

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

GARDELIN, Leandro<sup>1</sup>  
AGUIAR, Gabriel Lucas Azevêdo<sup>2</sup>  
MADUREIRA, Eduardo Miguel Prata<sup>3</sup>  
MOTTER, Fábio Henrique<sup>4</sup>

## 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 ambulatorio 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 anestesiológista 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 ambulatorios 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.

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

## 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.

## 1. INTRODUÇÃO

A anestesia ambulatorial é todo procedimento anestésico realizado em ambulatório ou hospital, que permite ao paciente pronta recuperação, em geral, sem a necessidade de pernoite ou internação. Este tipo de tratamento tem como vantagens o retorno precoce ao lar e ao trabalho, gerando mais satisfação para o paciente e para seus familiares, menor risco de infecção e redução importante dos custos hospitalares (OLIVA FILHO, 1983).

Considerando os enormes avanços da anestesiologia em termos de técnicas, anestésicos,

---

<sup>1</sup> Aluno do curso de Medicina do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. E-mail: [lgardelin@minha.fag.edu.br](mailto:lgardelin@minha.fag.edu.br)

<sup>2</sup> Coautor. E-mail: [glaaguiar@minha.fag.edu.br](mailto:glaaguiar@minha.fag.edu.br)

<sup>3</sup> Economista. Mestre em Desenvolvimento Regional e Agronegócio. Professor do Centro Universitário FAG. E-mail: [eduardo@fag.edu.br](mailto:eduardo@fag.edu.br)

<sup>4</sup> Professor Orientador e médico. E-mail: [dr.fabiocaop@gmail.com](mailto:dr.fabiocaop@gmail.com)

fármacos adjuvantes, monitorização adequada e eficaz, permite-se que o ato de anestésiar seja realizado com segurança, deixando de ser um fator limitante para cirurgia ou exames diagnósticos em regime ambulatorial (WHITE, 1997).

Mas os ambulatorios 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 ambulatorios 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 as resoluções que regulamentam a matéria. Partindo da perfeita coordenação do anestesista, do cirurgião e por fim do clínico, observando a situação no ambulatorio, deve-se fazer a escolha do paciente, a escolha do procedimento médico e a escolha da técnica anestésica (YAMASHITA, 1996).

De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) 1886/2008,14, que estabelece as normas minimas para o funcionamento do centro cirurgico integral para cirurgia de curta permanencia, são utilizados os seguintes criterios para a seleção dos pacientes (CFM, 2008).

- a) Estado físico: apenas pacientes ASA I e ASA II;
- b) Extensão e localização do procedimento devem permitir tratamento com internação de curta permanência;
- c) Não há necessidade de procedimentos especializados e controles estritos no pós-operatório;
- d) O paciente deverá estar acompanhado de pessoa adulta, lúcida e responsável;
- e) 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 socioeconomico (CUTTER, 1997).

Hoje, no entanto, pacientes ASA III podem ser tratados ambulatorialmente se forem avaliados clinicamente antes da cirurgia e com preparo clinico adequado, de acordo com um estudo recente (ANSELL; MONTGOMERY, 2004).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) em sua Resolução nº 1.802/06.1 tornou necessaria 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, 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).

Analizando 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).

A recuperação da anestesia significa retornar ao estado pré-anestésico. No entanto, a recuperação física é tão importante quanto à rapidez e suavidade desse tratamento para o sucesso da recuperação de pacientes que recebem anestesia ambulatorial (PANDIT, 1997). O tempo de recuperação e o tempo de saída do hospital dependem do tipo de procedimento (possibilidade de dor ou sangramento) e da técnica anestésica utilizada (CHUNG, 1997). De fato, a alta hospitalar depende da recuperação do paciente e do cumprimento dos critérios de alta (MEREDY, 1982).

Como esperado, os países desenvolvidos estão à frente dos países em desenvolvimento em cirurgia ambulatorial e anestesia. Por exemplo, na América do Norte, 50% a 70% dos procedimentos cirúrgicos são realizados ambulatoriamente (LIU, 2005). Entretanto, nesse processo, há grandes diferenças entre países e até mesmo entre hospitais de um mesmo país (GILLIARDI; EGGLI; HALFON, 2006).

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).

## **2. METODOLOGIA**

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.datasus.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.

### 3. RESULTADOS

Na Tabela 1 têm-se os dados referentes a 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 aprovadas 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.

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%  |
| <b>Total</b> | <b>277.185</b>      | -       |

Fonte: Datasus (2023) adaptado pelos autores.

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%  |

Fonte: Datasus (2023) adaptado pelos autores.

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 contrario 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 | -       |
| 2013 | R\$                  | 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%  |
| 2020 | R\$                  | 434.964,85 | -38,83% |
| 2021 | R\$                  | 492.260,15 | 13,17%  |
| 2022 | R\$                  | 759.227,09 | 54,23%  |

Fonte: Datasus (2023) adaptado pelos autores.

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

| 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 | R\$ 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: Datasus (2023) adaptado pelos autores.

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% |

Fonte: Datasus (2023) adaptado pelos autores.

#### 4. DISCUSSÃO

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

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 (16, 17,18).

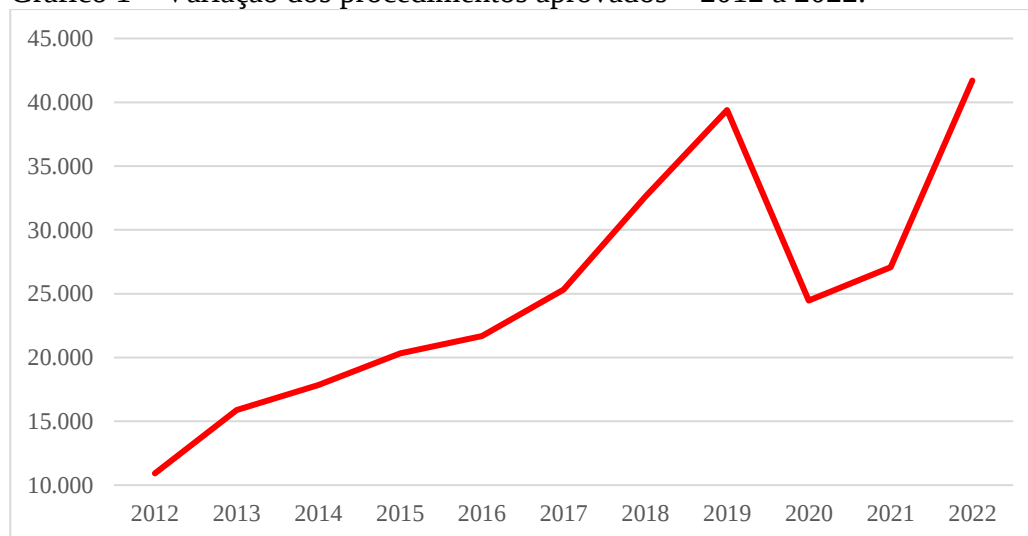
Um número crescente de pacientes com comorbidades graves é elegível para cirurgia ambulatorial, e os anestesiologistas devem ser capazes de tratá-los adequadamente.

Os critérios de inclusão para procedimentos ambulatoriais 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 (18, 19,20).

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.

Gráfico 1 – Variação dos procedimentos aprovados – 2012 a 2022.



Fonte: Datasus adaptado pelos autores.

Quanto ao sistema de financiamento, seja ele publico, 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 se aplicados à elegibilidade de pacientes e procedimentos (16,17,18).

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 (18,21,22). 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. Esses aspectos citados acima, se negligenciados, podem comprometer o sucesso do sistema ambulatorial (22,23,24,25).

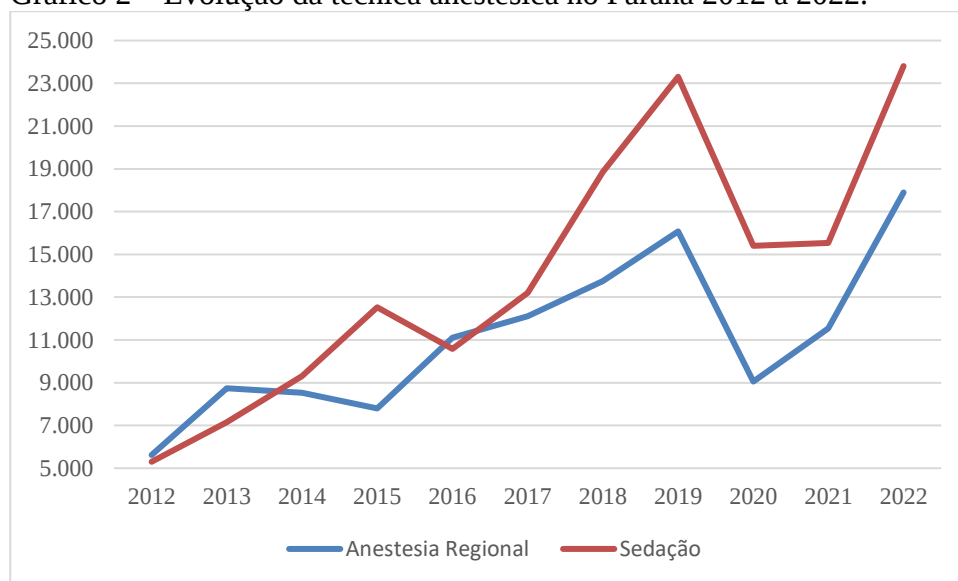
A escolha da técnica anestésica também ocorre durante a avaliação pré-anestésica, mas pode mudar durante a cirurgia, pois nem sempre a avaliação pré-anestésica é realizada pelo mesmo profissional que realizou o procedimento anestésico. São considerados a condição física, psicológica e espiritual do paciente, 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 anesteziologista (25,26).

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 Gráfico 2.

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



Fonte: Datasus adaptado pelos autores.

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.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo constatou que o número de anestésias 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 da anestesia do SUS no período de 2012 a 2022.

## REFERÊNCIAS

ANSELL, G. L.; MONTGOMERY, J. E. Outcome of ASA III patients undergoing day case surgery. **Br J Anaesth.** v. 92, p. 71-4, 2004.

BISINOTTO F. M. B. *et al.* Implantação do serviço de avaliação pré-anestésica em hospital universitário. Dificuldades e resultados. **Rev Bras Anesthesiol.** v. 57, p. 167-76, 2007.

CFM – Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1886.** 2008. Disponível em: <http://www.sba.com.br/defesa/188608.asp>. Acesso em 22/03/2023.

CHUNG, F. F. Discharge Requirements. *In:* WHITE P. Ambulatory Anesthesia and Surgery. 1. ed. Philadelphia: WB Saunders, 1997.

CUTTER, T. W. Patient Selection for Ambulatory Surgery. *In:* WHITE, P. **Ambulatory Anesthesia and Surgery**, 1. ed. Philadelphia: WB Saunders, 1997.

GILLIARDI, N.; EGGLI, Y.; HALFON, P. A methodology to estimate the potential to move inpatient to one day surgery. **BMC Health Serv Res.** v. 6, 2006.

LIU S. Effects of bispectral index monitoring on ambulatory anesthesia: a meta-analysis of randomized controlled trials and cost analysis. **Surv Anesthesiol.** v. 49, n. 4, p. 177-8, 2005.

MEREDY, H. W. Criteria for selection of ambulatory surgical patient's and guidelines for anesthetic management. A retrospective study of 1.533 Cases. **Anesth Analg**, v. 61, p. 921-926, 1982.

NOCITI, J R. Evolução de conceitos em anestesiologia. **Rev Bras Anesthesiol**, v. 49, 1999.

OLIVA FILHO, A. L. Anestesia para pacientes de curta permanência hospitalar. **Rev Bras Anesthesiol**, v. 33, p. 51-62, 1983

OSBORNE, G. A.; RUDKIN, G. E. Outcome after day-care surgery in a major teaching hospital. **Anaesth Intensive Care.** v. 21, p. 822-7, 1993.

PANDIT, V. A. Phases of Recovery Periods. *In:* WHITE, P. **Ambulatory Anesthesia and Surgery**. 1. ed. Philadelphia: WB Saunders, 1997.

WHITE, P. **Ambulatory Anesthesia and Surgery: Past, Present and Future**, em White P - Ambulatory Anesthesia and Surgery, 1st Ed, Philadelphia, WB Saunders, 1997.

YAMASHITA, A. M. Anestesia Ambulaborial, *In:* ORTENZI, A. V.; TARDELLI, M. A. **Anestesiologia SAESP**, Rio de Janeiro: Atheneu, 1996.