



**CONTEXTO HISTÓRICO DA RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA**  
**HISTORICAL CONTEXT OF THE ANESTHETIC RECOVERY**  
**CONTEXTO HISTÓRICO DE LA RECUPERACIÓN ANESTÉSICA**

*Cristina Silva Sousa*

**RESUMO**

**Objetivo:** descrever os aspectos históricos da recuperação anestésica evidenciados nas publicações. **Método:** investigação histórico-social, exploratória e descritiva, com base nas publicações e legislações pertinentes ao exercício da enfermagem no Brasil, representando, dessa forma, o contexto histórico da recuperação anestésica para o reconhecimento e valorização da enfermagem perioperatória. **Resultados:** nesta evolução histórica, a enfermagem da recuperação anestésica construiu um caminho permeado pelo enfoque técnico, necessidade de assistência individualizada e área crítica com busca de conhecimento científico e processos de acreditação hospitalar para segurança do paciente. No Brasil, iniciada apenas em 1980, a recuperação anestésica dos anos 2000 tem sido baseada na assistência sistematizada, permeada por ações de segurança do paciente em busca de melhor capacitação da equipe. **Conclusão:** há um movimento da enfermagem brasileira na assistência da recuperação anestésica e aprimoramento destas ações com o decorrer do tempo. **Descritores:** Enfermagem em Pós-Anestésico; Período de Recuperação da Anestesia; História da Enfermagem; Enfermagem Perioperatória.

**ABSTRACT**

**Objective:** to describe the historical aspects of anesthesia recovery evidenced in the publications. **Method:** this is an exploratory and descriptive historical-social research, based on the publications and legislation about nursing practice in Brazil, representing the historical context of the anesthetic recovery for the recognition and valuation of perioperative nursing. **Results:** In this historical evolution, the nursing of the anesthetic recovery built a path permeated by the technical approach, need for individualized assistance and critical area, with a search of scientific knowledge and hospital accreditation processes for patient safety. In Brazil, initiated only in 1980, the anesthetic recovery of the 2000s has been based on systematized assistance, permeated by patient safety actions in search of better team training. **Conclusion:** there is a movement of the Brazilian nursing with the assistance of the anesthetic recovery and improvement of these actions over time. **Descriptors:** Post-Anesthesia Nursing, Anesthesia Recovery Period, History of Nursing, Perioperative Nursing.

**RESUMEN**

**Objetivo:** describir los aspectos históricos de la recuperación anestésica evidenciados en las publicaciones. **Método:** investigación histórico-social, exploratoria y descriptiva, con base en las publicaciones y legislaciones pertinentes al ejercicio de la enfermería en Brasil, representando de esa forma el contexto histórico de la recuperación anestésica para el reconocimiento y valorización de enfermería peri-operatoria. **Resultados:** en esta evolución histórica, la enfermería de la recuperación anestésica construye un camino lleno de un enfoque técnico, necesidad de asistencia individualizada y área crítica, con busca de conocimiento científico y procesos de acreditación hospitalaria para seguridad del paciente. En Brasil, iniciada apenas en 1980, la recuperación anestésica de los años 2000 ha sido basada en la asistencia sistematizada, permeada por acciones de seguridad del paciente en busca de mejor capacitación del equipo. **Conclusión:** hay un movimiento de la enfermería brasilera en la asistencia de la recuperación anestésica, y mejoramiento de estas acciones con el curso del tiempo. **Descritores:** Enfermería Pos anestésica, Periodo de Recuperación de la Anestesia, Historia de la Enfermería, Enfermería Peroperatoria.

Doutora, Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgico, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo/USP. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: [crissousa@usp.br](mailto:crissousa@usp.br) ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5135-7163>

## INTRODUÇÃO

A Recuperação Anestésica (RA) é a área destinada aos pacientes submetidos a qualquer procedimento anestésico-cirúrgico. O paciente deve permanecer até a recuperação da consciência, a normalização dos reflexos e dos sinais vitais, sob observação e cuidado constante da equipe de enfermagem, a qual deve prevenir intercorrências do período pós-anestésico e/ou, no caso de elas ocorrerem, dar-lhe assistência.<sup>1-2</sup>

A RA depende da existência de assistência sistematizada, uma vez que esta permite verificar, ao longo do tempo, se as condutas adotadas são eficazes, considerando as especificidades do paciente e também dos procedimentos anestésicos e cirúrgicos, intermediados com o trabalho em equipe.

Conhecer o trabalho da enfermeira na sala de recuperação anestésica, ao longo da história, possibilita distinguir as etapas da evolução do período pós-anestésico, prover melhorias neste processo de assistência, com a construção novas histórias, e possibilitar o embasamento aos graduandos e pós-graduandos de enfermagem sobre o contexto histórico desta área que poderá ser sua área de atuação.

A história da RA é repleta de controvérsias, pois existem várias interpretações de fatos, desde o uso inicial de anestésicos até a atuação da enfermagem no cuidado com o paciente no pós-operatório.<sup>3</sup> Desta forma, este estudo tem por objetivo descrever os aspectos históricos da recuperação anestésica evidenciados nas publicações existentes.

## MÉTODO

Trata-se de uma investigação histórico-social, exploratória e descritiva, com base nas publicações e legislações pertinentes ao exercício da enfermagem no Brasil, representando, dessa forma, o contexto histórico da recuperação anestésica para o reconhecimento e valorização da enfermagem perioperatória.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### ● Contexto Histórico

Os primeiros documentos evidenciados sobre essas salas têm origem no início dos anos de 1800, mais especificamente em Newcastle, na Inglaterra, com relato em 1801 com a descrição de dois quartos ao lado da sala de cirurgia, destinados a atender pacientes com doenças graves ou pacientes submetidos à cirurgia de grande porte. Cada

quarto possuía duas camas, uma seria ocupada pelo paciente e a outra, à noite, pela enfermeira.<sup>4-5</sup>

Esse relato é datado antes da descoberta da anestesia moderna, em 1846, com descrições dos efeitos anestésicos do éter clórico por William T. G. Morton, que estudou medicina e foi capaz de obturar um dente sem que o paciente sentisse dor. Posteriormente, Morton aprendeu que o éter sulfúrico tinha propriedades similares e contratou John C. Warren, um cirurgião, e o convenceu a realizar uma cirurgia sob o efeito do novo anestésico. Em 16 de outubro de 1846, no Massachusetts General Hospital, Warren dissecou um tumor vascular congênito de um paciente inconsciente em cinco minutos, o qual posteriormente recuperou a consciência.<sup>4-5</sup>

Em 1859, a enfermeira Florence Nightingale teve grande influência nos hospitais e nos assuntos de enfermagem, quando estabeleceu a enfermagem como uma especialidade altamente treinada. Ela defendeu a criação de pequenas enfermarias sob administrações separadas<sup>6</sup>. Anos depois, em 1863, identificou uma pequena sala em comunicação com a sala de cirurgia em que o paciente permaneceu até emergir da anestesia e recuperar os sinais vitais.<sup>4,7</sup>

Passado alguns anos, em 1873, Charles Tomes, um cirurgião dentista inglês, foi convidado a lecionar aulas para estudantes de odontologia na Universidade de Harvard nos Estados Unidos e encorajá-los a utilizar a anestesia. Em contrapartida, os novos anestésicos apresentavam efeitos colaterais, como náusea, vômito e delírio, o que tornava necessária a observação do paciente após a cirurgia, assim é descrita uma sala de recuperação para observação do paciente.<sup>4</sup>

Em seguida, iniciou a divulgação para Europa e Ásia. Relatórios citam a existência de salas de recuperação em 1904 no Hospital da cidade de Boston; 1923 no Hospital Johns Hopkins; 1932 no Hospital Cook Country, Chicago; 1938 no Hospital Geral New Britain, Connecticut.<sup>4</sup>

Com a explosão da II Guerra Mundial, o número de salas de recuperação pós-anestésica aumentou significativamente ao perceber que o número de enfermeiras para cuidar dos feridos era escasso. Para melhor atendê-los, eram colocados na área de recuperação anestésica após o procedimento cirúrgico, supervisionados por enfermeiras, que aprofundaram o conhecimento e especialização na área de recuperação anestésica.<sup>3-4</sup>

Sousa CS.

Contexto histórico da recuperação anestésica.

Em 1942, no Hospital de Washington, o anesthesiologista Donald Stubbs treinou enfermeiras e determinou uma área para observar pacientes pediátricos após a cirurgia, pois iria utilizar Avertin como anestésico. A partir daí, pode-se falar da gênese da primeira sala de recuperação pós-anestésica<sup>3</sup>. Posteriormente, o médico John Lundy, ao visitar o Hospital de Washington, mostrou-se interessado pelo tipo de assistência prestada aos pacientes após as cirurgias, o que motivou a implantação desses ambientes na clínica de sua cidade. Assim, começou a publicar artigos sobre a importância destas salas e da necessidade de novos equipamentos, passando a denominá-las Sala de Recuperação Pós-anestésica.<sup>3,6</sup>

As áreas de recuperação também foram documentadas como o local para salvar vidas. Em 1947, o *Jornal da Associação Médica Americana (JAMA)* publicou um estudo com as vantagens dessas áreas de recuperação. Neste, avaliou os pacientes que evoluíram a óbito nas primeiras 24 horas após a indução anestésica por um período de 11 anos. Das 306 mortes, 47% foram classificadas como evitáveis, logo, com esse resultado, houve um estímulo para a criação de mais salas de recuperação anestésica nos Estados Unidos. Em 1949, o hospital de Nova York declarou a sala de recuperação como uma necessidade para qualquer hospital que realizasse procedimentos cirúrgicos.<sup>3-4</sup>

Com a evolução da medicina e recursos envolvidos neste processo, as técnicas cirúrgicas e anestésicas foram aprimoradas e permitiram cirurgias de maior complexidade. Como consequência, os hospitais passaram a necessitar de uma área de recuperação após as cirurgias para o paciente restabelecer o nível de consciência e manter sinais vitais estáveis.<sup>3</sup>

No Brasil, na década de 1980, um grupo de enfermeiras do Centro Cirúrgico do Hospital das Clínicas, de São Paulo, aperfeiçoou a assistência prestada aos pacientes, após a vivência presenciada no Centro Universitário *Pitié-Salpêtrière*, em Paris.<sup>3</sup>

Na mesma época, a partir da década de 1980, os enfermeiros atuantes em RA tiveram que se adequar à Legislação do Exercício da Enfermagem, Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, quanto à responsabilidade do profissional enfermeiro. Assim, o art. 11, Inciso I, alíneas l e m, respectivamente, mencionam que ao enfermeiro compete, legalmente, "*cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida*"; "*cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam*

*conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas*". Visto o ato anestésico-cirúrgico como situação de maior risco ao paciente, cabe ao enfermeiro, de acordo com a legislação, avaliar e assistir o paciente grave na RA, podendo este profissional delegar a outrem da equipe a assistência de enfermagem, quando tal delegação não implicar em riscos devido à imperícia, negligência ou imprudência profissional.<sup>3,8</sup>

Em 1982, alguns enfermeiros integrantes da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), seção São Paulo, criaram o Grupo de Estudo em Centro Cirúrgico e Centro de Material (GECC) com a finalidade de promover discussões sobre a prática de enfermagem no Bloco Operatório. Em 1991, o GECC se transformou em uma sociedade voltada à educação continuada de enfermeiros nessa área, denominada Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico (SOBECC), com estudos avançados para as práticas em centro cirúrgico, recuperação anestésica e central de materiais.<sup>1,3</sup>

Contudo, somente em 1994, com a portaria MS/GM n 1.884, de 1 de novembro de 1994, que revogou a Portaria MS n 400/77, publicada no Diário oficial da União de 15 de dezembro de 1977, ficou determinada a obrigatoriedade da existência de uma RA para atender, no mínimo, dois pacientes simultaneamente e com segurança.<sup>1</sup>

Desde 1999, com a publicação do relatório do Instituto de Medicina Americano (IOM) intitulado "*To Err is Human*" aumentou o interesse por questões de segurança na assistência ao paciente. Atualmente, a segurança do paciente é destaque nas discussões de cuidado e nos processos que o envolve. Estudos têm buscado melhores práticas para assegurar a segurança, bem como instituições buscam constantemente a melhoria em seus processos com as certificações de acreditação.<sup>9</sup>

O processo de acreditação no Brasil ocorreu nos anos 90 quando a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) determinou inúmeras medidas para aperfeiçoar os parâmetros e serviços hospitalares da América Latina e critérios para o hospital ser acreditado. Em 1999, surge a Organização Nacional de Acreditação (ONA) com propósito de gerenciar o modelo brasileiro de acreditação. E, em 2002, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) torna oficial o Sistema Brasileiro de Acreditação através da Resolução nº 921/02.<sup>10</sup>

Em 1999, com o foco no atendimento do paciente internacional, o Brasil tem seu

Sousa CS.

primeiro hospital privado acreditado pela *Joint Commission International* (JCI). Com o tempo, outras instituições hospitalares buscaram este processo de acreditação. A acreditação de hospitais pela metodologia da JCI tem como um dos seus principais focos a avaliação da segurança do cuidado oferecido aos pacientes.<sup>11</sup>

Na RA, as metas de segurança são vistas por meio da identificação do paciente com dois identificadores; a comunicação efetiva entre os membros da equipe, com confirmação da informação recebida, a transferência de informação da sala operatória para recuperação anestésica pela equipe profissional, os exames coletados ou respostas a tratamentos medicamentosos são rapidamente comunicados ao anestesista para conduta imediata; a segurança do uso de medicamentos, quando de alta vigilância administrados após duplo-check, soluções decimais de medicações analgésicas preparadas em seringas identificadas com o nome do paciente e medicamento, e desprezadas com uso de duplo-check e registro do volume de desprezo quando não são totalmente utilizadas.

Na busca da redução do risco de infecções associadas ao atendimento de saúde, recomendações e o compromisso de diretrizes de higiene de mãos com lavatórios com água e sabão e uso do álcool gel à beira leito, além da conscientização da equipe de enfermagem.

A proteção de queda é realizada por meio da elevação das grades da maca que são mantidas durante a permanência do paciente. Pacientes com agitação psicomotora ou presença de delirium requerem a presença de um membro da equipe à beira leito até que seja revertido o quadro.

Este movimento expandiu após 2010 com mais instituições reconhecidas pelas práticas internacionais. Estas ações voltadas à segurança do paciente e atualmente vistas na prática hospitalar atendem às metas de segurança publicadas no “*National Patient Safety Goals Effective*”.<sup>12</sup>

Em relação à enfermagem atual da RA, o movimento da enfermeira exclusiva da RA e não mais compartilhada com as salas operatórias e a capacitação nos cursos de atendimento de emergência, como *Advanced Cardiovascular Life Support* (ACLS) e *Pediatric Advanced Life Support* (PALS), têm seguido uma tendência das instituições hospitalares, assim como a busca de atualização em congressos nacionais e internacionais e o incentivo à pesquisa e publicações para contribuição da enfermagem perioperatória.

Contexto histórico da recuperação anestésica.

Em outra perspectiva, é requerida a eficácia da educação durante a graduação e pós-graduação com a continuação do currículo de centro cirúrgico na grade curricular para a formação mínima de profissionais na área operatória incentivando a busca de especialização e provendo profissionais capacitados para a assistência perioperatória.<sup>13</sup> A criação do currículo para enfermagem perioperatória como um guia para a definição de competências e habilidades da enfermagem perioperatória como os currículos existentes nos Estados Unidos e Europa é um caminho ainda a ser explorado para a enfermagem perioperatória brasileira.

Quanto à gestão na recuperação anestésica, é necessário o desenvolvimento de índices de mensuração de dimensionamento de pessoal específicos para as atividades da RA, criação de protocolos direcionados apenas à RA e construção de equipes altamente capacitadas.

## CONCLUSÃO

Observa-se um grande passo da enfermagem brasileira na assistência da recuperação anestésica e aprimoramento destas ações com o decorrer do tempo. É de fato importante ao enfermeiro perioperatório conhecer o contexto histórico, sua origem e proporcionar a construção desta história com processos de melhoria e atendimento focado no paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. (SOBECC). Práticas Recomendadas SOBECC. 7 ed. São Paulo: Manole;2017.
2. Biazon J, Peniche A. Retrospective study of postoperative complications in primary lip and palate surgery. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(3):519-25. Doi: 10.1590/S0080-62342008000300015.
3. Mendoza I, Freitas G, Oguisso T, Peniche A. Historic analysis of Post-Anaesthesia Recovery Rooms in Nursing. *Temperamentvm* [Internet]. 2010 [cited 2018 Feb 20]. Available from: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn11/t7186r.php>
4. Barone CP, Pablo CS, Barone GW. A history of the PACU. *J Perianesth Nurs*. 2003;18(4):237-41. Doi: 10.1016/S1089-9472(03)00130-8
5. Rothrock JC. *Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico*. 13 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.



Sousa CS.

Contexto histórico da recuperação anestésica.

6. Hooper VD. 20 years of history: Has that much changed? *J Perianesth Nurs*. 2005;20(1):1-2. Doi: 10.1016/j.jopan.2004.12.002
7. Frost EA, Thomson DA. Development of the post-anaesthetic care unit. *Baillieres Clin Anaesthesiol*. 1994;8(4):749-54.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde [Internet]. Brasília; 2002. [cited 2018 Feb 20]. Available from: [http://www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/resol/2002/50\\_02rdc.pdf](http://www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf)
9. Lima AM, Sousa CS, Cunha ALSM. Patient safety and preparation of the operating room: reflection study. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2013 [cited 2018 Feb 20];7(1):289-94. Available from: [https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenf\\_ermagem/article/view/10232/10827](https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenf_ermagem/article/view/10232/10827)
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2004 [cited 2018 Feb 20];38(2):335-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19800.pdf>
11. Costa Junior H, Lima Valverde Filho J, Pinto Carneiro Alves Santos MM, Nava Cozer SR. Avaliação da segurança do cuidado aos pacientes em hospitais acreditados pela *Joint Commission International* e pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação. Acreditação [Internet]. 2012 [cited 2018 Feb 20];1(2):117-33. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5626538>
12. The Joint Commission. National Patient Safety Goals Effective [Internet]. USA; 2018 [citado 2018 Feb 20]. Available from: [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/NPSG\\_Chapter\\_Jan2013\\_HAP.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/NPSG_Chapter_Jan2013_HAP.pdf)
13. Turrini RNT, Costa ALS, Peniche ACG, Bianchi ERF, Cianciarullo TI. Education in operating room nursing: transformation of the discipline at University of São Paulo School of Nursing (Brazil). *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(5):1268-73. Doi: 10.1590/S0080-62342012000500032.

Submissão: 20/02/2018

Aceito: 08/03/2018

Publicado: 01/04/2018

**Correspondência**

Cristina Silva Sousa  
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419  
Bairro Cerqueira César  
CEP: 05403-000 – São Paulo (SP), Brasil