

PANORAMA DA ANESTESIA AMBULATORIAL NO ESTADO DO PARANÁ: DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE 2012 A 2022

OVERVIEW OF OUTPATIENT ANESTHESIA IN THE STATE OF PARANÁ: DATA FROM
THE HEALTH UNIC SYSTEM FROM 2012 TO 2022

PANORAMA DE LA ANESTESIA AMBULATORIA EN EL ESTADO DE PARANÁ: DATOS
DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD DE 2012 A 2022

Paulo Victor Neres Sant'Ana¹
Leandro Gardelin²
Eduardo Miguel Prata Madureira³
Fábio Henrique Motter⁴

RESUMO: Anestesia ambulatorial é definida como cuidados anestésicos atribuídos a pacientes que necessitam de intervenção cirúrgica, testes diagnósticos ou procedimentos terapêuticos, mas não tem indicação de hospitalização. O ambulatório de anestesiologia necessita de estrutura adequada e suas atividades são regulamentadas por resoluções do Conselho Federal de Medicina. À medida que mais e mais pacientes são tratados com protocolos de anestesia ambulatorial, o anestesiologista desempenha um papel importante no processo de seleção. Este trabalho tem como objetivo investigar quantitativamente o número de procedimentos aprovados, valor aprovado, técnica de anestesia utilizada em ambulatórios no Estado do Paraná, analisando a plataforma DATASUS entre os anos de 2012 a 2022. Com isso, espera-se que os dados coletados sejam utilizados para uma visão geral do tema.

Palavras-chave: Anestesia. Analgesia. Assistência ambulatorial. Sistema Único de Saúde.

6363

ABSTRACT: Ambulatory anesthesia is defined as anesthetic care given to patients who require surgical intervention, diagnostic tests or therapeutic procedures, but have no indication for hospitalization. The anesthesiology outpatient clinic needs adequate structure and its activities are regulated by resolutions of the Federal Council of Medicine. As more and more patients are treated with outpatient anesthesia protocols, the anesthesiologist plays an important role in the selection process. This work aims to quantitatively investigate the number of approved procedures, approved value, anesthesia technique used in outpatient clinics in the State of Paraná, analyzing the DATASUS platform between the years 2012 to 2022. With this, it is expected that the collected data will be used for an overview of the theme.

Keywords: Anesthesia. Analgesia. Outpatient care. Health Unic System.

RESUMEN: La anestesia ambulatoria se define como la atención anestésica brindada a pacientes que requieren intervención quirúrgica, pruebas diagnósticas o procedimientos terapéuticos, pero que no tienen indicación de hospitalización. El ambulatorio de anestesiología necesita una estructura adecuada y sus actividades están reguladas por resoluciones del Consejo Federal de Medicina. A medida que un número cada vez mayor de pacientes es tratado con protocolos de anestesia ambulatoria, el anestesiólogo desempeña un papel importante en el proceso de selección. Este trabajo tiene como objetivo investigar cuantitativamente el número de procedimientos aprobados, el valor aprobado y la técnica anestésica utilizada en los ambulatorios del Estado de Paraná, analizando la plataforma DATASUS entre los años 2012 y 2022. Con ello, se espera que los datos recopilados sean utilizados para ofrecer una visión general sobre el tema.

Palabras clave: Anestesia. Analgesia. Atención ambulatoria. Sistema Único de Salud.

¹Acadêmico de Medicina.

²Acadêmico de Medicina.

³Orientador Docente e Mestre em Economia do Curso de Medicina do Centro Universitário FAG.

⁴Coorientador Médico Anestesiologista.

INTRODUÇÃO

A anestesia ambulatorial compreende procedimentos anestésicos realizados em ambiente ambulatorial ou hospitalar que permitem recuperação rápida, normalmente sem necessidade de internação. Esse modelo oferece vantagens como retorno precoce às atividades, maior satisfação do paciente e familiares, além de menor risco de infecção e redução significativa dos custos hospitalares (OLIVA FILHO, 1983).

Considerando os enormes avanços da anestesiologia em termos de técnicas, anestésicos, fármacos adjuvantes, monitorização adequada e eficaz, permite-se que o ato de anestesiar seja realizado com segurança, deixando de ser um fator limitante para cirurgia ou exames diagnósticos em regime ambulatorial. Mas os ambulatórios têm características próprias e precisam desenvolver um código de conduta prudente na seleção de pacientes, procedimentos médicos, técnicas de anestesia, procedimentos ambulatoriais, critérios de alta, etc., a fim de explorar todas as vantagens desse tipo de serviço (WHITE, 1997).

Os ambulatórios sejam autônomos, vinculados a hospitais ou integrados às atividades internas do hospital, devem cumprir todas as normas de segurança do Conselho Federal de Medicina e às resoluções que regulamentam a matéria. Partindo da perfeita coordenação do anestesista, do cirurgião e por fim do clínico, observando a situação no ambulatório, deve-se fazer a escolha do paciente, a escolha do procedimento médico e a escolha da técnica anestésica (YAMASHITA, 1996). 6364

De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) 1886/2008,14, que estabelece as normas mínimas para o funcionamento do centro cirúrgico integral para cirurgia de curta permanência, são utilizados os seguintes critérios para a seleção dos pacientes:

- Estado físico: apenas pacientes ASA I e ASA II;
- Extensão e localização do procedimento devem permitir tratamento com internação de curta permanência;
- Não há necessidade de procedimentos especializados e controles estritos no pós-operatório;
- O paciente deverá estar acompanhado de pessoa adulta, lúcida e responsável;
- Aceitação pelo paciente do tratamento proposto.

De fato, estudos epidemiológicos sugerem que a cirurgia ambulatorial não deve se limitar a pacientes jovens e saudáveis. Pacientes idosos com estado físico ASA III podem ser incluídos em atendimento ambulatorial se as doenças sistêmicas preexistentes estiverem

adequadamente controladas antes da cirurgia. A invasividade da operação e as condições de cuidados pós-operatórios em casa também devem ser levadas em consideração, principalmente para pessoas de baixo nível socioeconômico (CUTTER 1997).

Hoje, no entanto, pacientes ASA III podem ser tratados ambulatorialmente se forem avaliados clinicamente antes da cirurgia e com preparo clínico adequado, de acordo com um estudo recente. O Conselho Federal de Medicina (CFM) em sua Resolução nº 1.802/06.1 tornou necessária à avaliação pré-anestésica (APA) e recomendou que fosse realizada antes da internação (ANSELL; MONTGOMERY, 2004).

No Brasil, há forte tendência de expansão da APA no atendimento ambulatorial, embora ainda existam dificuldades na implantação desses serviços, mesmo que haja evidências de melhora na qualidade do atendimento, redução da morbimortalidade e melhora do desempenho de indicadores (BISINOTTO et al., 2007). Em termos de tempo, observou-se que para medidas de internação de curta duração, não deve ultrapassar 90 minutos. Se considerarmos a admissão e recuperação após a anestesia, o tempo ideal de cirurgia seria de 90 minutos. No entanto, se continuar a cirurgia não ocorrendo maior trauma ou perda sanguínea, mudança de técnica ou cuidados pós-operatórios, esse tempo pode ser estendido (MEREDY, 1982).

6365

Analisando detalhadamente todas as técnicas anestésicas e o conceito atual de anestesia ambulatorial, constata-se que muitas técnicas estão perfeitamente enquadradas no sistema de atendimento ambulatorial. Estas incluem vantagens e desvantagens em termos de morbidade, tempo de internação, pós-operatório do paciente e analgesia pós-operatória que proporcionam. Na escolha da técnica anestésica, alguma analgesia pós-operatória deve ser programada, pelo menos para o pós-operatório imediato (NOCITI, 1999).

O anestesista desempenha um papel importante no funcionamento do ambulatório, pois deve administrar a anestesia de forma que permita a alta do paciente em menor tempo e com menor índice de complicações. Além de identificar os motivos mais comuns de atraso ou cancelamento da alta do paciente, deve-se atentar para o tipo de cirurgia, a possibilidade de realização ambulatorial e a condição clínica do paciente (OSBORNE; RUDKIN, 1993).

MÉTODOS

Foi realizado um corte transversal e retrospectivo sobre a anestesia ambulatorial com base nos dados fornecidos pelo Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA) /

Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no endereço eletrônico (<http://www.data-sus.gov.br>), que foi acessado em 11/02/2023, 30/04/2023 e 01/05/2023. Foi analisado o perfil da anestesia ambulatorial no Estado do Paraná, sob as seguintes perspectivas: quantidade de procedimentos aprovados (QPA), valor aprovado (VA) e técnica anestésica utilizada (TAU). A população do estudo foi selecionada entre o período de janeiro de 2012 a dezembro de 2022, no estado do Paraná. A partir dos dados obtidos no DATASUS, foram construídas novas tabelas. Por se tratar de um banco de domínio público, não foi necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados obtidos pela consulta foram inseridos em planilha do programa Excel. Para a descrição das variáveis foram considerados valores percentuais.

RESULTADOS

Na Tabela 1 têm-se os dados referentes à quantidade de procedimentos aprovados entre os anos de 2012 a 2022, que totalizaram 277.185 procedimentos. Observa-se um grande aumento na quantidade de procedimentos aprovados entre os anos pesquisados, com um aumento de 281,79% entre os anos de 2022 (41.703) em relação ao ano de 2012 (10.923). Observa-se, ainda, que a crescente nos números deixou de ocorrer no ano de 2020 (24.455), ocorrendo uma queda no número de procedimentos, em relação ao ano de 2019 (39.384) no valor de 37,91%. Sendo que em 2021 e 2022 os números voltaram a crescer.

6366

Tabela 1 – Quantidade de Procedimentos Aprovados. Paraná, 2012 a 2022.

Ano	Quantidade Aprovada	Δ%
2012	10.923	-
2013	15.890	45,47%
2014	17.835	12,24%
2015	20.320	13,93%
2016	21.684	6,71%
2017	25.307	16,71%
2018	32.615	28,88%
2019	39.384	20,75%
2020	24.455	-37,91%
2021	27.069	10,69%
2022	41.703	54,06%
Total	277.185	-

Fonte: SANTANA PVN e GARDELIN L, 2025; dados extraídos do Datasus (2023)

Observa-se na Tabela 2 que, em relação às quatro macrorregiões do estado do Paraná, o maior número de procedimentos, deu-se na macrorregião Leste (155.363), o que representa 56,05% do total de procedimentos (277.185) pesquisados no estado do Paraná. Cabe ainda salientar que a macrorregião Leste ultrapassou a macrorregião Norte que liderou entre os anos de 2012 a 2013. Já a macrorregião com menor número de procedimentos foi a Noroeste entre 2012 até 2021, entretanto no último ano pesquisado (2022), a macrorregião Oeste obteve o menor número de procedimentos pela primeira vez entre as quatro macrorregiões.

Tabela 2 – Quantidade de Procedimentos Aprovados. Paraná, 2012 a 2022. Por macrorregiões.

Ano	Norte		Nordeste		Leste		Oeste	
	Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%
2012	5.217	47,76%	59	0,54%	3.417	31,28%	2.230	20,42%
2013	7.279	45,81%	43	0,27%	5.837	36,73%	2.731	17,19%
2014	6.789	38,07%	1.005	5,63%	7.775	43,59%	2.266	12,71%
2015	5.923	29,15%	1.330	6,55%	10.903	53,66%	2.164	10,65%
2016	5.708	26,32%	1.371	6,32%	12.242	56,46%	2.363	10,90%
2017	6.051	23,91%	559	2,21%	12.799	50,57%	5.898	23,31%
2018	8.259	25,32%	1.650	5,06%	18.316	56,16%	4.390	13,46%
2019	9.675	24,57%	2.967	7,53%	23.388	59,38%	3.354	8,52%
2020	5.020	20,53%	2.060	8,42%	14.227	58,18%	3.148	12,87%
2021	4.799	17,73%	1.943	7,18%	17.284	63,85%	3.043	11,24%
2022	4.945	11,86%	4.099	9,83%	29.175	69,96%	3.484	8,35%

6367

Fonte: SANTANA PVN e GARDELIN L, 2025; dados extraídos do Datasus (2023)

Em relação ao valor aprovado no período, totalizou um montante de R\$5.069.480,83, demonstrado na tabela 3. Esse valor representa um aumento percentual de 269,46 % entre os anos pesquisados (2012 R\$205.497,85 – 2022 R\$759.227,09). Assim como na tabela 1, o valor aprovado apresenta crescimento nos valores de 2012 até 2019 ocorrendo uma queda em 2020, retomando o crescimento nos anos seguintes (2021 e 2022). Entretanto, a tabela 4 nos mostra que, ao contrário da tabela 2 onde a macrorregião Leste ultrapassou a Norte na quantidade de procedimentos aprovados em 2014, o valor aprovado ultrapassou a partir do ano de 2015. Ou seja, a macrorregião Leste obteve um número maior de quantidade de procedimentos aprovados em 2014 (Leste 7.775 – Norte 6.789), porém teve menor valor aprovado no mesmo ano de 2014 (Leste R\$ 121.087,81 – Norte R\$ 148.478,31) Apresentando uma diferença, portanto, da quantidade de procedimentos aprovados para o ano de 2014 em relação ao valor aprovado no ano de 2014. Assim a macrorregião Leste assumiu a liderança no valor aprovado de 2015 até 2022. E assim como

ocorreu na tabela 2 a macrorregião Oeste no ano de 2022 passou a ser a que menos obteve valor aprovado no período.

Tabela 3 – Valor Aprovado. Paraná, 2012 a 2022.

Ano	Valor total aprovado	Δ%
2012	R\$ 205.497,85	-
	R\$	
2013	302.940,94	47,42%
2014	R\$ 330.955,21	9,25%
2015	R\$ 363.355,52	9,79%
2016	R\$ 407.573,08	12,17%
2017	R\$ 469.574,41	15,21%
2018	R\$ 592.017,25	26,08%
2019	R\$ 711.114,48	20,12%
	R\$	
2020	434.964,85	-38,83%
2021	R\$ 492.260,15	13,17%
2022	R\$ 759.227,09	54,23%

Fonte: SANTANA PVN e GARDELIN L, 2025; dados extraídos do Datasus (2023)

Tabela 4 – Valor Aprovado. Paraná, 2012 a 2022. Por macrorregiões.

6368

Ano	Norte		Noroeste		Leste		Oeste	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
2012	R\$ 114.338,51	55,64%	R\$ 1.313,93	0,64%	R\$ 53.511,95	26,04%	R\$ 36.333,46	17,68%
2013	R\$ 160.223,65	52,89%	R\$ 929,13	0,31%	R\$ 90.402,79	29,84%	R\$ 51.385,37	16,96%
2014	R\$ 148.478,31	44,86%	R\$ 22.260,31	6,73%	R\$ 121.087,81	36,59%	R\$ 39.128,78	11,82%
2015	R\$ 127.262,97	35,02%	R\$ 28.665,02	7,89%	R\$ 171.289,41	47,14%	R\$ 36.138,12	9,95%
2016	R\$ 119.313,64	29,27%	R\$ 29.827,29	7,32%	R\$ 218.018,94	53,49%	R\$ 40.413,21	9,92%
2017	R\$ 123.071,85	26,21%	R\$ 12.199,73	2,60%	R\$ 239.579,65	51,02%	R\$ 94.723,18	20,17%
2018	R\$ 166.861,29	28,19%	R\$ 26.841,58	4,53%	R\$ 327.897,00	55,39%	R\$ 70.417,38	11,89%
2019	R\$ 194.358,57	27,33%	R\$ 49.748,93	7,00%	R\$ 413.296,04	58,12%	R\$ 53.710,94	7,55%
2020	93.845,88	21,58%	R\$ 34.647,96	7,97%	R\$ 255.966,41	58,85%	R\$ 50.504,60	11,61%
2021	R\$ 91.950,21	18,68%	R\$ 32.469,57	6,60%	R\$ 317.901,24	64,58%	R\$ 49.939,13	10,14%
2022	R\$ 92.980,19	12,25%	R\$ 74.267,93	9,78%	R\$ 532.289,97	70,11%	R\$ 59.689,00	7,86%

Fonte: SANTANA PVN e GARDELIN L, 2025; dados extraídos do Datasus (2023)

Quanto à distribuição das técnicas anestésicas, (Tabela 5), dos 277.185 procedimentos aprovados no período, houve predomínio da Sedação com 154.976 (55,91 %), em relação a anestesia regional com 122.209 (44,09 %). Cabe salientar que não houveram registros de Anestesia Geral nos anos pesquisados. Outro dado interessante é que a Sedação é o procedimento de escolha ambulatorial de preferência a partir do ano de 2017, em diante, até 2022.

Tabela 5 – Técnica Anestésica Utilizada. Paraná, 2012 a 2022.

Ano	Anestesia Regional	%	Sedação	%
2012	5.620	51,45%	5.303	48,55%
2013	8.737	54,98%	7.153	45,02%
2014	8.533	47,84%	9.302	52,16%
2015	7.796	38,37%	12.524	61,63%
2016	11.104	51,21%	10.580	48,79%
2017	12.103	47,82%	13.204	52,18%
2018	13.750	42,16%	18.865	57,84%
2019	16.074	40,81%	23.310	59,19%
2020	9.055	37,03%	15.400	62,97%
2021	11.540	42,63%	15.529	57,37%
2022	17.897	42,92%	23.806	57,08%

6369

Fonte: SANTANA PVN e GARDELIN L, 2025; dados extraídos do Datasus (2023)

DISCUSSÃO

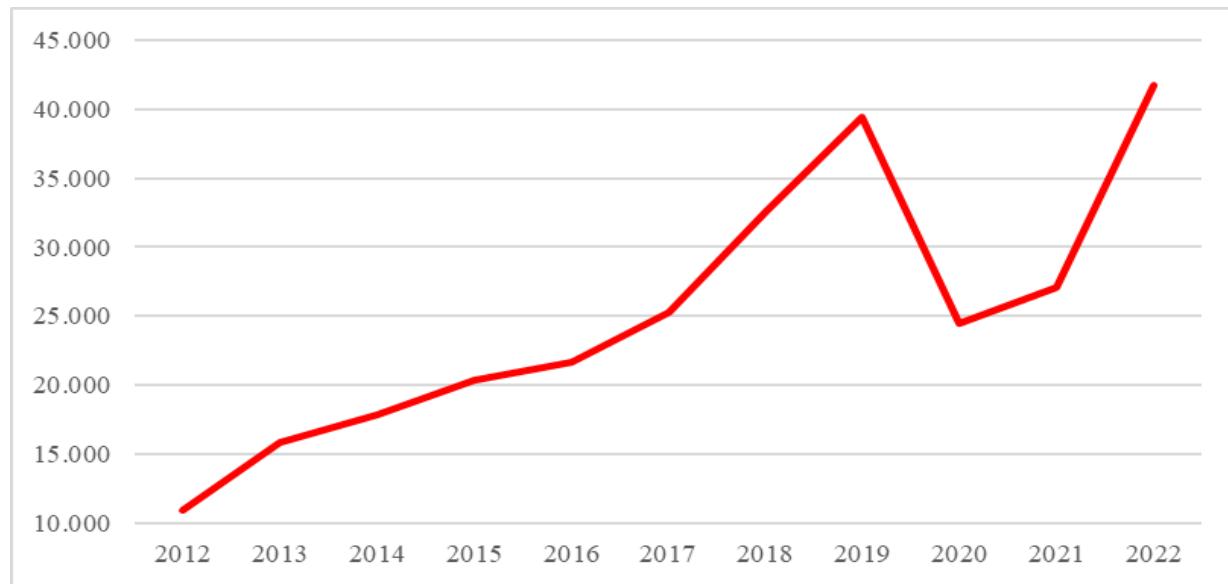
Diagnósticos e procedimentos cirúrgicos fora do centro cirúrgico são cada vez mais comuns na área da saúde, tanto no setor privado quanto no Sistema Único de Saúde (SUS). A anestesia ambulatorial representa um desafio para os anestesiologistas, pois deve proporcionar conforto, segurança e rápida recuperação cirúrgica (MACIEJEWSKY, 2013).

Com base em pesquisas publicadas, os benefícios dos procedimentos cirúrgicos, terapêuticos e diagnósticos realizados em nível ambulatorial são inegáveis. Se considerarmos apenas os benefícios para o paciente, o sistema já se justifica, pois as mudanças na vida diária são mínimas e as complicações como infecções nosocomiais e exposições a outros patógenos são bastante reduzidas. Um número crescente de pacientes com comorbidades graves é elegível para cirurgia ambulatorial, e os anestesiologistas devem ser capazes de tratá-los adequadamente (NUNES et al., 2018).

Os critérios de inclusão para procedimentos ambulatórios foram: tempo e duração operatória (tempo cirúrgico ou exame máximo recomendado 120 minutos); controle da dor e sangramento e uso de medicamentos de rápida eliminação, lembrando que dor, náuseas, vômitos e sangramentos também devem ser considerados no período pós-operatório.

Ao longo do período analisado, foram realizados 277.185 procedimentos registrados, havendo um crescimento vertiginoso de 281,79% entre o primeiro ano (2012 – 10.923) e o último (2022 – 41.703). Entre as macrorregiões o Leste concentra 56,05% de todos os procedimentos ambulatoriais de anestesia.

O gráfico 1, evidencia graficamente essa variação percentual, acompanhada ano a ano.



Quanto ao sistema de financiamento, seja ele público, sistema suplementar (convênios) ou totalmente privado, esse sistema também se justifica, pois o custo das taxas hospitalares e dias de internação é bastante reduzido. Mas para que o sistema funcione sem problemas, padrões rígidos devem ser aplicados à elegibilidade de pacientes e procedimentos (SANTOS et al., 2008).

Os dados referentes ao custo total aprovado para o período especificado, mostram um valor na ordem de R\$5.069.480,83. Notavelmente, há um aumento considerável nos investimentos para a anestesia ambulatorial entre os anos de 2012 e 2022 (de R\$205.497,85 para R\$759.227,09, respectivamente), isso representa um acréscimo de 269,46% nos valores aprovados.

Também é importante que o anestesista tenha conhecimento prévio das condições clínicas e físicas do paciente, para que possa decidir de forma segura e eficaz se é viável ou não

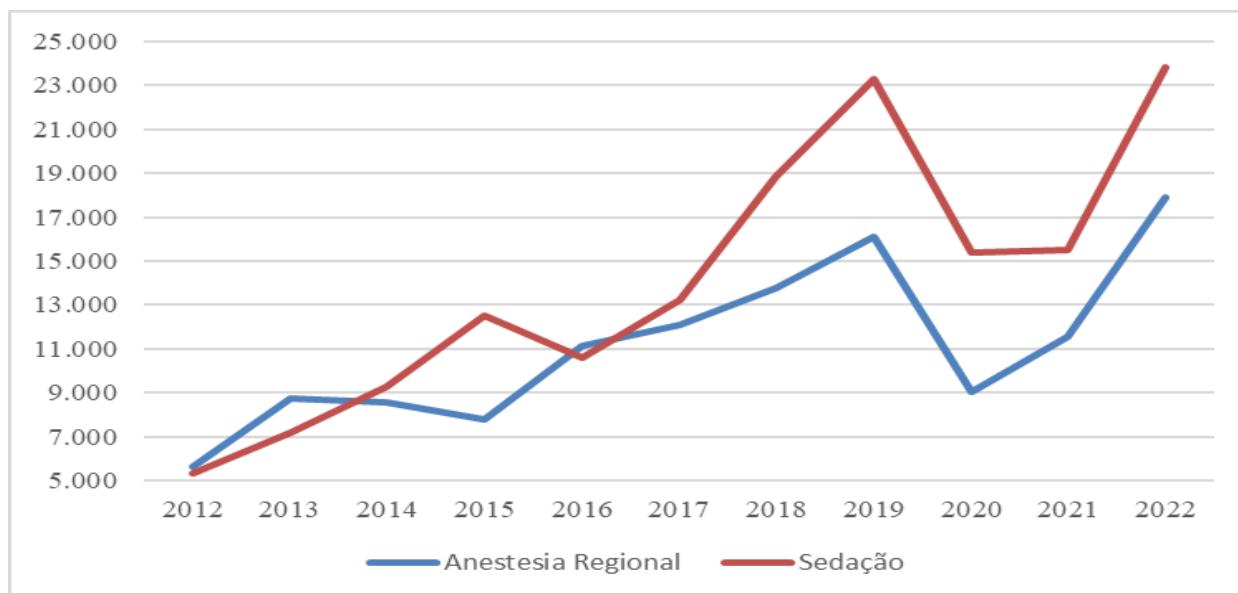
realizar um procedimento anestésico em cada indivíduo (GAN et al., 2014). Dependendo do procedimento a ser realizado e da condição clínica do paciente, caberá ao anestesista solicitar exames complementares e avaliação de outros especialistas antes de determinar o tipo de anestesia e a data do procedimento (RODRIGUES; BLOMSTONE; MACCIOLI, 2019). Esses aspectos citados acima, se negligenciados, podem comprometer o sucesso do sistema ambulatorial.

A escolha da técnica anestésica também ocorre durante a avaliação pré-anestésica, mas pode mudar durante a cirurgia, pois nem sempre a avaliação pré-anestésica é realizada pelo mesmo profissional que realizou o procedimento anestésico. São considerados a condição física, psicológica e espiritual do paciente, doenças pré-existentes, posicionamento do paciente durante o procedimento, manejo da dor pós-operatória, tamanho do procedimento e preferência do cirurgião ao especificar a técnica de anestesia, e as predileções do cirurgião e do anestesiologista (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS, 2009).

Quanto à técnica anestésica utilizada, no ambiente ambulatorial, a Sedação ocorreu em maior número com 154.976 (55,91%) procedimentos, do que a anestesia regional que totalizou 122.209 (44,09%) procedimentos. No período não houve registros sobre Anestesia Geral.

O acompanhamento anual da variação percentual está representado visualmente no 6371 Gráfico 2.

Gráfico 2 – Evolução da técnica anestésica no Paraná 2012 a 2022.



Desse modo, o Gráfico 2 mostra que quando se trata de procedimentos ambulatoriais no SUS a Sedação é a escolha preferida. Permitindo, na maioria das vezes, que o paciente mantenha a consciência durante todo o procedimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo constatou que o número de anestesias ambulatoriais aumentou significativamente entre os anos estudados, assim como os recursos alocados ao departamento. Esses resultados devem-se, em parte, ao aumento do número de atendimentos ambulatoriais, bem como à melhoria da acessibilidade dos usuários do SUS, assim como ao aumento das notificações. Dentre as técnicas anestésicas utilizadas, sabe-se que há preferência por aquelas que permitem uma recuperação mais precoce, como a anestesia local e a sedação. Portanto, este estudo visa fornecer o conteúdo do banco de dados do SUS e atualizar todos anestesiologistas do Estado do Paraná com as informações mais recentes sobre a situação das anestesias do SUS no período de 2012 a 2022.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Espaço destinado exclusivamente para as agências de fomento (CNPq, CAPES, FAPs, entre outras), que financiaram o estudo, quando houver esse tipo de financiamento. Se o artigo não foi financiado por uma entidade pública, retirar esse espaço do trabalho.

REFERÊNCIAS

6372

- 1.OLIVA Filho AL - Anestesia para pacientes de curta permanência hospitalar. *Rev Bras Anestesiol*, 1983;33:51-62.
- 2.WHITE P - Ambulatory Anesthesia and Surgery: Past, Present and Future, em White P - Ambulatory Anesthesia and Surgery, 1st Ed, Philadelphia, WB Saunders, 1997;3-34.
- 3.YAMASHITA AM - Anestesia Ambulatorial, em: Ortenzi AV, Tardelli MA - Anestesiologia SAESP, Rio de Janeiro, Atheneu, 1996;631-640.
- 4.CONSELHO Federal de Medicina. Resolução Nº 1886 de 2008.
- 5.CUTTER TW - Patient Selection for Ambulatory Surgery, em: White P - Ambulatory Anesthesia and Surgery, 1st Ed, Philadelphia, WB Saunders, 1997;3:133-137.
- 6.ANSELL GL, Montgomery JE. Outcome of ASA III patients undergoing day case surgery. *Br J Anaesth*. 2004;92:71-4.
- 7.RESOLUÇÃO CFM nº 1802/2006, de 20 de dezembro de 2006; seção I: 160. Sociedade Brasileira de Anestesiologia [Internet].
- 8.BISINOTTO FMB et al. Implantação do serviço de avaliação pré-anestésica em hospital universitário. Dificuldades e resultados. *Rev Bras Anestesiol*. 2007;57:167-76.

- 9.MEREDY HW - Criteria for selection of ambulatory surgical patient's and guidelines for anesthetic management. A retrospective study of 1.533 Cases. *Anesth Analg*, 1982;61:921-926.
- 10.Nociti JR - Evolução de conceitos em anestesiologia. *Rev Bras Anestesiol*, 1999;49:83.
- 11.PANDIT VA - Phases of Recovery Periods, em: White P - Ambulatory Anesthesia and Surgery, 1st Ed, Philadelphia, WB Saunders, 1997;457-464.
- 12.CHUNG FF - Discharge Requirements, em: White P - Ambulatory Anesthesia and Surgery, 1st Ed, Philadelphia, WB Saunders, 1997;518-525.
- 13.LIU S. Effects of bispectral index monitoring on ambulatory anesthesia: a meta-analysis of randomized controlled trials and cost analysis. *Surv Anesthesiol*. 2005;49(4):177-8.
- 14.GILLIARDI N, Eggli Y, Halfon P. A methodology to estimate the potential to move inpatient to one day surgery. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:78.
- 15.OSBORNE GA, Rudkin GE. Outcome after day-care surgery in a major teaching hospital. *Anaesth Intensive Care*. 1993;21:822-7.
- 16.MACIEJEWSKY D. Guideline for system and anaesthesia organization in short stay surgery (ambulatory anaesthesia, anaesthesia in day case surgery). *Anesthesiol Int Ther*, v. 45, n. 4, p. 190-193, 2013.
- 17.NUNES, JS et al. Quality Indicators in Ambulatory Surgery: A Literature Review Comparing Portuguese and International Systems. *Acta Med Port* v. 31, n. 7-8, p. 425-430, 2018. 6373
- 18.SANTOS, JS et al. Cirurgia ambulatorial: do conceito à organização de serviços e seus resultados. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v. 41, n. 3, p. 274-86, 2008.
- 19.GAN, TJ et al. Society for Ambulatory Anesthesia. Consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg*, Baltimore, v. 118, n. 1, p. 85-13, Jan. 2014
- 20.RODRIGUES, LV.; BLOMSTONE, JA.; MACCIOLI, GA. Outcomes in ambulatory anesthesia. *Anesthesiology Clin*, Philadelphia, v. 37, p. 361-372, 2019
- 21.AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. ASA Physical Status Classification System. ASA. 2009.
- 22.BRASIL. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução nº 1.802/2006. Dispõe sobre a prática do ato anestésico. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF.
- 23.BRASIL. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução nº 1.409/1994. Dispõe sobre procedimentos ambulatoriais realizados fora da Unidade Hospitalar. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p. 8.548, 14 de junho de 1994.
- 24.BRASIL. Conselho Federal de Medicina (CFM) Resolução nº 1.886/2008. Dispõe sobre as normas mínimas para funcionamento de consultórios médicos e de complexos cirúrgicos para



procedimentos com internação de curta permanência. *Diário Oficial da União. Poder Executivo*, Brasília, DF, Seção I, p. 271, 21 de novembro de 2008.

25.CANGIANI, LM. Anestesia ambulatorial: conceitos e aspectos gerais. In: Cangiani L. M. *Anestesia ambulatorial*. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 3-26

26.SOBEC. Práticas recomendadas 2013. 6^a ed. rev. e atual. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Materiais e Esterilização. São Paulo: Malone, 2013.