:

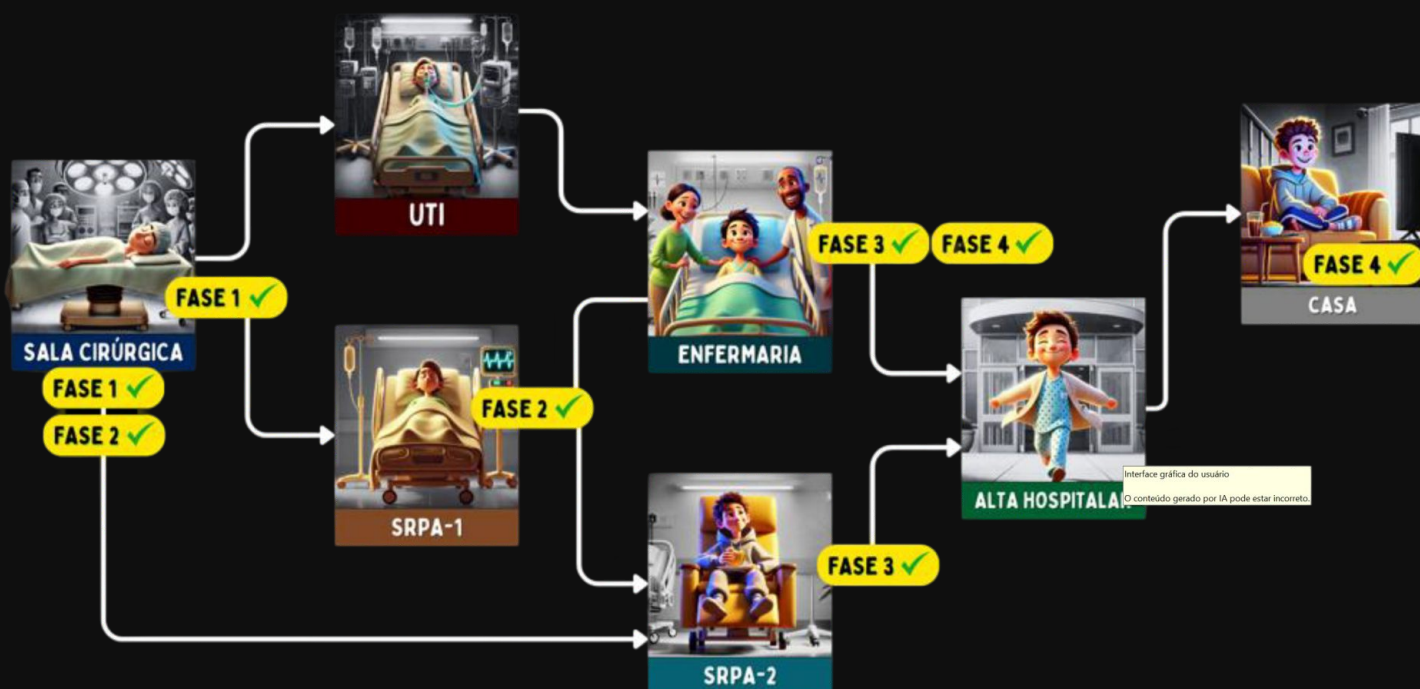


Várias decisões que tomamos no perioperatório são baseadas no destino desse paciente após ele sair do nosso campo de visão. Como o paciente não estará mais sob nossos cuidados diretos após sair do centro cirúrgico, devemos ser bem cuidadosos e usar alguns critérios para determinar se ele está apto para seguir sua jornada.

Podemos imaginar esse processo como fases de um jogo de videogame com alguns checkpoints entre elas.

À medida que o paciente vai se recuperando, ele começa a preencher determinados critérios que o tornam apto a seguir para a próxima fase/estágio. Podemos reconhecer 4 estágios da recuperação da anestesia:

- **ESTÁGIO 1** = Despertar da Anestesia
- **ESTÁGIO 2** = Recuperação Precoce (ou Imediata)
- **ESTÁGIO 3** = Recuperação Intermediária
- **ESTÁGIO 4** = Recuperação Tardia



Ao longo do texto o objetivo é que você entenda o local em que cada fase acontece, bem como o que caracteriza cada uma delas. **Fique atento, pois existe diferença no raciocínio para o paciente que fica internado (inpatient) e o paciente ambulatorial (outpatient).**

Quando recorremos aos grandes livros texto para estudar esse assunto, a sensação é de confusão generalizada. Acreditamos que isso acontece porque há uma mistura dos 2 tipos de paciente. Você acaba a leitura e o assunto fica totalmente solto na sua memória. Vamos tentar deixar isso bem claro, dividindo nossa discussão entre paciente internado e paciente ambulatorial. Você irá perceber que muitas coisas se repetem, mas a divisão irá ajudar a deixar o assunto claro.

CENÁRIO 1

PACIENTE INTERNADO

Imagine que você anestesiou um paciente ASA III para uma colecistectomia videolaparoscópica e ele ficará internado de um dia para o outro. Você faz uma anestesia geral balanceada e tudo correu bem, não teve nenhuma intercorrência.

O cirurgião terminou os curativos, você desligou as infusões/gases e o paciente está prestes a despertar.

Ele já está respirando sozinho com bom volume corrente, está estável e dorme tranquilamente.

Nesse momento você chama o nome dele, pergunta se ele está te ouvindo, e pede para que ele aperte a sua mão...

Pronto! O paciente acordou, respondeu e você decide retirar o tubo orotraqueal.

Você diz que a cirurgia acabou e pergunta se está tudo bem. O paciente faz um 👍



Parabéns!!! O seu paciente acaba de alcançar o **ESTÁGIO 1** da recuperação pós-anestésica – ele despertou da anestesia.

👉 **Uma vez atingido esse estágio, ele está apto para ser transferido à SRPA-1.**

Apesar de estar tudo bem, paciente acordado, conversando e respirando sem dificuldades, não se esqueça: você – **anestesiologista** que acompanhou o caso - **deve supervisionar o transporte do paciente.**

Percebeu que eu disse “*paciente acordado*”??? Isso quer dizer que eu só posso levar o paciente para a SRPA se ele estiver totalmente acordado???

Não necessariamente!

É relativamente comum que alguns pacientes se mantenham muito sonolentos após o término do procedimento – com um despertar mais demorado.

Se o paciente estiver respirando bem, sem obstrução de via aérea, estável hemodinamicamente, boa SpO_2 (com ou sem O_2 suplementar), **ele pode ser transferido para a SRPA-1** – liberando a sala cirúrgica – mas é importante que ele fique sob os cuidados de um anestesista até que ele desperte e possa ficar em segurança sob os cuidados da enfermagem¹.

O que me permite dizer que o paciente alcançou o ESTÁGIO 1 da recuperação pós-anestésica:

ESTÁGIO 1

Despertar da Anestesia

- Responde comandos verbais
- Vias aéreas pervias
- SpO_2 normal - com ou sem O_2
- Complicações mínimas ou ausentes

Atenção... essa tabela é adaptada do livro SAESP 10ª edição.

Na versão original é colocada uma “ $SpO_2 > 94\%$ ”, porém existem pacientes que naturalmente têm uma SpO_2 mais baixa mesmo antes de entrar no bloco cirúrgico. Pense em um paciente com DPOC avançado, com uma SpO_2 basal de 90% em casa. Será que faz sentido buscar uma $SpO_2 > 94\%$ como critério para esse paciente ter alcançado o estágio 1??

Provavelmente não. No texto, esse mesmo livro, porém, coloca que o paciente apenas deve ter uma “ SpO_2 normal – com ou sem O_2 ”^{1,2}, o que **consideramos ser uma colocação mais assertiva devido à diferença de SpO_2 basal entre os diversos pacientes**. Baseado nessa divergência texto/tabela e por não encontrar esse valor bem definido na literatura, optamos por manter o que está descrito no texto.

Durante o transporte do paciente até a SRPA devemos sempre analisar a patência das vias aéreas superiores e o esforço respiratório, pois precisamos garantir que a ventilação alveolar está adequada durante esse percurso.

Você pode fazer isso **observando** diretamente a excursão torácica do paciente durante a inspiração, ouvindo os ruídos aéreos da respiração, ou simplesmente **sentindo** com a mão o ar expirado pelo nariz e pela boca do paciente.

E agora uma pergunta muito importante de ser respondida:

Afinal de contas, precisa usar O₂ para levar o paciente até a SRPA?

Apesar de não ser uma prática rotineira em muitos locais, a literatura nos diz que, com raras exceções, os pacientes que são submetidos à anestesia geral DEVEM receber oxigênio suplementar durante o transporte para SRPA.

A respiração do ar ambiente durante o transporte é o fator individual mais importante correlacionado à hipoxemia (SatO₂ < 90%) durante a admissão na SRPA - outros fatores importantes incluem IMC elevado, sedação e frequência respiratória.³

Bom... Nosso paciente chegou à famigerada SRPA e será admitido pelo médico/enfermeiro responsáveis.

Você passa todo o histórico e detalhes pertinentes para o colega que está de plantão e o paciente é monitorizado.

A monitorização que será usada depende da condição clínica do paciente, mas em todos os casos devemos dar especial atenção ao monitoramento da oxigenação, ventilação, circulação, nível de consciência e temperatura.

Cada paciente deve ser monitorado continuamente com um oxímetro de pulso e **pelo menos** um eletrocardiograma (ECG) de derivação única. O uso rotineiro do oxímetro de pulso em TODOS os pacientes na SRPA é **RECOMENDADO**, pois permite uma avaliação eficiente da oxigenação e da FC, além de estar associado a economia de recursos, pois ele servirá como guia para o processo de retirada de O₂ suplementar quando não for mais necessário.⁴

Atenção para a frequência do registro dos sinais vitais:

👉 5 em 5 minutos nos primeiros 15 minutos e depois registrar a cada 15 minutos^{5,6}

O Miller⁷ diz que “os sinais vitais são registrados sempre que necessário, mas **pelo menos a cada 15 minutos** enquanto o paciente estiver na unidade.” Então fique atento a essa pequena divergência!!!

ESTÁGIO 2

Recuperação Precoce

- Aldrete 9 ou 10
- Acordado e alerta
- Sinais vitais estáveis
- SpO2 normal em **ar ambiente**
- Reflexos tosse/deglutição presentes
- Ausência de complicações cirúrgicas

Paciente monitorizado, informações passadas para o responsável, está tudo em ordem.

Seu paciente está na SRPA-1, o tempo passou e ele avançou um pouco mais na sua jornada de recuperação.

Agora ele está acordado, alerta, apresenta sinais vitais muito parecidos com os do pré-operatório, as vias aéreas estão pervias, os reflexos de tosse e deglutição estão presentes, a **SpO₂ está normal em ar ambiente** e ele tem mínimos efeitos colaterais (náusea, sonolência, tontura, dor...).

Quando o paciente preencher esses critérios, podemos dizer que ele atingiu o **ESTÁGIO 2** da recuperação.

Assim que o paciente atinge o ESTÁGIO 2, ele **não precisa mais de cuidados tão próximos** – ou seja, ele **está apto para receber alta da SRPA-1**. E qual será o destino desse paciente??? Lembre-se que no cenário de um paciente que ficará internado, então ele irá para a enfermaria.

Se você leu bem o quadro que descreve o estágio 2, deve ter notado que ele diz que o paciente tem que ter um Aldrete 9 ou 10 para ter alcançado esse estágio – ou seja, para ter alta da SRPA.

Mas o que é esse Aldrete? 🤔

Jorge Antonio **Aldrete** e Diane **Kroulik** descreveram em 1990 um sistema de pontuação com alguns critérios para serem usados na avaliação do paciente que é candidato à alta da SRPA.⁸



No critério original um dos itens era a coloração do paciente. Como as coisas se modernizaram e o oxímetro de pulso ganhou muito espaço nos anos seguintes, em 1995 Aldrete modificou esses critérios – **basicamente ele trocou a coloração da pele pela oximetria de pulso.**⁹

Para o dia a dia não precisa decorar os critérios, basta entender e saber aplicar corretamente.

Porém, pensando em **prova**, é importante que você **memorize o índice de Aldrete e Kroulik modificado**, pois encontramos muitas questões que abordam esse assunto.

Lembre-se, também, que o paciente estará apto para ter alta da SRPA-1 quando, além dos demais critérios, possuir um **Aldrete 9 ou 10**.⁸

ALDRETE-KROULIK MODIFICADO

ATIVIDADE	MOVE 4 MEMBROS	= 2 PONTOS
	MOVE 2 MEMBROS	= 1 PONTO
	NÃO MOVE MEMBROS	= 0
RESPIRAÇÃO	PROFUNDA. TOSSE	= 2 PONTOS
	LIMITADA. ESFORÇO	= 1 PONTO
	APNEIA	= 0
CONSCIÊNCIA	ACORDADO	= 2 PONTOS
	DESPERTA AO CHAMADO	= 1 PONTO
	SIM RESPOSTA AO CHAMADO	= 0
PRESSÃO ARTERIAL	≥20% PRÉ-OP	= 2 PONTOS
	≥20-49% PRÉ-OP	= 1 PONTO
	≤50% PRÉ-OP	= 0
SATURAÇÃO	>92% A.A.	= 2 PONTOS
	>90% COM O2	= 1 PONTO
	<90% COM O2	= 0



DE OLHO NA PROVA

Mulher de 55 anos, 60kg e 1,67m, previamente hígida, foi submetida à retossigmoidectomia aberta para tratamento de tumor de reto sob anestesia geral e peridural. Na SRPA foi mantida sob monitorização contínua e aquecimento com manta térmica. Após 4 horas, a paciente encontra-se acordada, normotérmica, saturando 98% em ar ambiente, consciente, orientada e com PA 130x70mmHg, porém oligúrica e desidratada. A avaliação física revela redução da força muscular dos membros inferiores, porém com preservação da flexão dos joelhos e sensibilidade tátil diminuída. A movimentação e sensibilidade dos membros superiores está preservada. A pontuação, pela classificação de Aldrete-Kroulik, é:

- A) 7
- B) 8
- C) 9
- D) 10

Comentário: Basicamente você precisa aplicar o índice de Aldrete para responder à questão – por isso recomendamos que você o tenha decorado para as provas.

ATIVIDADE = 2 pontos: Paciente movimenta os 4 membros;

RESPIRAÇÃO = 2 pontos: Perceba que o autor não descreveu diretamente a respiração da paciente, mas ela está respirando em ar ambiente e clinicamente bem. Acordada e orientada – consideramos a maior pontuação;

CONSCIÊNCIA = 2 pontos: Paciente está acordada;

PRESSÃO ARTERIAL = 2 pontos: A questão não citou o valor da PA pré-operatório, mas veja que a paciente está com uma PA até mais elevada no SRPA, então consideramos a maior pontuação;

SATURAÇÃO = 2 pontos: SpO2 98% em ar ambiente;

GABARITO: Letra D

... Existe algum tempo mínimo que o paciente deve ficar na SRPA-1???

NÃO!¹⁰

Em muitos lugares existe uma tradição de deixar o paciente na SRPA-1 por um tempo mínimo obrigatório – em geral 1h.

Porém isso pode causar congestionamento no centro cirúrgico e gerar insatisfação para os pacientes que se recuperam rapidamente.

Portanto **o tempo ideal para que o paciente receba alta da SRPA-1 é o tempo que ele leva para satisfazer os critérios de alta.** Simples assim!

No Barash⁵ temos algumas recomendações interessantes em relação à alta da SRPA-1:

- 👉 PA, FC e Perfusão Periférica precisam estar relativamente constantes por pelo menos 15 minutos;
- 👉 Após uso de opioide EV (ou algum sedativo), observe o paciente por pelo menos 15 minutos;
- 👉 Após a retirada do O₂ suplementar, monitorize a SpO₂ por pelo menos 15 minutos;

Vamos continuar a jornada do nosso paciente...

Agora ele não está mais no bloco cirúrgico – ele está na enfermaria. A recuperação segue seu curso natural com o paciente junto de seus familiares/amigos até que o próximo estágio seja atingido.

ESTÁGIO 3

Recuperação Intermediária:

- Efeitos colaterais ausentes ou toleráveis.
- É capaz de andar sozinho - sem tontura/auxílio.
- Realimentação instituída com sucesso.
- Diurese espontânea.



ATENÇÃO

Especificamente no SAESP6 encontramos uma informação que diz que os pacientes submetidos à anestesia regional devem apresentar o bloqueio sensitivo inferior a T12, presença de função motora nos membros inferiores ou teste ortostático positivo, que prevê manutenção dos níveis de pressão arterial (ao redor de 90% do basal), após ficar sentado por cinco minutos.

Nosso paciente alcançou mais um estágio, mas ainda precisa atingir o último estágio da recuperação – **ESTÁGIO 4**. Essa é a fase mais tardia da recuperação em que o **paciente se recupera completamente da anestesia**.

ESTÁGIO 4

Recuperação Tardia:

- **Volta às atividades normais diária**

Retornam...

- Funções psicomotoras
- Memória e funções cognitivas
- Concentração, discriminação e razão

Nesse estágio, os resquícios de anestésicos são metabolizados e a atividade do Sistema Nervoso Central e Autônomo se recuperam.

As funções psicomotoras e cognitivas se recuperam progressivamente até a normalidade.

Em outras palavras, **o paciente está apto a voltar às suas atividades habituais**.

No paciente internado, essa fase acontece ainda na enfermaria ¹.

Finalizamos a jornada do nosso paciente internado. Agora vamos analisar um outro cenário, o paciente ambulatorial.

CENÁRIO 2

PACIENTE AMBULATORIAL

Agora imagine que você está anestesiando para uma correção de síndrome do túnel do carpo em um paciente ASA I em regime ambulatorial. O procedimento foi realizado sob sedação e anestesia local pelo cirurgião.

Aqui vamos ser mais objetivos na descrição.

Procedimento finalizou, paciente acordou e preenche os critérios para ser encaminhado para a SRPA-1.

A primeira fase da recuperação está completa – exatamente igual ao paciente internado.

Embora a maioria dos pacientes saudáveis submetidos a cirurgias ambulatoriais possa ser transportada em segurança para SRPA-1 respirando ar ambiente, a decisão do uso de oxigênio suplementar deve ser avaliada individualmente – de maneira semelhante ao paciente internado.

No cenário ambulatorial, pacientes com +60 anos ou com peso >100kg têm risco aumentado de dessaturação quando transportados para SRPA em ar ambiente.¹¹

Chegamos na SRPA-1, paciente monitorizado e recuperando, após certo tempo ele atinge o ESTÁGIO 2, então ele **está apto para receber alta da SRPA** – exatamente igual ao paciente internado. **E qual será o destino desse paciente???**

Veja bem, aqui é um paciente **AMBULATORIAL**, nesse caso ele deve ser transportado para a **SRPA-2** na unidade ambulatorial. É nesse local que ele irá atin

gir o **ESTÁGIO 3** da recuperação.

ATENÇÃO PARA OS CONCEITOS

SRPA-1 = Essa é a sala de recuperação clássica que temos dentro de todo centro cirúrgico e que obedece a normas rígidas de estrutura e equipamentos.

SRPA-2 = Essa é a sala em que os pacientes ambulatoriais são enviados após terem alta da SRPA-1, também chamada de unidade ambulatorial. Ela não tem monitorização contínua; em alguns hospitais encontramos poltronas ou macas nesse local em que o paciente pode se recuperar e alcançar o ESTÁGIO 3.

Nem todos os hospitais têm essa divisão clara SRPA-1 / SRPA-2. Em alguns lugares o mesmo espaço de SRPA é usado para as duas finalidades.

Então nosso paciente saiu da SRPA-1 e foi encaminhado para a SRPA-2. Nesse local ele vai recuperar um pouco mais até ter condições de ir para sua casa – pois, a princípio, ele não vai pernoitar no hospital.

É importante ser muito criterioso com a alta desses pacientes!

Não devemos deixar o paciente na SRPA-2 por mais tempo do que ele precisa, e não podemos dar uma alta precoce – correndo risco de o paciente complicar fora do hospital e precisar ser readmitido.

A decisão de liberar o paciente deve ser tomada quando ele preencher os critérios de alta estabelecidos. Cada hospital deve obedecer a critérios gerais – *que vamos discutir na sequência* – além de critérios específicos que podem ser adicionados com base nas necessidades do local em que o paciente está.

Em geral, o estágio 3 para os procedimentos ambulatoriais é alcançado entre 60-180 minutos após o término da cirurgia. Porém esse tempo pode variar bastante dependendo do paciente, do procedimento que foi feito e da técnica usada.

Pense em uma criança que foi submetida a uma postectomia com anestesia geral e infiltração local. Essa criança provavelmente ficará bem menos tempo na SRPA-2 quando comparamos com uma criança submetida a adenoamigdalectomia com a mesma técnica anestésica. Isso deve pelo fato da adenoamigdalectomia ter uma possibilidade maior de sangramento, introdução mais tardia de alimento e dor de mais difícil controle.

O que precisa ser avaliado para liberar o paciente da SRPA-2 para a sua casa?



Os autores fazem muita confusão quando vão responder a essa pergunta.

Colocam várias tabelas, normas e fica tudo muito solto quando lemos uma primeira vez. De fato, existem muitas recomendações, mas vamos raciocinar inicialmente de maneira mais generalizada.

Você realizou uma sedação para um procedimento simples e agora precisa definir se o seu paciente está apto para ser liberado para casa.

O que você irá avaliar antes de dar alta?

- Recuperação da psicomotricidade
- Recuperação da capacidade física
- Ocorrência de complicações
- Prescrição de medicamentos para o pós-operatório
- Presença de acompanhante responsável (maior de idade)
- Orientações para o paciente / responsável

A **recuperação da psicomotricidade** pode ser analisada por meio de testes específicos (ex.: teste de substituição de dígito por símbolo, teste de ligar pontos...). Na prática não é rotineiro realizar essa avaliação, porém ela é descrita na literatura e deixamos aqui para ciência, mas não será objetivo da nossa discussão.

Apenas saiba que se você pretende usar algum teste para avaliar a psicomotricidade, ele deve ser aplicado antes e depois do ato anestésico-cirúrgico para que possa ser feita uma comparação.

O mais importante em termos práticos e em termos de prova é a avaliação da recuperação da capacidade física. Essa avaliação pode ser feita através do **PADSS** - acrônimo para **Post-Anesthesia Discharge Scoring System** (também conhecido como **escore de Chung**). Ele foi descrito por Frances Chung em 1991¹² e desde então veio sofrendo algumas modificações¹³.

ATENÇÃO

Essas modificações no PADSS foram feitas considerando estudos que mostram maior incidência de vômitos em crianças que foram obrigadas a ingerir líquidos, além de evidências de que os pacientes sem alto risco de retenção urinária podem ter alta sem a possibilidade de complicações. Com base nisso, **hoje o PADSS não contempla mais esses 2 fatores (Alimentação e Diurese).**

Post-Anesthesia Discharge Scoring System

SINAIS VITAIS PA e FC	ATÉ 20% DO PRÉ-OP	= 2 PONTOS
	20-40% DO PRÉ-OP	= 1 PONTO
	>40% DO PRÉ-OP	= 0
ATIVIDADE	MARCHA FIRME, SEM TONTURA OU BASAL	= 2 PONTOS
	PRECISA DE ASSISTÊNCIA	= 1 PONTO
	INCAPAZ DE DEAMBULAR	= 0
NÁUSEAS VÔMITOS	MÍNIMOS: TRATADOS COM MEDICAÇÃO V.O.	= 2 PONTOS
	MODERADOS: TRATADOS COM MEDICAÇÃO E.V.	= 1 PONTO
	INTENSOS: PERSISTEM A DESPEITO DO TRATAMENTO	= 0
SANGRAMENTO CIRÚRGICO	MÍNIMO: NÃO REQUER TROCA DE CURATIVO	= 2 PONTOS
	MODERADO: ATÉ 2 TROCAS DE CURATIVO	= 1 PONTO
	INTENSO: + 3 TROCAS DE CURATIVO	= 0
DOR Controlada com analgesia V.O e aceitável pelo paciente?	SIM	= 2 PONTOS
	NÃO	= 1 PONTO

A interpretação do PADSS é semelhante à interpretação do escore de Aldrete.

PADSS 9 ou 10 significa que o paciente tem condições de alta para casa.

Em termos de prova é interessante que você decore o PADSS, pois ele já foi cobrado...

É importante que você saiba que há grande divergência entre os autores, principalmente no critério de DOR. No final do capítulo há um compilado detalhado, não deixe de conferir quando acabar a sua leitura.

DE OLHO NA PROVA

Mulher de 38 anos, previamente hígida à indução anestésica, apresenta PAM 100 mmHg e FC 90 bpm. Foi realizada ooforectomia laparoscópica sob anestesia geral, sem intercorrências. Quinze minutos após a admissão na SRPA evolui com a seguinte clínica: marcha estável em ar ambiente, sem tontura, sem náuseas, sem dor e sem evidências de sangramento.

Para ter alta da sala SRPA, segundo critérios de alta pós-anestésica PADSS, ela deve, adicionalmente, apresentar:

- A) SpO2 $\geq$ 90%
- B) PAM $\geq$ 80 mmHg
- C) Tremores (shivering) esporádicos
- D) Tempo mínimo de 30 minutos na SPRA

Comentário: Aqui vemos uma aplicação direta e simples do PADSS. Se você apenas soubesse os componentes desse critério, por eliminação já conseguiria responder.

Olhe para as alternativas... A única alternativa que tem um critério que é englobado pelo PADSS é a letra B.

SpO₂, tremor e tempo mínimo de permanência não fazem parte do critério, então não poderia ser nossa resposta.

Em termos de prova é assim que você precisa raciocinar e otimizar o seu tempo para questões que demandem mais raciocínio.

Para fins didáticos, vamos analisar mais a fundo a questão considerando cada critério do PADSS:

- DOR → O enunciado diz que a paciente está sem dor = + 2 pontos
- ATIVIDADE → Paciente está com a marcha estável e sem tontura = + 2 pontos
- NÁUSEAS/VÔMITOS → Sem náuseas = + 2 pontos
- SANGRAMENTO → Sem sangramento = + 2 pontos
- SINAIS VITAIS → Nesse critério avaliamos PA e FC da paciente comparativamente com os valores pré-operatórios.

Se a paciente apresentar PA e FC variando até no máximo 20% do valor pré-op., ela ganha +2 pontos.

Se a paciente apresentar PA e FC variando 20-40% do valor pré-op., ela ganha +1 ponto.

Se a paciente apresentar PA e FC variando +40% do valor pré-op., ela ganha +0 ponto.

A paciente tinha uma PAM 100 e FC 90 antes da cirurgia.

Varição de até 20% = PAM 80 a 120 e FC 72 a 108 = + 2 pontos

Varição de + 40% = PAM <60 ou >140 e FC <54 ou >125 = 0 pontos

Para ter alta da SRPA considerando apenas o PADSS a paciente precisa pontuar 9 ou 10. A paciente já tinha 8 pontos – faltava pelo menos +1 para ela alcançar o valor para alta. Com o valor de PAM descrito na letra B (≥ 80 mmHg), a paciente estaria no limite da variação de 20%, ganhando + 2 pontos (total 10 pontos).

GABARITO: Letra B

Agora preste muita atenção!

O **PADSS** não deve ser usado isoladamente – veja que atualmente ele **não contempla ALIMENTAÇÃO e nem DIURESE**. Porém a capacidade de se alimentar e urinar fazem parte de vários outros critérios para alta hospitalar segura em casos ambulatoriais.

A alimentação deve ser introduzida a fim de verificar a capacidade de ingestão do paciente, bem como a ausência de náuseas ou vômitos após se alimentar. Não force o paciente a comer, principalmente se for criança, porque isso pode precipitar náuseas/vômitos. A volta à alimentação precisa ser gradual e de acordo com o hábito e vontade do paciente.

Especialmente quando o paciente tiver sido submetido a bloqueio de neuroeixo, você precisa que ele demonstre que não está havendo retenção urinária – ou seja, ele precisa ser capaz de urinar espontaneamente antes de ser liberado.¹⁴

Você encontrará diversas recomendações gerais sobre os critérios de alta do paciente ambulatorial nos livros texto. No final desse capítulo deixamos registrado para o que o CFM recomenda para alta de procedimentos ambulatoriais.

De maneira resumida... Quando eu posso dizer que esse paciente atingiu o **ESTÁGIO 3**? 🤔

- É capaz de andar sozinho – sem tontura ou auxílio
- Efeitos colaterais ausentes ou bem toleráveis
- Diurese espontânea
- Realimentação instituída com sucesso
- Bloqueio regional totalmente ausente

Se o paciente cumprir esses requisitos e **estiver acompanhado por um adulto responsável**, ele tem condições de receber alta hospitalar.

O nosso paciente recebeu alta e agora ele está em casa. Mas não se engane, a jornada ainda não acabou, porque ele ainda precisa alcançar o último estágio da recuperação - **ESTÁGIO 4**. Aqui é exatamente igual ao paciente internado; porém, no caso do procedimento ambulatorial, essa fase acontece **na casa do paciente**.

Especialmente nos procedimentos ambulatoriais, é muito comum nos depararmos com a seguinte dúvida:

É impossível precisar esse tempo, porque existe uma imensa variabilidade entre as pessoas. Quem nunca ouviu alguma vez uma pergunta parecida com essas:

Dr. Quando eu posso voltar a dirigir?

Dr. Quando eu posso voltar a trabalhar?

Dr. Quando eu posso assinar um financiamento no banco?

Quanto tempo demora para que o paciente alcance a recuperação completa?



Infelizmente não tem como dar uma resposta precisa para isso.

Na prática acabamos adotando uma postura mais conservadora e recomendamos **aguardar PELO MENOS 24 horas**.¹⁵

O paciente sempre precisa passar pela SRPA-1??



Essa é uma excelente pergunta. Se você tiver analisado com cuidado a ilustração do início da nossa discussão, provavelmente observou que existe um caminho para o paciente ir direto da sala de cirurgia para a SRPA-2

Hoje existe certo consenso de que nos pequenos procedimentos sob anestesia geral, cirurgias com anestesia local monitorizada - com ou sem sedação - e alguns tipos de bloqueios periféricos associados à sedação leve, se o paciente tiver atingido os critérios clínicos para alta da SRPA-1 ao final da cirurgia, ele pode ser transferido diretamente da sala de cirurgia para a SRPA-2 na unidade ambulatorial – ou seja, o paciente alcança o ESTÁGIO 1 + ESTÁGIO 2 ainda na sala cirúrgica. Essa é uma recuperação chamada de **Fast-Track**.



Mas cuidado!!! Estamos falando de um cenário ambulatorial.

Não é desejável transportar os pacientes internados diretamente da sala de cirurgia para a enfermaria. Lembre-se que os pacientes ambulatoriais ainda passam pela SRPA-2 e os pacientes internados, não.

Vamos resumir o local de ocorrência de cada estágio da recuperação:

👉 **ESTÁGIO 1** é alcançado ainda na sala de cirurgia. Uma vez atingido, ele permite que você leve o paciente para SRPA-1.

👉 **ESTÁGIO 2** é alcançado na SRPA-1. Uma vez atingido, ele permite que você libere o paciente para a SRPA-2 (cirurgia ambulatorial) ou para a enfermaria (paciente internado).

No caso de paciente ambulatorial esse estágio pode ser alcançado ainda na sala de cirurgia (Fast-Track).

👉 **ESTÁGIO 3** é alcançado na SRPA-2 (*outpatient*) ou Enfermaria(*inpatient*). Uma vez atingido, o paciente ambulatorial pode receber alta para casa e o paciente internado segue em direção ao próximo estágio.

👉 **ESTÁGIO 4** é atingido em casa (*outpatient*) ou na enfermaria (*inpatient*) pelos pacientes internados.



DE OLHO NA PROVA

Com relação aos estágios de recuperação pós-anestésica em pacientes ambulatoriais é correto afirmar que:

- A) Quando o paciente está apto a caminhar sozinho ele alcança o estágio de recuperação completa e pode receber alta hospitalar.
- B) No estágio III, ou também denominado de recuperação completa, ocorre quando o paciente retorna as suas atividades habituais.
- C) O paciente deve sempre ser transferido para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA-1) do centro cirúrgico logo após a extubação.
- D) O estágio de recuperação precoce ou imediata, atingido na sala de cirurgia, habilita o paciente a ser transferido diretamente para a SRPA-2.

Comentário: Muito cuidado para não se confundir nos conceitos.

Letra A – **INCORRETA!** Quando o paciente está apto a caminhar sozinho, além de outros critérios, ele alcançou o estágio 3 – recuperação intermediária.

Letra B – **INCORRETA!** O estágio 3 é a recuperação intermediária. A recuperação completa seria o estágio 4 (recuperação Tardia).

Letra C – **INCORRETA!** Nem sempre o paciente precisa passar pela SRPA-1 nos casos ambulatoriais

Letra D – **CORRETA!** Ela complementa a explicação da letra C. Alcançar o estágio 2 (recuperação precoce ou imediata) ainda na sala de cirurgia, é um dos critérios que habilita o paciente ambulatorial para ser transferido diretamente da sala de cirurgia para a SRPA-2 (fast-track).

RESOLUÇÕES DO CFM – FIQUE DE OLHO!!!

Existem 2 resoluções do CFM que são pertinentes em termos de recuperação pós-anestésica:

👉 RESOLUÇÃO N° 2.174/2017 -Fala sobre a prática do ato anestésico.

👉 RESOLUÇÃO CFM N° 1.886/2008 - Fala sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência (procedimentos ambulatoriais). Todo anestesta deveria ler essas resoluções pelo menos uma vez durante a sua carreira (de preferência no início dela 😊). Caso você tenha interesse em ler na íntegra, basta jogar o número da resolução no Google que você encontra facilmente.

Vamos deixar aqui destacados os principais pontos dessas resoluções. Não é incomum encontrar alguma questão que aborde esse tema nas provas.

RESOLUÇÃO CFM N° 2.174/2017



Adaptamos alguns trechos para facilitar a leitura – caso queira ler na íntegra, busque na resolução oficial.

- O anestesta responsável pelo procedimento deve acompanhar o transporte do paciente para a SRPA / UTI.
- Se tiver médico plantonista na SRPA o anestesta pode transferir para ele a responsabilidade pelo atendimento.
- Se **não** tiver médico plantonista na SRPA a responsabilidade pelo atendimento do paciente é do anestesta que realizou o procedimento.
- A **alta da SRPA** é de **responsabilidade exclusiva** de um médico anestesta ou do plantonista da SRPA.
- Monitorização e Avaliação Clínica mínimas na SRPA:
 - Circulação: PA, FC e Ritmo Cardíaco
 - Respiração: SpO2 contínuo
 - Consciência
 - Intensidade da Dor
 - Movimento de MMII e MMSS (se anestesia regional)
 - Controle de Temperatura
 - Controle de náuseas / vômitos
- Registro da consciência, PA, FC, SpO2, temperatura, atividade motora e intensidade da dor devem ser feitos em **intervalos não superiores a 15 minutos na primeira hora de recuperação.**

RESOLUÇÃO CFM N° 1.886/08

⚠ Adaptamos alguns trechos para facilitar a leitura – caso queira ler na íntegra, busque na resolução oficial.

Após a realização do procedimento, o médico anesthesiologista é o responsável pela liberação do paciente da sala de cirurgia e da sala de recuperação pós-anestésica. **A alta do serviço será dada por um dos membros da equipe médica responsável.** As condições de alta do paciente serão as estabelecidas pelos seguintes parâmetros:

- Orientação no tempo e espaço;
- Estabilidade dos sinais vitais por, pelo menos, 60 minutos;
- Ausência de náuseas e vômitos;
- Ausência de dificuldade respiratória;
- Capacidade de ingerir líquidos;
- Capacidade de locomoção semelhante à da pré-operatória (se a cirurgia permitir)
- Sangramento ausente ou mínimo;
- Ausência de dor importante;
- Sem retenção urinária.

→ Com exceção dos procedimentos realizados nas unidades ambulatoriais tipo I, **o paciente precisa estar acompanhado de pessoa adulta, lúcida e responsável**. Lembre-se... Unidade Tipo I é o consultório médico, independente de um hospital, destinado à realização

COMO A SRPA É ORGANIZADA?

Esse é um assunto que não costuma aparecer tanto em prova e que conseguimos ter uma noção com base no conhecimento do nosso dia a dia.

Será que qualquer sala dentro de um hospital serve para o paciente se recuperar de uma anestesia?

Não! A SRPA tem características muito específicas e que precisam seguir um determinado padrão. Ela é um local de cuidados intensivos, onde são assistidos os pacientes que se recuperam da anestesia/cirurgia. Apesar de possuir muitos recursos de monitorização, ela não deve ser usada como sala de indução pré-anestésica ou como UTI.

Características de uma SRPA ideal:

- **Localização:** dentro do CC, com portas amplas que permitam a passagem de equipamentos maiores.
- **Número de leitos:** depende do número de salas cirúrgicas e dos procedimentos que são realizados. Em geral podemos considerar 2-3 leitos de RPA para cada 1 sala cirúrgica⁶.
- **Espaço por leito:** em geral 9,5 m² são suficientes, mas esse espaço pode ser dobrado em situações especiais. Os leitos móveis devem ter dois tipos de inclinações, céfalo-declive e céfalo-aclive, associados a grades laterais dobráveis.
- **Iluminação:** se for possível, aproveitar a luz do dia por meio de janelas + complementação com iluminação artificial e focos luminosos.
- Cor das paredes: A mais neutra possível (isso evita distorções na avaliação da coloração do paciente).
- **Piso:** Não deve ser escorregadio e deve ser de fácil limpeza, sem ruídos com a movimentação de macas e equipamentos.
- **Medicamentos:** uma ampla gama de medicamentos deve estar disponível, de maneira semelhante ao centro cirúrgico.
- **Equipamentos:** assim como os medicamentos, a disponibilidade de equipamentos deve ser ampla. É importante lembrar: equipamento de emergência para reanimação cardiorrespiratória, marca-passo, transdutores e drenos. **Cada leito deve ter suprimento de oxigênio, ar comprimido, vácuo e vários pontos de energia elétrica.**
- **Monitorização mínima:** oxímetro de pulso, cardioscópio, aparelhos de PANI e termômetro.
- **Pessoal responsável:** a maioria da SRPA é operada por enfermeiros bem treinados.
- Após a publicação da Resolução do CFM 2.174/2017 – Art. 5 é **recomendado** que "*os hospitais mantenham um médico anestesista nas salas de recuperação pós-anestésica para cuidado e supervisão dos pacientes*". Veja que não é obrigatório, é RECOMENDADO!

Finalizamos então a discussão sobre os principais aspectos que você precisa saber quando o assunto é Sala de Recuperação Pós-Anestésica. Na sequência deixamos um compilado com pequenas divergências na literatura sobre esse assunto – não deixe de conferir.



SE LIGA NAS DIVERGÊNCIAS...

FASES DA RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA 🤔

A divisão das fases da recuperação pós-anestésica não é tão bem descrita na literatura internacional. O livro que apresenta essa separação de forma mais clara é o SAESP. Porém, dentro desse livro encontramos uma pequena diferença nesse assunto que não é tão relevante em termos práticos, mas que vale a pena colocar aqui para seu conhecimento.

No Cap 1236 encontramos a seguinte informação:

"A recuperação pós-anestésica... Processa-se em três fases: Imediata, Intermediária e Tardia."

Porém no Cap 12416 e no Cap 18517 encontramos a descrição de uma fase adicional (que usa como referência o livro *Ambulatory Anesthesia and Surgery* - 1997). O texto diz que:

"Quatro estágios de recuperação devem ser considerados após a realização de anestesia geral..."

Estágio I: Despertar da Anestesia

Estágio II: Recuperação precoce

Estágio III: Recuperação intermediária

Estágio IV: Recuperação Tardia"

Observe que não há um conflito direto entre as informações, apenas com referências distintas e com a descrição de uma fase adicional que seria o despertar da anestesia – estágio I. Essa foi a descrição que optamos por colocar em nosso texto.



SE LIGA NAS DIVERGÊNCIAS...

ÍNDICE DE ALDRETE e KROULIK 🤔

Aqui temos uma divergência que acreditamos ser fruto de erro durante a edição do livro.

Segundo o índice de Aldrete, o paciente tem condições de alta da RPA quando obtiver uma pontuação ≥ 9 (ou seja, 9 ou 10 pontos). Encontramos essa informação no Miller¹⁸ e no SAESP^{17,19,20}.

Porém na pg. 1854 do SAESP²¹ encontramos o seguinte:

*"Do ponto de vista clínico, como critério de alta da SRPA, pode ser empregado o índice de Aldrete e Kroulik...Um total acima ou igual a **oito** pontos é condizente com condições de alta quando realizada anestesia geral, ou 10 pontos para as anestésias regionais."*

Veja como essa informação diverge das demais. Acreditamos que foi um erro de digitação durante a confecção do livro, mas não temos nenhuma errata da editora. Fica aqui nosso alerta e consideração sobre esse trecho que pode servir como base para algum eventual recurso em prova.



SE LIGA NAS DIVERGÊNCIAS...

Efeitos Colaterais e ESTÁGIO 3 da RPA 🤔

Encontramos algumas divergências no SAESP em relação a isso. Afinal de contas, para eu considerar que o paciente ambulatorial alcançou o estágio 3 (= pode ter alta para casa) os efeitos colaterais devem ser AUSENTES ou eu posso dar alta se eles estiverem BEM TOLERÁVEIS??

SAESP pg. 1849 diz:

"Os pacientes submetidos à anestesia ambulatorial atingem a fase intermediária da recuperação pós-anestésica quando são capazes de andar sozinhos. Efeitos colaterais...devem estar ausentes ou bem toleráveis."

SAESP pg.1860 diz:

"O paciente atinge o estágio 3 da recuperação quando ele está apto a andar sozinho. Efeitos colaterais como náuseas, vômitos, tontura, hipotensão ortostática e dor devem estar ausentes ou bem toleráveis."

SAESP pg. 1858 diz:

"... pequenos efeitos colaterais...devem ser prevenidos ou prontamente tratados, pois embora bem tolerados para pacientes internados, estes não são aceitos no paciente ambulatorial."

SAESP pg. 2926 diz:

"A recuperação do estágio III dá-se na SRPA2 e termina quando o paciente se encontrar apto a levantar-se e deambular sem auxílio. **Os efeitos colaterais devem estar ausentes** e a realimentação, já instituída com sucesso."

SAESP Tabela 185.11 – Pg. 2926 diz:

"**Ausência** de efeitos colaterais ou complicações."

Por outro lado, quando analisamos a Resolução 1.886/08 do CFM, ela diz que para o paciente ambulatorial estar apto para ir para casa – entre outros critérios – ele não deve ter náuseas e vômitos, o sangramento deve ser mínimo ou ausente e não deve ter dor importante.

Ou seja, para alguns efeitos colaterais podemos interpretar como ausência ("ausência de náuseas e vômitos"), porém outros podemos tolerar em algum grau ("sangramento mínimo", "ausência de dor importante" – então dor leve seria tolerado).

Sim, é um certo preciosismo discutir isso, porque na prática a gente avalia o paciente e acabamos liberando com discretos efeitos colaterais – dor leve, sangramento mínimo... – é preciso analisar cada caso e o contexto do paciente e o procedimento que ele realizou. Porém esse detalhe pode servir como base para um eventual questionamento da questão em prova – então vale ter isso em mente.



SE LIGA NAS DIVERGÊNCIAS...

PADSS (Chung) 🤔

Muito cuidado quando encontrar um escore de Chung / PADSS nas suas leituras.

Como dissemos ao longo do texto, o escore passou por modificações desde a sua publicação original em 1991 – então há bastante confusão entre os autores e nem mesmo nas publicações do próprio Chung fica totalmente claro.

→ Divergências no critério de **DOR**:

SAESP² e **Miller**²² usam referências que pontuam da dor como:

- Mínima = 2 pontos
- Moderada = 1 ponto
- Intensa = 0 ponto

Barash²³ coloca uma pontuação distinta para a dor (foi a que usamos no nosso texto) - nesse critério ele pergunta:

"Dor controla com analgésico e aceitável pelo paciente?"

- SIM = 2 pontos
- NÃO = 1 ponto

Veja que não há 0 (zero) para o critério de dor no Barash.

Longnecker²⁴ coloca uma pontuação ainda mais distinta no critério de dor usando a escala visual de dor:

- EVA 0-3 = 2 pontos
- EVA 4-6 = 1 ponto
- EVA 7-10 = 0 ponto

→ Divergências no critério de **SANGRAMENTO**:

SAESP² e **Miller**²² classificam o sangramento em:

- Mínimo = 2 pontos
- Moderado = 1 ponto
- Grave = 0 ponto

Esses livros, porém, não dizem o critério que diferencia esses tipos de sangramento

Barash²³ também clássica o sangramento em mínimo, moderado e grave. Porém ele faz uma distinção entre os tipos de sangramento:

- Mínimo: sem necessidade de trocar curativo = 2 pontos
- Moderado: até 2 trocas de curativo = 1 ponto
- Grave: mais de 3 trocas de curativo = 0 ponto

Para o aluno mais atento, perceba que ele deixa uma pergunta no ar... Se o paciente tiver exatamente 3 trocas de curativo, como ficaria? Seria moderado ou seria grave? Pela descrição do Barash fica impossível precisar essa resposta.

Longnecker²⁴ coloca uma definição mais clara e joga luz sobre a lacuna que o Barash deixa:

- Mínimo: sem necessidade de trocar curativo = 2 pontos
- Moderado: ≤ 2 trocas de curativo = 1 ponto
- Grave: ≥ 3 trocas de curativo = 0 ponto

Então veja que há bastante controversa e confusão entre os autores quando o assunto é PADSS/Chung.

Recomendamos que você tenha isso em mente e use como base para a sua prova aquele que for contemplado pelo edital do seu concurso.

REFERÊNCIAS

1. SAESP. Cap 124 - Estágios da Recuperação da Anestesia: Aspectos Clínicos e Critérios de Alta. Em: Tratado de Anestesiologia 10a Ed. São Paulo/SP, SP: Editora dos Editores Eireli; 2025. p. 1860.
2. SAESP. Cap 185 - Anestesia Ambulatorial. Em: Tratado de Anestesiologia 10a Ed. São Paulo/SP, SP: Editora dos Editores Eireli; 2025. p. 2927-Tab 185.15.
3. Siddiqui N, Teresi J, Arzola C, Fox G. hypoxemia on arrival to pacu: an observaional audit. Can J Anesth/J Can Anesth. janeiro de 2006;53(1):26470–26470.
4. Moller JT et al. Randomized Evaluation of Pulse Oximetry in 20,802 Patients; II: Perioperative Events and Postoperative Complications. Anesthesiology. 1o de março de 1993;78(3):445–53.
5. Barash. Cap 54 - Postanesthesia Recovery. Em: Barash 10a Ed. Ninth edition. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2024. p. 4572.
6. SAESP. Cap 123 - Organização e Cuidados na Recuperação Pós-anestésica. Em: Tratado de Anestesiologia 10a Ed. São Paulo/SP, SP: Editora dos Editores Eireli; 2025. p. 1857.
7. Miller's, Cohen NH, Eriksson LI, Fleisher LA, Johnson-Akeju S, Leslie K, organizadores. Cap 76 - The Postanesthesia Care Unit. Em: Miller's anesthesia. Tenth edition. Philadelphia, PA: Elsevier; 2025. p. 2485.
8. Aldrete JA, Kroulik D. A postanesthetic recovery score. Anesth Analg. 1970;49(6):924–34.
9. Aldrete JA. The post-anesthesia recovery score revisited. Journal of Clinical Anesthesia. fevereiro de 1995;7(1):89–91.
10. Silverstein et al. Practice Guidelines for Postanesthetic Care: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. Anesthesiology. fevereiro de 2013;118(2):291–307.
11. Mathes DD, Conaway MR, Ross WT. Ambulatory Surgery: Room Air Versus Nasal Cannula Oxygen During Transport After General Anesthesia. Anesthesia & Analgesia. outubro de 2001;93(4):917–21.
12. Thapar P, Korttila KT, Apfelbaum JL. Assessing recovery after day-case surgery. Current Anaesthesia & Critical Care. julho de 1994;5(3):155–9.
13. Marshall S, Chung F. Assessment of 'home readiness': discharge criteria and postdischarge complications: Current Opinion in Anaesthesiology. dezembro de 1997;10(6):445–50.
14. Cao X, Elvir-Lazo OL, White PF, Yumul R, Tang J. An update on pain management for elderly patients undergoing ambulatory surgery. Current Opinion in Anaesthesiology. dezembro de 2016;29(6):674–82.

15. Horiuchi A, Graham DY. Special topics in procedural sedation: clinical challenges and psychomotor recovery. *Gastrointestinal Endoscopy*. setembro de 2014;80(3):404–9.
16. SAESP. Cap 124 - Estágios da Recuperação da Anestesia: Aspectos Clínicos e Critérios de Alta. Em: *Tratado de Anestesiologia 10a Ed.* São Paulo/SP, SP: Editora dos Editores Eireli; 2025. p. 1857.
17. SAESP. Cap 185 - Anestesia Ambulatorial. Em: *Tratado de Anestesiologia 10a Ed.* São Paulo/SP, SP: Editora dos Editores Eireli; 2025. p. 2926.
18. Miller's, organizador. Cap 76 - The Postanesthesia Care Unit. Em: *Miller's Anesthesia 10a Ed.* Tenth edition. Philadelphia, PA: Elsevier; 2025. p. 2503.
19. SAESP. Cap 124 - Estágios da Recuperação da Anestesia: Aspectos Clínicos e Critérios de Alta. Em: *Tratado de Anestesiologia 10a Ed.* São Paulo/SP, SP: Editora dos Editores Eireli; 2025. p. 1858.
20. SAESP. Cap 124 - Estágios da Recuperação da Anestesia: Aspectos Clínicos e Critérios de Alta. Em: *Tratado de Anestesiologia 10a Ed.* São Paulo/SP, SP: Editora dos Editores Eireli; 2025. p. 1859.
21. SAESP. Cap 123 - Organização e Cuidados na Recuperação Pós-anestésica. Em: *Tratado de Anestesiologia 10a Ed.* São Paulo/SP, SP: Editora dos Editores Eireli; 2025. p. 1854.
22. Miller's, organizador. Cap 68 - Ambulatory Anesthesia. Em: *Miller's Anesthesia 10a Ed.* Tenth edition. Philadelphia, PA: Elsevier; 2025. p. 2178-Box 68.4.
23. Barash. Cap 54 - Postanesthesia Recovery. Em: *Barash 10a Ed.* Ninth edition. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2024. p. 4574-Tab 54.2.
24. Longnecker, organizador. Cap 63 - Outpatient Anesthesia. Em: *Anesthesiology 3a Ed.* Third edition. New York: McGraw-Hill Education; 2018. p. Pg 1166-Tab 63-3.



ANEST-REVIEW

MED-REVIEW GROUP