



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE CIRURGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA**  
**CURSO DE MESTRADO EM CIRURGIA**

**LUCIANO PAULO FERREIRA**

**AVALIAÇÃO DO PERFIL DOS PACIENTES QUE PERMANECEM NA SALA DE  
RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE  
EMERGÊNCIA**

**FORTALEZA**

**2016**

LUCIANO PAULO FERREIRA

AVALIAÇÃO DE CAUSAS DA LONGA PERMANÊNCIA DOS PACIENTES NA SALA  
DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Coordenação do Programa de Pós-Graduação  
em cirurgia, da Faculdade de Medicina da  
Universidade Federal do Ceará, como requisito  
parcial para obtenção do título de Mestre em  
Cirurgia.

Orientador: Prof. Dr. Manoel Odorico de  
Morais Filho.

Co-orientadora: Profa. Dra. Claudia Regina  
Fernandes.

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- F441a Ferreira, Luciano Paulo.  
Avaliação do perfil dos pacientes que permanecem na sala de recuperação pós-anestésica de um hospital terciário de emergência / Luciano Paulo Ferreira. – 2016.  
69 f.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Cirurgia, Fortaleza, 2016.  
Orientação: Prof. Dr. Manoel Odorico de Moraes Filho.  
Coorientação: Profa. Dra. Claudia Regina Fernandes.
1. Hospitais de emergência. 2. Ferimentos e lesões. 3. Cirurgia. 4. Sala de recuperação. 5. Alta do paciente. I. Título.

CDD 617

---

LUCIANO PAULO FERREIRA

AVALIAÇÃO DE CAUSAS DA LONGA PERMANÊNCIA DOS PACIENTES NA SALA  
DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Coordenação do Programa de Pós-Graduação  
em cirurgia, da Faculdade de Medicina da  
Universidade Federal do Ceará, como requisito  
parcial para obtenção do título de Mestre em  
Cirurgia.

Orientador: Prof. Dr. Manoel Odorico de  
Morais Filho.

Co-orientadora: Profa. Dra. Claudia Regina  
Fernandes.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. Manoel Odorico de Moraes Filho (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Marcelo Leite Vieira Costa  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Daniel de Oliveira Gomes  
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

A Deus por tudo que me proporcionou.

## RESUMO

O presente estudo avaliou os pacientes internados na Sala de Recuperação Pós Anestésica do Instituto Dr. José Frota durante os meses de janeiro e fevereiro de 2016. O objetivo geral deste estudo consiste na avaliação do perfil epidemiológico dos pacientes internados na Sala de Recuperação Pós-anestésica de um Hospital Terciário de Emergência. Os objetivos específicos consistem na avaliação de uma amostragem de pacientes que permaneceram além de duas horas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) do Instituto Dr. José Frota (IJF), no que refere-se: ao perfil epidemiológico; à causa da ocorrência; ao seguimento anatômico do corpo acometido; à procedência dos pacientes; à assistência mediante aplicação da Escala de Aldrete e Kroulik; ao dia da semana em que houve maior taxa de permanência; à causa da longa permanência na SRPA. O presente estudo epidemiológico de delineamento transversal foi concebido para ser de cunho descritivo com enfoque quantitativo. A pesquisa foi realizada na Sala de Recuperação Pós-Anestésica do Instituto Dr. José Frota Fortaleza, no Estado do Ceará. Observou-se que os pacientes que apresentaram permanência além de duas horas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) do Instituto Dr. José Frota (IJF) apresentaram as seguintes características: foram predominantemente homens jovens; sendo principal causa da ocorrência que resultou em cirurgia e necessidade de longa permanência na SRPA foi acidente com motocicleta; o seguimento anatômico do corpo mais frequentemente acometido foi o crânio, seguido de membros inferiores; a procedência dos pacientes foi predominantemente da capital Fortaleza; a assistência na SRPA mediante aplicação da Escala de Aldrete e Kroulik foi praticamente inexistente; o dia da semana em que houve maior taxa de longa permanência dos pacientes foi a segunda-feira; as principais causas da longa permanência foi a ausência de leitos vagos em enfermaria e ausência de leitos vagos em Unidade de Terapia Intensiva. Conclui-se que os pacientes que apresentaram permanência além de duas horas na Sala horas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) do Instituto Dr. José Frota (IJF) apresentaram as seguintes características: foram predominantemente homens jovens; a principal causa da ocorrência que resultou em cirurgia e necessidade de longa permanência na SRPA foi acidente com motocicleta; o seguimento anatômico do corpo mais frequentemente acometido foi o crânio, seguido de membros inferiores; a procedência dos pacientes foi predominantemente da capital Fortaleza; a assistência na SRPA mediante aplicação da Escala de Aldrete e Kroulik foi praticamente inexistente; o dia da semana em que houve maior taxa de longa permanência dos pacientes foi a segunda-feira; as principais causas da longa permanência foi ausência de leitos vagos em enfermaria e ausência de leitos vagos em Unidade de Terapia Intensiva.

**Palavras-Chave:** Hospitais de emergência. Ferimentos e lesões. Cirurgia. Sala de recuperação.  
Alta do paciente.

## ABSTRACT

This study evaluated the patients in the Post Anesthetic Recovery Room of the Institute Dr. José Frota during the months of January and February 2016. The aim of this study is to assess the epidemiological profile of hospitalized patients in the post-anesthetic recovery room a tertiary care hospital of Emergência. The specific objectives consist in Evaluating a sample of patients who remained beyond two hours in the Post-Anesthetic Care Unit (PACU) Dr. José Frota Institute (IJF), as concerns: the epidemiological profile; The cause of the occurrence; The anatomical tracking of the affected body; The origin of the patients; Assistance by applying the Aldrete and Kroulik scale; The day of the week there was a higher rate sojourn; The cause of the long stay in the PACU. The present epidemiological cross-sectional study was designed to be descriptive nature with quantitative approach. The survey was conducted in the Post-Anesthetic Care Unit of Dr. José Frota Institute Fortaleza, State of Ceara. It was observed that the patients who had stay beyond two hours at room hours in the Post-Anesthetic Care Unit (PACU) Dr. José Frota Institute (IJF) had the following characteristics: predominantly were young men; It is the main cause of the occurrence that resulted in surgery and the need for long stay in the PACU was motorcycle accident; anatomical following the most commonly affected body was the skull, followed by the lower limbs; the provenance of the patients were predominantly of Fortaleza capital; assistance in the PACU by applying the Aldrete and Kroulik scale was virtually non-existent; the day of the week that there was a greater long permanência rate of patients was Monday; the main causes of long-term absence was vacant beds in the ward and absence of vacant beds in the Intensive Care Unit. We conclude that patients presenting stay beyond two hours at room hours in the Post-Anesthetic Care Unit (PACU) Dr. José Frota Institute (IJF) had the following characteristics: predominantly were young men; The main cause of the occurrence that resulted in surgery and the need for long stay in the PACU was motorcycle accident; Anatomic following the most commonly affected body was the skull, followed by the lower limbs; The provenance of the patients were predominantly of Fortaleza capital; Assistance in the PACU by applying the Aldrete and Kroulik scale was virtually non-existent; the day of the week that there was a greater long permanência rate of patients was Monday; The main causes of long-term absence was vacant beds in the ward and absence of vacant beds in the Intensive Care Unit.

**Keywords:** Hospitals, packaged. Wounds and injuries. Surgery. Recovery room. Patient discharge.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASPAN	American Society of Perianesthesia Nurses
CC	Centro Cirúrgico
IJF	Instituto Dr. José Frota
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
POI	Período Pós-operatório Imediato
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
SEH	Serviços de Emergência Hospitalar
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SOBECC	Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização
SPO2	Oxíemoglobina
SRPA	Sala de Recuperação Pós-Anestésica
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia Computadorizada
TCE	Traumatismo Cranioencefálico
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>18</b>
<b>2.1</b>	<b>Geral</b> .....	<b>18</b>
<b>2.2</b>	<b>Específicos</b> .....	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>19</b>
<b>3.1</b>	<b>Tipo de estudo</b> .....	<b>19</b>
<b>3.2</b>	<b>Local do estudo</b> .....	<b>19</b>
<b>3.3</b>	<b>Sujeitos envolvidos no estudo</b> .....	<b>19</b>
<b>3.3.1</b>	<b><i>Critérios de inclusão</i></b> .....	<b>19</b>
<b>3.3.2</b>	<b><i>Critérios de exclusão</i></b> .....	<b>20</b>
<b>3.4</b>	<b>Coleta de dados</b> .....	<b>20</b>
<b>3.5</b>	<b>Cálculo do tamanho da amostra</b> .....	<b>21</b>
<b>3.6</b>	<b>Análise estatística</b> .....	<b>21</b>
<b>3.7</b>	<b>Aspectos éticos da pesquisa</b> .....	<b>21</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>22</b>
<b>4.1</b>	<b>Fluxo diário de pacientes no SRPA do IJF</b> .....	<b>22</b>
<b>4.2</b>	<b>Perfil epidemiológico dos pacientes que permaneceram além de duas horas no SRPA, no período de 14h a 17h</b> .....	<b>22</b>
<b>4.3</b>	<b>Assistência aos pacientes na SRPA mediante aplicação da escala de aldrete e kroulik</b> .....	<b>24</b>
<b>4.4</b>	<b>Análise estatística entre as variáveis e tempo de permanência na SRPA além de 2 horas</b> .....	<b>25</b>
<b>4.5</b>	<b>Análise descritiva entre causa da ocorrência e a procedência dos pacientes admitidos na SRPA do IJF</b> .....	<b>27</b>
<b>4.6</b>	<b>Segmento do corpo operado de pacientes que permaneceram na SRPA-IJF além de 2 horas da admissão</b> .....	<b>29</b>
<b>4.7</b>	<b>Motivo da permanência além de 2 horas de pacientes admitidos na SRPA do IJF</b>	<b>31</b>
<b>4.8</b>	<b>Correlação com região anatômica do corpo acometida e necessidade de UTI</b> .....	<b>32</b>
<b>4.9</b>	<b>Lesões em crânio, causa da ocorrência, procedência e indicação de UTI</b> .....	<b>32</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>34</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>50</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>51</b>

<b>APÊNDICE A - RESOLUÇÃO CFM N° 1.802/2006.....</b>	<b>56</b>
<b>APÊNDICE B - RESOLUÇÃO CREMEC N° 44/2012 .....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO A - ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK.....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO B - QUESTIONÁRIO 1.....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO C - LONGA PERMANÊNCIA DOS PACIENTES NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA DO MAIOR HOSPITAL DE TRAUMA DO CEARÁ, AVALIAÇÃO DA CAUSA E DA ASSISTENCIA .....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO D - TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>68</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema de Saúde no Brasil presencia atualmente uma grave crise. Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com a Constituição Federal em 1988, a saúde no país passou a ser um direito de todos e dever do Estado, constituindo-se num dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Atualmente, estima-se que o SUS preste assistência a aproximadamente 75% da população, de quase 200 milhões de brasileiros. E isso fica mais evidente na área de Urgência e Emergência, com pronto socorros superlotados, muitas vezes poucos recursos diagnósticos e terapêuticos, falta de leitos para internação, equipes sem capacitação adequada tanto no pré-hospitalar quanto no intra-hospitalar, entre muitos outros problemas.

O Trauma é um problema de saúde pública no Brasil, depende-se do SUS para solucionar as consequências dessa doença. No ano de 2011, foram quase um milhão de doentes internados nos hospitais do SUS por causas externas (MASCARENHAS, 2014).

A portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011 reformula a política nacional de atenção às urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa portaria estabelece-se diretrizes da Rede de Atenção às Urgências: I – ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos; II – garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes); III – regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; IV – humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde; V – garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado; IX – monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção; XIII – regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado. A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes: I – Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; II – Atenção Básica em Saúde; III – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das

Urgências; IV – Sala de Estabilização; V – Força Nacional de Saúde do SUS; VI – Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; VII – Hospitalar; e VIII – Atenção Domiciliar. Dos componentes da rede de atenção às urgências e seus objetivos, o Componente Hospitalar é constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias (Brasil. 2011).

As portas de entrada hospitalares de urgência e emergência se constituem como serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, obstétricas e de saúde mental. As portas de entrada hospitalares de urgência e emergência estratégicas para o desenho da Rede Urgência e Emergência devem se enquadrar nos seguintes critérios: a) pertencer à unidade hospitalar estratégica para a Rede de Urgência e Emergência que seja referência regional, realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros municípios; b) contar com, no mínimo, 100 (cem) leitos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES); c) possuir habilitação em pelo menos uma das linhas de cuidado: cardiovascular, neurologia/neurocirurgia, traumato-ortopedia ou ser referência para o atendimento em pediatria (BRASIL, 2013).

Estudos inferem que há maior necessidade de inserir o tema da superlotação dos Hospitais de Urgência e Emergência na agenda das pesquisas em saúde pública no Brasil, pois é desproporcional a dimensão do problema para o pouco que se tem estudado. A solução desse problema, relacionado com a efetividade organizacional, é factível. Deve-se avançar no aprofundamento de todos os aspectos e oferecer aos envolvidos na tomada de decisão, especialmente aos gerentes dos hospitais de urgência e emergência, as melhores evidências para resolver a superlotação nessas Unidades (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

O estudo de Bittencourt e Hortale (2009) aponta que algumas mudanças estruturais e de processos já foram descritos e implementadas com resultados positivos, tais como: estabelecimento de rede de cooperação entre hospitais em situação de desvio de ambulância (ASPLIN *et al.*, 2003) implantação da regulação médica no atendimento pré-hospitalar (SHAH *et al.*, 2006); implantação de central de liberação com monitoração do status operacional dos Serviços de Emergência Hospitalar (SEH) em tempo real; monitoração em tempo real via internet do status da capacidade operacional dos SEH; implantação da unidade de pronto-atendimento; instituição da corrida de leitos no SEH e requisição de leitos hospitalares pelo SEH; implantação da unidade de atendimento a pacientes em situação crítica; implantação da

unidade de observação no SEH dos pacientes internados e pacientes aguardando definição diagnóstica ou estabilização clínica e implantação da gerência de fluxo de pacientes do SEH para os leitos de internação, podendo ser copiadas para instituições com alta demanda.

Hoje vivemos um drama na rede de saúde pública de todo o país, onde as Unidades de Emergência estão sempre lotadas, com pessoas internadas em macas, nos corredores dos hospitais, aguardando atendimento qualificado, cirurgias ou um leito.

No Brasil e no estado do Ceará, acidentes com motocicleta atualmente é um problema de saúde pública e a principal causa de superlotação em emergência de hospitais terciários especializados em trauma. O que causa grande demanda por cirurgias de urgência e emergência e superlotação na sala de recuperação, congestionando o fluxo para realização de outras cirurgias indicadas, acarretando mais lotação nos setores e corredores da emergência, nas enfermarias, quando se aguarda por uma segunda cirurgia, acarretando em lentidão na rotatividade dos leitos e retardo do tratamento definitivo dos pacientes.

O Instituto Dr. José Frota (IJF) é o maior hospital terciário de urgência e emergência do Ceará, com atendimento 24 horas para pacientes de alta complexidade. É referência nos casos de traumatologia, possui 406 leitos, incluindo 33 de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e realiza, em média, 13 mil atendimentos por mês. Cerca de 50% das pessoas atendidas são de municípios do interior e região metropolitana de Fortaleza. O Centro cirúrgico do IJF possui 11 salas operatórias, está atrelado a Sala de Recuperação Pós-Anestésica, com 12 leitos funcionantes (INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA, 2016).

Entre os meses de maio a dezembro de 2013, foram realizados 52.635 atendimentos de urgência e emergência. Dentre estes, 9.102 foram acidentes com motociclistas, 3.172 foram acidentes com veículo automotor (carros, ônibus, veículos de carga), 2.084 foram lesões por arma de fogo (INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA, 2013).

O Centro Cirúrgico do IJF possui 11 salas de cirurgias voltadas para atendimento de pacientes com cirurgias programadas e pacientes em caráter de urgência/emergência. As cirurgias programadas estão direcionadas para as seguintes especialidades: Cirurgia Geral; Plástica; Bucomaxilofacial; Traumatologia; Neurocirurgia e Vascular. Direcionado para atendimento cirúrgico de Emergência estão as especialidades: Cirurgia Geral; Plástica; Bucomaxilofacial; Neurocirurgia; Torácica; Vascular; Traumatologia; Otorrinolaringologia; Oftalmologia; Urologia; Pediatria.

Nos meses de Janeiro a Dezembro de 2013, foram realizadas 12.271 cirurgias, sendo 5.828 em caráter de emergência e 6.443 programadas. A Traumatologia é o carro chefe de todas as especialidades cirúrgicas atendidas no IJF (INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA, 2013).

O número de atendimentos de urgência e emergência e de ocorrências com indicação cirúrgica no IJF é o reflexo do crescimento da violência e ocorrências por causas externas no estado do Ceará. Sendo atendidas no ambiente hospitalar aqueles pacientes que não foram vítimas de óbito no local do agravo. Entre os meses de maio a dezembro de 2013, foram realizados 52.635 atendimentos de urgência e emergência. Dentre estes, 9.102 foram acidentes com motociclistas, 3.172 foram acidentes com veículo automotor (carros, ônibus, veículos de carga), 2.084 foram lesões por arma de fogo (INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA, 2016).

Atendendo assim os requisitos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, quanto à instalação, que deve situar-se dentro do Centro Cirúrgico, ou em suas proximidades, de modo a favorecer o transporte do paciente anestesiado, permitir o acesso rápido dos profissionais de saúde e, em casos de complicações, facilitar o encaminhamento do paciente novamente à Sala de Operação (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2002). Como também as recomendações da Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC), a quantidade de leitos da Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) deve estar de acordo com os números de Sala Operatória mais um leito, deve estar equipada com recursos materiais e equipamentos adequados, bem como possuir recursos humanos necessários à assistência pós-operatória imediata, ou seja, um técnico de enfermagem para cada três leitos e um enfermeiro para cada oito leitos de pacientes não graves (PRÁTICAS..., 2013).

Porém, nem todos os pacientes em pós-operatórios são indicados para realização de seu pós-operatório imediato e recuperação anestésica em ambiente de SRPA. Por exemplo, em casos de cirurgia de grande porte, em pacientes em extremos de idade e com doenças pré-existentes, quando há necessidade de suporte terapêutico especializado e/ou constante ou risco para a vida. Nestes casos, o período pós-operatório imediato (POI) está indicado a ser realizado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) dada a gravidade de tais pacientes (NASCIMENTO; JARDIM, 2015).

Após realização de qualquer procedimento cirúrgico sob anestesia, recomenda-se que os pacientes sejam encaminhados para uma Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA). A descrição desse ambiente existe desde 1801 na Inglaterra, um local reservado, ao lado da sala de operações, para que os pacientes cirúrgicos, em estado crítico ou recém submetidos às cirurgias de grande porte, pudessem ser observados. Contudo, as atribuições destinadas ao espaço específico denominado SRPA somente foram deliberados pela literatura em 1944 (PENICHE, 1998).

No Brasil, a obrigatoriedade desta unidade, para prestar assistência aos pacientes submetidos a qualquer procedimento anestésico-cirúrgico, só foi estabelecida por Decreto Federal em 1999. Algumas características estruturais devem ser obedecidas para atingir os propósitos desta unidade. Uma delas está relacionada à sua localização, isto é, deve estar próxima ao Centro Cirúrgico (CC) ou pertencer à planta física do Centro, pois, assim, a distância a ser percorrida com o paciente é menor, o que facilita o acesso das equipes cirúrgicas, quando necessário, e respeita-se a instabilidade orgânica do paciente decorrente da complexidade da situação. Outra questão importante, para que a Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) atinja sua finalidade, é assegurar a especificidade da equipe de profissionais, ou seja, garantir uma equipe treinada e habilitada para prestar cuidados individualizados e de alta complexidade, contribuindo com a recuperação dos pacientes, e atuando na prevenção e na detecção de complicações relacionadas ao procedimento anestésico-cirúrgico. Assim, de acordo com a RDC nº 50, de 2012, a SRPA deve pertencer à planta física do centro cirúrgico para garantir maior segurança ao paciente, facilitar o acesso da equipe médica e o retorno à Sala de Operação, quando necessário, em menor tempo possível. O número de leitos da SRPA deve ser igual ao número de salas operatórias mais um leito (SARAIVA; SOUSA, 2015).

A SRPA tem como atributo a centralização dos pacientes, após o término do procedimento anestésico cirúrgico, até que haja a estabilidade dos sinais vitais, dos reflexos protetores das vias aéreas e do retorno da consciência, a fim de que seja prevenido, diagnosticado e tratado precocemente possíveis complicações após a anestesia ou a cirurgia.

A alta da SRPA é estabelecida com segurança mediante aplicação do índice descrito por Aldrete e Kroulik (1970), modificado em 1995 (ALDRETE, 1995), que visa observar os sinais associados à estabilização hemodinâmica, adequada ventilação e respiração, tão bem como nível de consciência e motricidade, propicia a equipe multiprofissional que atua na SRPA segurança quanto à alta dos pacientes. Esta escala estabelece pontuação de 0 a 10 (Anexo A). Ao final da avaliação do paciente, é feita a soma dos escores, sendo que um total de oito a dez pontos indica que o paciente está em condições de alta da SRPA. A literatura aponta que o tempo médio de permanência dos pacientes não graves na SRPA é de aproximadamente 2 horas, tempo em que a maioria dos pacientes atinge pontuação máxima na avaliação pelo Índice de Aldrete e Kroulik (POPOV; PENICHE, 2009), sendo que este tempo pode ser reduzido em caso de pós-operatório imediato de cirurgias eletivas, ambulatoriais (WHITE *et al.*, 2003; RICE *et al.*, 2015) e pequeno porte.



Os cuidados pós-anestésicos compreendem as atividades de monitorização e assistência utilizada para manuseio do paciente após um procedimento anestésico através das diversas fases da recuperação. A recuperação inicial (estágio 1) ocorre ainda na sala de cirurgia, quando o objetivo primordial é o reestabelecimento da atividade e dos reflexos respiratórios, da estabilidade cardiovascular e da força muscular. Na segunda fase (estágio 2) do SRPA, o paciente deverá ser observado sob monitorização clínica e instrumental, quando os mesmos parâmetros são adicionados ao nível de consciência. Pacientes submetidos a bloqueios neuroaxiais permanecem na SRPA até que o bloqueio simpático se dissipe. É nesta fase que a dor pós-operatória, a ocorrência de náuseas e vômitos, de calafrios, de retenção urinária, de sangramentos anormais adquire um papel fundamental, porque seu tratamento implica em maior conforto e segurança para o paciente. Pacientes submetidos a cirurgias em regime ambulatorial passam por uma terceira fase (estágio 3) ainda na SRPA ou em ambiente próprio de uma unidade de cirurgia ambulatorial, onde são assegurados a capacidade de deambular, de micção espontânea, de tolerar líquidos por via oral e de ter as náuseas, vômitos controlados por medicação oral.

A Sociedade Americana de Anestesiologia publicou algumas diretrizes práticas para o cuidado pós-operatório, os quais constam a seguir:

- a) A SRPA deve possuir equipamentos para a reanimação cardiovascular;
- b) Deve haver um anesthesiologista à disposição para o tratamento de intercorrências na SRPA;
- c) Monitorização de rotina para os seguintes parâmetros: frequência respiratória, patência das vias aéreas, saturação periférica da oxihemoglobina (Sp O<sub>2</sub>), frequência cardíaca, pressão arterial (PA), função neuromuscular por exame clínico, estado mental, dor, náuseas e vômitos;
- d) Pacientes selecionados por fatores de risco ou pelo quadro clínico, monitorização com cardioscópio, função neuromuscular por estimulador de nervo periférico, temperatura, débito urinário, débito de drenos e sondas e/ou sangramentos pós-operatórios;
- e) O antiemético deve ser utilizado para profilaxia de náuseas e vômitos em pacientes selecionados, segundo fator de risco;
- f) A oxigenoterapia deve ser utilizada em pacientes selecionados por fatores de risco de hipoxemia ou seu tratamento;
- g) O dispositivo de aquecimento ativo deve ser utilizado para profilaxia e tratamento de hipotermia;

- h) Os calafrios devem ser tratados rotineiramente;
- i) O período de observação pós-anestésica deve ser individualizado de acordo com a magnitude do risco de depressão cardiorrespiratória, de tal forma que um período mínimo de permanência na SRPA não é justificado;
- j) Os pacientes ambulatoriais somente devem deixar o hospital acompanhados por um adulto responsável e após receber por escrito quanto aos cuidados pós-anestésicos e as formas de contato com o hospital em casos de complicações.

Assim, é importante citar também a lei nº 1802/2006, do Conselho Federal de Medicina, que dispõe sobre a prática do ato anestésico. Nesta resolução, o Conselho Federal de Medicina considerou alguns princípios fundamentais do exercício da medicina contidos no código de ética médica; o proposto pela Câmara Técnica Conjunta do Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Sociedade Brasileira de Anestesiologia, nomeada pela Portaria CFM nº 62/05; e a necessidade de atualização e modernização da prática do ato anestésico. Esta lei garante maior segurança ao ato anestésico e aos pacientes, no sentido de orientar todos os especialistas sobre a realização de uma avaliação pré-anestésica, em consulta médica, antes da admissão de pacientes para procedimentos eletivos (Apêndice 1).

A Resolução CREMEC nº 44/2012 de 01 de outubro de 2012 define e regulamenta as atividades da Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA). Pelo entendimento desta resolução, o paciente que necessita de procedimento cirúrgico de urgência deve ser atendido. Impõe-se a assistência pós-anestésica e pós-cirúrgica do paciente no local onde foi realizado o procedimento médico, na sala de recuperação pós-anestésica, ou no centro (unidade) de terapia intensiva, conforme o caso (Apêndice 2).

No Instituto Dr. José Frota, maior hospital terciário em referência para trauma no estado do Ceará, há um Centro Cirúrgico com 11 salas operatórias, ao lado, uma sala de Recuperação com 12 leitos cadastrados. O padrão de recursos humanos é: um médico, duas enfermeiras, oito técnicos de enfermagem por plantão de 12hs, diurnos e noturnos e uma fisioterapeuta por plantão diurno. Aos finais de semana não há atendimento fisioterápico. Os critérios de alta da SRPA são: retorno ao estado de consciência dos pacientes, presença de motricidade dos membros e leito vago em enfermarias para que se dê destino ao paciente. Observa-se longa permanência de alguns pacientes na SRPA. O objetivo deste projeto de pesquisa é saber quais os motivos da longa permanência dos pacientes na SRPA do IJF. Desta forma, postulou-se como hipóteses: superlotação no IJF por baixa resolutividade nos hospitais terciários de referência das outras macrorregiões com casos complexos necessitando de mais

de um procedimento cirúrgico; pequeno número de salas de cirurgia; pequena quantidade de leitos na SRPA; baixa quantidade de leitos de UTI e leitos na enfermaria para atender a demanda do Hospital; ausência de um protocolo padronizado de condutas médicas/enfermagem na SRPA.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Geral

- Avaliação do perfil epidemiológico dos pacientes internados na Sala de Recuperação Pós-anestésica de um Hospital Terciário de Emergência.

### 2.2 Específicos

- Avaliação de uma amostragem de pacientes que permaneceram além de duas horas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) do Instituto Dr. José Frota (IJF) no que consiste:
  - Ao perfil epidemiológico;
  - À causa da ocorrência;
  - Ao seguimento anatômico do corpo acometido;
  - À procedência dos pacientes;
  - À assistência mediante aplicação da Escala de Aldrete e Kroulik;
  - O dia da semana em que houve maior taxa de permanência;
  - À causa da longa permanência na SRPA.

## **3 MÉTODO**

### **3.1 Tipo de estudo**

O presente estudo epidemiológico de delineamento transversal foi concebido para ser de cunho descritivo com enfoque quantitativo.

### **3.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado no Instituto José Frota (IJF), caracterizado como sendo o maior hospital terciário de urgência e emergência do Ceará, com atendimento 24 horas. O hospital é referência nos casos de traumatologia, possui 406 leitos, incluindo 33 de Unidade de Terapia Intensiva (UTI); realiza em média 13 mil atendimentos por mês. Cerca de 50% dos pacientes são provenientes do interior e da região metropolitana de Fortaleza. O Centro cirúrgico do IJF possui 11 salas operatórias estando atreladas à Sala de Recuperação Pós-Anestésica, com 12 leitos.

A pesquisa foi realizada na Sala de Recuperação Pós-Anestésica do Instituto Dr. José Frota Fortaleza, no Estado do Ceará, no período de 04 de janeiro a 28 de fevereiro de 2016. Os dados foram coletados todos os dias da semana, durante 57 dias, no horário de 14h às 17h.

### **3.3 Sujeitos envolvidos no estudo**

Foram incluídos no estudo todos os pacientes admitidos na SRPA de 4 janeiro a 28 de fevereiro. Àqueles com idade maior do que 18 anos e permanência maior do que duas horas durante o período de 14h às 17h foram aplicados questionários.

#### ***3.3.1 Critérios de inclusão***

Todos os pacientes internados na SRPA que estiveram durante o período do estudo, como universo geral e pacientes com idade acima de 18 anos que se encontravam nesse ambiente, por um período de duração maior que 2 horas após o procedimento anestésico cirúrgico, foram inclusos.

### **3.3.2 Critérios de exclusão**

Foram excluídos apenas para efeito de aplicação dos questionários pacientes com idade menor do que 18 anos, que permaneceram na Sala de Recuperação durante o período de coleta de dados nos horários de 14h às 17h.

### **3.4 Coleta de dados**

Os dados foram coletados a partir de dois questionários, exemplificados a seguir e presentes nos anexos.

Questionário 1 (Anexo B) – Este questionário foi preenchido diariamente, nele foram descritos – durante o período de coleta de dados, programado para 04 de janeiro a 28 de fevereiro de 2016 – a data, o número de pacientes admitidos nas últimas 24h na SRPA, o número de pacientes que receberam alta da SRPA nas últimas 24 h, o número de pacientes que foram a óbitos na referida unidade nas últimas 24 horas e o número de pacientes com diagnóstico de morte encefálica nas 24hs anteriores à coleta de dados no período proposto. Esses dados foram obtidos mediante informações contidas nos livros de registro de enfermagem, onde é norma da Instituição se descrever o senso diário da Unidade e as intercorrências a cada 12hs.

Questionário 2 (Anexo C) – Neste questionário, aplicado aos pacientes acima de 18h, no horário de 14h às 17h, no período de 04 de janeiro a 28 de fevereiro de 2016, continham as seguintes informações: data da coleta dos dados; iniciais do paciente; número do prontuário; idade; sexo; procedência; data e hora de admissão na SRPA; dia da semana; causa da ocorrência, se acidente com motocicleta, veículo automotor, arma de fogo ou outros; segmento do corpo em que foi realizada a cirurgia, se crânio, pescoço, tórax, abdômen, pelve, coluna vertebral, membro superior direito (braço, antebraço, mão); membro superior esquerdo (braço, antebraço, mão), abdômen, membro inferior direito (fêmur, tíbia, pé); membro inferior esquerdo (fêmur, tíbia, pé); se foi realizado índice de aldrete modificada após 2 horas do término da cirurgia; se sim, qual o valor do índice de aldrete-kroulik; data da alta SRPA; hora da alta SRPA; período de tempo de permanência na SRPA em horas; motivo da longa permanência na SRPA (> 2 horas), se falta de leito na enfermaria, se paciente não atingiu índice de aldrete-kroulik > 8, se paciente grave, aguarda leito em UTI; aguarda parecer de outra especialidade; se ausência da evolução e/ou prescrição de enfermagem, se ausência da evolução e ou prescrição do médico plantonista da SRPA, se o paciente foi a óbito na SRPA, se aguarda realização de cirurgia subsequente.

O motivo de se decidir coletar os dados diariamente, no período compreendido entre 14h e 17h se deu por se observar que o maior congestionamento na SRPA se estabelecia neste espaço de tempo.

### **3.5 Cálculo do tamanho da amostra**

Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizado o software do Laboratório de Epidemiologia e Estatística (LABORATÓRIO DE EPIDEMIOLOGIA E ESTATÍSTICA, 2016), que instrui sobre o tamanho de amostra para pesquisa em ciências da saúde.

Com base em estatísticas conhecidas da Sala de Recuperação Pós-Anestésica, para o cálculo do tamanho amostral foi considerado que são admitidos na SRPA 1.000 pacientes por mês, levando em conta um erro amostral de 5%, com nível de confiança 95%, com distribuição da população mais homogênea (80/20), o cálculo indicado para a amostra foi de 198 pacientes numa coleta de dados ininterrupta de 30 dias.

### **3.6 Análise estatística**

A análise dos dados desse projeto foi realizada de forma descritiva, com exposição de médias, medianas, desvio padrão e percentis.

Foi realizada teste de normalidade para o tempo de permanência na SRPA, evidenciou-se que o mesmo não segue distribuição normal.

Os resultados descritivos foram apresentados em tabelas e gráficos.

Para a comparação dos grupos nas variáveis foram utilizados o teste de Mann Whitney, Kruskal-Wallis e Qui Quadrado de Pearson. Fixou-se o nível de significância de 5%.

Os dados foram processados no SPSS 20, licença nº 101131007.

### **3.7 Aspectos éticos da pesquisa**

O presente projeto de pesquisa foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (PROPESQ-5054), segundo as normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos do Conselho Nacional de Saúde.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 Fluxo diário de pacientes na SRPA do IJF

Quanto ao fluxo de pacientes a cada 24 horas, na Sala de Recuperação Pós-Anestésica do Instituto Dr. José Frota, no período de 57 dias, entre janeiro e fevereiro de 2016, a Tabela 1 mostra que nem todos os pacientes obtiveram alta no período de 24 horas. Sabendo que o tempo de permanência estimado em uma SRPA deveria ser no máximo de 2 horas.

Tabela 1– Dados descritivos do fluxo de pacientes na Sala de Recuperação Pós-Anestésica do Instituto Dr. José Frota no período de 57 dias, janeiro e fevereiro de 2016

	n	Média	Desvio Padrão
Total de pacientes admitidos	1.623		
Total de pacientes que tiveram alta	1.471		
Total de óbitos	17		
Diagnóstico de morte encefálico	1		
Pacientes admitidos/dia		28,4	11,2
Pacientes que tiveram alta/dia		25,8	9,3

Fonte: Elaborada pelo autor.

Foram admitidos no período estudado um total 1.623, entre eles tiveram alta da SRPA nesse período 1.471 em um espaço de 24 horas, sendo que 9,3% dos pacientes admitidos permaneceram mais do que um dia na SRPA, no período de 57 dias do estudo.

### 4.2 Perfil epidemiológico dos pacientes que permaneceram além de duas horas na SRPA, no período de 14h às 17h

Foram avaliados 277 pacientes de um universo de 1.623 que passaram pela Sala de Recuperação Pós-Anestésica do Instituto Dr. José Frota, e não tiveram alta após duas horas de admissão, durante o período de 57 dias, entre os meses de janeiro e fevereiro de 2016. Os dados demográficos referentes a essa amostragem de 277 pacientes estão apresentados na Tabela 2.



Tabela 2 – Dados demográficos dos pacientes que permaneceram além de 2 horas na SRPA, durante o período de 14hs às 17hs, nos meses de janeiro e fevereiro de 2016

	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total (n = 277)	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
IDADE	45,0	18,2	37,3	15,6	38,9	16,7
n (%)	49 (21,58)		178 (78,42)			

Fonte: Elaborada pelo autor.

Demonstra-se uma forte prevalência de homens que permaneceram além de duas horas na SRPA. Observa-se que a idade média dos homens foi inferior à idade média das mulheres, sendo a idade média dos homens 37,3 anos.

Tabela 3 – Frequência do dia da semana e a frequência da causa da ocorrência de pacientes que permaneceram além de 2 horas na SRPA, durante o período de 14h às 17h, durante os meses de janeiro e fevereiro de 2016

		n	(%)
DIA DA SEMANA	DOMINGO	45	(16,91)
	SEGUNDA	57	(21,42)
	TERÇA	38	(14,28)
	QUARTA	42	(15,79)
	QUINTA	33	(12,41)
	SEXTA	18	(6,77)
	SÁBADO	33	(12,41)
CAUSA DA OCORRÊNCIA	Moto	117	(42,2)
	Carro	17	(6,1)
	Arma de Fogo	42	(15,2)
	Outros	101	(36,5)

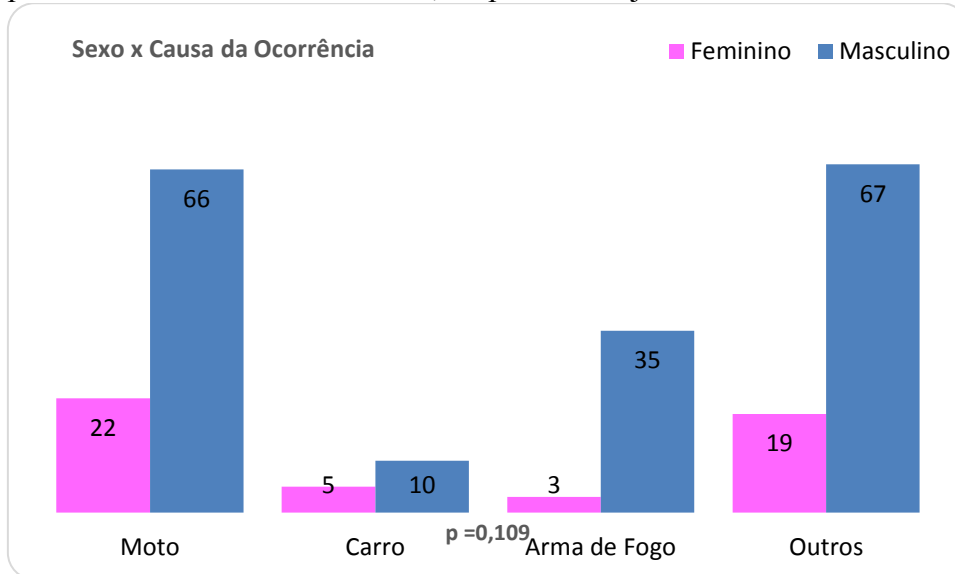
Fonte: Elaborada pelo autor.

Observa-se que o dia da semana em que maior número de pacientes permaneceram além de 2 horas na SRPA foi a segunda-feira.

Lesões cirúrgicas oriundas de acidentes de motocicleta foi identificada como a principal causa de ocorrência dos pacientes que permaneceram na SRPA do IJF além de 2 horas.

O gráfico 1 faz correlação com o sexo e o tipo da ocorrência por causas externas.

Gráfico 1 – Causa da ocorrência que resultou em cirurgia e assistência em SRPA do IJF, com permanência além de 2h e o sexo, no período de janeiro a fevereiro de 2016



Fonte: Elaborado pelo autor.

Observa-se que o sexo masculino foi o predominantemente acometido em todos os tipos de ocorrências por causas externas quando se compara ao sexo feminino, porém não foi estatisticamente significativo ( $P = 0,109$ ). No sexo feminino, a principal causa de ocorrência que resultou na permanência além de 2 horas na SRPA foram os acidentes com motocicletas.

#### 4.3 Assistência aos pacientes na SRPA mediante aplicação da escala de aldrete e kroulik

A Tabela 4 representa a sistemática de assistência aos pacientes na SRPA do IJF, que seria a aplicação da escala de Aldete e Kroulik.

Tabela 4 – Aplicação do Índice de Aldrete-Kroulik e tempo de permanência de pacientes que estiveram além de 2 horas na SRPA, durante o período de 14h às 17h, durante os meses de janeiro e fevereiro de 2016

	n	(%)	média	desvio padrão
FOI REALIZADO ÍNDICE DE ALDRETE NÃO MODIFICADA APÓS 2 HORAS DO TERMINO DA CIRURGIA?	275	(99,3)		
	2	(0,7)		
PERÍODO DE TEMPO DE PERMANÊNCIA NA SR? (EM HORAS)			29	53

Fonte: Elaborada pelo autor.

Observa-se que não foi aplicado Índice de Aldrete e Kroulik em 99,3% do total dos pacientes estudados.

Observa-se, ainda, que o tempo médio de permanência desses pacientes que permaneceram na SRPA além de 2 horas foi de 29 horas, no entanto com elevado desvio padrão.

#### 4.4 Análise estatística entre as variáveis e o tempo de permanência na SRPA além de 2 horas

Tabela 5 – Comparação entre as variáveis e o tempo de permanência na SRPA além de 2 horas

		TEMPO DE PERMANÊNCIA NA SRPA (EM HORAS)					
		Média	Desvio padrão	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	P
Sexo	F	26	25	21	5	44	0,564
	M	31	60	16	6	24	
Procedência	Fortaleza	39	69	17	6	31	0,016
	Outros	17	19	12	5	21	
CAUSA DA OCORRÊNCIA	Moto	22	27	13	5	24	0,283
	Carro	33	60	15	3	48	
	Arma de Fogo	56	102	16	12	28	
	Outros	24	44	16	5	24	

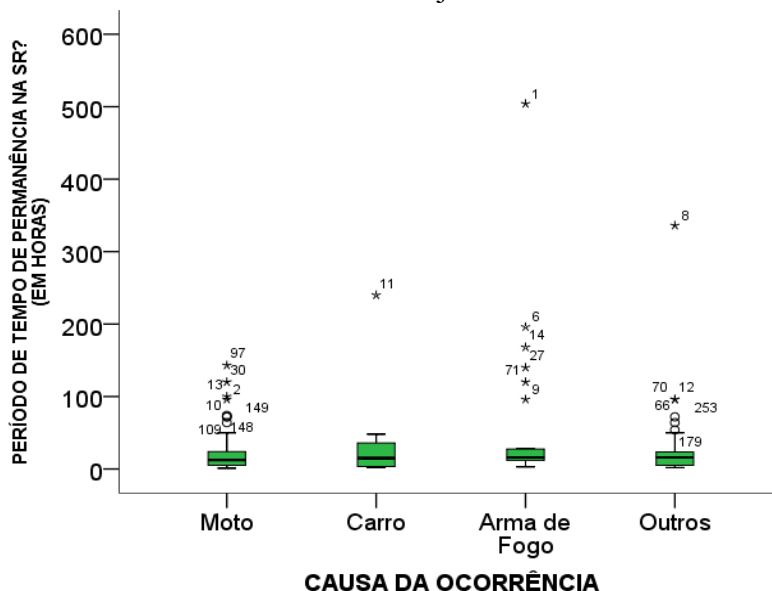
Dia da Semana	DOMINGO	30	37	15	7	27	0,003
QUARTA	14	11	11	5	22		
QUINTA	9	7	5	3	15		
SÁBADO	20	20	15	4	28		
SEGUNDA	52	89	20	12	48		
SEXTA	20	17	19	4	23		
TERÇA	23	33	6	5	24		

\*Teste U de Mann-Whitney  
 Fonte: Elaborada pelo autor.

Na tabela acima, foi analisado o tempo de permanência da SRPA para cada variável, bem como se havia diferença estatística entre elas no que se refere: Sexo, Procedência, Causa da Ocorrência, Dia da Semana. Para a tal foi utilizado na parte de descritiva a média  $\pm$  desvio padrão, a mediana, percentil 25 e percentil 75. Na comparação entre os grupos, o teste utilizado foi o Teste U de Mann-Whitney, com o nível de significância de 5%.

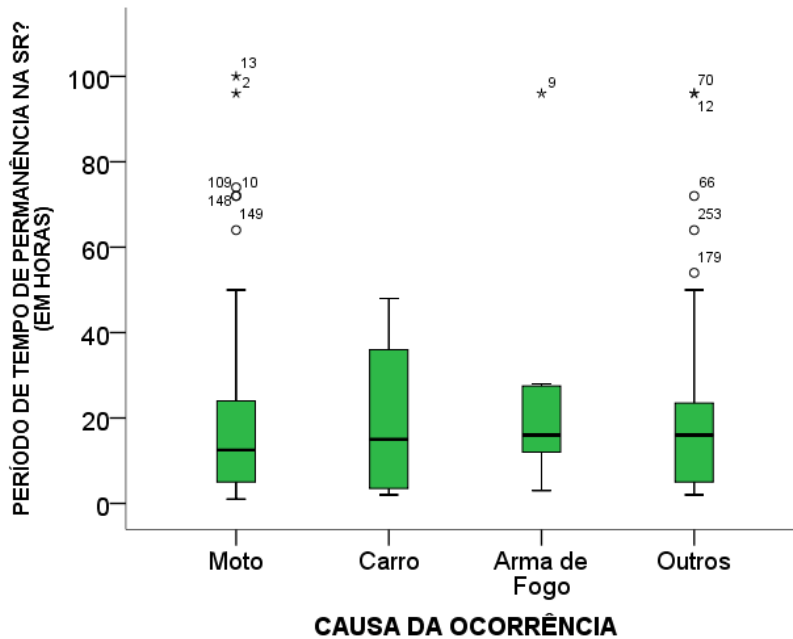
Observa-se que os pacientes procedentes de Fortaleza permanecem por mais tempo na SRPA (39 horas em média), tão bem como aqueles que foram admitidos no dia de segunda-feira.

Gráfico 2 – Tempo de permanência em horas dos pacientes além de 2 horas na SRPA e causa da ocorrência durante os meses de janeiro e fevereiro de 2016



Fonte: Elaborado pelo autor.

Gráfico 3 – Tempo de permanência em horas dos pacientes além de 2 horas na SRPA e causa da ocorrência durante os meses de janeiro e fevereiro de 2016 (excluindo os três pacientes que permaneceram acima de 200 horas)



Fonte: Elaborado pelo autor.

Os gráficos representam o tempo de permanência dentre o grupo são iguais, porém em escalas diferentes. O Gráfico 1 evidencia os *box-plots*, devido ao grande número de *outlier* possuem uma má visualização. No Gráfico 2, a escala foi alterada, tornando a visualização mais limpa em detrimento da observação do *outlier*. Realizando o teste U de Mann-Whitney, para checar se havia ou não diferença no tempo de permanência na SRPA devido às diferentes causas das ocorrências, não foi detectada diferença estatisticamente significativa, ( $p = 0,283$ ), entre os tipos de causas.

#### 4.5 Análise descritiva entre causa da ocorrência e a procedência dos pacientes admitidos na SRPA do IJF

Tabela 6 – Análise descritiva da procedência dos pacientes e causa da ocorrência

		Procedência			
		Fortaleza		Outros	
		N % da		N % da	
		Contagem	linha	Contagem	linha
CAUSA DA OCORRÊNCIA	Moto	65	55,6%	52	44,4%
	Carro	11	64,7%	6	35,3%

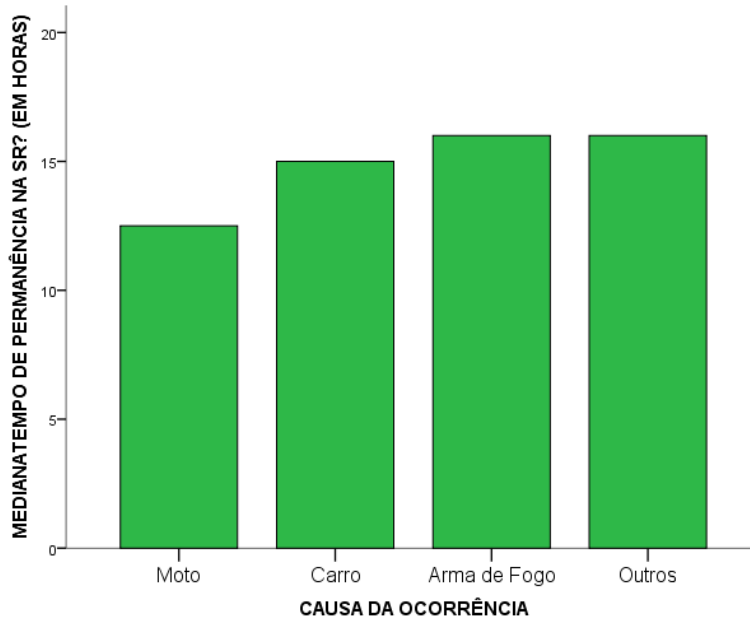
Arma de Fogo	31	73,8%	11	26,2%
Outros	53	52,5%	48	47,5%
TOTAL	160		117	

Fonte: Elaborada pelo autor.

Observa-se que a maioria dos pacientes que tiveram longa permanência na SRPA foram procedentes da capital do estado do Ceará.

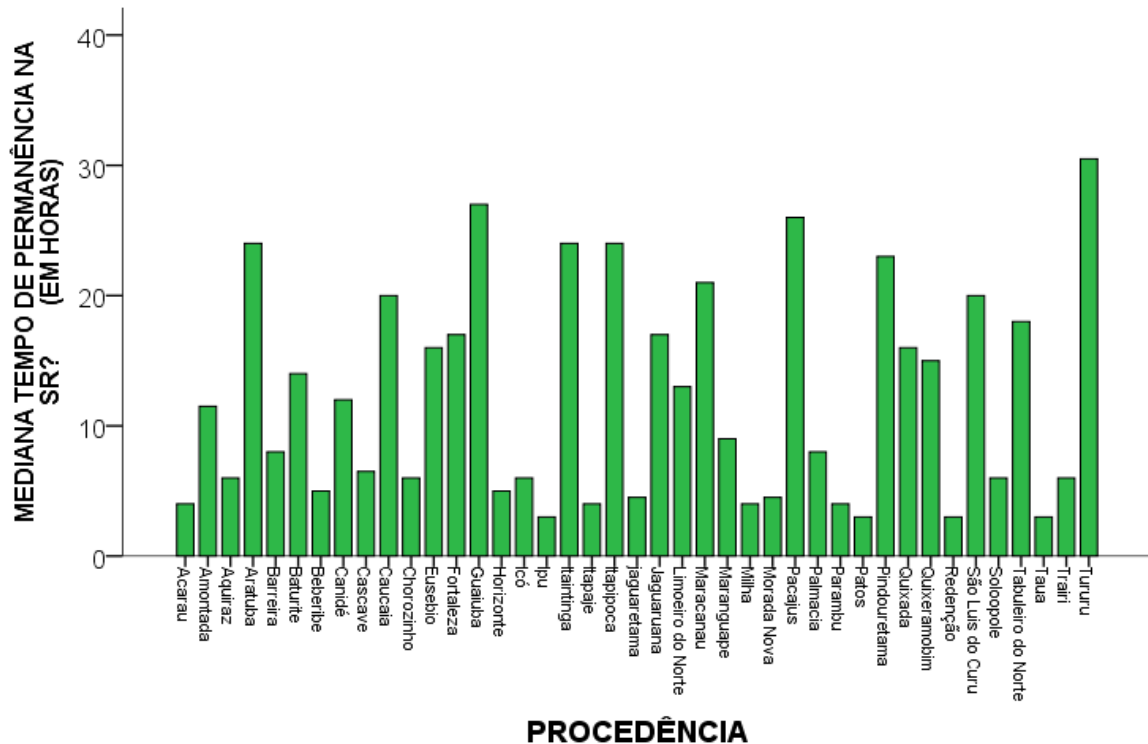
Os gráficos 3 e 4 representam as medianas do tempo de permanência na SRPA dos subgrupos de pacientes procedentes de Fortaleza e de outros municípios do estado do Ceará.

Gráfico 4 – Mediana do tempo de permanência na SRPA, e causa da ocorrência durante o período de janeiro a fevereiro de 2016



Fonte: Elaborado pelo autor.

Gráfico 5 – Mediana do tempo de permanência na SRPA de pacientes procedentes de outros municípios, durante o período de janeiro a fevereiro de 2016

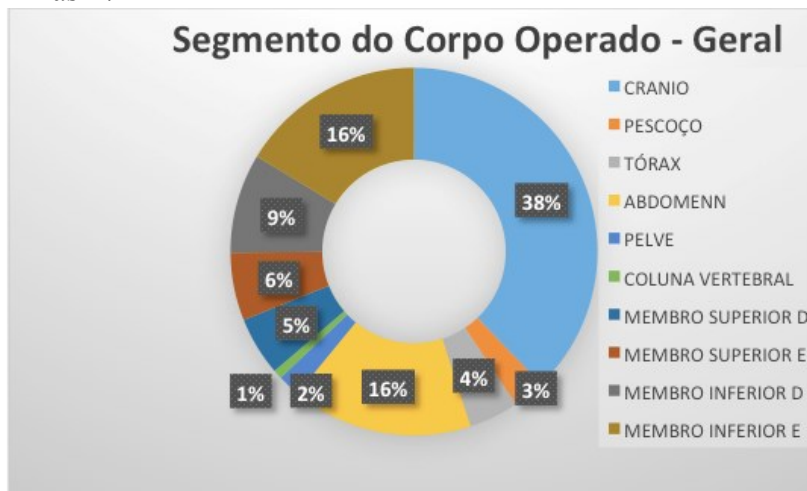


Fonte: Elaborado pelo autor.

#### 4.6 Segmento do corpo operado de pacientes que permaneceram na SRPA-IJF além de 2 horas da admissão

Os gráficos a seguir mostram o tipo de segmento do corpo operado de pacientes que permaneceram mais de 2 horas na SRPA do IJF. O gráfico 6 demonstra a porcentagem diante da amostra geral, 277 pacientes estudados no período compreendido entre janeiro e fevereiro de 2016. O gráfico 7 demonstra a estratificação da parte do corpo acometida apenas de pacientes procedentes do município de Fortaleza e o gráfico 8 mostra essas mesmas características de pacientes procedentes de outros municípios.

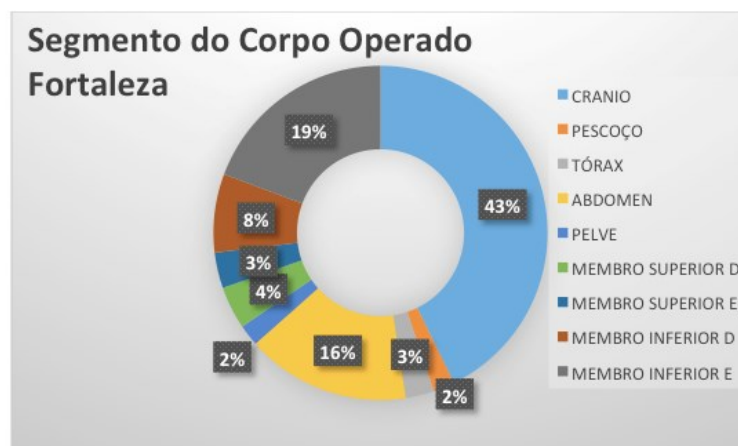
Gráfico 6 – Segmento do corpo acometida de pacientes que permaneceram na SRPA do IJF além de 2 horas, no período de janeiro a fevereiro de 2016, avaliados no intervalo de tempo de 14h às 17h



Fonte: Elaborado pelo autor.

No geral as principais lesões dos pacientes que permaneceram por tempo prolongado na SRPA foram as lesões de crânio, seguido de membro inferior e lesões em abdômen.

Gráfico 7 – Parte do corpo acometida de pacientes procedentes do município de Fortaleza, que permaneceram na SRPA do IJF além de 2 horas, no período de janeiro a fevereiro de 2016, avaliados no intervalo de tempo de 14h às 17h

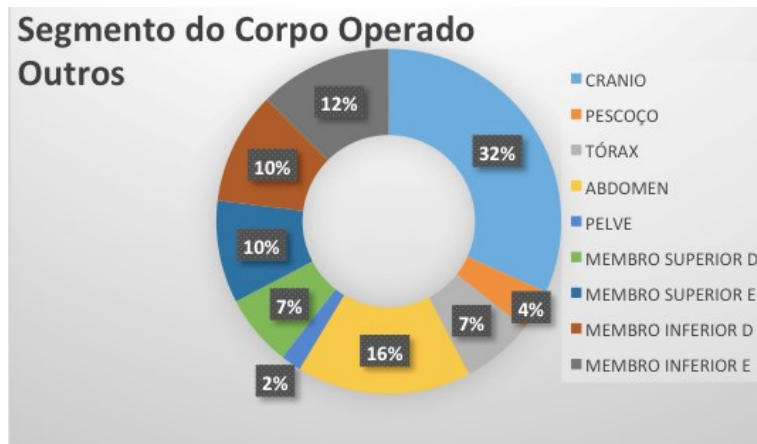


Fonte: Elaborado pelo autor.

Os pacientes procedentes de Fortaleza que permaneceram tempo prolongado na SRPA foram predominantemente acometidos por lesões de crânio, membro inferior, seguido de lesões no abdômen.



Gráfico 8 – Parte do corpo acometida de pacientes procedentes de outros municípios, diferentes de Fortaleza, que permaneceram na SRPA do IJF além de 2 horas, no período de janeiro a fevereiro de 2016, avaliados no intervalo de tempo de 14h às 17h



Fonte: Elaborado pelo autor.

Semelhante ao município de Fortaleza, os outros municípios também tiveram predominância de pacientes com lesões em crânio, seguido de abdômen e membro inferior.

#### 4.7 Motivo da permanência além de 2 horas de pacientes admitidos na SRPA do IJF

A Tabela 6 demonstra a causa da permanência dos pacientes na SRPA além de 2 horas.

Tabela 7 – Causas da permanência dos pacientes na SRPA além de 2 horas

	Frequência	%
• AGUARDA PARECER DE OUTRA ESPECIALIDADE	7	2,5
• AUSÊNCIA DA EVOLUÇÃO E/OU PRESCRIÇÃO DO MÉDICO PLANTONISTA DA SRPA	4	1,4
• FALTA DE LEITO NA ENFERMARIA	131	47,5
• GRAVE, AGUARDA LEITO EM UTI	101	36,6
• PACIENTE NÃO ATINGIU ÍNDICE DE ALDRETE-KROULIK > 8	18	6,5
• IGNORADO	16	5,4
Total	277	100,0

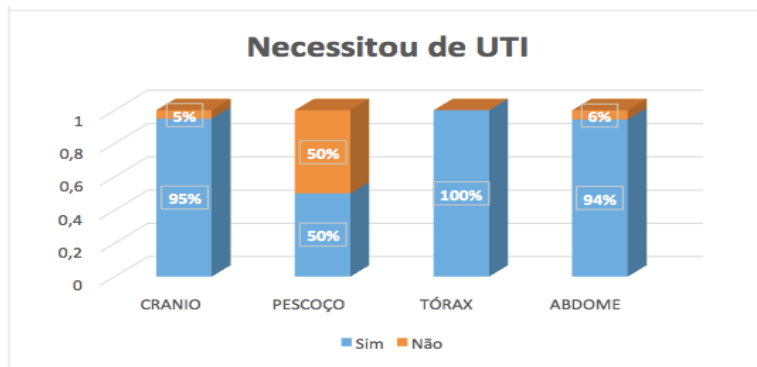
Fonte: Elaborada pelo autor.

Na tabela acima está demonstrada a causa da longa permanência na SRPA. A principal causa é falta de leito vago na enfermaria para transferência da Unidade, a segunda causa é carência de leitos vagos na Unidade de Terapia Intensiva.

#### 4.8 Correlação com região anatômica do corpo acometida e necessidade de UTI

O gráfico 9 demonstra a região anatômica do corpo acometida de pacientes que permaneceram mais de 2 horas na SRPA do IJF e a indicação de Unidade de Terapia Intensiva.

Gráfico 9 – Região do corpo acometida de pacientes que permaneceram na SRPA do IJF além de 2 horas, no período de janeiro a fevereiro de 2016, avaliados no intervalo de tempo de 14h às 17h



Fonte: Elaborado pelo autor.

Pode-se observar que as lesões de tórax, crânio, abdômen e pescoço foram as que mais tiveram indicação de cuidados em UTI, encontrando-se esses pacientes na SRPA.

#### 4.9 Lesões em crânio, causa da ocorrência, procedência e indicação de UTI

Tabela 8 – Pacientes com lesões em crânio, em decorrência de acidentes com motocicleta, procedência e indicação de UTI, daqueles que permaneceram mais de 2 horas na SRPA do IJF e a indicação de Unidade de Terapia Intensiva.

Moto (lesões em crânio)

		Procedência	
		Fortaleza	Outros
Necessitou de UTI	Não utilizou UTI	7	13
	Utilizou UTI	15	9

Teste Qui Quadrado de Pearson ( $p = 0,06928$ )

Fonte: Elaborada pelo autor.

Observa-se que a maioria dos pacientes com lesões de crânio, em decorrência de acidentes com motocicleta, procedentes do interior do estado do Ceará, necessitaram de UTI.

Tabela 9 – Pacientes com lesões em crânio, em decorrência de ferimento por arma de fogo, procedência e indicação de UTI, daqueles permaneceram mais de 2 horas na SRPA do IJF e a indicação de Unidade de Terapia Intensiva.

Arma de Fogo (lesões em crânio)

		Procedência	
		Fortaleza	Outros
Necessitou de UTI	Não utilizou UTI	4	0
	Utilizou UTI	12	1

Teste Qui Quadrado de Pearson  $p = 0,5675$

Fonte: Elaborada pelo autor.

Observa-se que a maioria dos pacientes com lesões de crânio em decorrência de ferimento por arma de fogo foram procedentes de Fortaleza, e que a maioria não teve indicação de UTI.

## 5 DISCUSSÃO

O estudo em questão avaliou os pacientes internados na Sala de Recuperação Pós Anestésica do Instituto Dr. José Frota durante os meses de janeiro e fevereiro de 2016.

Observou-se que os pacientes que apresentaram permanência além de duas horas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) do Instituto Dr. José Frota (IJF) apresentaram as seguintes características: Foram predominantemente homens jovens, sendo a principal causa da ocorrência que resultou em cirurgia e necessidade de longa permanência na SRPA acidente com motocicleta; o seguimento anatômico do corpo mais frequentemente acometido foi o crânio, seguido de membros inferiores; a procedência dos pacientes foi predominantemente da capital Fortaleza; a assistência na SRPA mediante aplicação da Escala de Aldrete e Kroulik foi praticamente inexistente; o dia da semana em que houve maior taxa de longa permanência dos pacientes foi a segunda-feira; as principais causas da longa permanência foi ausência de leitos vagos em enfermaria e ausência de leitos vagos em Unidade de Terapia Intensiva.

No presente estudo, observou-se que os pacientes que se encontraram em longa permanência na SRPA do IJF foram predominantemente homens jovens. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o período de 2002-2020 indicam aumento na mortalidade por causas externas, especificamente em decorrência de acidentes de trânsito e violências (MATHERS, 2006). Os acidentes e violências causam grandes custos para o setor de Saúde e a economia de diversos países (KRUG *et al.*, 2002; PEDEN *et al.*, 2004). No ano de 2011, no Brasil, as causas externas representaram 8,6% do total de internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com valor total pago de R\$ 1,02 bilhões. As estimativas do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) mostram que os custos indiretos e danos à economia são ainda maiores, se considerados os prejuízos econômicos decorrentes da ausência no trabalho, da perda de produtividade e de impactos sociais e psicológicos de difícil mensuração (CERQUEIRA *et al.*, 2007).

Segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), as causas externas [referentes ao capítulo XX – Causas externas de morbidade e mortalidade –, da 10a. Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), foram responsáveis por 12,5% dos óbitos no Brasil em 2000 e por 12,9% em 2010. Esses agravos representaram a terceira causa de morte entre crianças de zero a 9 anos de idade, ocupando a primeira posição na população de jovens e adultos (10 a 39 anos) e decrescendo para a sexta posição entre os idosos (60 ou mais anos de idade) (BRASIL, 2011).

As internações por causas externas em hospitais públicos ou conveniados ao SUS representam 70 a 80% do total de internações por essas causas no país. Segundo o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), no ano de 2011 foram notificadas 929.893 internações hospitalares por causas externas nos serviços financiados pelo SUS; a taxa de internação hospitalar por causas externas foi de 50,4 por 10 mil habitantes, sendo a taxa de internação entre os homens 2,5 vezes a estimada entre as mulheres (BRASIL, 2012).

As lesões decorrentes de causas externas são responsáveis pela morte de mais de cinco milhões de pessoas em todo o mundo a cada ano (KRUG, 1999). As mortes por lesões consideradas acidentais resultam de colisões no trânsito, afogamentos, envenenamentos, quedas e queimaduras, enquanto as mortes por violência incluem agressões interpessoais, violência auto infligida (suicídio) e atos de guerra ou conflitos civis. As vítimas, comumente, têm sequelas permanentes ou não, que podem levar à incapacidade para o trabalho e/ou outras atividades rotineiras, absenteísmo, custos com o pagamento de pensões e de tratamentos de saúde, o que torna esses agravos um importante problema de Saúde Pública (BRASIL, 2012).

No ano de 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) com o objetivo de analisar a tendência das violências e acidentes e descrever o perfil desses atendimentos nas portas de entrada de urgência e emergência. Usando a ferramenta VIVA, um estudo foi realizado em 2011 com o objetivo de descrever o perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços selecionados de urgência e emergência do SUS, tratou-se de estudo transversal, realizado em 71 serviços de urgência e emergência no âmbito do SUS, localizados no Distrito Federal e em 24 capitais brasileiras. O referido VIVA Inquérito abrangeu 47.495 atendimentos, dos quais 90,4% devidos a causas acidentais e 9,6% classificados como eventos resultantes de violência. Os indivíduos do sexo masculino representaram a maior proporção entre os atendimentos: de 64,2% dos atendidos por acidentes a 70,4% dos atendidos por envolvimento em atos de violência. Entre os atendimentos por acidentes, a faixa etária mais frequente foi a de 20 a 39 anos (39,3%), seguida da faixa etária de 40 a 59 anos (18,8%) (NEVES *et al.*, 2013). Corroborando com os dados demográficos dos pacientes em pós-operatório na Sala de Recuperação Pós Anestésica encontrados no presente estudo.

Observamos no presente estudo que o dia da semana em que maior número de pacientes permaneceu além de 2 horas na SRPA foi a segunda-feira, pois os pacientes admitidos no final de semana na SRPA não recebem alta da mesma, permanecendo lá (NEVES *et al.*, 2013). Observaram que houve maior frequência de atendimentos principalmente no sábado e no domingo, quando as proporções de atendimentos por violência superaram as proporções de

atendimentos por causas acidentais. Porém, durante o período de segunda a sexta-feira, a frequência de atendimentos por eventos acidentais foi superior à frequência observada para os atendimentos resultantes de violências. Os autores descreveram que os tipos de ocorrência mais frequentes nos serviços de urgência e emergência foram as quedas (30,9%), seguidas por acidentes de transporte (26,1%), agressões (8,4%), choque contra objetos e pessoas (6,5%), ferimento por objeto perfuro cortante (5,6%), entorse (4,7%) e corpo estranho (4,5%). Outros acidentes (sufocação, afogamento, envenenamento e intoxicação, ferimento por arma de fogo, acidentes com animais, quedas de objetos sobre pessoa e compressão dentro/entre objetos) corresponderam a 12,3% das ocorrências por acidente. Lesões autoprovocadas e intervenções por agentes legais públicos configuraram cerca de 1,0% dos atendimentos. Neste estudo, a alta foi o desfecho mais frequente tanto entre os acidentes (77,6%), quanto entre as violências (63,5%). A proporção de internação entre as vítimas de violência foi duas vezes maior do que a mesma proporção entre as vítimas de acidentes (NEVES *et al.*, 2013). Fazendo um paralelo com o presente estudo, infere-se, mesmo com a alta proporção de alta hospitalar após o primeiro atendimento de emergência, o número de pacientes que necessitaram de internações e cirurgias extrapolaram a capacidade instalada do Instituto Dr. José Frota.

Quanto aos dados demográficos do presente estudo, observa-se que o sexo predominante foi o masculino, 78% dos pacientes estudados. Outros estudos brasileiros corroboram a relação entre violência, ocorrências por causas externas, mortalidade e o sexo masculino. Moura *et al.* (2015) estimou sobre as razões das taxas de mortalidade por causas externas e, em específico, por agressões e suicídios nas unidades federativas do país, e avaliou o risco de morrer conforme características sociodemográficas, sob a perspectiva relacional de gênero. Os autores observaram que o coeficiente padronizado de mortalidade por causas externas é muito maior entre homens (178 por cem mil habitantes) do que entre mulheres (24 por cem mil habitantes), sendo maiores entre homens mais jovens (20 a 29 anos) em todas as regiões do Brasil, diminuindo com a idade. Os autores observaram que a razão de mortalidade por causas externas chega a ser quase nove vezes maior entre homens comparativamente às mulheres, com valores maiores nas regiões Norte e Nordeste. Os autores descrevem ainda que os principais tipos de óbitos por causas externas entre homens no Brasil são agressões, seguidas por acidentes de transporte terrestre. Além do sexo, a idade foi o fator preditivo mais importante da mortalidade precoce por causas externas, indicando a necessidade de ações multissetoriais na construção de novas identidades de não violência (CAMPOS *et al.*, 2015).

O presente estudo não avaliou mortalidade, avaliou morbidade em decorrência da violência e causas externas, sendo a idade média observada dos pacientes que se encontravam

na sala de recuperação em média 38,9 anos. Ou seja, pacientes adultos jovens, em plena atividade produtiva, corroborando com dados de outros estudos brasileiros (ANDRADE-BARBOSA *et al.*, 2013; CAMPOS *et al.*, 2015; LIMA *et al.*, 2013; MASCARENHAS, 2015; NEVES *et al.*, 2013).

Observa-se que a violência contra o homem vem crescendo no Brasil ao longo das décadas. Estudo realizado em Minas Gerais teve por objetivo avaliar a mortalidade por causas externas em homens residentes naquele estado no período de 1999 a 2008, identificando o comportamento desse grupamento de causas ao longo da série temporal. Constatou-se incremento da mortalidade masculina em todos os anos do período estudado, passando de 82,7 óbitos/100.000, em 1999, para 95,7 óbitos/100.000, em 2008, representando aumento de 15,7% no risco de morte por causas externas. Os adultos jovens (20 a 39 anos) foram os mais acometidos. Em relação aos acidentes de transporte, notou-se aumento dos coeficientes de mortalidade, principalmente entre 2000 a 2007. Houve elevação das taxas de suicídio e homicídio. Os autores argumentam que se faz necessário a adoção de medidas preventivas, pois os homens estão sujeitos às causas externas, no sentido de contribuir para a inserção de alguns aspectos específicos nos programas educativos voltados para a sua prevenção (ANDRADE-BARBOSA *et al.*, 2013).

Sobre a procedência dos pacientes estudados no presente estudo, observou-se a predominância da cidade de Fortaleza e infere-se que a regionalização da saúde parece estar funcionando, com a construção de hospitais no interior do estado, nas macrorregiões norte (Sobral) e macrorregião Cariri, estando o centro cirúrgico do IJF a atender predominantemente a cidade de Fortaleza. Outro ponto que pode se inferir é que a violência na cidade de Fortaleza, quando comparada ao interior do estado, pode estar desproporcionalmente maior.

Tem-se observado achados semelhantes em outros estados do Nordeste do Brasil. Estudo descritivo sobre a mortalidade por causas externas no Maranhão entre os anos de 2001 e 2010 observou que o número de óbitos por causas externas aumentou de 6,5% em 2001 a 13,9% em 2010. Ocorreu em maior frequência devido agressão, seguida por ocupante de veículo automotor, afogamento e submersão, ocorrendo predominantemente na faixa etária entre 20 e 35 anos, acometendo principalmente o sexo masculino (LIMA *et al.*, 2013).

As duas principais causas de agravo aos pacientes que se encontravam em pós-operatório durante tempo prolongado na SRPA do IJF foram acidentes com motocicleta e ferimentos por projétil de arma de fogo. Acidentes com motocicleta tem se tornado um importante problema de saúde pública no Brasil, em especial no estado do Ceará. No ano de 2005 analisou-se o perfil epidemiológico de 306 vítimas de acidente de motocicleta que deram

entrada no IJF apresentando o seguinte perfil: sexo masculino, faixa etária entre 18 e 29 anos, a maioria procedente do interior do estado. A maior incidência dos acidentes ocorreu no dia de domingo, entre 18 e 24 horas, com tempo decorrido do evento à chegada ao hospital superior a três horas. A colisão foi o tipo de acidente predominante, tendo o politraumatismo como trauma prevalente. A maioria das vítimas estava consciente após o acidente e foi socorrida por leigos no local. O tempo de permanência de hospitalização foi de dezesseis a trinta dias. Além disso, a maioria (51,6%) das vítimas não possuía carteira de habilitação. Já em relação à ingestão de bebida alcoólica, 39,2% fizeram uso de álcool. Ademais, 52,3 % das vítimas não usavam o capacete (ANDRADE; SILVA; CAETANO, 2009). Resultados semelhantes foram encontrados em levantamento epidemiológico realizado em hospital referência para trauma na cidade de Sergipe - Aracajú, investigando um total de 554 vítimas em dois meses do ano de 2006. A maioria era do sexo masculino (82%), o dia da semana onde se teve maior número de atendimentos também foi domingo (27%), o turno de atendimento predominante foi o noturno, metade dos pacientes tinham procedência da região metropolitana de Aracajú e metade procediam de municípios do interior do estado, 14% tinham suspeita de ingestão de bebida alcoólica, a grade maioria teve tempo de permanência hospitalar de até 12h (76%), sendo as lesões predominantes: escoriações, ferimentos e fraturas fechadas (VIEIRA *et al.*, 2011).

Nessa mesma linha, outro estudo semelhante desenvolvido em um serviço de emergência situado no município de Picos, Piauí, único hospital de referência para atendimento de urgência e emergência da macrorregião de Picos, a coleta de dados foi realizada com 80 pacientes internados, vítimas de acidentes com motocicleta, durante os meses de novembro de 2010 e fevereiro, abril e maio de 2011. Quanto as variáveis socioeconômicas, a maioria era do sexo masculino (88,7%), a faixa etária predominante foi de 18 a 39 anos, a maioria possuía 1º grau incompleto, era solteiro e sem renda fixa mensal. Quanto as variáveis de risco para o acidente, a maioria era condutor do veículo, não tinha carteira de habilitação, não usava capacete, apenas 25% fez uso de álcool antes do acidente. Quanto a distribuição quanto as sequelas: a maioria era sequelas temporárias, a região anatômica afetada foi membros superiores ou inferiores (90%), e o tipo de lesão predominante foi fratura (80%) (SOARES *et al.*, 2015).

Pensando no impacto que os acidentes com motocicleta têm causado na população de jovens do estado do Ceará, em 2011 foi estudado as características dos pacientes atendidos em clínica de reabilitação em cidade no interior do estado (Quixadá-CE), portadores de lesões de membros em consequência de acidentes com motocicletas. Observou-se que a maioria era



do sexo masculino, solteiros, estudantes ou agricultores, com predominância das fraturas nos membros inferiores, atendidos na referida clínica para reabilitação (CERDEIRA *et al.*, 2011).

Os ferimentos por projétil de arma de fogo representaram percentagem significativa de causa de agravo dos pacientes que aguardavam transferência da SR do IJF. Estudos têm apontado para a existência de um crescimento real da violência no Brasil, em particular das mortes por homicídios, desde o final da década de 1970. As regiões geográficas e seus respectivos municípios, principalmente as grandes cidades, apresentam aumento na mortalidade por causas externas a partir da década de 1990 (WAISELFISZ, 2013).

O Nordeste vem se destacando nos últimos anos como campeão em mortes por homicídios por uso de arma de fogo. Estudo realizado sobre homicídios em Itabuna/BA, no período de 2000 a 2012, verificou que os dados relativos aos coeficientes de mortalidade por homicídios no sexo masculino apresentou aumento em todas as faixas etárias, com destaque para a de 15 a 29 anos de idade, cujos coeficientes passaram de 1,0 para 6,2 óbitos por 1.000 habitantes, o mesmo acontecendo no sexo feminino, em que os maiores coeficientes também foram registrados nessa faixa etária, variando de 0,08, no ano 2000, para 0,11, em 2012 (COSTA; TRINDADE; SANTOS, 2014).

A cidade de Maceió, capital do estado de Alagoas se destacou na última década por ser a cidade com maior índice de homicídio no Brasil, dando-se destaque as lesões por projétil de arma de fogo (TRINDADE *et al.*, 2015). Os autores, através de um estudo ecológico, identificaram a magnitude dos homicídios por projétil de arma de fogo durante o ano de 2012, na cidade de Maceió-Alagoas, caracterizando o tipo de vítima e o desfecho letal. Observaram que ocorrem, em sua maioria, nas vias públicas, seguido de instituição hospitalar. O período da semana de maior ocorrência é final de semana e período noturno e acometem predominantemente homens adultos jovens, na faixa etária de 15 a 39 anos, apresentando, quanto ao espaço, distribuição heterogênea em relação aos bairros da capital. Inferindo que a violência é um fenômeno sócio histórico que afeta diretamente a saúde das vítimas, família e comunidade, apontando para a necessidade de adoção de medidas multifocais e interssetoriais que possibilitem o envolvimento do poder público, privado, grupos sociais, família e próprio cidadão, ou seja, há necessidade da inclusão e participação de todos na sociedade (TRINDADE *et al.*, 2015). Fazendo um paralelo com o presente estudo, sendo a maior lotação na SRPA durante os dias de domingo e segunda, de pacientes vítimas de ferimentos por arma de fogo e acidentes com motocicleta, apenas a *ponta do iceberg* de um problema social de maior dimensão existente na cidade de Fortaleza, representando uma pequena amostragem de um todo muito preocupante. Pois, em janeiro de 2016 o portal de notícias G1, publicou estudo realizado

pela ONG mexicana "*Seguridad, Justicia y Paz*" acerca das 50 cidades mais violentas do mundo, destas, 21 são do Brasil, sendo que Fortaleza aparece como a cidade mais violenta do Brasil e 12ª mais violenta do mundo em um *ranking* internacional (60.77 homicídios/100 mil habitantes). Em 2014 a mesma organização apontava a capital cearense como a 7a. cidade com maior índice de violência entre todas as cidades do mundo (FORTALEZA..., 2016).

O relatório de desenvolvimento humano de 2014 descreve que a falta de coesão social está correlacionada com a conflitualidade e a violência, especialmente em situações de desigualdade de acesso aos recursos ou aos benefícios decorrentes da riqueza natural e com a incapacidade de lidar com processos de mudança social (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2014).

Uma observação importante a ser feita é que a maior lotação na SRPA de pacientes aguardando leitos em enfermarias ou leitos em Unidade de Terapia Intensiva aconteceu nos dias de domingo e segunda-feira, ou seja, justamente após ocorrências no final de semana. Levando a inferir forte relação entre consumo de álcool, violência e causas externas. Este pensamento está de acordo com os resultados observados no estudo de Mascarenhas et al. (2015), em que se obteve declaração autorreferida de consumo de bebida alcoólica entre os atendimentos por causas externas realizados em serviços de emergência de todas as capitais brasileiras e Distrito Federal. Os autores deste estudo observaram que o consumo de álcool foi significativamente superior entre os atendimentos por causas violentas, entre as vítimas do sexo masculino, com idade entre 18 a 39 anos e entre os que se declararam pretos/pardos. O consumo de bebida alcoólica também foi mais elevado entre as pessoas com menor escolaridade, nos membros de populações específicas (aldeados, quilombolas, pessoas em situação de rua) e entre os atendimentos realizados à noite e nos finais de semana (MASCARENHAS *et al.*, 2015).

O consumo nocivo de bebidas alcoólicas é considerado um dos mais importantes fatores de risco para o estado de saúde das populações. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), esse hábito é responsável por cerca de 2,3 milhões de mortes prematuras em todo o mundo a cada ano. As lesões por causas externas (acidentes e violências) representam mais de um terço das mortes atribuídas ao consumo de álcool, que afeta não apenas o consumidor direto, mas outras pessoas como pedestres ou ciclistas lesionados por um condutor embriagado (ALCOHOL..., 2009).

O consumo de álcool tem sido associado aos mais diferentes tipos de lesões decorrentes de causas externas, incluindo as relacionadas ao trânsito, as quedas, as queimaduras, as atividades esportivas, laborais e aos eventos de violência interpessoal e auto infligida. Na região das Américas, a violência e as lesões decorrentes do trânsito merecem

destaque como problema de saúde pública (FRAADE-BLANAR; CONCHA-EASTMAN; BAKER, 2007; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2013).

No Brasil, o primeiro levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira, realizado entre 2005 e 2006, apontou que 52% dos brasileiros acima de 18 anos bebiam pelo menos uma vez ao ano. Entre os homens eram 65% e entre as mulheres 41%.

No grupo dos adultos que bebiam, 60% dos homens e 33% das mulheres consumiram 5 doses ou mais na vez em que mais beberam no último ano. Do conjunto dos homens adultos, 11% bebiam todos os dias e 28% consumiam bebida alcoólica de 1 a 4 vezes por semana (BRASIL, 2007).

Com a implantação do sistema contínuo de monitoramento de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL), que tem o consumo de bebidas alcoólicas como um dos temas investigados, tornou-se possível avaliar o padrão de consumo de bebidas alcoólicas junto à população adulta brasileira. Dados do VIGITEL, apresentados por Moura e Malta (2011), demonstram que, em 2006, o consumo habitual de bebidas alcoólicas atingiu 38,1% da população estudada e o de consumo abusivo 16,2%, sendo a frequência dos dois padrões maior em homens do que em mulheres. Desde então, a tendência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas é crescente nos dois sexos (MOURA; MALTA, 2011).

Também em 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). Trata-se de uma modalidade de vigilância estruturada em dois componentes: 1) vigilância [sentinela] de violências e acidentes em emergências hospitalares, que visa caracterizar os atendimentos de urgência devido a causas externas, e 2) vigilância das violências sexual, doméstica e/ou outras interpessoais, que considera as exigências legais de notificação da violência contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas (GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2006).

Mascarenhas e colaboradores (2015) descreveram o perfil e os fatores relacionados ao consumo de bebida alcoólica entre atendimentos de emergência por causas externas a partir de dados do VIVA Inquérito 2011 em 24 capitais e no Distrito Federal. No VIVA Inquérito 2011, foram incluídos 33.289 atendimentos de urgência e emergência por causas externas na população a partir de 18 anos de idade, com informação válida sobre consumo de bebida alcoólica nas seis horas anteriores à ocorrência que motivou o atendimento. A prevalência da declaração autorreferida de consumo de bebida alcoólica dentre esses atendimentos foi de 14,9% para o total de capitais mais o Distrito Federal. Dentre os atendimentos decorrentes de

acidente, a prevalência de consumo de álcool foi de 11,4%, variando de 5,1% em Macapá (AP) a 21,5% em Salvador (BA). Para os atendimentos por causas violentas, a prevalência de consumo de bebida alcoólica foi de 44,1%, variando de 33,4% em Vitória (ES) a 56,9% em Recife (PE) (MASCARENHAS *et al.*, 2015). O referido VIVA Inquérito mostra a importância da associação do consumo do álcool e a ocorrência de causas externas, com destaque para a de violências/agressões dentre as quais em cerca de metade havia referência ao consumo do álcool. Desta forma, o VIVA Inquérito tem como fundamento apoiar o planejamento local, na medida em que os gestores e as equipes locais deveriam se apropriar da realidade desses serviços, circunstâncias de ocorrência dos eventos e, assim, estabelecer ações mais efetivas de prevenção das causas externas e promoção da saúde.

O traumatismo crânio encefálico (TCE) foi a afecção mais frequente observada em pacientes com tempo prolongado na SR do IJF aguardando leito em outro setor. Em um estudo cujo principal objetivo foi identificar a epidemiologia do TCE no Nordeste do Brasil no ano de 2012, realizou-se levantamento estatístico acerca da morbidade hospitalar, taxa de mortalidade, tempo de internação, e o valor financeiro das internações. As estatísticas mostraram que o TCE foi responsável por 3 a 10% do total de óbitos por todas as causas e o problema assume maior magnitude, considerando-se que a maioria desses óbitos ocorre em pacientes jovens. No Brasil, os óbitos por causas externas têm registrado crescimento cujas maiores taxas encontram-se nas regiões Sudeste e Nordeste, atingindo sobremaneira o sexo masculino (DANTAS; OLIVEIRA; MACHADO NETO, 2014).

Um estudo realizado em hospital de ensino, terciário, que atende pacientes referenciados de toda macrorregião norte do Ceará, buscou identificar os determinantes epidemiológicos do TCE na população do Norte do estado. O estudo utilizou como fonte de informações dados das fichas de internamento de pacientes vítimas de TCE no Serviço de Neurologia/Neurocirurgia, analisou-se 630 prontuários de pacientes internados no período de janeiro de 2010 a janeiro de 2011. Quanto ao perfil epidemiológico, constatou-se que 63,3% das vítimas de TCE tinham idade entre 10 e 39 anos, pertencendo ao grupo de adolescentes e adultos jovens. O TCE, segundo aspectos clínicos, se apresentou predominantemente com rebaixamento da consciência (65%), conduta em relação ao tratamento (43% clínico, 45% cirúrgico), e o fator causal mais frequente (57,6%) foi acidente com motocicleta. Agravantes, como a ausência do capacete e a ingestão de bebidas alcoólicas, estiveram também presentes nos acidentes (ELOIA *et al.*, 2011).

Estudo realizado no maior hospital de urgência e emergência de Pernambuco, avaliou 564 prontuários de pacientes vítimas de TCE atendidos na referida instituição no

período de novembro a dezembro de 2012. Observando as seguintes características sociodemográficas das vítimas com TCE: sexo masculino (84%), idade predominante entre 15 e 34 anos, a maioria solteiros, procedente de cidades do interior do estado de Pernambuco (80,7%). Quanto às características dos acidentes: maioria dos registros aconteceram aos domingos, no período noturno, meio de transporte em que a vítima chegou ao hospital foi através de ambulância hospitalar, quanto ao tipo de impacto 96% foi colisão ou queda. A maioria das lesões foi classificada como TCE leve (73%), 82% dos casos estudados evoluíram para alta hospitalar (BARROS; FURTADO; BONFIM, 2015). Corroborando com a maioria das características dos pacientes apresentadas no presente estudo.

Em relação ao tempo de permanência prolongado na SR, observa-se que as lesões por arma de fogo foram as que permaneceram por mais tempo, seguido de acidentes de carro, e na sequência moto. Deduzindo-se que as lesões por arma de fogo são potencialmente mais graves, como também as lesões decorridas de acidente automobilístico, resultante de impactos de alta energia. Acidentes com motocicletas podem ser graves com ocorrência de traumatismo crânio encefálico ou podem não ser tão graves, como lesões de membros, não necessitando de leitos em UTI, corroborando com o estudo de Soares *et al.* (2015), em que a maioria das lesões em decorrência de acidentes de moto aconteceram em membros inferiores ou superiores, não acarretando risco de morte.

A admissão de pacientes cirúrgicos críticos em SR com indicação de cuidados intensivos é um problema não somente no Brasil. A alta demanda de pacientes cirúrgicos e poucos leitos disponíveis ao atendimento crítico decorrente da superlotação, o que resulta em um aumento da admissão de pacientes com indicação de cuidados intensivos na SR. O uso de tal unidade para a admissão de pacientes críticos, com necessidade de assistência especializada ou riscos para instabilidade hemodinâmica, tornou-se rotineiro, visto que dispõe de espaço físico e materiais apropriados para assegurar apoio a esse tipo de paciente (SARAIVA; SOUSA, 2015; ODOM-FORREN, 2003). Admitir um paciente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) na SR levanta a questão de como garantir o cuidado ao paciente crítico com olhar clínico, voltado não apenas para a recuperação dos efeitos do ato anestésico, mas ao cuidado integral de forma a proporcionar uma assistência segura. Foi com base nessa premissa que, em 2000, a *American Society of PeriAnesthesia Nurses* (ASPAN) aprovou recomendações que incluem a necessidade de pessoal adequado para manter a assistência de enfermagem segura e competente aos pacientes críticos e não críticos. Nos padrões da ASPAN, os enfermeiros que trabalham na SR devem agregar competências de cuidados intensivos (WHITE; PESUT; RUSH, 2014). Porém, no Brasil, ainda não se tem observado essa recomendação para o corpo de enfermagem

nem para os médicos que atuam em SR. Na SR do IJF atuam médicos anestesistas, clínicos geral, cirurgião geral, proctologista, endoscopista. A maioria sem formação em terapia intensiva.

Dentro desse mesmo contexto, não se pode deixar de ter um olhar para a carga de trabalho dos profissionais de saúde, afetando sobretudo a qualidade da atenção que repercute indubitavelmente no prognóstico dos pacientes na SR. Estudo direcionado para o corpo de enfermagem avaliou a carga de trabalho de enfermagem em unidade de recuperação pós-anestésica de um hospital universitário e relacionou com o índice de gravidade cirúrgico, tempo de permanência e porte cirúrgico. Observou-se que não houve relação entre carga de trabalho e índice de gravidade dos pacientes. Contudo, houve correlações positivas entre carga de trabalho, tempo de permanência e porte cirúrgico (LIMA; RABELO, 2013).

Um estudo de campo exploratório, realizado com 69 enfermeiros participantes do 9º Congresso Brasileiro de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilizado, promovido pela SOBECC, em julho de 2009, foi elaborado mediante aplicação de um questionário contendo caracterização da amostra e da unidade de SRPA. Os resultados evidenciaram que: na maioria das instituições a SRPA faz parte da planta física do Centro Cirúrgico; o índice de Aldrete e Kroulik é utilizado como critério de alta do paciente em quase metade das instituições. Concluiu-se que, apesar das exigências legais, um grande número de SRPA ainda não apresenta recursos materiais e organizacionais imprescindíveis para se prestar uma assistência segura ao paciente durante o período pós-anestésico (LOURENÇO; PENICHE; COSTA, 2013). Em sintonia com o estudo acima descrito, os dados do presente estudo mostram que a SRPA do IJF não aplica sistematicamente a escala de Aldrete e Kroulik.

Este índice baseia-se na avaliação dos sistemas cardiovascular, respiratório, nervoso central e muscular. Cada resposta referente a cada item corresponde a uma pontuação que varia de 0 a 2 pontos. Após a avaliação de cada item, somam-se os escores, obtendo-se um escore total que significa alta ou permanência do paciente na SRPA. Desta forma, a máxima pontuação soma 10 pontos e o paciente estará apto para receber alta da SRPA quando atingir pontuação igual ou superior a oito pontos<sup>(9)</sup>. Isto é, o paciente deve estar acordado, responsivo, eupnéico, movimentando os quatro membros e com os sinais vitais estabilizados (VOLQUIND *et al.*, 2014.)

Hospitais terciários de Emergência nas mais diversas regiões do Brasil, inclusive no Sudeste, atentam para a carência de leito de UTI, especialmente em pacientes vítimas de TCE, por motivo de lotação esgotada em UTI, discutindo se o prognóstico desses pacientes fica

comprometido devido a inadequação da sistematização dos cuidados de doentes cirúrgicos críticos em ambiente de SR (PEREIRA *et al.*, 2013; NASCIMENTO; JARDIM, 2015).

Atualmente, devido à alta demanda de pacientes graves e número de leitos de UTI limitado, alguns pacientes críticos tem permanecido em leito de retaguarda na SR até que os leitos na UTI sejam liberados (SOUZA; PEREIRA, 2011). Ressalta-se que, nestes casos, deve haver uma adequação dos recursos humanos, ou seja, um enfermeiro para cada três ou quatro leitos devido a maior complexidade da assistência, (PRÁTICAS..., 2013) embora essa proporção nem sempre seja respeitada pelas instituições. A presença de pacientes graves na SR exige da equipe médica e de enfermagem readequação da rotina do setor devido à complexidade dos cuidados prestados como suporte ventilatório, monitorização invasiva, aferição de débito de sondas, drenos e urinário, administração de medicações por bomba de infusão e de dietas enterais, medidas de prevenção de úlceras por pressão, entre outras atividades (NASCIMENTO; JARDIM, 2015).

Devido à crescente realidade da permanência de pacientes graves em leito de retaguarda na SRPA, há a necessidade de conhecer experiências vividas neste contexto para ampliar o conhecimento sobre as mudanças na rotina da assistência no setor e propor formas de adequação tanto na estrutura quanto no preparo da equipe médica e de enfermagem para o cuidado intensivo a esses pacientes (NASCIMENTO; JARDIM, 2015).

Nascimento e Jardim (2015) procuraram identificar o tempo de permanência e as principais dificuldades decorrentes deste período na assistência de enfermagem a pacientes graves em leito de retaguarda na Recuperação Pós-Anestésica de um hospital universitário de grande porte, caracterizado por pronto socorro de porta aberta, responsável pela cobertura de uma área que abrange mais de 5 milhões de habitantes na cidade de São Paulo (SP), além de ser recorrente o atendimento de pacientes de outros estados. A dita instituição realiza aproximadamente 1.600 procedimentos cirúrgicos por mês e, diariamente, são atendidos cerca de 4 mil pacientes ambulatoriais e mil pacientes nos serviços de pronto-socorro e pronto-atendimento de todas as especialidades médicas, incluindo procedimentos de alta complexidade, carga de atendimento muito semelhante ao IJF. O referido hospital possui 114 leitos de cuidados intensivos distribuídos em 10 UTIs adulto, 9 leitos em UTI pediátrica e 21 leitos em UTI neonatal. O centro cirúrgico (CC) da instituição é constituído por 22 salas operatórias e, destas, 3 são destinadas ao atendimento obstétrico.

Devido às características da instituição pública, com pronto-socorro porta aberta, existe a realização de grande quantidade de cirurgias de grande porte em pacientes críticos cujo pós-operatório deveria ser realizado em UTI, mas o número de leitos de UTI disponíveis na

instituição é inversamente proporcional, havendo a necessidade de alocação desses pacientes na RPA em leitos chamados de retaguarda da UTI, aguardando liberação de um leito na terapia intensiva.

No período estudado, foram atendidos na SRPA 8.395 (100%) pacientes; destes, 129 (1,5%) eram pacientes graves (prioridade 1) que permaneceram em leito de retaguarda, cuja descrição detalhada é apresentada a seguir: Prioridade 1 – pacientes graves e com instabilidade, aos quais monitoração e tratamento não podem ser oferecidos fora da UTI; Prioridade 2 – pacientes que necessitam de monitoração contínua e possíveis intervenções de emergência; Prioridade 3 – pacientes gravemente enfermos quais haja reduzida probabilidade de recuperação relacionada à natureza da comorbidade, e Prioridade 4 – pacientes que não se beneficiariam com cuidados intensivos, seja devido a baixo risco e pouca necessidade de intervenção de urgência ou a pacientes com doenças terminais de caráter irreversível (GUIDELINES..., 1999).

O tempo de permanência dos 129 pacientes graves em leito de retaguarda na SRPA no período estudado por Nascimento (2015), variou entre 3 e 384 horas, sendo o tempo médio de 41,4 horas (1,7 dias), enquanto no presente estudo o tempo médio de permanência foi 28 horas, com avantajado desvio padrão.

Há inúmeras dificuldades na condução do paciente crítico em ambiente de SRPA. Em relação à admissão, no IJF geralmente não existe uma sistematização de passagem dos casos. Quando o paciente é de SRPA, geralmente o mesmo é conduzido à SRPA pelo técnico de enfermagem da sala operatória, as vezes o anestesista passa o caso para o médico plantonista. Quando o paciente tem indicação de UTI, na grande maioria dos casos Prioridade 1, intubado, o médico anestesista conduz o paciente até a SR e passa pormenores do caso ao plantonista, que atende os casos ajudando na instalação da ventilação mecânica e monitorização. Quando se exaure a capacidade instalada de ventiladores mecânicos no hospital, sabendo que na própria SRPA há 12 ventiladores mecânicos, os aparelhos de anestesia são instalados na SRPA para se ventilar os pacientes até que se consiga transferência para um leito de UTI. Não há ficha sistematizada de admissão dos pacientes na SRPA, sejam eles indicados para Recuperação Pós Anestésica ou UTI. Dificuldades semelhantes foram relatadas em estudo prévio pelo corpo de enfermagem de um grande hospital porta aberta. Relatando que na admissão do paciente grave na SRPA devido ao tempo relacionado ao preparo do leito destinado ao paciente, a recepção, monitorização e identificação do quadro clínico do paciente na passagem de plantão e realização das fases da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), bem como na



diluição e instalação de drogas e bombas de infusão e outros equipamentos, como o ventilador mecânico.

Outros procedimentos que são recomendados para o adequado cuidado do paciente crítico, tal como a mudança de decúbito em horário determinado, não é padronizado, no entanto, procedimentos como banho no leito é realizado normalmente.

Quanto a equipe, há um médico de plantão, duas enfermeiras e oito técnicas de enfermagem para cada plantão de 12hs, o profissional fisioterapeuta atua em plantões diurnos. Quando há um contingente grande de pacientes críticos, a equipe se sente sobrecarregada, tão bem devido há um alto fluxo de pacientes no setor.

Sabe-se que, na SRPA, não há horário de visita, mas, em virtude da presença de pacientes em leito de retaguarda cuja permanência é longa no setor, é necessário respeitar este direito do paciente e da família. O período de visita para estes pacientes é de uma hora no plantão da tarde (15h30 as 16h30) e é permitida a entrada de apenas um familiar. Em casos excepcionais de pacientes muito graves, com mau prognóstico e com autorização da chefia do setor, são permitidos mais visitantes.

O transporte do paciente grave ocorre em dois momentos: para a realização de tomografia computadorizada (TC) e na transferência do paciente da SRPA para a UTI quando há leito disponível. É realizado por dois técnicos de enfermagem da SRPA e o médico plantonista quando dependente de ventilação mecânica; quando em suporte ventilatório não invasivo, é realizado por um técnico de enfermagem e um enfermeiro da SRPA. A alta desses pacientes da SRPA ocorre quando são transferidos para UTI para continuidade do tratamento intensivo, quando há melhora do caso e são transferidos para a enfermaria, ou, ainda, por evolução ao óbito.

Neste estudo, o tempo médio de permanência do paciente grave em leito de retaguarda na SRPA foi de 28 horas, ou seja, muito superior ao tempo médio de permanência de pacientes não graves (em média 2 horas). Apesar da SRPA do IJF possuir apenas 12 leitos, o ambiente é considerado porta aberta, pois além dos 12 leitos, não há limites de admissão de pacientes em pós-operatório em macas vindas do centro cirúrgico, pois há dias em que há até 40 macas extras na Unidade, além dos 12 leitos efetivos. Essa condição, além de acarretar estresse à equipe que atua na Unidade, impõe limitação nos cuidados aos pacientes. Quando a situação se torna crítica com excessiva quantidade de pacientes na SRPA, aloca-se algumas macas em uma ou duas salas operatórias. Essa situação crítica não é rotineira. Porém, provoca impacto na rotatividade do centro cirúrgico.

Em estudo realizado em outra instituição pública em São Paulo, foi observada a mesma necessidade de utilização de leito de retaguarda na SRPA com permanência média de pacientes de 27 horas, porém, este estudo incluía pacientes graves e não graves que aguardavam liberação de leito na UTI e enfermaria respectivamente, situação semelhante ao presente estudo. No caso dos pacientes não críticos, o tempo de internação é menor, fato que em alguns casos resultaram na alta do paciente da SRPA direto para casa (SOUZA; PEREIRA, 2011). Mesma situação chegando a acontecer no IJF.

Esta pesquisa traz dados que apontam para as seguintes necessidades locais no ambiente hospitalar:

- a) Melhoria da gestão dos leitos de enfermaria e de UTI, na tentativa de aumentar a rotatividade, diminuindo assim o tempo de permanência dos pacientes na SRPA;
- b) Necessidade de redimensionamento de pessoal para a SRPA com base no fluxo de pacientes e na gravidade dos mesmos;
- c) Necessidade de qualificação dos profissionais de saúde que atuam na SRPA, voltados para atendimento do paciente crítico;
- d) Necessidade de institucionalização de protocolos de admissão e assistência a pacientes criticamente enfermos que se encontram na SRPA aguardando leito em UTI.

Do ponto de vista macropolítico, essa pesquisa demonstra que existe um contingente populacional sob risco constante da violência, especialmente homens jovens, que estão sob risco de sofrerem lesões por acidentes com motocicletas e ferimentos por projétil de arma de fogo. Sendo urgente a adoção de medidas preventivas no estado do Ceará voltadas para diminuição da violência urbana, como também para adoções de medidas que regulem o uso consciente da motocicleta.

Este estudo apresenta como lacuna a falta de avaliação do tipo de assistência prestada aos pacientes que permaneceram mais de 24 horas na SRPA, questiona-se como é na realidade a assistência médica e de enfermagem prestada e qual o grau de satisfação dos pacientes. Abrindo assim espaço para novas investigações.

## 6 CONCLUSÃO

Conclui-se que os pacientes que apresentaram permanência além de duas horas na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) do Instituto Dr. José Frota (IJF) apresentaram as seguintes características:

- a) foram predominantemente homens jovens;
- b) a principal causa da ocorrência que resultou em cirurgia e necessidade de longa permanência na SRPA foi acidente com motocicleta;
- c) o seguimento anatômico do corpo mais frequentemente acometido foi o crânio, seguido de membros inferiores;
- d) a procedência dos pacientes foi predominantemente da capital Fortaleza;
- e) a assistência na SRPA mediante aplicação da Escala de Aldrete e Kroulik foi praticamente inexistente;
- f) o dia da semana em que houve maior taxa de longa permanência dos pacientes foi a segunda-feira;
- g) as principais causas da longa permanência foi ausência de leitos vagos em enfermaria e ausência de leitos vagos em Unidade de Terapia Intensiva.

## REFERÊNCIAS

- ALCOHOL and injuries: emergency departments studies in an international perspective. Geneva: WHO, 2009.
- ALDRETE, J. A. The post-anesthesia recovery score revisited. **Journal of Clinical Anesthesia**, Stoneham, v. 7, n. 1, p. 89-91, fev. 1995.
- ALDRETE, J. A.; KROULIK, D. A postanesthetic recovery score. **Anesthesia and Analgesia**, Cleveland, v. 49, n. 6, p. 924-934, nov./dez. 1970.
- ANDRADE, L. M. L.; SILVA, C. H. C.; CAETANO, J. A. Acidentes de motocicleta: características das vítimas e dos acidentes em hospital de Fortaleza-Ce, Brasil. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 52-59, out./dez. 2009.
- ANDRADE-BRABOSA, T. L. *et al.* Mortalidade masculina por causas externas em Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 711-719, 2013.
- ASPLIN, B. R. *et al.* A conceptual model of emergency department crowding. **Annals of Emergency Medicine**, Lansing, v. 42, n. 2, p. 173-180, ago. 2003.
- BARROS, M. S. A.; FURTADO, B. M. A. S. M.; BONFIM, C. V. Características clínicas e epidemiológicas de motociclistas com trauma crânioencefálico atendidos em hospital de referência. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 540-547, jul./ago. 2015.
- BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, jul. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2013.
- BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: SENAD, 2007. 76 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 jul. 2011.
- CAMPOS, M. R. *et al.* Diferenciais de morbimortalidade por causas externas: resultados do estudo Carga Global de Doenças no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 1-17, jan. 2015.

CERDEIRA, D. Q. *et al.* Perfil clínico-epidemiológico das vítimas de fratura por acidente motociclístico atendidas pela fisioterapia no sertão central do Ceará. **Fisioterapia Brasil**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 438-441, nov./dez. 2011.

CERQUEIRA, D. R. C. *et al.* Análise dos custos e consequências da violência no Brasil. Ipea, 2007 (Texto para Discussão n. 1284).

COSTA, F. A. M. M.; TRINDADE, R. F. C.; SANTOS, C. B. Deaths from homicides: a historical series. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p. 1017-1025, nov./dec. 2014.

DANTAS, I. E. F.; OLIVEIRA, T. T.; MACHADO NETO, C. D. Epidemiologia do traumatismo crânio encefálico (TCE) no nordeste no ano de 2012. **REBES**. Pombal-PB, v. 4, n. 1, p. 18-23. jan./mar. 2014.

NEVES, A. C. M. *et al.* Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde em capitais brasileiras. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 4, p. 587-596, out./dez. 2013.

MOURA, E. C. *et al.* Desigualdades de gênero na mortalidade por causas externas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 779-788, mar. 2015.

ELOIA, S. C. *et al.* Análise epidemiológica das hospitalizações por trauma cranioencefálico em um hospital de ensino. **SANARE**, Sobral, v. 10, n. 2, p. 34-39, jul./dez. 2011.

ODOM-FORREN, J. The PACU as critical care unit. **Journal of Perianesthesia Nursing**, Philadelphia, v. 18, n. 6, p. 431-433, dec. 2003.

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. **IJF**. Fortaleza, 2016. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/sms/ijf>>. Acesso em: 25 mar. 2016.

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. **Centro cirúrgico**. Fortaleza, 2013. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/ijf/centro-cirurgico>>. Acesso em: 25 mar. 2016.

FRAADE-BLANAR, L.; CONCHA-EASTMAN, A.; BAKER, T. Injury in the Americas: the relative burden and challenge. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v.22, n. 4, p. 254-259, oct. 2007.

FRAGA, G. P.; QUINTAS, M. L.; ABIB, S. C. V. Trauma and emergency: is the unified health system (SUS) the solution in Brazil? **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 4, p. 232-233, july/aug. 2014.

FORTALEZA aparece como cidade mais violenta do Brasil e 12ª do mundo. 2011. Disponível em: <<http://g1.globo.com/ceara/noticia/2016/01/fortaleza-aparece-como-cidade-mais-violenta-do-brasil-e-12-do-mundo.html>>. Acesso em: 27 mar. 2016.

GAWRYSZEWSKI, V. P. *et al.* A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia de vigilância de violências e acidentes. **Ciência & Saúde Coletiva**. [s.l.], v. 11, p. 1269-1278, 2006. Suplemento.

GUIDELINES for intensive care unit admission, discharge, and triage. Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. **Critical Care Medicine**, v.27, n.3, p.633-638, mar. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

KRUG, E. G. *et al.* **World report on violence and health**. Geneva: WORLD Health Organization, 2002. 345 p.

KRUG, E. **Injury**: a leading cause of the global burden of disease. Geneva: World health Organization, 1999.

LIMA, L. B.; RABELO, E. R. Carga de trabalho de enfermagem em unidade de recuperação pós-anestésica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 116-122, 2013.

LIMA, R. H. S. *et al.* Mortalidade por causas externas no estado do Maranhão, Brasil: tendências de 2001 a 2010. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 14, n. 2, p. 96-100, maio/ago. 2013.

LOURENÇO, M. B.; PENICHE, A. C. G.; COSTA, A. L. S. Unidades de Recuperação pós-anestésica de hospitais brasileiros: aspectos organizacionais e assistenciais. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 18, n.2, p. 25-32, abr./jun. 2013.

MASCARENHAS, M. D. M. **Perfil epidemiológico e tendência da internação hospitalar por causas externas no Sistema Único de Saúde – Brasil, 2002-2011**. 2014. 137 f. Tese (Doutorado em ciências médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* Atendimentos de emergência por causas externas e consumo de bebida alcoólica – Capitais e Distrito Federal, Brasil, 2011. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1037-1046, abr. 2015.

MATHERS, C. D. Projections of global mortality and Burden of disease from 2002 to 2030. **PLOS Medicine**, Geneva, v. 3, n. 11, nov. 2006.

MOURA, E. C.; MALTA, D. C. Consumo de bebidas alcoólicas na população adulta brasileira: características sociodemográficas e tendência. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, supl. 1, p. 61-70, set. 2011.

NASCIMENTO, P.; JARDIM, D. P. Pacientes de cuidados intensivos em leito de retaguarda na recuperação pós-anestésica. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 38-44, jan./mar. 2015.

PEDEN, M. *et al.* **World report on road traffic injury prevention: summary**. Geneva: WHO, 2004.

PAIM, J. S. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. (Health in Brazil, 1)

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Prevention of alcohol-related injuries in the Americas: from evidence to policy action.** Washington, 2013.

PENICHE, A. C. G. Algumas considerações sobre avaliação do paciente em sala de recuperação anestésica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.32, n.1, p. 27-32, abr. 1998.

PEREIRA, J. R. S. *et al.* Admissões em centro cirúrgico classificadas por especialidade de pacientes em situações de emergência: um breve estudo observacional. **Science in Health**, [s.l.], v. 4, n. 3, p. 164-168, set./dez. 2013.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2014: Sustentar o Progresso Humano: reduzir as vulnerabilidades e reforçar a resiliência.** Lisboa: Instituto da Cooperação e da Língua, 2014. POPOV, D. C. S.; PENICHE, A. C. G. As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós-anestésicas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 953-961, dez. 2009.

RICE, A. N. *et al.* Fast-tracking ambulatory surgery patients following anesthesia. **Journal of Perianesthesia Nursing**, v. 30, n. 2, p. 124-133, abr. 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 fev. 2002.

SARAIVA, E. L.; SOUSA, C. S. Pacientes críticos na unidade de recuperação Pós-anestésica: revisão integrativa. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 104-112, abr./jun. 2015.

SHAH, M. N. *et al.* Description and evaluation of a pilot physician-directed emergency medical services diversion control program. **Academic emergency Medicine**, v. 13, n. 1, p. 54-60, jan. 2006.

SOARES, L. S. *et al.* Caracterização das vítimas de traumas por acidente com motocicleta internadas em um hospital público. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 115-121, jan./fev. 2015.

PRÁTICAS recomendadas SOBECC. São Paulo: SOBECC, 2013.

SOUZA, T. F. M.; PEREIRA, J. D. Assistência de enfermagem em leitos de retaguarda na recuperação pós-anestésica. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 43-49, abr./jun. 2011.

TALLO, F. S. *et al.* An evaluation of the professional, social and demographic profile and quality of life of physicians working at the Prehospital Emergency Medical System (SAMU) in Brazil. **Clinics**, São Paulo, v. 69, n. 9, p. 601-755, set. 2014.

TRINDADE, R. F. C. *et al.* Mapa dos homicídios por arma de fogo: perfil das vítimas e das agressões. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, 5, p.748-755, 2015.

VIEIRA, R. C. A. *et al.* Levantamento epidemiológico dos acidentes motociclísticos atendidos em um Centro de Referência ao Trauma de Sergipe. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1359-1363, dez. 2011.

VOLQUIND, D. *et al.*, Influência da escala de Aldrete e Kroulik nas estratégias de gestão da sala de recuperação pós-anestésica. **Revista de Administração Hospitalar**, v. 11, n. 4, p. 99-104, jan./mar. 2014.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2013**: mortes matadas por armas de fogo. Rio de Janeiro: CEBELA: FLACSO, 2013. 55 p.

WHITE, C.; PESUT, B.; RUSH, K. L. Intensive care unit patients in the postanesthesia care unit: a case study exploring nurses' experiences. **Journal of Perianesthesia Nursing**, v. 29, n. 2, p.129-137, abr. 2014.

WHITE, P. F. *et al.* PACU fast-tracking: an alternative to "bypassing" the PACU for facilitating the recovery process after ambulatory surgery. **Journal of Perianesthesia Nursing**, v. 18, n. 4, p. 247-253, ago. 2003.



## APÊNDICE A – RESOLUÇÃO CFM N° 1.802/2006

Dispõe sobre a prática do ato anestésico.

Revoga a Resolução CFM n. 1363/1993.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n° 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n° 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei n° 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e **CONSIDERANDO** que é dever do médico guardar absoluto respeito pela vida humana, não podendo, em nenhuma circunstância, praticar atos que a afetem ou concorram para prejudicá-la;

**CONSIDERANDO** que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

**CONSIDERANDO** que o médico deve aprimorar e atualizar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente;

**CONSIDERANDO** que não é permitido ao médico deixar de ministrar tratamento ou assistência ao paciente, salvo nas condições previstas pelo Código de Ética Médica;

**CONSIDERANDO** a Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa n° 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, em especial, salas de indução e recuperação pós-anestésica;

**CONSIDERANDO** o proposto pela Câmara Técnica Conjunta do Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Sociedade Brasileira de Anestesiologia, nomeada pela Portaria CFM n° 62/05;

**CONSIDERANDO** a necessidade de atualização e modernização da prática do ato anestésico;

**CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido em sessão plenária de 04 de outubro de 2006,

### **RESOLVE:**

**Art. 1°** Determinar aos médicos anestesiólogistas que:

- I – Antes da realização de qualquer anestesia, exceto nas situações de urgência, é indispensável conhecer, com a devida antecedência, as condições clínicas do paciente, cabendo ao médico anestesiólogista decidir da conveniência ou não da prática do ato anestésico, de modo soberano e intransferível.

- a) Para os procedimentos eletivos, recomenda-se que a avaliação pré-anestésica seja realizada em consulta médica antes da admissão na unidade hospitalar;
- b) na avaliação pré-anestésica, baseado na condição clínica do paciente e procedimento proposto, o médico anesthesiologista solicitará ou não exames complementares e/ou avaliação por outros especialistas;
- c) o médico anesthesiologista que realizar a avaliação pré-anestésica poderá não ser o mesmo que administrará a anestesia.

II – Para conduzir as anestésias gerais ou regionais com segurança, deve o médico anesthesiologista manter vigilância permanente a seu paciente.

III – A documentação mínima dos procedimentos anestésicos deverá incluir obrigatoriamente informações relativas à avaliação e prescrição pré-anestésicas, evolução clínica e tratamento intra e pós-anestésico (ANEXO I).

IV – É ato atentatório à ética médica a realização simultânea de anestésias em pacientes distintos, pelo mesmo profissional.

V – Para a prática da anestesia, deve o médico anesthesiologista avaliar previamente as condições de segurança do ambiente, somente praticando o ato anestésico quando asseguradas as condições mínimas para a sua realização.

**Art. 2º** É responsabilidade do diretor técnico da instituição assegurar as condições mínimas para a realização da anestesia com segurança.

**Art. 3º** Entende-se por condições mínimas de segurança para a prática da anestesia a disponibilidade de:

I – monitoração da circulação, incluindo a determinação da pressão arterial e dos batimentos cardíacos, e determinação contínua do ritmo cardíaco, incluindo cardioscopia;

II – monitoração contínua da oxigenação do sangue arterial, incluindo a oximetria de pulso;

III – monitoração contínua da ventilação, incluindo os teores de gás carbônico exalados nas seguintes situações: anestesia sob via aérea artificial (como intubação traqueal, brônquica ou máscara laríngea) e/ou ventilação artificial e/ou exposição a agentes capazes de desencadear hipertermia maligna.

IV – Equipamentos (ANEXO II), instrumental e materiais (ANEXO III) e fármacos (ANEXO IV) que permitam a realização de qualquer ato anestésico com segurança, bem como a realização de procedimentos de recuperação cardiorrespiratória.

**Art. 4º** Após a anestesia, o paciente deve ser removido para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) ou para o/a centro (unidade) de terapia intensiva (CTI), conforme o caso.

§ 1º Enquanto aguarda a remoção, o paciente deverá permanecer no local onde foi realizado o procedimento anestésico, sob a atenção do médico anesthesiologista;

§ 2º O médico anesthesiologista que realizou o procedimento anestésico deverá acompanhar o transporte do paciente para a SRPA e/ou CTI;

§ 3º A alta da SRPA é de responsabilidade exclusiva do médico anesthesiologista;

§ 4º Na SRPA, desde a admissão até o momento da alta, os pacientes permanecerão monitorados quanto:

- a) à circulação, incluindo aferição da pressão arterial e dos batimentos cardíacos e determinação contínua do ritmo cardíaco, por meio da cardioscopia;
- b) à respiração, incluindo determinação contínua da oxigenação do sangue arterial e oximetria de pulso;
- c) ao estado de consciência;
- d) à intensidade da dor.

**Art. 5º** Os anexos e as listas de equipamentos, instrumental, materiais e fármacos que obrigatoriamente devem estar disponíveis no ambiente onde se realiza qualquer anestesia, e que integram esta resolução, serão periodicamente revisados.

Parágrafo único – Itens adicionais estão indicados em situações específicas.

**Art. 6º** Revogam-se todas as disposições em contrário, em especial a Resolução CFM nº 1.363 publicada em 22 de março de 1993.

**Art. 7º** Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

## APÊNDICE B – RESOLUÇÃO CREMEC Nº 44/2012

Define e regulamenta as atividades da sala de recuperação pós-anestésica (SRPA).

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará, no uso das atribuições que lhe confere a lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e;

CONSIDERANDO ser a medicina perioperatória um campo de atuação médica profissional relativamente recente e uma modalidade de atendimento mundialmente aceita;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar as atividades e definir as atribuições e âmbito de ação da sala de recuperação pós-anestésica;

CONSIDERANDO que os pacientes têm direito à assistência humanizada e à mínima exposição aos riscos decorrentes dos métodos propedêuticos e terapêuticos utilizados no ato anestésico-cirúrgico;

CONSIDERANDO que a recuperação da anestesia é um processo dinâmico, apenas iniciado na sala de cirurgia, cuja duração depende da técnica anestésica e das drogas utilizadas;

CONSIDERANDO que após uma anestesia geral os pacientes encontram-se sob os efeitos residuais de drogas anestésicas e de seus metabólitos ativos;

CONSIDERANDO que uma anestesia realizada sob bloqueio no neuroeixo, por sua vez, tem a duração maior (na maioria das vezes em algumas horas) que a cirurgia realizada;

CONSIDERANDO que todo paciente submetido a uma cirurgia sob anestesia geral ou regional encontra-se em estado de potencial instabilidade cardiorrespiratória, decorrente de alterações fisiológicas e/ou fisiopatológicas do procedimento anestésico-cirúrgico;

CONSIDERANDO que a legislação brasileira, através da resolução da diretoria colegiada (RDC) da agência nacional de vigilância sanitária (ANVISA) nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS), torna obrigatória a existência de SRPA nos EAS;

CONSIDERANDO as responsabilidades impostas pela Resolução CFM 1802/06, que define as Condições Mínimas Obrigatórias para a Prática da Anestesia, determinando no seu art. 4º que após a anestesia o paciente deve ser removido para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) ou para o/a centro (unidade) de terapia intensiva (CTI), conforme o caso;

CONSIDERANDO que os pacientes têm direito à sobrevivência, assim como à garantia, dentro dos recursos tecnológicos existentes, da manutenção da estabilidade dos seus parâmetros vitais no período pós-operatório imediato;

CONSIDERANDO a necessidade de normatização das responsabilidades dos profissionais médicos envolvidos com a anestesia e o tratamento na sala de recuperação pós-anestésica;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária do dia 1º de outubro de 2012;

RESOLVE:

**Art. 1º** – Designa-se sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) uma unidade de cuidados específicos cuja função é garantir a recuperação segura da anestesia e prestar cuidados pós-operatórios imediatos a pacientes egressos das salas de cirurgias.

Parágrafo único – Os pacientes com indicação de tratamento intensivo, pacientes graves e/ou de risco devem ser encaminhados a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).

**Art. 2º** – Todo paciente submetido a anestesia geral, regional, bloqueio terapêutico ou sedação, deverá ser enviado à sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), salvo recomendação em contrário do anestesiológico responsável pelo procedimento.

§ 1º – Salvo nos casos de urgência e emergência, o anestesiológico deve avaliar a realização do procedimento se não existir previsão de leito na sala de recuperação.

§ 2º – Não cabe aos planos de saúde ou operadoras de saúde solicitar justificativa médica para o encaminhamento de pacientes à SRPA.

**Art. 3º** – Durante o transporte para a SRPA o paciente deverá ser acompanhado pelo anestesiológico que realizou o procedimento anestésico.

**Art. 4º** – Na admissão do paciente na SRPA, o médico responsável pela sala de recuperação pós-anestésica deverá registrar a técnica anestésica utilizada no procedimento e as condições clínicas do paciente, na ficha de recuperação pós-anestésica.

Parágrafo único – A ficha de recuperação pós-anestésica deve incluir:

- a) identificação do(s) Anestesiológico(s) responsável(is) e o registro do momento da admissão do paciente pelo médico plantonista da sala de recuperação pós-anestésica;
- b) identificação do paciente;

- c) momentos da admissão e da alta;
- d) recursos de monitorização adotados;
- e) registro da consciência, pressão arterial, frequência cardíaca, oxigenação, atividade motora e intensidade da dor do paciente a intervalos não superiores a quinze minutos;
- f) soluções e fármacos administrados (momento de administração, via e dose);
- g) intercorrências e eventos adversos associados ou não à anestesia.

**Art. 5º** – Na SRPA, desde a admissão até o momento da alta, os pacientes permanecerão monitorados quanto:

- a) à circulação, incluindo aferição da pressão arterial e dos batimentos cardíacos e determinação contínua do ritmo cardíaco, por meio da cardioscopia;
- b) à respiração, incluindo determinação contínua da oxigenação do sangue arterial e oximetria de pulso;
- c) ao estado de consciência;
- d) à intensidade da dor;
- e) à evolução do quadro de bloqueio motor e/ou simpático nos pacientes sob bloqueios regionais e/ou centrais.

§ 1º – Devem estar disponíveis cardioscópio, equipamento de aferição da pressão arterial e oxímetro de pulso para cada paciente na sala de recuperação.

§ 2º – No ambiente da sala de recuperação devem estar disponíveis equipamento, instrumental, materiais e fármacos que permitam a realização de procedimentos de recuperação cardiorrespiratória.

**Art. 6º** – A equipe médica da SRPA é composta obrigatoriamente por um supervisor ou chefe e respectivo corpo clínico (médicos plantonistas), sendo que todos os membros devem ter, no Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde exercem sua profissão, registro de qualificação de especialista, preferencialmente em anestesiologia, ou em clínica médica, cirurgia, pediatria ou medicina intensiva, ou ainda a comprovação de exercício prático em SRPA durante 05 (cinco) anos ininterruptos em estabelecimentos assistenciais de saúde reconhecidos pela autoridade sanitária local.

**Art. 7º** – A Unidade Hospitalar deve estar estruturada a fim de manter permanente auxílio para a SRPA, sendo requisito obrigatório disponibilizar exames diagnósticos, medidas de suporte e terapêutica nas 24 (vinte e quatro) horas do dia.

Parágrafo único – É requisito obrigatório que a SRPA disponha de meios adequados para lidar com doentes portadores de enfermidades infectocontagiosas, de maneira que estes não ofereçam riscos adicionais aos demais pacientes nem ao corpo funcional da unidade.

**Art. 8º** – A presença de acompanhantes e de visitantes deve ser normatizada pela direção técnica da unidade hospitalar, respeitando-se o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Estatuto do Idoso.

**Art. 9º** – A responsabilidade do médico plantonista da SRPA sobre o paciente, mesmo quando este seja acompanhado por médico assistente, inicia-se no momento da internação na SRPA.

**Art. 10** – As medidas diagnósticas e terapêuticas durante a internação são indicadas e realizadas pela equipe da SRPA; sempre que não houver urgência nas decisões, devem as mesmas ser discutidas com o anesthesiologista assistente e/ou cirurgião assistente, os quais são encarregados dos aspectos globais da condução do caso, bem como da relação com os familiares do paciente.

Parágrafo único – O cirurgião e o anesthesiologista que atuaram no procedimento anestésico-cirúrgico exercerão a função de médicos assistentes durante o tempo de internação na SRPA.

**Art. 11** – As indicações para alta da SRPA são atribuições do médico plantonista, em comum acordo com o médico anesthesiologista assistente.

Parágrafo único – São critérios para alta do paciente da SRPA:

- a) estabilidade dos sinais vitais;
- b) retorno do estado de consciência;
- c) controle efetivo da dor;
- d) ausência de bloqueio motor e/ou simpático nas anestésias regionais.

**Art. 12** – O corpo clínico deve se organizar em escalas a fim de garantir a presença do médico na unidade durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, 07 (sete) dias por semana, sendo que a

proporção entre o número de médicos e o número de leitos não deve ultrapassar a relação de um médico plantonista para 12 (doze) leitos.

**Art. 13** – A Capacidade operativa da SRPA deve guardar relação direta com a programação do centro cirúrgico, sendo o número mínimo de leitos igual ao número de salas de cirurgia + 1. No caso de cirurgias de alta complexidade, a recuperação pode se dar diretamente na UTI. Nesse caso, o cálculo do número de leitos deve considerar somente as salas para cirurgias menos complexas.

**Parágrafo único** – A sala de recuperação pós-anestésica deve conter para cada 12 leitos um posto de enfermagem e serviços com pelo menos 6 metros quadrados de área, distância entre leitos e paredes de no mínimo 0,8 m, distância entre leitos e cabeceiras no mínimo de 0,6 m e espaço suficiente para manobra dos leitos.

**Art. 14** – O médico diretor técnico da instituição de saúde será o responsável pela aplicação desta resolução.

**Art. 15** – A presente resolução entrará em vigor na data de sua publicação.



## ANEXO A – ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

<b>Atividade muscular</b>	Movimenta os quatro membros	2
	Movimenta dois membros	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
<b>Respiração</b>	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1
	Tem apnéia	0
<b>Circulação</b>	PA em 20% do nível pré -anestésico	2
	PA em 20 -49% do nível anestésico	1
	PA em 50% do nível pré -anestésico	0
<b>Consciência</b>	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2
	Desperta, se solicitado	1
	Não responde	0
<b>Saturação de O<sub>2</sub></b>	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior que 92% respirando em ar ambiente	2
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplementação de oxigênio	0

**ANEXO B – QUESTIONÁRIO 1**

DADOS A SEREM COLETADOS REFERENTE ÀS ÚLTIMAS 24HS (DIA ANTERIOR)

DADOS REFERENTES A SEGUINTE DATA: \_\_\_\_\_

QUANTOS PACIENTES FORAM ADMITIDOS NA SRPA ÚLTIMAS 24HS

\_\_\_\_\_

QUANTOS RECEBERAM ALTA: \_\_\_\_\_

QUANTOS FORAM A ÓBITO: \_\_\_\_\_

QUANTOS MORTE ENCEFÁLICA: \_\_\_\_\_

**ANEXO C – LONGA PERMANÊNCIA DOS PACIENTES NA SALA DE  
RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA DO MAIOR HOSPITAL DE TRAUMA  
DO CEARÁ, AVALIAÇÃO DA CAUSA E DA ASSISTÊNCIA.**

***(COLETA DE DADOS DEVE SER REALIZADA TODOS OS DIAS DE 14H ÀS 17H).***

1. INICIAIS PACIENTE \_\_\_\_\_ 2. NÚMERO PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_
3. IDADE \_\_\_\_\_ SEXO ( ) M ( ) F 4. PROCEDÊNCIA \_\_\_\_\_
5. DATA DA ADMISSÃO NA SRPA \_\_\_\_\_ 6. HORA \_\_\_\_\_
7. DATA DA COLETA DOS DADOS \_\_\_\_\_ 8. DIA DA SEMANA \_\_\_\_\_
09. CAUSA DA OCORRÊNCIA ( ) MOTO ( ) CARRO ( ) ARMA DE FOGO  
( ) OUTROS
10. SEGMENTO DO CORPO EM QUE FOI REALIZADA A CIRURGIA:
- ( ) CRÂNIO
- ( ) PESCOÇO
- ( ) TÓRAX
- ( ) ABDÔMEN
- ( ) PELVE
- ( ) COLUNA VERTEBRAL
- ( ) MEMBRO SUPERIOR DIREITO ( ) BRAÇO ( ) ANTEBRAÇO ( ) MÃO
- ( ) MEMBRO SUPERIOR ESQ ( ) BRAÇO ( ) ANTEBRAÇO ( ) MÃO
- ( ) ABDÔMEN
- ( ) MEMBRO INFERIOR DIR ( ) FÊMUR ( ) TÍBIA ( ) PÉ
- ( ) MEMBRO INFERIOR ESQ ( ) FÊMUR ( ) TÍBIA ( ) PÉ
11. FOI REALIZADO ÍNDICE DE ALDRETE MODIFICADA APÓS 2 HORAS DO  
TÉRMINO DA CIRURGIA? ( ) SIM ( ) NÃO

12. SE SIM, VALOR DO ÍNDICE DE ALDRETE-KROULIK \_\_\_\_\_

13. DATA DA ALTA SR \_\_\_\_\_ 14. HORA ALTA SR \_\_\_\_\_

14. PERÍODO DE TEMPO DE PERMANENCIA NA SR? \_\_\_\_\_ HORAS

15. MOTIVO DA LONGA PERMANÊNCIA NA SRPA (> 2 HORAS):

FALTA DE LEITO NA ENFERMARIA

PACIENTE NÃO ATINGIU ÍNDICE DE ALDRETE-KROULIK > 8

GRAVE, AGUARDA LEITO EM UTI

AGUARDA PARECER DE OUTRA ESPECIALIDADE

AUSÊNCIA DA EVOLUÇÃO E OU PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

AUSÊNCIA DA EVOLUÇÃO E OU PRESCRIÇÃO DO MÉDICO PLANTONISTA DA SRPA

PACIENTE FOI A ÓBITO NA SRPA

REALIZAÇÃO DE CIRURGIA SUBSEQUENTE.

MOTIVO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OUTROS \_\_\_\_\_

## ANEXO D – TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: LONGA PERMANÊNCIA DOS PACIENTES NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA DO MAIOR HOSPITAL DE TRAUMA DO CEARÁ, AVALIAÇÃO DA CAUSA E DA ASSISTENCIA.

Pesquisadores Responsáveis: Profa. Dra. Claudia Regina Fernandes, Luciano Paulo Ferreira.

Você está sendo convidado a participar dessa pesquisa que irá investigar e diagnosticar, os principais problemas no Hospital IJF, que levam os pacientes a permanecerem na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, após alta da mesma.

1. Participação na Pesquisa: Ao participar dessa pesquisa, você irá responder um questionário, de maneira objetiva, sinalizando sim ou não, sobre a sua situação neste internamento.

Lembramos que sua participação é voluntária, tendo a opção de não querer participar da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento após o início da coleta de dados. A desistência não implicará em prejuízo ao seu atendimento ou tratamento.

2. Riscos e Desconforto: A coleta das informações não retardará o seu atendimento, portanto você não permanecerá por mais tempo na Sala de Recuperação de Pós-Anestésica, devido ao questionário.
3. Benefícios: Os benefícios esperados com o estudo são a melhora na qualidade do serviço neste hospital, a curta permanência nesta unidade, e neste hospital.
4. Confidencialidade: Todas as informações que você nos disponibilizar ou forem conseguidas por intermédio do Prontuário Médico ficarão em segredo. Seu nome não constará no questionário de avaliação ou em publicações futuras.

Esclarecimentos: Caso necessite de alguma informação sobre seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa, poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio – Universidade Federal do Ceará. Telefones: (85) 3366-8589 ou 3366-861; E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br

Caso você esteja de acordo em participar da pesquisa, deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento pós-esclarecido que se segue. Você receberá uma cópia desse termo

### CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) \_\_\_\_\_ portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza-Ce., \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Participante



Assinatura Datiloscópica

Assinatura do Responsável

Assinatura do Pesquisador