

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 1 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
OBJETIVOS.....	3
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO.....	3
FLUXOGRAMAS	4
FLUXOGRAMA GERAL DE ATENDIMENTO NA SRPA	4
FLUXOGRAMA DOR.....	5
FLUXOGRAMA NÁUSEAS E VÔMITOS PÓS-OPERATÓRIO (NVPO)	5
FLUXOGRAMA HIPOTERMIA	6
FLUXOGRAMA HIPOTENSÃO ARTERIAL	7
FLUXOGRAMA HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	7
FLUXOGRAMA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA.....	8
ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES.....	8
CONCEITO	11
ORGANIZAÇÃO	11
ADMISSÃO NA SRPA.....	12
CONDUTAS NA SRPA.....	13
DOR	14
NÁUSEAS E VÔMITOS.....	19
HIPOTERMIA	20
HIPOTENSÃO ARTERIAL.....	21
HIPERTENSÃO ARTERIAL	22
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	23
ALTA DA SRPA	25
CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO	26
MONITORAMENTO	26
CONFLITOS DE INTERESSE.....	27
REFERÊNCIAS.....	27



Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 2 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

SIGLAS	28
ANEXOS	30
ANEXO A: Ficha de Recuperação Pós-Anestésica	30
ANEXO B e C: Índice de Aldrete e Kroulik	31
ANEXO D: Índice Pediátrico - critérios de alta da sala de recuperação pós-anestésica	32
HISTÓRICO DE REVISÃO	32

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 3 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

INTRODUÇÃO

A Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) é o local destinado ao atendimento intensivo do paciente, no período que vai desde sua saída da sala de operação até a recuperação da consciência, eliminação de anestésicos e estabilização dos sinais vitais. Possui como objetivo básico a avaliação crítica dos pacientes em pós-operatório com ênfase na previsão e prevenção de complicações que resultam da anestesia ou do procedimento cirúrgico.

Para tanto, são necessários recursos técnicos e humanos especializados que deem suporte para prevenção, detecção e implementação precoce dos cuidados específicos.

No Brasil, a existência obrigatória de SRPA em hospitais foi determinada pela Portaria 400 do Ministério da Saúde, em 1977. A resolução do CFM Nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, regulamenta o funcionamento e atribuições da SRPA e direciona este Protocolo Clínico.

OBJETIVOS

Estabelecer uma rotina de cuidados na SRPA visando à redução da ocorrência de incidentes, eventos adversos e mortalidade de pacientes cirúrgicos.

Como objetivo adicional tem-se ainda a definição do corpo funcional e estruturação física da SRPA.

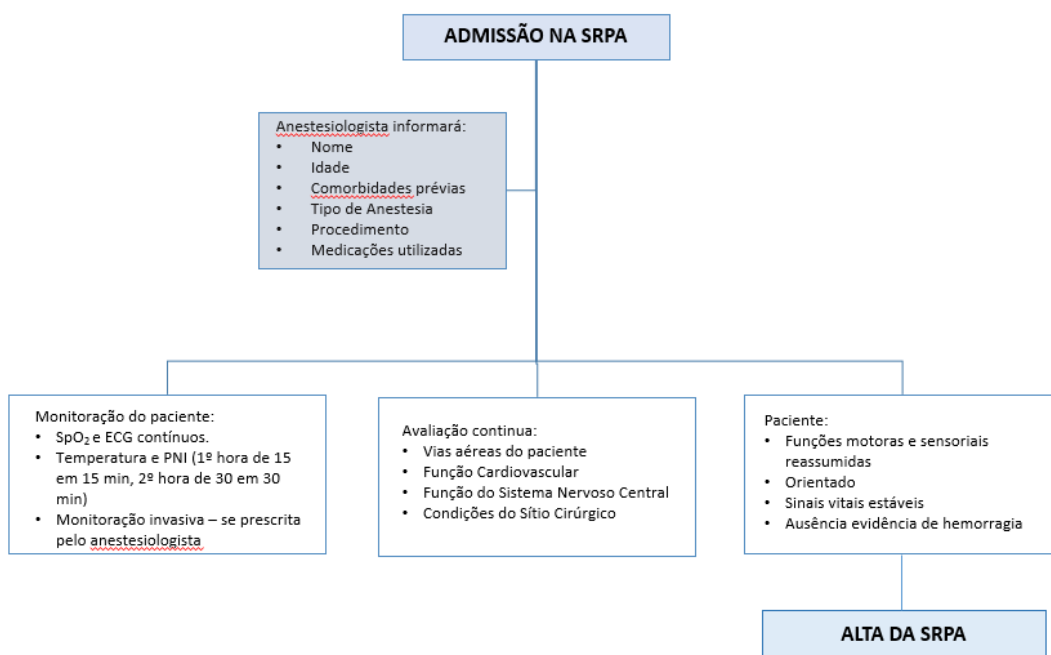
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

Todos os pacientes do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFMG/Ebserh) submetidos a procedimentos cirúrgicos, diagnósticos com ou sem intervenção que necessitem de anestesia, sedação ou acompanhamento anestésico. Este protocolo aplica-se a todas as unidades pós-anestésicas: Bloco Cirúrgico 5º andar, Reprodução Humana, Maternidade, Instituto Alfa, Imagem (Tomografia computadorizada, Ressonância Nuclear Magnética), Hemodinâmica, Hospital São Geraldo; em qualquer setor e unidade pertencentes ao HC-UFMG/Ebserh.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 4 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

FLUXOGRAMAS

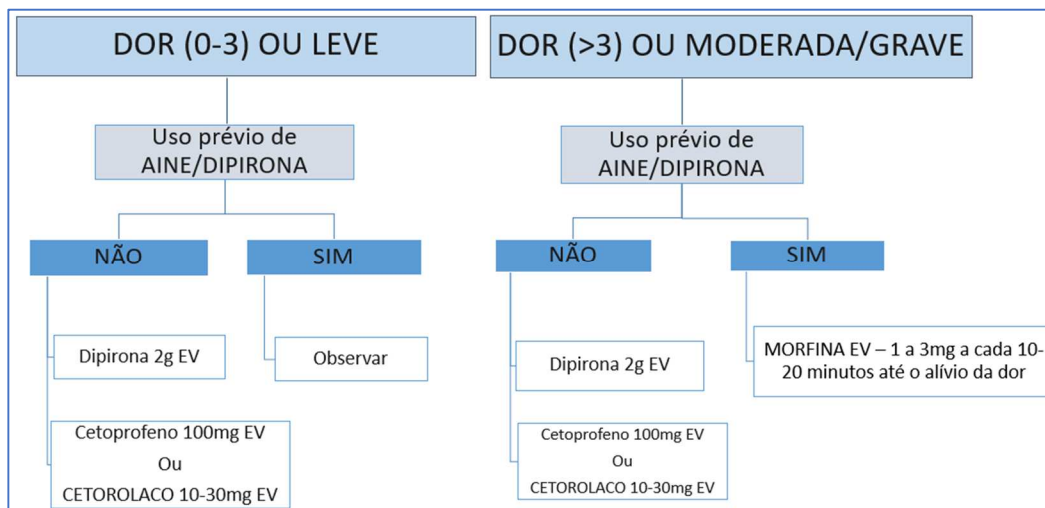
FLUXOGRAMA GERAL DE ATENDIMENTO NA SRPA



Onde: SpO₂= saturação de oxigênio; ECG= eletrocardiograma; PNI= pressão não invasiva

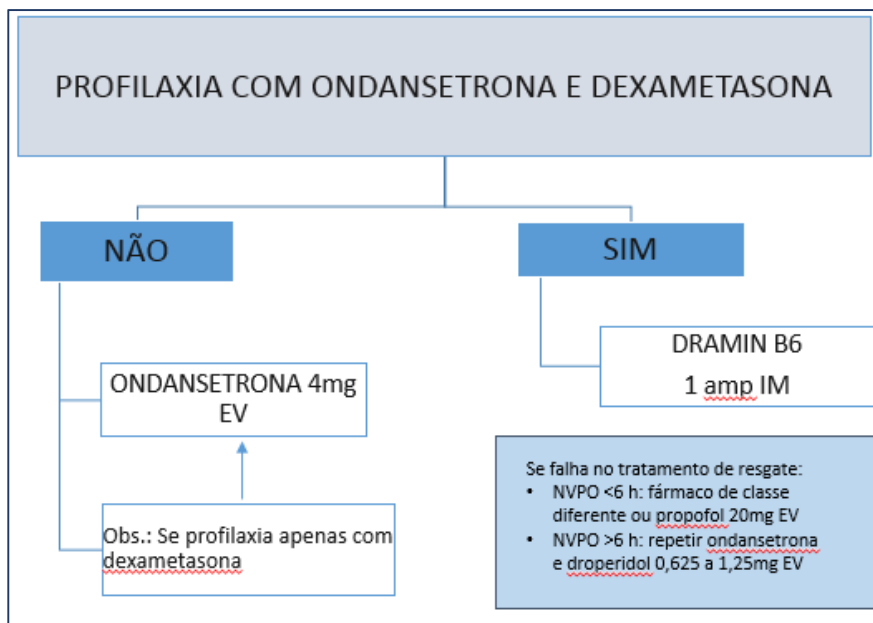
Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 5 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

FLUXOGRAMA DOR



Onde: AINE=anti-inflamatório não esteroidal; EV=endovenoso;

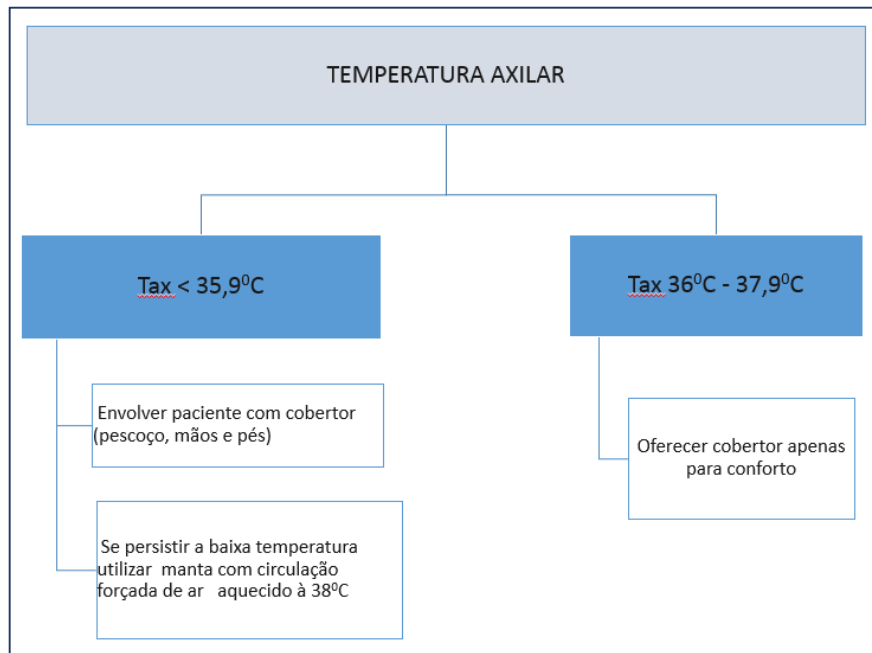
FLUXOGRAMA NÁUSEAS E VÔMITOS PÓS-OPERATÓRIO (NVPO)



Onde: IM= intramuscular

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 6 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

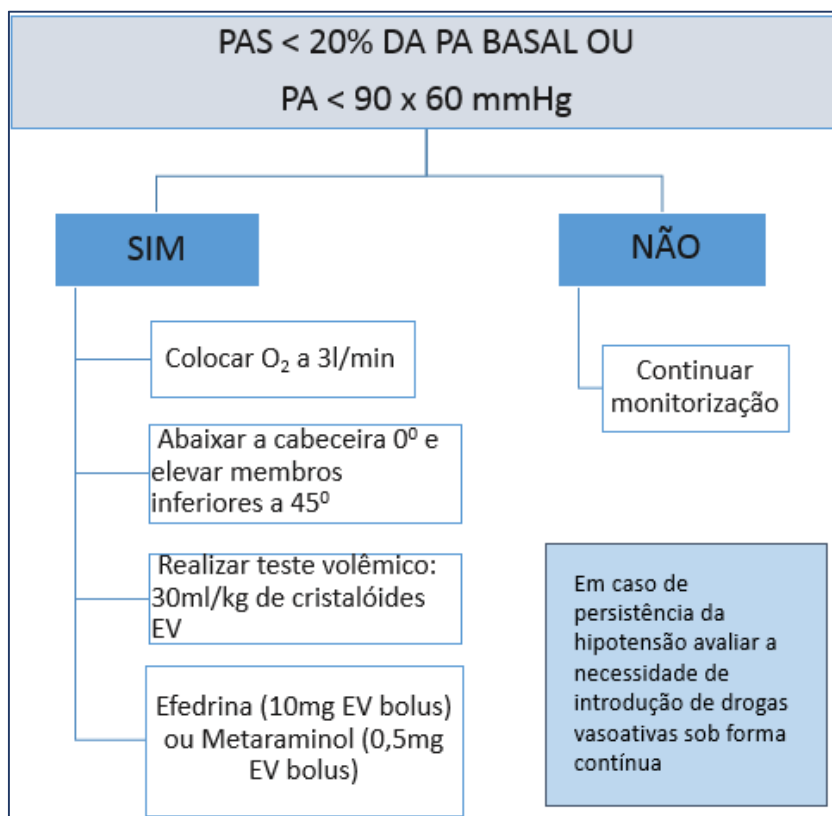
FLUXOGRAMA HIPOTERMIA



Onde: Tax= temperatura axilar;

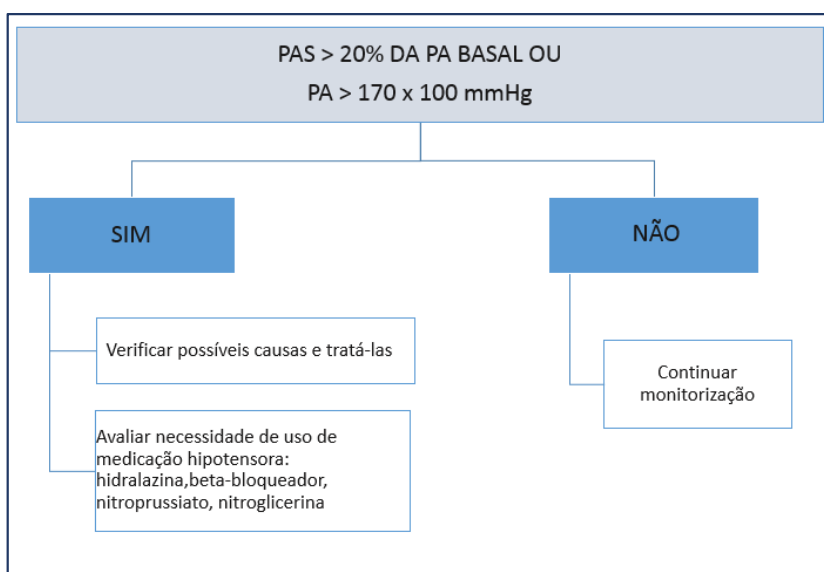
Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 7 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

FLUXOGRAMA HIPOTENSÃO ARTERIAL



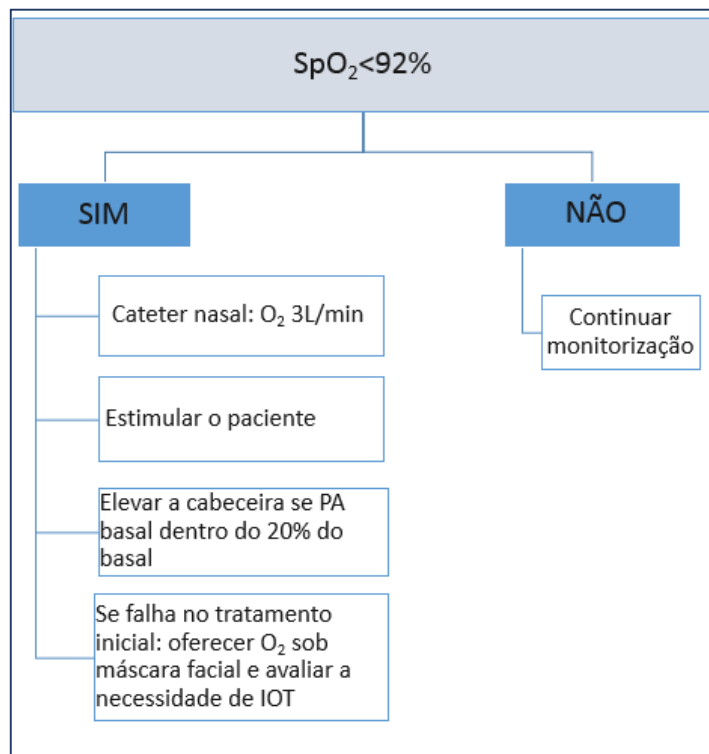
Onde: O₂= oxigenioterapia

FLUXOGRAMA HIPERTENSÃO ARTERIAL



Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 8 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

FLUXOGRAMA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA



Onde: PA= pressão arterial; IOT=intubação orotraqueal

ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

Médico Anestesiologista	<ul style="list-style-type: none"> – Orientar o paciente sobre o término da sua cirurgia. – Garantir a privacidade do paciente e zelar pela sua segurança. – Identificar corretamente o soro de infusão EV que acompanhará o paciente até a SRPA. – Realizar a transferência do paciente da sala de cirurgia para a SRPA. – Preencher corretamente o SBAR. – Realizar a transferência do cuidado para o anestesiologista responsável pela SRPA. – Não existindo médico plantonista na SRPA, caberá ao médico anestesista responsável pelo procedimento anestésico o atendimento ao paciente. – Receber o paciente na SRPA.
--------------------------------	--

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 9 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

	<ul style="list-style-type: none"> – Acompanhar a monitorização do paciente. – Prevenir ou tratar possíveis complicações resultantes do ato anestésico ou cirúrgico. – Oferecer suporte ao paciente na recuperação da anestesia, até que reflexos protetores estejam presentes, sinais vitais voltem à normalidade e seja recuperada a consciência. – Prescrever as medicações e solicitar exames laboratoriais conforme necessidade. – Preencher corretamente a Ficha de Recuperação Pós-Anestésica. – Dar alta ao paciente da SRPA. – Fazer notificação de qualquer evento adverso no VIGIHOSP.
Médico cirurgião ou executor do procedimento	<ul style="list-style-type: none"> – Orientar o paciente sobre o término da sua cirurgia. – Garantir a privacidade do paciente e zelar pela sua segurança. – Identificar fatores de risco para o período perioperatório (comorbidades, doenças crônicas, maior risco de perdas sanguíneas) e o risco/benefício do procedimento cirúrgico. – Solicitar exames laboratoriais e de imagem necessários para auxiliar no diagnóstico e na realização dos procedimentos. – Conduzir o procedimento cirúrgico elencando possíveis intercorrências. – Avaliar o paciente sempre que acionado pela equipe da Anestesiologia ou enfermagem. – Realizar prescrição médica quando necessário. – Fazer notificação de qualquer evento adverso no Vigihosp.
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> – Supervisionar a equipe de enfermagem. – Garantir a privacidade do paciente e zelar pela sua segurança. – Fazer exame físico. – Realizar diagnósticos e prescrições de enfermagem. – Comunicar ao anestesiológico as intercorrências relacionadas ao paciente. – Registrar em prontuários as atividades realizadas.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 10 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

	<ul style="list-style-type: none"> – Realizar procedimentos privativos do enfermeiro, quando necessário. – Realizar a regulação dos leitos da SRPA e da enfermaria. – Realizar a transição de cuidados para a equipe de enfermagem da unidade de destino. – Acompanhar e auxiliar o técnico de enfermagem nas suas atividades. – Fazer notificação de qualquer evento adverso no Vigihosp.
Técnico de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> – Conferir a identificação do paciente. – Monitorar frequência cardíaca, pressão arterial, saturação de oxigênio, temperatura, nível de consciência, dor. – Promover conforto e aquecimento. – Verificar condições de curativo (sangramentos), fixação de sondas e drenos. – Anotar débitos de drenos e sondas. – Observar dor, náusea e vômito e comunicar o anestesiológico. – Administrar analgésicos, antieméticos e antibióticos conforme prescrição médica. – Manter infusões venosas e atentar para infiltrações e irritações cutâneas. – Observar queixas de retenção urinária. – Garantir a privacidade do paciente e zelar pela sua segurança. – Comunicar ao anestesiológico as intercorrências relacionadas ao paciente. – Aplicar a escala de Aldrete e Kroulik. – Para as cesáreas, atentar-se para os sinais e sintomas relacionados ao puerpério, como: involução uterina; quantidade de sangramento via vaginal; fluxo urinário; aleitamento materno na 1ª hora de vida; pega mamária; interação do binômio. – Registrar em prontuário as atividades realizadas. – Fazer notificação de qualquer evento adverso no Vigihosp.
Laboratório	<ul style="list-style-type: none"> – Realização dos exames laboratoriais solicitados.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 11 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

Farmácia	<ul style="list-style-type: none"> – Receber prescrições e solicitação de medicamentos e avaliá-los. – Avaliar a solicitação de medicamentos de uso restrito e não-padronizado. – Separar medicamentos e dispensar ao setor, realizando conferência no momento da dispensação. – Fornecer informações técnicas a respeito dos medicamentos e possíveis interações sempre que necessário.
Gestores de área	<ul style="list-style-type: none"> – Fazer a previsão e controle de materiais de consumo médico hospitalar e bens permanentes. – Garantir o gerenciamento dos protocolos e aplicação das medidas cabíveis diante de não-conformidades.
Diretoria Geral	<ul style="list-style-type: none"> – Garantir infraestrutura adequada e necessária. – Providenciar aquisição de suprimentos. – Garantir a provisão e gerenciamento de recursos humanos adequados.

CONCEITO

A recuperação pós-anestésica é definida como o período compreendido entre a interrupção da administração de anestésicos e o retorno das condições basais do paciente.

A SRPA, tem seu valor histórico no resultado da anestesia, que não pode ser compreendida apenas como um local de passagem do paciente entre o período per-operatório e a sua plena condição de alta hospitalar. Neste ambiente os cuidados com os sinais vitais, incluindo a dor, a atenção ao paciente, seu conforto, suas necessidades e as informações aos seus acompanhantes, devem ser valorizados, objetivando a qualidade do ato anestésico, a antecipação de possíveis eventos adversos e, em consequência, garantindo desfechos favoráveis.

ORGANIZAÇÃO

O corpo funcional da SRPA é composto obrigatoriamente por um médico anesthesiologista (ou residente em Anestesiologia preceptorado pelo médico anesthesiologista coordenador do dia do bloco cirúrgico), um enfermeiro e técnicos de enfermagem.

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.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 12 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

A sala de recuperação pós-anestésica deverá estar ocupada com:

- Cama ou maca de recuperação com grade
- Capnógrafo
- Esfigmomanômetro
- Ventilador pulmonar adulto e infantil
- Estetoscópio
- Aspirador contínuo elétrico
- Monitor cardíaco
- Fonte de oxigênio e vácuo
- Oxímetro de pulso
- Material de consumo
- Eletrocardiógrafo
- Medicamentos
- Laringoscópio adulto ou infantil

A SRPA deve estar instalada dentro da Unidade de Centro Cirúrgico ou nas suas proximidades, de modo a favorecer o transporte fácil do paciente anestesiado para este local, assim como o seu rápido retorno, à sala de operação, na vigência de uma reintervenção cirúrgica. Esta localização possibilita, também, o livre acesso dos componentes da equipe cirúrgica ao paciente.

ADMISSÃO NA SRPA

O médico anestesiológico que realizou o procedimento anestésico deverá acompanhar o transporte do paciente para a SRPA ou unidade de terapia intensiva (UTI), transferindo-o aos cuidados do médico plantonista e registrando na ficha anestésica todas as informações relevantes (SBAR) para a continuidade do atendimento do paciente. (Anexo A)

A responsabilidade do médico plantonista da SRPA sobre o paciente, mesmo quando este seja acompanhado por médico assistente, inicia-se no momento de internação na SRPA. Ele será responsável pelo atendimento e continuidade dos cuidados até a plena recuperação anestésica do paciente.

Em relação à frequência das avaliações dos sinais vitais, é recomendado que o registro em prontuário seja realizado a cada 15 minutos na primeira hora, caso se mantenha estável, a cada 30 minutos na segunda hora e após este período de hora em hora. Esta frequência varia de acordo com a condição clínica do paciente, podendo ser avaliado em intervalos menores do que o recomendado. A frequência e o tempo de monitoramento do período após procedimentos invasivos são definidos pelo médico anestesiológico.

Desde a admissão até o momento da alta, os pacientes permanecerão monitorizados e avaliados clinicamente, quanto a:

- Circulação, incluindo aferição da pressão arterial e dos batimentos cardíacos e determinação contínua do ritmo cardíaco por meio da cardioscopia;

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 13 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

- Respiração, incluindo determinação contínua da saturação periférica da hemoglobina;
- Estado de consciência;
- Intensidade da dor;
- Movimento de membros inferiores e superiores pós-anestesia regional;
- Controle da temperatura corporal e dos meios para assegurar a normotermia;
- Controle de náuseas e vômitos.

A documentação da anestesia no pós-operatório deve incluir as seguintes informações:

- Identificação do anestesista responsável e, se for o caso, registro do momento de transferência de responsabilidade na admissão do paciente na SRPA;
- Identificação do paciente;
- Momentos da admissão e da alta;
- Recursos de monitorização adotados;
- Registro da consciência, pressão arterial, frequência cardíaca, saturação periférica de oxigênio da hemoglobina, temperatura, atividade motora e intensidade da dor a intervalos não superiores a quinze minutos na primeira hora de recuperação;
- Registro de outros parâmetros, por prescrição e orientação do médico anestesista;
- Soluções e fármacos administrados (momento de administração, via e dose), sob prescrição do médico anestesista;
- Descrição da conduta do médico anestesista e de intercorrências e eventos adversos, associados ou não à anestesia, que tenham ocorrido na sala de recuperação pós-anestésica.

Todas as informações referentes ao cuidado do paciente e monitoramento devem ser registradas na Ficha de Recuperação pós-anestésica (verso da Ficha de Anestesia - Avaliação Pré-Indução) e anexadas no prontuário. (Anexo A)

CONDUTAS NA SRPA

A incidência das complicações no período pós-operatório imediato está associada às condições do paciente no pré-operatório, às especificidades do procedimento cirúrgico, intercorrências no período transoperatório e às medidas terapêuticas adotadas.

O médico anestesista ou o médico executor do procedimento podem solicitar exames diagnósticos (investigação laboratorial e radiológica) sempre que julgarem necessários.

Todo procedimento anestésico traz consigo o potencial de gerar complicações, portanto, se faz necessário o conhecimento das principais complicações bem como o seu manejo clínico.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 14 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

Segue abaixo algumas situações comuns que ocorrem na SRPA: dor, NVPO, hipotermia, hipotensão arterial, hipertensão arterial, insuficiência respiratória.

DOR

A dor é definida pela International Association for the Study of Pain (IASP) como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada com atual ou potencial dano de tecido ou descrita em termos de tal dano”. A dor aguda pós-operatória está sempre relacionada a uma lesão tecidual real de início bem definido.

O conceito de que a dor pós-operatória é normal, associado ao desconhecimento da fisiologia da dor, farmacologia dos analgésicos e dos instrumentos de avaliação do quadro algico impede a atenção adequada a esse sintoma que mais incomoda o paciente no pós-operatório.

- As principais complicações da dor no sistema respiratório são a formação de atelectasias, distúrbios de ventilação/perfusão, supressão da tosse, retenção de secreções e pneumonia.
- Em relação ao sistema cardiovascular, pode provocar hipertensão arterial, taquicardia, disritmias cardíacas, aumento do trabalho cardíaco e do consumo de oxigênio com consequente isquemia miocárdica.
- A dor também pode afetar o sistema de coagulação sanguínea, com o aumento da adesividade plaquetária, diminuição da fibrólise, hipercoagulabilidade e eventos tromboembólicos.
- Por fim, a dor ainda pode gerar transtornos psicológicos ao paciente como ansiedade e depressão.
- Outro fator de relevância é a possibilidade da cronificação da dor aguda.

Para questões mais detalhadas sobre dor aguda pós-operatória: acessar protocolo [PR 357 – Dor Aguda Pós-Operatória](#).

AVALIAÇÃO DA DOR PÓS-OPERATÓRIA

Adotar a escala verbal numérica de zero a dez (dez a pior dor e zero nenhuma dor) para pacientes adultos. Caso a resposta numérica do paciente pareça incompatível com seu comportamento, mudar para escala mais simples, como a categórica (nenhuma, leve, moderada ou intensa). Em crianças que não conseguem se comunicar bem, usar a escala de faces presente em forma de folder na SRPA.

Considerar:

- Dor fraca: escala numérica ≤ 3
- Dor moderada: 4-6
- Dor intensa: 7-9
- Dor insuportável: 10

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 15 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

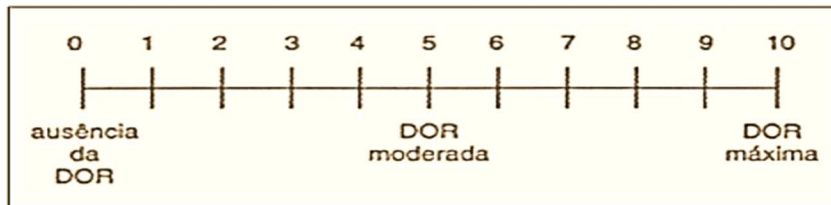


Figura 1. Escala numérica da dor



Figura 2. Escala de faces da dor

TRATAMENTO

O guia da Organização Mundial da Saúde (OMS) para tratamento da dor, conhecido como escada analgésica da dor, foi criado originalmente para tratamento da dor crônica de origem oncológica. Nesta escada, composta originalmente por três degraus, a terapia analgésica inicia no primeiro degrau, avançando degraus de acordo com a resposta clínica do paciente (sobe se insuficiente, desce se controlada e há motivos para a dor ter diminuído). Em cada degrau um conjunto de opções terapêuticas é apresentado, com opções de melhor perfil de segurança nos primeiros degraus e pior perfil de segurança (mas também maior potência) nos degraus superiores. Ao subir um degrau, as drogas do degrau anterior são mantidas, exceto opioides fracos quando são substituídos por opioides fortes.

Escada analgésica da OMS:

1. Dor leve: analgésicos comuns (dipirona, paracetamol), AINES
2. Dor Moderada: item anterior + opioides fracos (tramadol, codeína)
3. Dor Intensa: remover opioides fracos + opioides mais fortes (morfina, metadona, fentanil, sufentanil)

Ao contrário do que ocorre com a dor crônica, na dor aguda pós-operatória espera-se iniciar o tratamento em um degrau elevado (terceiro), descendo degraus (removendo estratégias) de acordo com a evolução natural da dor, que tende a diminuir durante o período pós-operatório.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 16 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

Antes de iniciar o tratamento, recomenda-se avaliar se há sinais de que a dor está associada a complicação cirúrgica pós-operatória antes de prosseguir com analgesia. Caso positivo, discutir com equipe cirúrgica.

Esquema de tratamento

- Se DOR na escala numérica de 0-3 ou leve na escala de face:

Uso prévio de AINE/dipirona:

- Não: dipirona 2 g + cetoprofeno 100 mg EV ou ceterolaco 10-30mg EV
- Sim: observar

- Se DOR na escala numérica > 3 ou moderada/intensa na escala de face:

Uso prévio de AINE/dipirona:

- Não: dipirona 2 g + cetoprofeno 100 mg EV ou ceterolaco 10-30mg EV
- Sim: morfina

O paracetamol venoso está disponível para a seguinte situação: paciente alérgico a dipirona, sem via oral ou enteral, com dor leve a moderada, com disfunção renal ou contraindicação ao AINE (úlceras pépticas, hemorragia gastrointestinal, cerebrovascular ou qualquer outra hemorragia). A dose do paracetamol é de 1g EV 6/6 horas para adulto e 15mg/kg EV 6/6 horas para crianças.

A titulação da dose de morfina pode ser realizada com a administração de 1 a 3mg a cada 10-20 minutos até o alívio da dor ou aparecimento de efeito colateral como sedação, dessaturação ou hipotensão. Encontrada a dose de alívio deve-se de forma mantê-la a cada 3 a 4 horas, fixa.

Apesar de alguns estudos que utilizaram a metadona para tratamento da dor aguda pós-operatória terem demonstrado segurança e eficácia da droga, ela ainda não é comumente prescrita para este fim, devido ao seu complexo perfil farmacocinético e ampla variedade interindividual.

A dose de demanda do fentanil na sala de recuperação pós-anestésica é de 25 a 50 mcg com intervalo de 10 minutos.

Ocorrendo a presença de efeitos colaterais dos opioides e julgando-se necessário realizar sua reversão, administrar naloxona. A naloxona pode ser administrada por via intravenosa, intramuscular ou subcutânea. Em caso de superdosagem de opioide, uma dose inicial que varie entre 0,4 mg a 2 mg deve ser aplicada por via intravenosa. Caso não ocorra melhora, deve-se repetir a dose com 2 ou 3 minutos de intervalo. Se nenhuma resposta for observada após a administração de 10 mg da naloxona, o diagnóstico de toxicidade induzida por opioides deve ser questionado. Para uso pediátrico, a dose inicial é de 0,1 mg/kg/peso para crianças com até 20 Kg ou menores de 5 anos, administrada por via IV, e de 2 mg para crianças com mais de 20 Kg ou maiores de 5 anos. Se essa dose não alcançar o nível desejado de melhora clínica, uma dose subsequente de 0,01 mg/kg/peso

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 17 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

poderá ser administrada. Outra opção é o uso de nalbufina, em doses de 0,05 a 0,3 mg/Kg; em pediatria, doses de 2 mcg/kg.

Analgésicos	Apresentação	Dose	Via	Intervalo	Observação
Dipirona	Amp. 1g/2ml	30mg/Kg	VO	Até 4/4h	Pediatria: dose de 10- 30mg/kg/dose, 4 a 6 vezes ao dia.
	Comp. 500 mg		EV		
	Comp. 1g		IM		
	Frasco 500 mg/ml				
Paracetamol	Comp. 500 e750 mg	Adultos e crianças > 12 anos: 500 a 1000mg/dose.	VO	4 a 6h	Dose máx. 4g/dia. Não exceder 5 doses em crianças
	Gotas: 200mg/ml	Crianças: 10 a 15mg/Kg/dose	EV		

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 18 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

AINE	Apresentação	Dose	Via	Intervalo	Observação
Diclofenaco Potássico	Comp. 50mg Frasco 15 mg/ml	Adulto: 50mg Criança: 0,5 a 2 mg/ kg/dia, em 2 ou 3 vezes)	VO	8/8h	A partir de 1 ano.
Diclofenaco Sódico	Amp 3ml/75mg Comp 50mg Supositório 50 mg	75 mg 50mg 50 mg	IM VO VR	12/12h 8/8h 8/8h ou 12/12h	Pediatria 1 a 2 mg/Kg a cada 8 ou 12 horas.
Cetoprofeno	Amp 100 mg	100mg	EV	8/8h ou 12/12h	
Cetorolaco	Amp 30 mg/1ml	10 a 30mg <u>Pediatria:</u> 0,5 mg/Kg	EV	8/8h 6/6h	Em idosos: considerar menores doses (15 mg). Em pediatria: a partir dos 2 anos de idade.
Ibuprofeno	Comp. 300 e 600mg Frasco 50 mg/ml (1 ml = 10 gotas)	Criança acima de 6 meses (preferencialmente 2 anos): 5 a 10 mg		3 a 4 vezes ao dia	
Tenoxicam	Frasco liofilizado 20 mg	40mg/dia	EV	24/24h ou 12/12h	

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 19 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

NÁUSEAS E VÔMITOS

Definem-se NVPO como o desenvolvimento de episódios de náusea e êmese posterior a qualquer ato cirúrgico e anterior à alta hospitalar.

Apesar de NVPO cursar de forma autolimitada, pode levar a desidratação, distúrbios eletrolíticos, deiscência de suturas, sangramentos, broncoaspiração e ruptura de esôfago.

Os fatores de riscos podem ser classificados em três categorias:

- 1) associados ao próprio paciente: gênero feminino, história prévia de cinetose e NVPO, idade (quanto mais novo maior a chance), pior avaliação do escore da American Society of Anesthesiology (ASA), enxaqueca e ansiedade pré-operatória),
- 2) associados ao procedimento cirúrgico: tempo cirúrgico, cirurgias intra-abdominais, laparoscópicas, ortopédicas, ginecológicas, plásticas, otorrinolaringológicas, cirurgias de tireoide e cirurgias de mama têm risco aumentado.
- 3) associados à anestesia realizada: anestésicos voláteis, óxido nitroso, neostigmina em altas doses e opioides.

TRATAMENTO

Inicialmente devem ser excluídos fármacos ou fatores mecânicos que possam originar NVPO e só depois iniciar a terapêutica.

Deve-se averiguar também se foi realizada a quimioprofilaxia intra-operatória para NVPO, e, em caso negativo, o paciente deve ser tratado com antagonistas dos receptores 5-HT₃ (ondansetrona). Os tipos de droga mais estudados para o tratamento de resgate são bloqueadores dos receptores 5-HT₃. Esta classe apresenta melhores resultados no tratamento de episódios de vômitos do que náuseas.

O paciente que recebeu a profilaxia para NVPO recomenda-se iniciar o tratamento de resgate com droga de classe diferente da usada na profilaxia.

ESQUEMA DE TRATAMENTO

- AUSÊNCIA DE PROFILAXIA ou uso apenas de DEXAMETASONA: ONDANSETRONA 4mg EV lento
- PROFILAXIA COM ONDANSETRONA E DEXAMETASONA: DRAMIN B6 1 amp IM

Observação: em caso de falha do tratamento de resgate, considerar:

- Se NVPO ocorrem < 6 horas de pós-operatório: fármaco de classe diferente ou propofol 20 mg EV.
- Se NVPO ocorrem ≥ 6 horas de pós-operatório: repetir antagonistas dos receptores serotoninérgicos e droperidol 0,625 a 1,25 mg EV.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 20 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

HIPOTERMIA

Em geral, a temperatura corporal média situa-se entre 36,7° C e 37° C e a hipotermia consiste em temperatura corporal menor que 36°C. Para fins didáticos, ela pode ser classificada em leve (36-34° C), moderada (34-30° C) ou grave (< 30° C).

A queda de 1 a 3 graus na temperatura corporal do paciente é esperada na sala de cirurgia e o papel preventivo, com controle de temperatura da sala e uso de métodos de aquecimento, é de fundamental importância. A perda de calor ocorre por diversos mecanismos, sendo a redistribuição do compartimento central para a periferia o mais significativo no início da cirurgia (responsável pela queda de 0,5-1,5° C na temperatura central). A radiação, convecção, condução e evaporação respondem pelas principais formas de perda do calor corporal para o ambiente. São fatores de risco importantes: cirurgias com duração > 60 minutos, com maiores áreas de exposição corporal (exemplo: cirurgias plásticas), uso de bloqueadores neuromusculares, entre outros.

A hipotermia é um evento comum no perioperatório, acomete cerca de 60% a 90% dos pacientes submetidos ao procedimento anestésico-cirúrgico, a qual pode acarretar complicações relevantes. Dentre as complicações destacamos o aumento da morbidade, da incidência de infecção do sítio cirúrgico, o aumento na demanda de oxigenação acarretando distúrbios no sistema cardíaco e prejuízos da função plaquetária.

TRATAMENTO

Deve-se inicialmente observar a presença de tremores, calafrios, piloereção, estado de circulação das extremidades, cianose digital e enchimento capilar lentificado.

A American Society of PeriAnesthesia Nurses (ASPAN) recomenda para o tratamento da hipotermia no pós-operatório imediato a implementação de um sistema ativo de aquecimento cutâneo como por exemplo, o sistema de ar forçado aquecido, bem como medidas de aquecimento passivo, tais como o uso de lençol de algodão aquecido, meias, gorro e a exposição limitada da pele. Outras medidas como aumentar a temperatura da SRPA, infusão de soluções aquecidas, umidificação e aquecimento do oxigênio podem ser implementadas. A temperatura corporal e o conforto térmico do paciente devem ser mensurados a cada 30 minutos até o estado de normotermia.

Esquema de tratamento

- TEMPERATURA AXILAR < 35,9° C: envolver o paciente com cobertor (inclusive pescoço, pés e mãos). Se persistir a baixa temperatura, utilizar manta com circulação forçada de ar aquecido a 38° C.
- TEMPERATURA AXILAR ENTRE 36° C E 37,9° C: oferecer cobertor apenas para conforto.

Observação: em caso de temperatura axilar > 38° C, avaliar possíveis causas como febre ou hipertermia maligna.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 21 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

HIPOTENSÃO ARTERIAL

O período pós-operatório imediato é propício ao aparecimento de hipotensão arterial pela somação de vários fatores que se combinam, ameaçando a integridade fisiológica do paciente. A hipotensão arterial requer o tratamento imediato com correção dos fatores causais para minimizar a mortalidade e morbidade.

Existem três causas básicas para o surgimento de hipotensão arterial no período pós-operatório imediato: ação da bomba cardíaca, volume circulante sanguíneo e tônus vascular periférico.

Em relação a ação da bomba cardíaca deve-se atentar quanto a hipoxemia, hipercapnia, acidose, distúrbios eletrolíticos (hiperpotassemia e hiponatremia), infarto agudo do miocárdio, embolismo pulmonar e arritmias. Quanto ao volume circulante, tem-se a hipovolemia como a causa mais comum de choque no período pós-operatório quer seja por reposição inadequada, pré ou peroperatória, ou ainda por perdas sanguíneas despercebidas. A alteração no tônus vascular periférico ocorre principalmente pelo uso dos anestésicos empregados durante a cirurgia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hipotensão sistêmica no pós-operatório pode ter como fatores causais: hipovolemia com diminuição na pré-carga (choque hipovolêmico), diminuição na pós-carga (choque distributivo) ou diminuição da contratilidade miocárdica (choque cardiogênico). É fundamental identificar e direcionar o tratamento para as causas bases da hipotensão (Quadro 1).

Depleção de volume intravascular

- Perda de fluidos persistente
- Sangramento cirúrgico
- Reposição volêmica insuficiente

Aumento na permeabilidade capilar

- Sepses/ SRIS
- Grandes queimados

Diminuição da resistência vascular periférica

- Técnicas anestésicas regionais
- Reações anafiláticas
- Efeitos residuais de drogas anestésicas
- Sepses/SRIS (Síndrome da resposta inflamatória sistêmica)

Diminuição no débito cardíaco

- Induzida por drogas (beta-bloqueadores, bloqueadores canais de cálcio, antiarrítmicos)
- Isquemia miocárdica
- Arritmias cardíacas

Quadro 1 - Diagnóstico Diferencial de Hipotensão na SRPA

TRATAMENTO

Considera-se hipotensão arterial no pós-operatório valores de PAS < 20% da basal do paciente ou PA < 90x60 mmHg. Deve-se ficar atento a outros sinais de evidência de perfusão tecidual insuficiente

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 22 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

(rebaixamento do nível de consciência, oligúria, cianose periférica) e sinais de mecanismos compensatórios (taquicardia, taquipneia, diaforese).

Deve-se ainda identificar a causa da hipotensão arterial e tratá-la.

Esquema de tratamento

Se PAS < 20% da PA basal ou PA < 90/60 mmHg:

- Colocar O₂ a 3 L/min
- Abaixar a cabeceira 0° e elevar membros inferiores a 45°
- Realizar teste volêmico: 30 ml/kg de cristaloides EV
- Quando a fluidoterapia adequada não for suficiente para restaurar a PA, a administração do vasopressor deve ser iniciada: efedrina (10 mg EV bolus) ou metaraminol (0,5 mg EV bolus)

Obs.: na persistência da hipotensão, avaliar a necessidade de introdução de drogas vasoativas.

HIPERTENSÃO ARTERIAL

A hipertensão arterial sistêmica é geralmente definida como uma pressão arterial maior que 20% do nível basal do paciente ou do pré-operatório.

A hipertensão arterial representa um fator de risco maior para doenças coronarianas, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal, aterosclerose progressiva, doenças cerebrovasculares e demência. Também está associada a dislipidemias, *diabetes mellitus* e obesidade. A PA sistólica elevada é fator preditivo mais forte para os eventos cardiovasculares que a pressão arterial diastólica. Quanto maior for o nível da hipertensão, maior o risco de infarto do miocárdio, falência cardíaca e renal, numa relação linear.

As principais causas de hipertensão no pós-operatório são a dor e a ansiedade, hipotermia, hipoxemia, hipercapnia e distensão vesical, todos os quais causam aumento na resistência vascular.

TRATAMENTO

Deve-se identificar a causa do aumento da pressão arterial. Os pacientes com dor são medicados e os pacientes com hipotermia são aquecidos. Os pacientes são bem oxigenados e ventilados para melhorar a hipoxemia ou hipercapnia. Os pacientes são estimulados a urinar ou são cateterizados para esvaziar toda a bexiga.

As drogas anti-hipertensivas são usadas, quando necessárias, para controlar a pressão arterial, os pacientes devem retomar os medicamentos anti-hipertensivos prescritos no pré-operatório tão logo quanto possível após a cirurgia.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 23 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

Esquema de tratamento

Se PAS > 20% da basal ou PA > 170/10 mmHg:

- Verificar as possíveis causas e tratá-las.
- Avaliar necessidade de uso de medicação hipotensora: beta-bloqueador, hidralazina, nitroprussiato, nitroglicerina.

A abordagem da hipertensão pós-operatória está descrita abaixo:

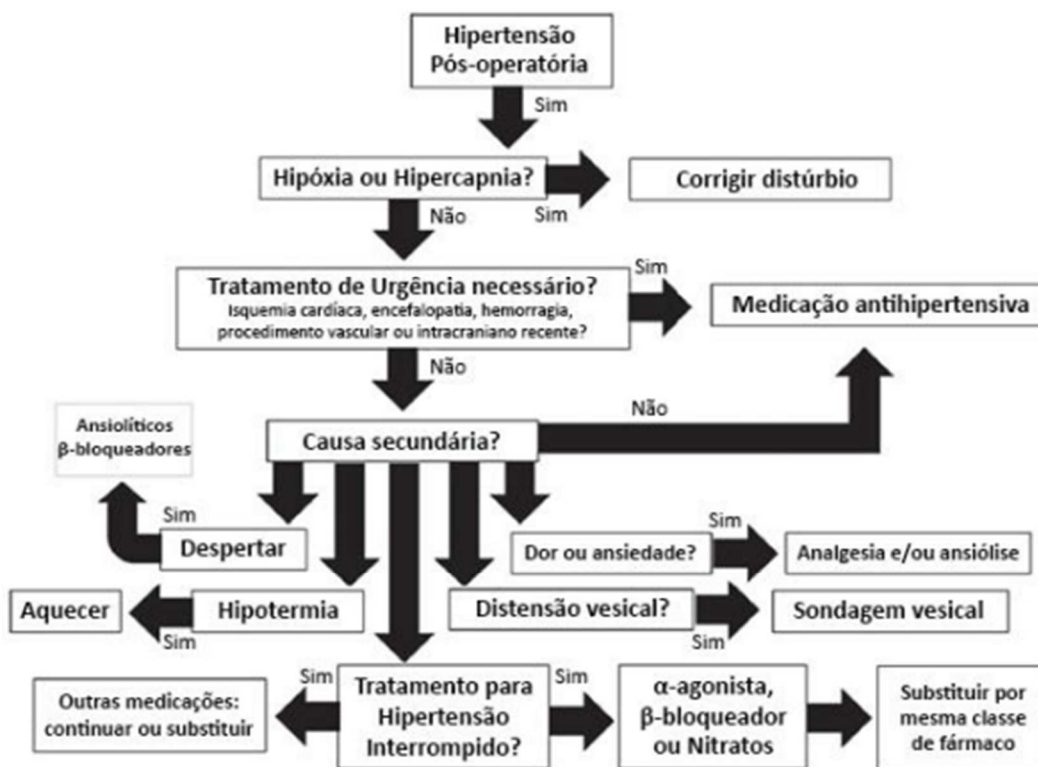


Figura 1 - Fluxograma Diagnóstico e de Tratamento da Hipertensão na SRPA

Fonte: Adaptado de Heitz (2016, p. 19).

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

As complicações respiratórias são importantes causas de mortalidade e morbidade relacionada a anestesia e alguns fatores como idade avançada, tabagismo, doenças pulmonares prévias, obesidade, cirurgia torácica ou em abdômen superior podem aumentar consideravelmente o risco de complicações pulmonares relacionadas ao ato anestésico.

A insuficiência respiratória pode ocorrer por obstrução a passagem do ar ou hipoventilação pulmonar. A obstrução parcial ou completa das vias aéreas pode ocorrer a qualquer momento, sendo que a queda da língua é a causa mais frequente de obstrução de via aérea alta, ocorrendo

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 24 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

inconscientemente pelo relaxamento da musculatura do assoalho da boca e do maxilar inferior, impedindo a passagem do ar ao nível da hipofaringe.

As causas de hipoventilação são variadas e podem ser divididas em dois grupos: causadas pela diminuição do drive respiratório e falência de mecanismos ventilatórios. Ambas podem resultar em hipercapnia e hipóxia.

CAUSAS POR DIMINUIÇÃO DO DRIVE RESPIRATÓRIO:

- Fármacos (opioides, benzodiazepínicos, halogenados)
- Alcalose metabólica
- Hipotermia
- Bloqueio do neuroeixo alto

CAUSAS POR FALÊNCIA DE MECANISMOS VENTILATÓRIOS:

- Obstrução da via aérea
- Bloqueio neuromuscular residual
- Disfunção fisiológica do diafragma (quer pela cirurgia, quer pela dor, ou obesidade)
- Patologia associada de base (distrofias musculares, DPOC, asma)

TRATAMENTO

Deve-se ficar atento a causa da insuficiência respiratória e tratá-la prontamente.

Se a causa for obstrução de via aérea alta indica-se realizar a hiperextensão do pescoço, com projeção da mandíbula para frente e para cima. Quando esta manobra não surgir efeito, é necessário o uso de cânulas oral ou nasofaringeanas. Se a causa for o uso de medicação anestésica intraoperatória, avaliar a necessidade do uso de antagonistas como naloxona, flumazenil, neostigmina, sugamadex.

Naloxona é o antídoto de escolha para pacientes com overdose de opiáceos. Quando há ventilação espontânea, uma dose inicial de 0,05mg, IV é um ponto de partida apropriado, titulando-se a cada poucos minutos até $FR \geq 12$. Pacientes apnéicos devem receber doses iniciais mais altas de naloxona (0,2 a 1mg). Pacientes em parada cardiorrespiratória após possível overdose de opioides devem receber no mínimo 2mg de naloxona. O flumazenil parece seguro e eficaz quando usado para reverter os efeitos sedativos de um benzodiazepínico (BZD) administrado de forma aguda, mas não em pacientes que fazem uso crônico desses fármacos. Em adultos, a dose inicial recomendada é 0,2mg, IV, durante 30 segundos. Doses repetidas de 0,2mg, (máximo de 1mg), podem ser administradas até efeito desejado. Sua maior desvantagem é a curta duração de ação. Em caso de

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 25 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

sedação após a administração inicial, o regime de dosagem aqui descrito pode ser repetido, mas não devem ser administrados mais de 3mg de flumazenil em uma hora.

Esquema de tratamento

- Se SpO₂ < 92%:
 - O₂ por cateter nasal a 3l/min
 - Estimular o paciente
 - Elevar a cabeceira se PA dentro do 20% do basal

Observação: mediante falha no tratamento inicial, oferecer O₂ sob máscara facial e avaliar a necessidade de IOT.

ALTA DA SRPA

A alta da SRPA é de responsabilidade exclusiva do anestesiológico. Os critérios para a alta são:

- Valor da escala de Aldrete e Kroulik maior ou igual a 8 (Anexo B);
- Valor da escala de Bromage 2, 1 ou 0, em pacientes que foram submetidas a anestesia espinal (Anexo C);
- Estabilidade dos sinais vitais, comparada com os sinais vitais de enfermaria ou da admissão;
- Orientação do paciente no tempo e espaço;
- Ausência de sangramento ativo e retenção urinária;
- Vômito sob controle ou em tratamento medicamentoso;
- Dor sob controle ou em tratamento medicamentoso;
- Força muscular que favoreça respiração profunda e tosse.

Para a população pediátrica seguir a tabela de critérios de alta da sala de recuperação pós-anestésica (Anexo D). O escore mínimo de referência para alta é de 7 nesse grupo de pacientes.

Os critérios de alta da SRPA devem ser avaliados a cada 30 minutos. Os pacientes com alta da sala de recuperação pós-anestésica e que permaneçam neste setor por falta de vagas nas enfermarias terão suas prescrições a cargo do médico cirurgião prescritor do centro cirúrgico.

Quando realizada a alta hospitalar (paciente externo/ ambulatorial), serão utilizados também os critérios de alta ambulatorial normatizados pela Resolução do CFM 1886/ 2008:

- Orientação no tempo e no espaço;

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 26 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

- Estabilidade dos sinais vitais, há pelo menos 60 (sessenta) minutos;
- Ausência de náuseas e vômitos;
- Ausência de dificuldade respiratória;
- Capacidade de ingerir líquidos;
- Capacidade de locomoção como antes, se o procedimento permitir;
- Sangramento mínimo ou ausente;
- Ausência de dor de grande intensidade;
- Ausência de sinais de retenção urinária;
- Dar conhecimento ao paciente e ao acompanhante das instruções relativas aos cuidados pós-anestésicos.

CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO

- Pacientes que serão encaminhados diretamente à UTI.

Observação: nos casos em que o paciente for encaminhado para a UTI, o médico anestesista responsável pelo procedimento anestésico deverá acompanhar o transporte do paciente até o setor, transferindo-o aos cuidados do médico plantonista. É responsabilidade do médico anestesista responsável pelo procedimento anestésico registrar na ficha anestésica todas as informações relevantes para a continuidade do atendimento do paciente pelo médico plantonista da terapia intensiva. Enquanto aguarda a remoção, o paciente deverá permanecer no local onde foi realizado o procedimento anestésico, sob a atenção do médico anestesista responsável.

MONITORAMENTO

- Registro adequado de todas as etapas em prontuário e anexos.
- Registro dos eventos adversos relacionados no VIGHOSP para análise de causa raiz.
- Realizar monitoramento e análise dos seguintes indicadores:
 - Taxa de complicações relacionadas à anestesia;
 - Taxa de pacientes submetidos a um procedimento que receberam cuidados de anesthesiologista para tratar bloqueio neuromuscular residual, no período de recuperação;
 - Taxa de pacientes submetidos a um procedimento que receberam cuidados de anesthesiologista para tratar parada respiratória ou cardíaca, no período de recuperação;
 - Taxa de pacientes submetidos a um procedimento que receberam cuidados de anesthesiologista em virtude de temperatura abaixo de 36°C, registrada no período de recuperação;

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 27 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

- Taxa de pacientes com depressão respiratória grave durante o gerenciamento da dor aguda, que requeiram administração de naloxona.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

- American Society of Perianesthesia Nurses. Clinical guideline for the prevention of unplanned perioperative hypothermia. J Perianesth Nurs 2001; 16(5):305-14.
- Apfel C, Kranke P, Katz MH, Goepfert C, Papenfuss T, Rauch S, et al. Volatile anaesthetics may be the main cause of early but not delayed postoperative vomiting: a randomized controlled trial of factorial design. Br J Anaesth. 2002;88(5):659-68.
- Biazzotto CB, Brudniewski M, Schmidt AP, Auler Júnior 8. JOC. Hipotermia no período perioperatório. Rev Bras Anesthesiol 2006; 56(1):89-106.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. 2017, Resolução Nº 2.174.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. 2008, Resolução Nº 1.886.
- DRAIN; SHIPLEY. Enfermagem na sala de recuperação. Rio de Janeiro: Interamericana, 1981. cap. 14.
- FALCÃO, L. F. R.; AMARAL, J. L. G. Recuperação pós-anestésica. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA), 2016.
- Goldman L, Caldera DL - Risks of general anesthesia and elective operation in the hypertensive patient. Anesthesiology, 1979;50:285-292.
- Guyton AC. Energética, metabolismo e regulação da temperatura corporal. In: Guyton AC. Tratado de fisiologia médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 451-9.
- HEITZ, J. W. Section II - Signs and symptoms. In: HEITZ, J. W. (Ed.). Postanesthesia care: symptoms, diagnosis and management. Cambridge: Cambridge University Pres, 2016. p. 19-308. doi:10.1017/CBO9781139519557.004
- Langeron O, Carreira S, le Saché F, Raux M. Postoperative pulmonary complications updating. Ann Fr Anesth Reanim. 2014;33(7-8):480-3
- Mauro G, Cardoso AR. Cuidados na recuperação pós-anestésica. In: Cangiani LM, Posso IP, Portério GMB, Nogueira CS editores. Tratado de Anestesiologia SAESP. 6ª ed. São Paulo: Atheneu, 2006;2204-2211
- MANICA, J. Anestesiologia. 4. ed. São Paulo: Artmed, 2018.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 28 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

Merskey H. Pain terms. International Association for the Study of Pain. Pain. 1979; 6:249-252.

Miyake, Mara Harumi et al. Complicações pós anestésicos: subsídios para assistência de enfermagem na Sala de Recuperação Anestésica. Acta paul. enferm, v. 15, n. 1, p. 33-39, 2002.

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guide-lines®). Adult Cancer Pain Version 2.2014

Protocolo clínico setorial do HC-UFMG PR 357 Dor aguda pós-operatória

Quigley EM, Hasler WL, Parkman HP. AGA technical review on nausea and vomiting. Gastroenterology. 2001;120(1):263-86.

Tramèr MR, Reynolds DJ, Moore RA, McQuay HJ. Efficacy, dose-response, and safety of ondansetron in prevention of postoperative nausea and vomiting. Anesthesiology. 1997; 87(6):1277-89. Comment in: Anesthesiology. 1997;87(6):1271-3. Anesthesiology. 1999;90(2):355-6.

WHELTON, P. K. et al. 2017 ACC / AHA / AAPA / ABC / ACPM / AGS / apha / ash / ASPC / NMA / PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. Journal of the American College of Cardiology, v. 71, n. 19, p. 1269-1324, 2018.

SIGLAS

AINE	Anti-inflamatório não esteroides
ASA	American Society of Anesthesiology
ASPAN	American Society of PeriAnesthesia Nurses
CFM	Conselho Federal de Medicina
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ECG	Eletrocardiograma
EV	Endovenoso
IASP	Associação Internacional do estudo da Dor
IM	Intramuscular
IOT	Intubação orotraqueal
NVPO	Náuseas e Vômitos pós-operatório



Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 29 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

OMS	Organização Mundial da Saúde
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PNI	Pressão Não Invasiva
SBAR	Situação, Breve histórico, Avaliação, Recomendações
SpO ₂	Saturação de Oxigênio
SRPA	Sala de Recuperação Pós Anestésica
Tax	Temperatura axilar
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIGIHOSP	Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 30 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

ANEXOS

ANEXO A: Ficha de Recuperação Pós-Anestésica

Transferido Hora _____	<input type="checkbox"/> SRPA <input type="checkbox"/> CTI <input type="checkbox"/> Enfermaria	Condições da transferência: Extubado <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Em uso de drogas vasoativas <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____	Sat _____ FC _____ PA _____ T _____
S _____ B _____ A _____ R _____	Médico/Anestesiologista/CRM _____ Médico/Residente/CRM _____			
>> Recuperação pós-anestésica				
Admissão na RPA às _____ : _____ Médico responsável pela RPA: _____				
MONITORIZAÇÃO: <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> SPO ₂ <input type="checkbox"/> PNI <input type="checkbox"/> PIA <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> TEMP <input type="checkbox"/> CAPNOGRAFIA <input type="checkbox"/> Outros: _____				
Avaliação da intensidade de dor (registrar em caso de dor) _____				
Intercorrências <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não				
Prescrição Médica _____				
<input type="checkbox"/> Não houve				
Observações <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não				
<input type="checkbox"/> Não há				
Alta da SRPA				
Atividade Muscular	Movimenta os quatro membros	2	Índice de Aldrete e Kroulik: _____ Horário da alta SRPA: _____ Assinatura: _____ Anestesiologista: _____ CRM: _____	
	Movimenta dois membros	1		
	É capaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0		
Respiração	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2		
	Apresenta dispnéia ou irritação da respiração	1		
	Tem apnéia	0		
Circulação	PA em 20% do nível pré-anestésico	2		
	PA em 20 - 40% do nível pré-anestésico	1		
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0		
Consciência	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2		
	Desperta, se solicitado	1		
	Não responde	0		
Saturação de O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior que 92% respirando em ar ambiente	2		
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1		
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplementação de oxigênio	0		

SIGLAS DA FICHA DE ANESTESIA:
 Ag. TUOHY - Agulha de tuohy | Ag. WITHACRE - agulha de withacre | Ag. QUINCKE - agulha de quincke | An. GASES - analisador de gases | BS - índice bispectral | BNM - bloqueador neuromuscular | COM - comissão de controle de infecção hospitalar | CH - concentrado de hemácias | COM O USO DE US - com o uso de ultrassonografia | CRIOP - crioprecipitado | CTI - centro de terapia intensiva | D. SUPRAGLÓTICO - dispositivo supraglótico | DC - débito cardíaco | ECG - eletrocardiograma | ETECO - "end-tidal CO₂" gás carbônico no final da expiração | FC - frequência cardíaca | FIO₂ - fração inspirada de oxigênio | FR - frequência respiratória | Intubação com sequência rápida e pressão cricóide | PD - pressão diastólica | PS - pressão sistólica | PA - pressão arterial | PAM - pressão arterial média | PAM - pressão arterial não invasiva | PEEP - "positive end expiratory pressure" pressão positiva ao final da expiração | PET CMH₂O - pressão endotraqueal (medida em cmh₂O) | PFC - plasma fresco congelado | PIA - pressão arterial invasiva | PPI - pressão de pico inspiratória | PVC - pressão venosa central | RL - ringler lactato | SF 0,3% - soro fisiológico a 0,3% | SGI 5% - soro glicosado a 5% | SNG - sonda nasogástrica | SPO₂ - saturação de oxigênio langüinea | SRPA - sala de recuperação pós anestésica | SVD - sonda vesical de demora | SVO - saturação venosa de oxigênio | T - temperatura | TCE - "train of four" (seqüência de quatro estímulos) | VT - volume total

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 31 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

ANEXO B: Índice de Aldrete e Kroulik

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

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

Tabela 4 - Índice de Aldrete e Kroulik. Fonte: SOBECC, 2007

ANEXO C: escala modificada de Bromage

Tabela I – Escala Modificada de Bromage

0	Sem bloqueio motor.
1	Pode flexionar o joelho e mover o pé, mas não levantar a perna.
2	Pode mover apenas o pé.
3	Não pode mover o pé ou joelho.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.340 - PÁGINA 32 de 32	
Título do Documento:	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	Emissão: 23/01/2026	Próxima revisão: 23/01/2028
		VERSÃO: 02	

ANEXO D: Índice Pediátrico - critérios de alta da sala de recuperação pós-anestésica

Itens de Avaliação	Condição	Nota
Nível de Consciência	Acordado	2
	Responde a estímulos	1
	Não responde	0
Vias Aéreas	Chora/ tosse	2
	Fácil respiração	1
	Dificuldade em respirar	0
Movimentação	Movimenta ao comando	2
	Movimentos involuntários	1
	Sem movimento	0
Saturação de Oxigênio	Spo ₂ > 95%, ar ambiente	2
	Spo ₂ > 92% com oxigênio	1
	Spo ₂ < 92% com oxigênio suplementar	0

HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da alteração
02	31/12/2025	Melhor definição do objetivo do protocolo; revisão das atribuições, competências e responsabilidades; conceito de SRPA; reforço no registro em prontuário; melhor definição de dor aguda; uso do paracetamol venoso; revisão de hipotermia; diagnóstico diferencial de hipotensão arterial; overdose de opiáceos; critérios de saída do protocolo.

Elaboração/Revisão	Gisela Ferraz Lopes Quadros e Marina Ayres Delgado - médicas - Anestesiologia
Avaliação	Séphora Fonseca Franco - médica - Clínica Médica
Responsável Técnico	Klaus Zanuncio Protil - médico anestesiologista
Aprovação	Vandack Alencar Nobre Júnior - gerente de Atenção à Saúde e diretor técnico