

Sala de Recuperação Pós-Anestésica: entre a vigilância clínica e a gestão do risco em um cenário perioperatório em transformação

Post-Anesthesia Care Unit: between clinical monitoring and risk management in a changing perioperative setting

Unidad de Recuperación Postanestésica: entre la vigilancia clínica y la gestión del riesgo en un escenario perioperatorio en transformación

Débora Cristina Silva Popov¹ , Viviane Pereira Costa Suzuki² 

A Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) ocupa um papel central no cuidado perioperatório, no qual, o paciente deixa o ambiente controlado do intraoperatório e passa por uma fase crítica de transição do cuidado até a estabilização clínica. Embora historicamente associada à vigilância imediata de complicações, a SRPA se consolida como um ambiente de complexidade assistencial que exige tomada de decisão ágil, olhar clínico apurado e gestão contínua de riscos¹.

Esse cenário torna-se ainda mais desafiador diante das mudanças observadas nos últimos anos. O avanço das técnicas anestésicas, associado ao envelhecimento populacional e ao aumento da complexidade dos pacientes, trouxe para a SRPA um perfil assistencial mais exigente¹.

Evidências acerca de indicadores e dados sistematizados sobre anestésias publicadas no Brasil em 2025 revelou que a população anestésica tem sido composta majoritariamente por pacientes do sexo feminino com média de idade de 46,2, desvio padrão $\pm 22,4$ anos, com faixas etárias acima de 80 anos — incluindo centenários — em ascensão².

O sistema American Society of Anesthesiologists (ASA; Sociedade Americana de Anestesiologistas), utilizado desde 1941 para avaliação de comorbidades pré-anestésicas, demonstra o predomínio de pacientes ASA I e II (84,06%) sendo a hipertensão arterial sistêmica a comorbidade mais frequente, seguida de diabetes mellitus e dislipidemia².

A anestesia ambulatorial atende procedimentos eletivos, cujos pacientes são liberados em até 24 h, e atualmente quase metade de todas as cirurgias é realizada fora do hospital sem regime de internação. Organizações como a ASA reforçam que o mesmo nível de cuidados pós-anestésicos deve ser oferecido aos pacientes ambulatoriais ou sedados em endoscopias, com critérios de alta estabelecidos em conjunto pelo anesthesiologista e equipe de enfermagem³.

Nesse contexto, a SRPA deixa de ser apenas um espaço de recuperação e passa a fazer parte da jornada anestésico-cirúrgica na qual o processo anestésico do paciente se torna essencial para um desfecho seguro⁴.

A identificação precoce de complicações ocorre no período pré-anestésico, quando o enfermeiro perioperatório coleta dados para o processo anestésico-cirúrgico, identificando riscos potenciais relacionados à anestesia, como depressão respiratória e instabilidade hemodinâmica; riscos relacionados à cirurgia, como dor mal controlada, náuseas e vômitos; e, ainda, riscos individuais do paciente relacionados às suas comorbidades⁴.

Os incidentes anestésicos mais reportados foram os relacionados às vias aéreas, com destaque para a dificuldade de intubação, e o manejo de vias aéreas difíceis, exigindo do enfermeiro conhecimentos e habilidades específicas nessa área de atuação².

Em um cenário em que 90% dos pacientes submetidos à anestesia são encaminhados à SRPA, a permanência do

¹Universidade Paulista – São Paulo (SP), Brasil.

²Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo (SP), Brasil.

Autora correspondente: deborapopov10@gmail.com

Recebido: 02/06/2026. Aprovado: 20/07/2026

<https://doi.org/10.5327/Z1414-44251126>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído nos termos de licença Creative Commons Atribuição 4.0.

paciente nesse setor constitui um importante indicador a ser monitorado. Na jornada anestésico cirúrgica, a enfermagem se destaca como protagonista na SRPA. É o enfermeiro responsável pelo processo anestésico quem está à beira-leito, monitorando continuamente, avaliando sinais clínicos e articulando o cuidado com as demais equipes¹.

Em 2025, foram realizados 233.190 acompanhamentos de pacientes na SRPA. A quantidade média de visitas do anestesiológico por paciente foi de 1,46, e o tempo médio de permanência dos pacientes na SRPA foi de 1 hora e 12 minutos; portanto, o anestesiológico comparece à SRPA, em média, em menos de dois momentos (admissão e alta). Embora haja recomendação para a presença do anestesiológico na SRPA, evidencia-se uma carência desse profissional, o que reforça a importância do processo de trabalho do enfermeiro nessa unidade. Nesse contexto, destaca-se a necessidade da presença de enfermeiros perioperatórios como parte da equipe da SRPA, bem como de formação específica em cuidados pós-operatórios, cuidados pós-anestésicos, manejo de complicações e atendimento às emergências pós-operatórias e pós-anestésicas².

O uso de escalas validadas, como o índice de Aldrete e Kroulik, aliado à avaliação clínica sistematizada, contribui para decisões mais seguras, especialmente no momento da alta da unidade. A alta do paciente é de responsabilidade do anestesiológico; no entanto, deve ser operacionalizada pelo enfermeiro, responsável pelo transporte do paciente e pela condução de uma alta segura, destacando-se a alta como um dos Cinco Passos da Recuperação Segura do Paciente⁴.

Apesar da sua relevância, a SRPA ainda enfrenta desafios importantes, como o dimensionamento de pessoal, a padronização de processos e, principalmente, o reconhecimento de sua complexidade assistencial. Diferentemente de outras unidades críticas, como a Unidade de Terapia Intensiva, ainda não há parâmetros nacionais específicos que orientem, de forma objetiva, a composição das equipes na SRPA, o que resulta em grande variabilidade entre instituições, aumentando os

riscos para o paciente e evidenciando a necessidade de profissionais qualificados na área perioperatória para atuar no setor.

As recomendações internacionais, como as da American Society of PeriAnesthesia Nurses (ASPAN)¹, reforçam a necessidade de ajustar o dimensionamento de pessoal conforme a complexidade do paciente e a demanda assistencial. No Brasil, as diretrizes do Conselho Federal de Enfermagem fornecem uma base importante ao considerar sistemas de classificação de pacientes, mas sua aplicação na SRPA ainda exige adaptação à dinâmica desse ambiente⁵.

Outro aspecto que merece atenção é o uso de tecnologias no apoio ao cuidado. Sistemas integrados, monitorização contínua e ferramentas de visualização de dados têm potencial para qualificar a assistência e melhorar a tomada de decisão. No entanto, na prática, ainda são encontradas limitações relacionadas à integração entre sistemas e à priorização desses investimentos¹.

Além do cuidado direto, a SRPA também impacta de significativamente o fluxo hospitalar. A permanência prolongada de pacientes, associada à indisponibilidade de leitos ou a questões operacionais, interfere diretamente na produtividade do centro cirúrgico e na jornada anestésico-cirúrgica do paciente. Por isso, olhar para a SRPA também é olhar para a eficiência do sistema como um todo⁶.

Diante desse cenário, é fundamental reconhecer a SRPA como uma unidade complexa, que exige equipes qualificadas, protocolos bem definidos e investimento contínuo em capacitação. Estratégias como educação permanente, simulação realística e desenvolvimento de competências são caminhos importantes para fortalecer a segurança do paciente nesse cenário^{1,4}.

Mais do que isso, discutir a SRPA hoje é discutir integração entre assistência, gestão e inovação. Valorizar esse espaço é reconhecer seu impacto direto nos desfechos clínicos, na qualidade do cuidado oferecido e na jornada do paciente no processo anestésico-cirúrgico.

REFERÊNCIAS

1. American Society of PeriAnesthesia Nurses. 2025–2026 perianesthesia nursing standards, practice recommendations and interpretive statements [Internet]. Cherry Hill: ASPAN; 2025 [acessado em 21 jun. 2026]. Disponível em: <https://www.aspan.org/Publications-Resources/ASPAN-Publications/ASPAN-Standards>
2. Observatório Anestesia de Valor. A anestesia como a principal fonte de inteligência para a jornada perioperatória [Internet]. Florianópolis:

Observatório Anestesia de Valor; 2026 [acessado em 21 jun. 2026]. Disponível em: <https://conteudo.anestech.com.br/oav2026>

3. Apfelbaum JL, Silverstein JH, Chung FF, Connis RT, Fillmore RB, Hunt SE, et al. Practice guidelines for postanesthetic care: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. *Anesthesiology*. 2013;118(2):291–307. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e31827773e9>

4. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Diretrizes de práticas em enfermagem perioperatória e processamento de produtos para saúde. 8ª ed. São Paulo: SOBECC; 2021.
5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 743, de 12 de março de 2024. Revoga a Resolução Cofen nº 543, de 18 de abril de 2017, que atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem [Internet]. Brasília: COFEN; 2024 [acessado em 21 jun. 2026]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-743-de-12-de-marco-de-2024/>
6. Association of PeriOperative Registered Nurses. AORN position statement on perioperative safe staffing and on-call practice [Internet]. Denver: AORN; 2021 [acessado em 21 jun. 2026]. Disponível em: <https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/aorn.13536>