



# REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Anestesiologia  
[www.sba.com.br](http://www.sba.com.br)



## ARTIGO CIENTÍFICO

# A prática de visitas pós-anestésicas – estudo de um questionário



Tobias Fink<sup>a</sup>, Hauke Rensing<sup>b</sup>, Thomas Volk<sup>a</sup>, Ragnar Huhn<sup>c</sup> e Alexander M. Mathes<sup>c,\*</sup>

<sup>a</sup> Saarland University Hospital, Intensive Care and Pain Therapy, Department of Anesthesiology, Homburg, Alemanha

<sup>b</sup> Leopoldina Hospital, Department of Anesthesiology and Critical Care Medicine, Schweinfurt, Alemanha

<sup>c</sup> Düsseldorf University Hospital, Department of Anesthesiology, Düsseldorf, Alemanha

Recebido em 1 de março de 2016; aceito em 28 de julho de 2016

Disponível na Internet em 16 de maio de 2017

### PALAVRAS-CHAVE

Visita pós-anestésica;  
Anestesia;  
Complicação;  
Questionário

### Resumo

**Justificativa e objetivo:** As visitas regulares pós-anestesia (VPA) permitem detectar complicações relacionadas à anestesia e aumentar a satisfação do paciente. Portanto, a VPA é recomendada após certos tipos de anestesia. Porém, não há dados disponíveis sobre a prática atual de VPA. Logo, este estudo foi projetado para investigar a quantidade, a organização, o conteúdo, a significância e os problemas da VPA na Alemanha.

**Método:** Para esta pesquisa de natureza fechada e prospectiva, um questionário com 13 perguntas foi criado e testado para identificar a objetividade, confiabilidade e validade. Posteriormente, 3.955 anestesiológicos registrados foram contatados via e-mail para responder a pesquisa.

**Resultados:** A taxa de retorno foi de 31,4%; 958 questionários foram incluídos no estudo. Apenas uma pequena parte dos pacientes foi designada para receber uma VPA (mediana: 20%). Em hospitais com serviço específico de VPA, esse número foi significativamente maior (mediana: 65%,  $p < 0,001$ ) vs. ausência de serviço de VPA. As VPA normalmente duraram menos de cinco minutos (60%) e foram tipicamente conduzidas no dia da cirurgia (48%), após o turno normal de trabalho (55%). Dentre os que responderam o questionário, 38% relataram detectar complicações perioperatórias de forma intermitente durante as visitas. Enquanto 98% dos entrevistados acreditam que as VPA melhoram a qualidade de seu próprio trabalho, 86% se queixam de falta de tempo para essa tarefa.

**Conclusões:** Nossa pesquisa indica que as condições atuais de trabalho impedem a feitura rotineira de VPA. Considerando a alta valorização das VPA por anestesiológicos, bem como a incidência relevante de complicações no pós-operatório detectadas durante essas visitas, parece desejável considerar melhorias organizacionais para a assistência após a anestesia.

© 2016 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondência.

E-mail: [alexander.mathes@med.uni-duesseldorf.de](mailto:alexander.mathes@med.uni-duesseldorf.de) (A.M. Mathes).

**KEYWORDS**

Postanesthesia visit;  
Anesthesia;  
Complication;  
Questionnaire

**The practice of postanesthesia visits – a questionnaire study****Abstract**

*Background and objective:* Regular postanesthesia visits allow the detection of anesthesia related complications and increase patient satisfaction. Consequently, the performance of postanesthesia visits has been recommended after certain types of anesthesia. However, no data is available concerning the current practice of postanesthesia visits. Therefore, this study was designed to investigate quantity, organization, contents, significance and problems of postanesthesia visits in Germany.

*Methods:* For this prospective closed-design survey, a questionnaire, consisting of 13 questions, was designed and tested for objectivity, reliability and validity. Subsequently, 3955 registered anesthesiologists were contacted via email to answer this survey.

*Results:* Return rate was 31.4%; 958 questionnaires were included in the study. Only a small portion of patients was estimated to receive a postanesthesia visit (median: 20.0%). In hospitals with a specific postanesthesia visit service, this number was significantly higher (median: 65.0%,  $p < 0.001$ ) vs. no postanesthesia visit service. Postanesthesia visits usually lasted less than 5 minutes (60.0%), and were typically conducted on the day of surgery (48.0%), after regular working hours (55.0%). 38.0% of the respondents reported to detect perioperative complications intermittently during their visits. While 98.0% of all respondents believe that postanesthesia visits improve the quality of their own work, 86.0% of the participants complain a lack of time for this task.

*Conclusions:* Our survey indicates that current working conditions prevent a regular postanesthesia visit routine. Considering the high appreciation of postanesthesia visits by anesthesiologists, as well as the relevant incidence of postoperative complications detected during these visits, it seems desirable to consider organizational improvements for postanesthesia care.

© 2016 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Introdução**

A ideia e a relevância das visitas pós-anestésicas (VPAs) são relatadas desde 1934, recomendando que os anestesiológicos devem visitar seus pacientes regularmente nos dois primeiros dias após a cirurgia para obter informações sobre suas condições.<sup>1</sup> No entanto, nos livros didáticos de anestesia atuais, esse elemento da assistência perioperatória é em grande parte negligenciado.<sup>2</sup> Enquanto há uma extensa literatura sobre as potenciais complicações e os efeitos colaterais da anestesia geral e regional, uma visita pessoal para detectar tais complicações parece ser uma prática esquecida.

Apenas devido à crescente demanda atual por uma assistência médica de qualidade, a importância das VPAs foi, em parte, revivida.<sup>3</sup> Um pequeno número de estudos demonstra que as VPAs podem melhorar a satisfação do paciente<sup>4-6</sup> e o reconhecimento do médico.<sup>7</sup> Em um estudo indiano, os pacientes que receberam uma VPA ficaram significativamente mais satisfeitos do que aqueles que não receberam uma VPA.<sup>8</sup> Resultados semelhantes foram obtidos em um estudo austríaco, mostrou que uma única VPA pode aumentar de forma significativa a satisfação do paciente.<sup>9</sup> Sugeriu-se que o momento perfeito para a VPA é 12-24 horas (h) após a anestesia.<sup>10</sup> Vários questionários foram aplicados para determinar a satisfação do paciente no pós-operatório (fig. 1).<sup>11-13</sup> No entanto, “receber informações” e “sentir-se seguro” parecem ser fortes preditivos da satisfação do paciente.<sup>14</sup> Portanto, para o propósito das VPAs, as consultas presenciais podem ser mais adequadas do que

um questionário para determinar a satisfação do paciente com a anestesia.<sup>6</sup> Para melhorar o controle da qualidade no perioperatório, sugeriu-se a implantação de um serviço de pós-anestesia interdisciplinar.<sup>5</sup>

As diretrizes da Sociedade Alemã de Anestesiologia e Medicina Intensiva (DGAI) para a anestesia regional em obstetria, especificamente, exigem uma visita pós-anestésica dentro de 24 h.<sup>15</sup> Para reconhecer a consciência no intra-operatório, o questionamento do paciente na VPA foi recomendado.<sup>16</sup> Além disso, as diretrizes da DGAI para a colaboração entre cirurgiões e anestesiológicos indicam explicitamente que o anestesiológico é o responsável pela detecção e pelo tratamento das complicações anestésicas relacionadas.<sup>17-20</sup> Diretrizes semelhantes foram publicadas internacionalmente: a Sociedade Americana de Anestesiológicos define explicitamente a avaliação pós-anestésica e a terapia como de responsabilidade de um anestesiológico.<sup>21</sup> O Colégio Real de Anestesiologistas da Inglaterra publicou recomendações específicas para visitas pós-anestésicas e definiu os grupos de pacientes que devem ser visitados dentro de 24 h.<sup>22</sup> Embora tanto os cirurgiões quanto os anestesiológicos sejam obrigados a informar uns aos outros sobre as complicações que podem ser atribuíveis à outra especialidade,<sup>17-20</sup> parece provável que certas complicações relacionadas à anestesia, como deficiências sensoriais e motoras após a anestesia regional, passem despercebidas pelos não anestesiológicos.

Atualmente, não se sabe quantos pacientes recebem assistência pós-anestésica por meio de VPAs. Não há dados disponíveis sobre a feitura, documentação ou valorização

de VPAs por anesthesiologistas. Para lançar luz sobre essa questão, contatamos 3.955 anesthesiologistas registrados e aplicamos um questionário com 13 perguntas, avaliamos a quantidade, a organização, o conteúdo, a significância e os problemas das visitas pós-anestésicas.

## Métodos

### Concepção do questionário

De acordo com as normas alemãs, não houve necessidade de aprovação ética para este estudo, pois apenas dados anônimos foram coletados (§15 MBO-Ä) e não houve envolvimento de pacientes (estudo não AMG não MPG). O questionário foi criado com o apoio do Centro de Pesquisas, Opiniões e Análises (Zuma, Mannheim, Alemanha). A [figura 2](#) mostra o fluxograma do processo do estudo. Os critérios de objetividade foram atendidos com um projeto fechado de múltipla escolha para o questionário, exclusiva a possibilidade de erros de interpretação. O processo de validação foi feito no Departamento de Anestesiologia do Hospital Universitário Saarland, com um modelo padronizado de pré-teste cognitivo. Foram testados 30 anesthesiologistas escolhidos aleatoriamente. Na versão final do questionário, não observamos diferenças entre a medida e o constructo subjacente. A confiabilidade (teste-reteste) foi avaliada após a validação do questionário. Quinze candidatos submetidos ao processo de validação foram escolhidos aleatoriamente para concluir

Questionário traduzido	
Por favor, responda às seguintes perguntas sobre sua prática de visitas após a anestesia a pacientes eletivos, não-UTI:	
1. Por favor, estime a porcentagem de pacientes anestesiados que foram visitados no pós-operatório por um anesthesiologista em seu hospital no último ano.	
0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%	
Geralmente, não há visitas pós-anestésicas em nosso hospital.	
2. Existe um serviço de pós-anestesia em seu hospital que tem o dever de realizar visitas após a anestesia?	
Sim	Não
3. Quais informações sobre a visita pós-anestésica são registradas no prontuário do paciente?	
Tempo	Conteúdo
Duração	O registro não é feito
4. Por favor, estime a porcentagem de pacientes anestesiados por você no ano passado que receberam uma visita após a anestesia.	
...por você	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%
...por um colega	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%
5. Quando você costuma realizar visitas pós-anestésicas?	
Nas horas normais de trabalho	Depois das horas normais de trabalho
6. Quantas vezes você já realizou visitas-anestésicas de forma habitual no último ano?	
Diariamente	A cada 2-3 dias
A cada 4-5 dias	Menos de uma vez por semana
Somente quando membro de um serviço de pós-anestesia	
7. Quanto tempo dura a sua visita pós-anestésica típica por paciente?	

Figura 1 Questionário.

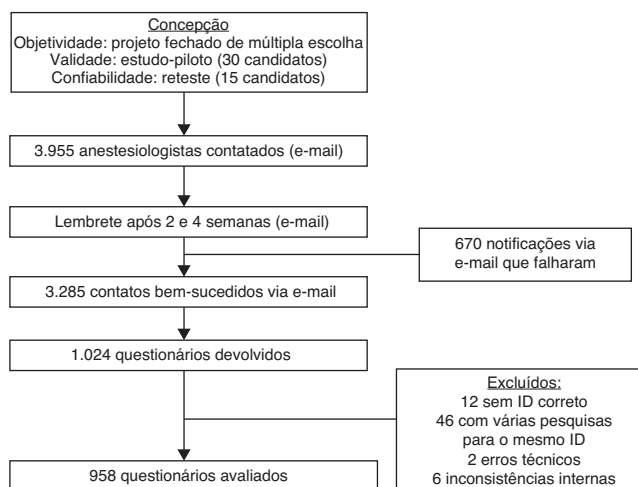
< 5 minutos	5-10 minutos	>10 minutos			
8. Quando você costuma realizar suas visitas pós-anestésicas?					
No dia da cirurgia	No primeiro dia de pós-operatório				
No segundo dia de pós-operatório	No terceiro dia de pós-operatório ou mais tarde				
9. Qual o conteúdo de sua típica visita pós-anestésica? (múltiplas respostas permitidas)					
Perguntas sobre a condição geral no pós-operatório					
Perguntas em aberto sobre problemas e complicações no pós-operatório					
Perguntas específicas sobre problemas e complicações pós-operatório					
Curto exame médico					
Avaliação do prontuário do paciente					
10. Alguma vez você já detectou complicações relacionadas à anestesia durante suas visitas pós-anestésicas?					
Sim, regularmente	Sim, infrequentemente				
Sim, intermitentemente	Não, nunca				
11. Você concorda com a opinião de que a realização habitual de visitas pós-anestésicas pode...					
...melhorar a qualidade de seu próprio trabalho	Sim	Não			
...reduzir a incidência de complicações	Sim	Não			
12. Qual a importância das visitas pós-anestésicas para você?					
Muito importante	Irrelevante				
Importante	Completamente irrelevante				
13. Por que nem todos os seus pacientes recebem uma visita pós-anestésica? (múltiplas respostas permitidas)					
Falta de tempo					
Requer extensa busca pelo paciente					
Longas distâncias para visitar o paciente					
Os pacientes já receberam alta					
Eu não estou interessado em visitas pós-anestésicas					
14. Por favor, responda às seguintes perguntas sobre sua pessoa, departamento e posição.					
Sexo:	Feminino	Masculino			
Idade:	< 30	30 – 39	40 – 49	50 – 59	60 +
Tamanho do hospital:					
Sem hospital (consultório)		500-1000 leitos			
> 1000 leitos		250-500 leitos			
< 250 leitos					
Posição:					
Residente (Alemanha: Assistenzarzt)					
Especialista/Fellow (Alemanha: Facharzt)					
Especialista Sênior (Alemanha: Funktionsoberarzt)					
Consultor (Alemanha: Oberarzt)					
Chefe de Departamento/Diretor (Alemanha: Chefarzt)					

Figura 1 (Continuação)

a pesquisa uma segunda vez após um período de espera de 10 dias, sem aviso prévio. A sequência de perguntas e respostas foi arbitrariamente alterada. A confiabilidade do reteste foi de 0,872 (correlação de Pearson;  $p < 0,01$ ).

### Feitura da pesquisa

O questionário foi construído com uma plataforma comercial *online* (Equestionnaire™). Por meio de um provedor de e-mail comercial (SuperMailer™), 3.955 membros da



**Figura 2** Fluxograma do processo do estudo. ID, número de identificação para cada anestesiológista.

Sociedade Alemã de Anestesiologia e Medicina Intensiva (DGAI) foram contatados. O anonimato foi estabelecido, atribuíram-se números de identificação (ID) para cada e-mail. Após um tempo de espera de duas e quatro semanas, um lembrete foi enviado por e-mail para recrutar o maior número possível de entrevistados.

Qualquer pesquisa concluída sem o ID correto ou com um ID encontrado em mais de uma pesquisa resultou na exclusão de todos os respondentes envolvidos. Qualquer questionário concluído em menos de 120 segundos (s) foi testado quanto à consistência interna, com a comparação das respostas dos diferentes itens que resultariam em constelações impossíveis.

### Análise estatística

A análise estatística foi feita com o programa SigmaPlot 9.0 com integração SigmaStat (Erkrath, Alemanha). Os dados paramétricos foram comparados com Anova de um fator, após passar pelo teste de normalidade, seguido por uma comparação múltipla *post hoc*, de acordo com o método de Student-Newman-Keuls. Os dados não paramétricos foram comparados com o teste *U* de Mann-Whitney, seguido por uma comparação múltipla *post hoc*, de acordo com o método de Dunn. Um valor de  $p < 0,05$  foi considerado significativo.

## Resultados

### Taxa de respondentes e exclusões

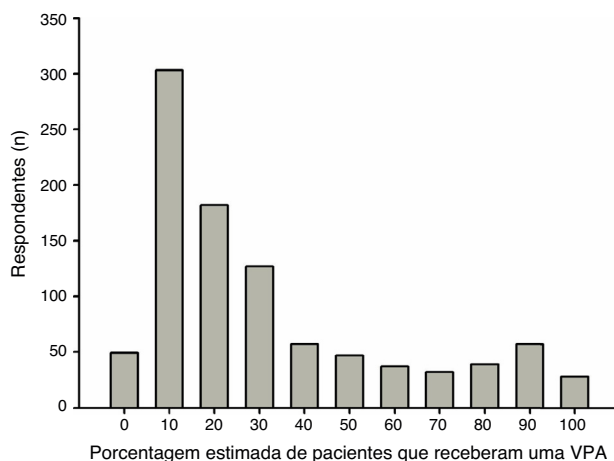
Dos 3.955 endereços de e-mail fornecidos pela DGAI, 670 contatos resultaram em e-mails desativados; restaram 3.285 endereços de e-mail ativados (fig. 2). Desses, 1.024 questionários concluídos foram devolvidos (taxa de retorno = 31,2%). Foram excluídos 66 participantes, porque não apresentaram o número de identificação correto ( $n = 12$ ), por apresentar mais de um questionário preenchido para o mesmo ID ( $n = 46$ ), por dificuldades técnicas ( $n = 2$ ) ou por inconsistências nos questionários respondidos ( $n = 6$ ). A avaliação final da pesquisa incluiu 958 questionários preenchidos. Os dados demográficos são apresentados na tabela 1.

**Tabela 1** Dados demográficos

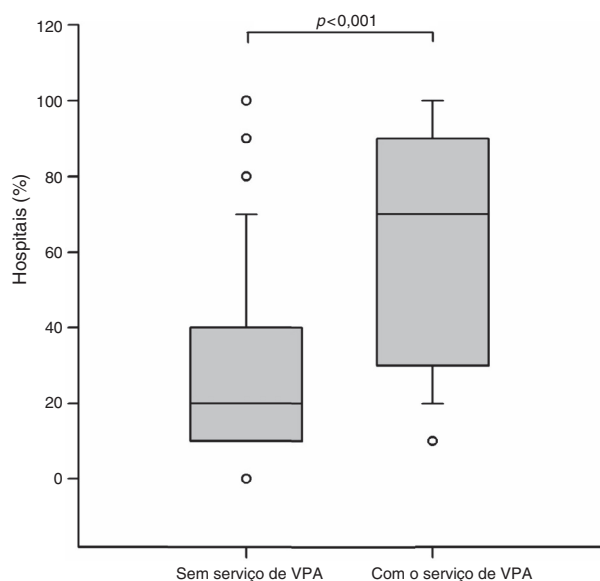
	Total n (%)
<b>Sexo</b>	
Feminino	200 (21,03%)
Masculino	751 (78,97%)
<b>Idade</b>	
< 30 anos	7 (0,73%)
30-39 anos	359 (37,51%)
40-49 anos	360 (37,62%)
50-59 anos	199 (20,79%)
> 60 anos	32 (3,34%)
<b>Tamanho do hospital</b>	
Não trabalha em hospital (consultório)	7 (0,73%)
> 250 leitos	171 (17,85%)
251-500 leitos	284 (29,65%)
501-1.000 leitos	267 (27,87%)
> 1.000 leitos	233 (24,32%)
<b>Posição</b>	
Residente	186 (19,42%)
Especialista/ <i>Fellow</i>	220 (22,96%)
Especialista Sênior	54 (5,64%)
Consultor	310 (32,36%)
Chefe de departamento/Diretor	188 (19,62%)

### Quantidade de VPAs

Os respondentes estimaram que apenas uma pequena parte de todos os pacientes que foram anestesiados em sua instituição recebeu uma VPA durante o último ano (mediana: 20%; média: 31,9%; percentil de 25 a 75: 10-42,5%) (fig. 3). Enquanto 7,8% dos respondentes afirmam que fazem serviço específico de VPA, 16,7% respondem que não fazem qualquer VPA. Nos hospitais com serviço de VPA, o número de pacientes visitados foi significativamente maior (mediana: 65%; média: 61,4%; percentil de 25 a 75: 30-90%), em comparação com hospitais sem serviço de VPA (mediana: 20%; média: 29,9%; percentil de 25 a 75: 10-40%;  $p < 0,001$  vs. sem serviço de VPA) (fig. 4). O serviço de VPA foi estabelecido com mais



**Figura 3** Desempenho das visitas pós-anestésicas. VPA, visita pós-anestésica.



**Figura 4** Relevância de um serviço de pós-anestesia. Dados expressos em medianas, percentis de 25 a 75, mínimo/máximo e delineados (círculos). VPA, visita pós-anestésica.

freqüência em hospitais menores, mas não apresentou significância estatística (< 250 leitos: 26%; 251-500 leitos: 35%; 501-1.000 leitos: 20%; >1.000 leitos: 19%).

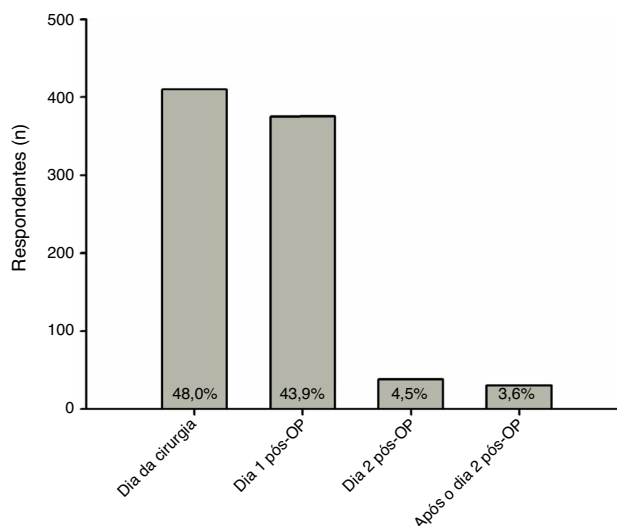
A porcentagem estimada de pacientes anestesiados e visitados pelos respondentes no último ano (mediana: 20%) foi semelhante à porcentagem prevista de pacientes anestesiados pelos respondentes, mas visitados por colegas dos respondentes (mediana: 20%). Apenas 22% de todos os respondentes fizeram VPAs diariamente, enquanto quase a mesma quantidade de anesthesiologistas visitou seus pacientes menos de uma vez por semana.

### Momento, duração e conteúdo da VPA

A maioria dos pacientes recebeu visita no dia da cirurgia e no dia seguinte. Menos de 10% dos pacientes foram visitados nos dias subsequentes (fig. 5). A duração das VPAs é tipicamente inferior a cinco minutos (min) e raramente dura mais de 10 min. A maioria das VPAs incluiu consultas presenciais com perguntas abertas e fechadas sobre a condição geral, os problemas e as complicações do paciente. Um terço dos respondentes avaliou os prontuários do paciente (não avaliados quer em papel ou eletrônico) e apenas uma minoria examinou seus pacientes. Um grande número de anesthesiologistas registrou a VPA no prontuário; porém, em 28,8% não havia informação alguma registrada. Quase todos os respondentes detectaram complicações pós-operatórias durante a VPA, 41% raramente, 33,7% de forma intermitente e 1,7% regularmente.

### Significância e problemas da VPA

Quase todos os anesthesiologistas acreditam que a VPA melhorou a qualidade de seu próprio trabalho e 76% concordaram que VPAs regulares podem diminuir as complicações perioperatórias. Consequentemente, mais de 85% dos respondentes avaliaram as VPAs como muito importantes ou importantes, enquanto 13% eram indiferentes em relação a essa questão.



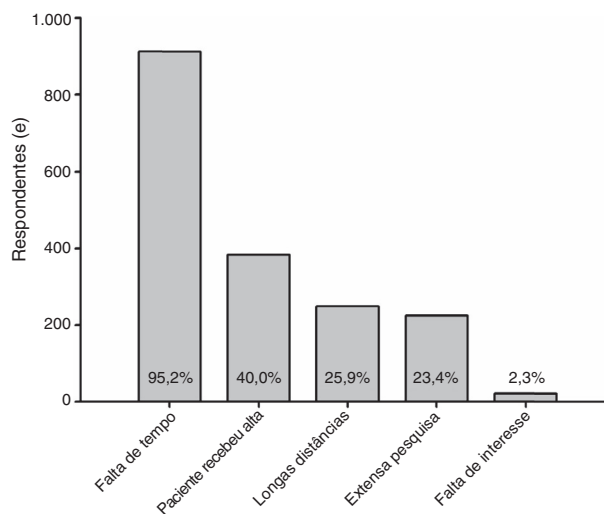
**Figura 5** Momento das visitas pós-anestésicas. Pós-OP, pós-operatório.

Apenas uma minoria acredita que as VPAs são irrelevantes ou completamente irrelevantes.

Quase todos os respondentes queixaram-se da falta de tempo para fazer as VPAs. Em mais de um terço dos casos, os anesthesiologistas alegaram que os pacientes já haviam recebido alta hospitalar. Curiosamente, 25,9% dos respondentes afirmaram que nem todos os pacientes puderam ser visitados por causa das longas distâncias que precisavam percorrer para chegar ao paciente (fig. 6).

### Discussão

O presente estudo mostra que apenas uma minoria dos pacientes recebe a visita pós-anestésica após a cirurgia. Em hospitais com serviço destinado à VPA, o número de pacientes visitados é significativamente mais elevado, em comparação com instituições sem esse serviço. A maioria das VPAs é feita no dia da cirurgia, geralmente com duração inferior a cinco minutos, e é feita após o turno regular de



**Figura 6** Problema que impede a feitura habitual de visitas pós-anestésicas.

trabalho. A maioria dos anesthesiologistas alega detectar complicações pós-operatórias durante as visitas. Embora a maioria acredite que as VPAs podem melhorar a qualidade de seu próprio trabalho e que podem reduzir as complicações anestésicas relacionadas, eles reclamam da falta de tempo para essa tarefa.

Embora nossos resultados indiquem que o número de pacientes visitados no pós-operatório é bastante baixo, surge a pergunta: qual é a porcentagem de pacientes que gostaríamos de atingir com as VPAs? A resposta para essa pergunta complexa depende do propósito que atribuímos às VPAs. Por um lado, se a qualidade do tratamento for a única razão para as VPAs, as avaliações por amostragem podem ser adequadas e suficientes. Por outro lado, se o nosso intento for melhorar a satisfação do paciente, a feitura atual de VPAs pode ser considerada muito baixa.

A satisfação do paciente pode ser alcançada por vários meios e vários questionários foram desenvolvidos para medir a satisfação após a anestesia geral.<sup>11-13</sup> No entanto, a aplicação em si de um questionário no pós-operatório não aumenta de forma significativa a satisfação geral com a anestesia.<sup>9</sup> De suma importância, os pacientes expressam a necessidade de ser informados e de se sentir seguros.<sup>14</sup> Ambas as necessidades não podem ser satisfeitas por um profissional que não é anesthesiologista e não esteve envolvido no procedimento anestésico do paciente em questão.

Estudos anteriores demonstraram que a satisfação do paciente pode ser significativamente melhorada pelas VPAs, especialmente em consultas presenciais.<sup>6</sup> Capuzzo et al. demonstraram que mais de duas visitas feitas por anesthesiologistas após a cirurgia podem aumentar significativamente a satisfação do paciente.<sup>4</sup> No entanto, outros estudos sugerem que o aumento do número de VPAs não aumenta necessariamente o contentamento do paciente.<sup>7</sup> Porém, a qualidade das visitas pode ser mais importante do que o número de vezes em que o paciente é visitado.<sup>23</sup> O momento perfeito para tal visita parece ser 12-24h após o procedimento.<sup>10</sup>

Enquanto o tratamento de qualidade e a "satisfação do cliente" certamente podem ser considerados atributos importantes da anesthesiologia moderna, as razões médicas podem ser gatilhos mais relevantes para VPAs. O propósito das VPAs, quando introduzidas em 1934, foi o de melhorar a assistência ao paciente.<sup>1</sup> Acreditava-se que o anesthesiologista deveria examinar o paciente para determinar quaisquer complicações devido à anestesia. Atualmente, embora os pacientes sejam normalmente transferidos para uma sala de recuperação pós-anestesia (SRPA) e depois para uma enfermaria cirúrgica, a detecção de complicações relacionadas à anestesia permanece como especialidade do anesthesiologista.<sup>17,18,19,20</sup>

Certamente, confiamos que nossos colegas das especialidades cirúrgicas também percebam as complicações relacionadas à anestesia, especialmente quando são facilmente perceptíveis. Acreditamos também que eles nos informarão imediatamente sobre essas complicações, caso requeiram ajuda especializada. Porém, nosso estudo indica que a maioria dos respondentes detectou complicações no pós-operatório durante suas VPAs; quase ninguém havia notado qualquer complicação.

Infelizmente, o tipo de complicação e seu tratamento não foram adicionalmente definidos em nosso estudo e não

sabemos se essas complicações teriam passado despercebidas sem as VPAs. Apenas um número limitado de respondentes relatou o tipo de complicação após o questionário inicial; como esse não foi avaliado sistematicamente, o poder dessa análise é fraco. As complicações típicas observadas incluíram analgesia insuficiente, náusea e vômito, paralisia das cordas vocais, reações alérgicas, retenção urinária e consciência intraoperatória. O anesthesiologista pode não apenas ajudar na detecção dessas complicações, mas também no apoio ao seu tratamento, orientar o paciente através do processo que parece ser necessário após o procedimento anestésico. Em um estudo piloto, as visitas sistemáticas feitas por anesthesiologistas no período pós-operatório reduziram de forma significativa a necessidade de consultas de medicina interna em pacientes com fraturas de quadril.<sup>24</sup>

Parece razoável supor que, sem as VPAs, uma determinada porcentagem de complicações relacionadas à anestesia teria permanecido despercebida. Isso pode ser especialmente verdadeiro para os sintomas ambíguos e síndromes obscuras, como a síndrome anticolinérgica ou deficiências sensoriais e motoras após a anestesia regional. Além disso, acreditamos que as complicações relatadas poderiam ter contribuído para uma internação mais longa ou aumento no custo do tratamento, caso não tivessem sido observadas. Portanto, é razoável supor que as VPAs podem não apenas permitir o tratamento precoce e específico de tais complicações, mas também reduzir a permanência hospitalar, a mortalidade e os custos.<sup>10</sup>

Com base em nossos achados, a falta de tempo parece ser o principal problema que impede a feitura regular de visitas pós-anestésicas. Melhorias organizacionais das condições de trabalho podem ser necessárias para permitir uma rotina regular de VPA. Nosso estudo mostra que a implantação de um serviço destinado à VPA pode ser um meio útil para aumentar significativamente o número de pacientes visitados no período pós-operatório. Infelizmente, não encontramos em nossa pesquisa informações específicas sobre esses serviços. No entanto, comunicados pessoais indicam que os hospitais com tal serviço concedem a seus anesthesiologistas um tempo específico para as VPAs (p. ex., uma hora no fim do plantão) ou contratam um anesthesiologista para fazer todas as VPAs durante um dia. Um questionário impresso poderia ser uma ferramenta útil para aprimorar as consultas no pós-operatório e aumentar a satisfação do paciente. Como mostram nossos dados, os serviços de VPA não alcançaram todos os pacientes e a ausência de tal serviço não significa que nenhum paciente foi visitado. Isso indica que a implantação de um serviço de VPA em si não é suficiente para aprimorar o atendimento após a anestesia e pode não ser a única solução para essa tarefa. Particularmente em relação ao custo-efetividade, estudos futuros precisam avaliar que modelo é superior para detectar complicações no cenário pós-anestesia. Tempo suficiente, estruturas organizacionais precisas (p. ex., procedimentos operacionais habituais) e, talvez, até a inclusão desse aspecto na formação de residentes poderiam ser de grande valor para estabelecer uma rotina sólida de VPA.

Há uma série de limitações que afetam o escopo do nosso estudo, a mais óbvia um certo viés. As respostas que recebemos foram dadas por anesthesiologistas registrados que tinham um endereço de e-mail ativado. A população analisada incluiu, como mostram os dados demográficos,

principalmente anesthesiologistas do sexo masculino com pelo menos 10 anos de experiência profissional. Mais de 50% dos respondentes estão na posição de consultor ou de chefe de equipe. Embora o presumido viés exclua um grande número de residentes de anestesia, colegas do sexo feminino e não membros da DGAI, essa predisposição, entretanto, permite uma visão interessante sobre a prática atual de visitas pós-anestésicas. A maioria dos respondentes deveria ter, pela posição, uma ampla percepção dos cuidados pós-anestesia. Além disso, nossa pesquisa resultou em uma taxa de resposta de 31%. Embora lembretes tenham sido enviados e o planejamento deste estudo envolva uma instituição especializada em pesquisas, não conseguimos obter uma taxa de retorno mais elevada. Contudo, ainda estamos dentro da faixa normal para os estudos com questionário publicados em revistas acadêmicas,<sup>25</sup> 33% é a média geral para questionários *online*. Assim, acreditamos que o nosso conjunto de dados forma uma base suficiente para nossas avaliações. Por fim, alguns respondentes podem ser membros da mesma instituição. Porém, como recebemos mais de 180 respostas de chefes de equipe, é razoável supor que recebemos informações sobre pelo menos 180 departamentos, se não de muitos mais. Isso deve permitir uma boa visão geral sobre a prática em um número suficiente de hospitais.

Atualmente, apenas um pequeno número de anesthesiologistas faz visitas pós-anestésicas, principalmente devido à falta de tempo para essa tarefa. Considerando a grande apreciação e significância das VPAs e as potenciais consequências médico-legais de sua negligência, parece desejável implantar melhorias organizacionais para os cuidados pós-anestesia.

## Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## Referências

- Hesse F, Lendle L, Schoen R, et al. *Allgemeinnarkose und örtliche Betäubung. Zusammenfassende Darstellung für die Praxis auf pharmakologischer und klinischer Grundlage*. New York: Barth; 1934.
- Witte W. Premedication, preoperative, and postoperative visits. Importance as reflected in anaesthesiology textbooks. *Anesthesist*. 2007;56:1252-6.
- Dahmen KG, Albert DM. An approach to quality management in anaesthesia: a focus on perioperative care and outcome. *Eur J Anaesthesiol Suppl*. 2001;23:4-9.
- Capuzzo M, Gilli G, Paparella L, et al. Factors predictive of patient satisfaction with anesthesia. *Anesth Analg*. 2007;105:435-42.
- Bothner U, Schwilk B, Steffen P, et al. Perioperative monitoring of the course of anesthesia, the postanesthesia visit and inquiry of patient satisfaction. A prospective study of parameters in process and outcome quality in anesthesia. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*. 1996;31:608-14.
- Bauer M, Böhler H, Aichele G, et al. Measuring patient satisfaction with anaesthesia: perioperative questionnaire versus standardised face-to-face interview. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2001;45:65-72.
- Zvara DA, Nelson JM, Brooker RF, et al. The importance of the postoperative anesthetic visit: do repeated visits improve patient satisfaction or physician recognition? *Anesth Analg*. 1996;83:793-7.
- Gebremedhn EG, Chekol WB, Amberbir WD, et al. Patient satisfaction with anaesthesia services and associated factors at the University of Gondar Hospital, 2013: a cross-sectional study. *BMC Res Notes*. 2015;8:377.
- Saal D, Heidegger T, Nuebling M, et al. Does a postoperative visit increase patient satisfaction with anaesthesia care? *Br J Anaesth*. 2011;107:703-9.
- Bajwa SJS, Takroui MSM. Post-operative anesthesia rounds: need of the hour. *Anesth Essays Res*. 2013;7:291-3.
- Schiff JH, Fornaschon AS, Frankenhauser S, et al. The Heidelberg peri-anaesthetic questionnaire-development of a new refined psychometric questionnaire. *Anaesthesia*. 2008;63:1096-104.
- Auquier P, Pernoud N, Bruder N, et al. Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire. *Anesthesiology*. 2005;102:1116-23.
- Caljouw MA, van Beuzekom M, Boer F. Patient's satisfaction with perioperative care: development, validation, and application of a questionnaire. *Br J Anaesth*. 2008;100:637-44.
- Capuzzo M, Landi F, Bassani A, et al. Emotional and interpersonal factors are most important for patient satisfaction with anaesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2005;49:735-42.
- Durchführung von Analgesie- und Anästhesie in der Geburtshilfe. Hisom A, Sorgatz H, editors. *Entschließungen - Empfehlungen - Vereinbarungen: Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Anästhesiologie*. Ebelsbach, Germany: Aktiv Druck & Verlag GmbH; 2011. p. 183-90.
- Schneider G. Intraoperative awareness. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*. 2003;38:75-84.
- Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen. Hisom A, Sorgatz H, editors. *Entschließungen Empfehlungen Vereinbarungen: Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Anästhesiologie*. Ebelsbach, Germany: Aktiv Druck & Verlag GmbH; 2011. p. 9-12.
- Vereinbarung über die Zusammenarbeit in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Hisom A, Sorgatz H, editors. *Entschließungen Empfehlungen Vereinbarungen: Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Anästhesiologie*. Ebelsbach, Germany: Aktiv Druck & Verlag GmbH; 2011. p. 19-24.
- Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und des Berufsverbandes der Ärzte für Orthopädie. Hisom A, Sorgatz H, editors. *Entschließungen - Empfehlungen - Vereinbarungen: Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Anästhesiologie*. Ebelsbach, Germany: Aktiv Druck & Verlag GmbH; 2011. p. 31-6.
- Vereinbarung über die Zusammenarbeit in der HNO-Heilkunde. Hisom A, Sorgatz H, editors. *Entschließungen - Empfehlungen - Vereinbarungen: Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Anästhesiologie*. Ebelsbach, Germany: Aktiv Druck & Verlag GmbH; 2011. p. 25-6.
- American Society of Anesthesiologists. Guidelines for patient care in anaesthesiology. ASA House of Delegates; 2011. p. 1-4.
- Simpson DK, Walburn B. Post-operative care. In: Phillips J, editor. *Raising the Standard: a compendium of audit recipes*. New York: Royal College of Anaesthetists; 2012. p. 128-9.
- Klock PA, Roizen MF. More or better educating the patient about the anaesthesiologist's role as perioperative physician. *Anesth Analg*. 1996;83:793-7.
- Foss NB, Christensen DS, Krashennikoff M, et al. Post-operative rounds by anaesthesiologists after hip fracture surgery: a pilot study. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2006;50:437-42.
- Nulty DD. The adequacy of response rates to online and paper surveys: what can be done? *Assess Eval High Educ*. 2008; 301-14.