

## O Paciente Cirúrgico. Parte I

### The Surgical Patient. Parte I

Ricardo Wathson Feitosa de Carvalho<sup>I</sup> | Carlos Umberto Pereira<sup>II</sup> | José Rodrigues Laureano Filho<sup>III</sup> | Belmiro Cavalcanti do Egito Vasconcelos<sup>IV</sup>

#### RESUMO

A cirurgia é o procedimento terapêutico invasivo para uma variedade de distúrbios fisiopatológicos, que implica a remoção ou reparação de um órgão ou parte deste. O paciente que irá se submeter a uma intervenção cirúrgica, paciente cirúrgico, deve estar idealmente na melhor forma física e mental, mas nem sempre esta situação é possível. Ao indicar uma intervenção cirúrgica, faz-se necessário estimar o risco cirúrgico, que está associado a fatores próprios do paciente e do tipo de procedimento cirúrgico, buscando determinar as modificações específicas necessárias de acordo com o grau de comprometimento do paciente, sendo importante ter a percepção plena de cada paciente. Com a visão da importância da avaliação e cuidados pré-operatórios ao paciente cirúrgico, este trabalho objetiva discutir aspectos pré-operatórios, preparo do paciente e da equipe cirúrgica, critérios para prescrição medicamentosa, evolução clínica e alta hospitalar.

Descritores: Paciente; Cirurgia; Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde; Medição de Risco.

#### ABSTRACT

Surgery is an invasive procedure performed for a variety of physiopathological disorders and implies the removal or repair of either an organ or part of an organ. Ideally, the surgical patient should be physically and mentally fit, but this is not always possible. When indicating surgical intervention, it is necessary to estimate the degree of risk, which is associated to both individual patient factors and the type of surgical procedure. The aim is to determine necessary modifications based on the degree of patient impairment. For such, the complete perception of each patient is important. With a view to the importance of the preoperative assessment of surgical patients, this paper discusses preoperative aspects, the preparation of both the patient and surgical team, criteria for the prescription of medications, clinical evolution and discharge from the hospital.

Descriptors: Patient, Surgery, Health care evaluation mechanisms, Risk assessment.

#### O PACIENTE CIRÚRGICO

A cirurgia é o procedimento terapêutico para uma variedade de distúrbios fisiopatológicos que implicam ameaças reais, tais como risco de vida, perda de órgãos ou parte destes, prejuízos financeiros, além do próprio desconforto decorrente da intervenção cirúrgica<sup>1</sup>.

O paciente cirúrgico é a pessoa que irá ser sub-

metida a uma cirurgia, eletiva ou de emergência. Esse paciente não é apenas uma incisão cirúrgica, mas, sim, uma pessoa que deve ser sempre avaliada<sup>2</sup>.

Todo paciente encaminhado à cirurgia deve estar idealmente na melhor forma física e mental, mas nem sempre esta situação é possível. Para o profissional, é fundamental determinar as modificações específicas

I Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pelo Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Faculdade de Odontologia, da Universidade de Pernambuco – HUOC/FOP/UPE.

II PhD. Professor Adjunto da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Sergipe – UFS.

III PhD. Coordenador dos Programas de Pós-Graduação da FOP/UPE. Professor Adjunto da Faculdade de Odontologia, da Universidade de Pernambuco – FOP/UPE.

IV PhD. Coordenador dos Programas de Mestrado e Doutorado em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da FOP/UPE. Professor Adjunto da Faculdade de Odontologia, da Universidade de Pernambuco – FOP/UPE.

necessárias para reduzir o risco cirúrgico, sendo importante ter a percepção plena de cada paciente.

- Condição física e psicológica;
- Natureza da cirurgia;
- Observar os aspectos sociais e culturais de cada paciente;
- Adequar a linguagem a cada paciente;
- Transmitir confiança ao paciente;
- Empatia e Sensibilidade.

A segurança e o bem-estar do paciente constituem o principal objetivo durante toda a fase da experiência pré-operatória<sup>2</sup>. Assim, os cirurgiões desempenham diferentes papéis e têm várias responsabilidades no cuidado ao paciente cirúrgico, o que contribui para a sua recuperação/reabilitação.

## 86 NOÇÕES BÁSICAS EM PROCEDIMENTO HOSPITALAR

### Procedimento Ambulatorial

Procedimento relativamente simples e que não exige que o paciente permaneça internado, devendo ser realizado em ambiente hospitalar, com condições de antisepsia similares a procedimentos de maior porte. Não se deve confundir cirurgia ambulatorial com pequenos procedimentos realizados em salas de curativo dos consultórios de maneira improvisada ou inadequada<sup>3</sup>.

A realização de procedimento cirúrgico ambulatorial tem diversas vantagens, porém existem fatores limitantes para a realização de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais (Tab.1).

Tabela 1. Vantagens da cirurgia ambulatorial

Fatores limitantes	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição da ocupação de leitos;</li> <li>• Diminuição do risco de infecção hospitalar;</li> <li>• Retorno pronto ao domicílio;</li> <li>• Redução do custo hospitalar;</li> <li>• Melhor aceitação do procedimento;</li> <li>• Nenhum aumento de morbidade ou mortalidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tamanho da cirurgia;</li> <li>• Doente em más condições clínicas;</li> <li>• Cirurgias que exigem cuidados especiais (sondas, drenos);</li> <li>• Cirurgia com potencial hemorrágico;</li> <li>• Cirurgias com uso de drogas especiais (propofol);</li> <li>• Pacientes com doenças que favoreçam infecções.</li> </ul>

A realização de procedimentos cirúrgicos em nível ambulatorial economiza recursos, deixando mais leitos disponíveis para os pacientes críticos<sup>4</sup>.

### Procedimento Eletivo

Todo procedimento que pode ser programado, com antecedência, para a sua realização, não havendo caráter de urgência ou emergência. Quando isso acontece, o procedimento é chamado de eletivo.

Sempre que a indicação cirúrgica acontecer em situações não urgentes ou emergentes, haverá mais tempo para se preparar para intervenção, sendo solicitados exames complementares e pareceres de outras especialidades, reduzindo, ao máximo, o risco de intercorrências.

### Procedimento de Urgência/Emergência

No atendimento de emergência existe, o risco iminente de morte, enquanto que, na urgência, não. No local, a equipe composta de vários especialistas faz o diagnóstico do paciente e o encaminha para fazer os exames, sejam estes de imagem ou laboratoriais. Dependendo do caso, intervenções cirúrgicas estão indicadas e são realizadas em caráter de emergência, ou seja, imediatamente<sup>5</sup>.

### Avaliação Pré-Operatória e Cuidados em Cirurgia Eletiva

A avaliação pré-operatória objetiva analisar a condição clínica do paciente tendo em vista a realização da intervenção cirúrgica, buscando reduzir a morbi-mortalidade<sup>6-9</sup>.

Ao indicar uma intervenção cirúrgica se faz necessário avaliar o risco do procedimento a ser realizado. As mais importantes etapas para estimar o risco cirúrgico são uma completa anamnese e exame físico, e, quando necessário, exames complementares devem ser solicitados, sendo esses definidos a partir de dados sugestivos encontrados na anamnese e no exame físico<sup>10</sup>.

A prática rotineira de solicitar exames pré-operatórios em casos de pacientes assintomáticos e em cirurgias que não envolvam perda sanguínea considerável é cada vez mais questionada<sup>6,11,12</sup>.

## Avaliação pré-operatória anestésica

A consulta pré-anestésica é fundamental para a qualidade da assistência em procedimentos cirúrgicos. A Resolução 1.363/93 do Conselho Federal de Medicina<sup>13</sup> em seu artigo 1º, inciso 1, determina: “Antes da realização de qualquer anestesia, é indispensável conhecer, com a devida antecedência, as condições clínicas do paciente a ser submetido a ela, cabendo ao anestesista decidir da conveniência ou não da prática do ato anestésico, de modo soberano e intransferível”.

A avaliação pré-anestésica, quando realizada adequadamente, promove redução do tempo médio de internação<sup>14,15</sup>. Esta redução resulta do aumento do número de admissões no mesmo dia da cirurgia e do aumento do número de pacientes que são submetidos a cirurgias em regime day hospital, melhorando o fluxo de cirurgias<sup>10</sup>.

### A consulta pré-anestésica permite<sup>10</sup>:

- Indagar o histórico médico pregresso do paciente, buscando antecedentes mórbidos;
- Avaliar as condições sistêmicas e psíquicas do paciente;
- Quando necessário, solicitar exames pré-operatórios e consultorias;
- Avaliar via aérea e acesso venoso;
- Planejar a anestesia, a analgesia e os cuidados pré-operatórios;
- Esclarecer sobre o procedimento anesthesiológico, obtendo consentimento informado do paciente ou de seu representante legal.

### Avaliação de riscos

O sucesso da cirurgia depende da aptidão e da habilidade técnica do cirurgião, da indicação e do preparo prévio, do manejo e do cuidado pré-operatório, dimensionando os riscos, prevenindo e tratando complicações<sup>10</sup>.

Os riscos envolvidos durante a realização de procedimentos cirúrgicos dependem de fatores próprios do paciente e do tipo de procedimento cirúrgico. Os preditores importantes da morbi-mortalidade pós-

operatória incluem idade do paciente e estado físico, segundo a American Society of Anesthesiology (ASA) (Tab.2) 10.

Tabela 2. Classificação da American Society of Anesthesiology.

ASA	Caracterização
I.	Saúde normal
II.	Doença sistêmica leve
III.	Doença sistêmica grave, não incapacitante
IV.	Doença sistêmica grave, incapacitante, com ameaça grave à vida.
V.	Paciente moribundo, com expectativa de sobrevivência mínima, independente da cirurgia.
VI.	Doador de órgãos (cadáver).

As intervenções cirúrgicas podem ser classificadas como de menor risco ou pequeno porte e maior risco cirúrgico, médio e grande porte<sup>10</sup>. As cirurgias odontológicas, como cirurgias ortognáticas, cirurgias de complexos traumas, cirurgias de patologias extensas, dentre outras, estão enquadradas como de maior risco (médio e grande porte), em virtude do potencial risco hemorrágico.

### Avaliação pré-operatória pediátrica

O paciente pediátrico não difere do adulto somente no aspecto anatômico, mas diferenças devem ser observadas no aspecto fisiológico e na resposta às drogas utilizadas, havendo a necessidade de interação entre pediatra, anesthesiologista, cirurgião, criança e seus pais<sup>10</sup>.

Assim como no paciente adulto, a avaliação pré-operatória em pediatria segue a classificação ASA. A avaliação pré-operatória deve ser constituída de uma criteriosa anamnese e um apurado exame físico, devendo-se enfatizar as condições cardiológicas, pulmonares e das vias aéreas superiores. A rotineira avaliação laboratorial não é necessária para crianças saudáveis, resguardando situações especiais. A exceção é para crianças menores de 6 meses que necessitam de uma dosagem de hemoglobina não inferior a 4 semanas. Se o valor for inferior a 10mg/dl e se se tratar de cirurgia eletiva, esta deve ser suspensa, e a criança, ser referenciada ao seu pediatra<sup>10</sup>.

Tabela 3. Cuidados com uso de medicamentos no período pré-operatório.

Medicamento	Cuidado pré-operatório
Antiplaquetários	AAS: suspender 7-10 dias antes da cirurgia eletiva. Ticlopidina: suspender 4 a 5 dias antes da cirurgia eletiva. Clopidogrel: suspender 3 a 5 dias antes da cirurgia eletiva.
Anticoagulantes orais	Cirurgias eletivas: suspender 5 dias antes e solicitar dosagem do TP e INR no pré-operatório imediato, e esses devem ser >50% e <1,5%, respectivamente. Iniciar heparina EV ou SC (se risco de TVP) 6 horas antes e reintroduzir 24 a 48 horas após procedimento. Cirurgias de urgência: Transfundir plasma fresco 15 a 20 ml/kg (antes da cirurgia).Vitamina K
Anti-hipertensivos	Devem ser mantidos até a manhã da cirurgia, com cuidado especial no caso de betabloqueadores e clonidina devido à possibilidade de síndrome de retirada.
Antiarrítmicos	Geralmente devem ser continuados
Terapia de reposição hormonal	Hormônios devem ser suspensos um mês antes da cirurgia.
Hipoglicemiantes Biguanidas ou sulfoníureias	Suspender no dia anterior; HGT de 4/4h com insulina regular suplementar, se necessário SG 5% 100ml/h durante o jejum.
Insulina subcutânea	Insulina NPH 1/2 ou 2/3 da dose na manhã da cirurgia + SG 5% 100ml/h desde a manhã da cirurgia até o término do NPO.
Aines	Altera plaquetas de forma reversível, enquanto há o efeito da droga, devendo ser suspenso 24 horas antes.
Corticoterapia Crônica	Hidrocortisona 100mg de 8/8h, iniciando na manhã da cirurgia e mantendo por 48-72h ou por período mais prolongado, se o pós-operatório for complicado.
Hormônios Tireoídicos	Devem ser mantidos antes e após cirurgia
Anticonvulsivantes	Devem ser adotados esquemas para a manutenção das concentrações plasmáticas para evitar as crises.
Benzodiazepínicos	Podem ser mantidos, sendo úteis no pré e transoperatório. Evitar, em caso de história de reação paradoxal, benzodiazepínicos.
Antipsicóticos	Geralmente devem ser mantidos
Lítio e antidepressivos tricíclicos	Podem ser mantidos

### Cuidados pré-operatórios

Sempre que possível, os fármacos de uso crônico devem ser mantidos até o momento da cirurgia, porém, quando não possível, cuidados específicos devem ser tomados (Tab.3)<sup>10</sup>.

### Dieta

A restrição depende do tipo de anestesia, da doença e do tipo de procedimento cirúrgico a ser realizado. Geralmente jejum de, no mínimo, 08 horas para intervenções sob anestesia geral.

O jejum pré-operatório reduz o risco de broncoaspiração na indução anestésica.

### Higiene bucal e geral

Boa higiene bucal, devendo ser realizada rigorosamente após as refeições. Banhos devem ser tomados regularmente, lavando-se, principalmente, a região a ser incisada.

### Aspiração gástrica pré-operatória

Esse tipo de aspiração deve ser realizado em pacientes com dificuldade de esvaziamento gástrico, estenose pilórica, distendidos por suboclusão ou oclusão intestinal e na emergência.

### Antibioticoprofilaxia

A decisão de usar antibioticoterapia profilática deve ser baseada na evidência de possível benefício em relação ao peso da evidência de possíveis eventos adversos. A utilização inadequada do antibiótico profilático eleva o índice de infecção e implica um custo desnecessário<sup>16</sup>.

A utilização de antibiótico profilático nas cirurgias limpas ou naquelas potencialmente contaminadas não diminui a taxa de infecção da ferida cirúrgica.

Nesses tipos de cirurgia, os benefícios da antibioticoprofilaxia não se sobrepõem aos riscos, não sendo, portanto, recomendada a sua utilização.

É importante considerar, no entanto, que algumas cirurgias limpas não se comportam como tal e cursam com uma alta taxa de infecção. Nesses tipos de cirurgia, deve-se utilizar antibioticoprofilaxia<sup>16</sup>.

Por consenso, as drogas preferenciais são as cefalosporinas de 1ª e 2ª geração. A mais usada é a Cefazolina<sup>10</sup>.

Menores taxas de infecção são observadas em cirurgias, quando o antibiótico é administrado no período

do de, no máximo, 01 hora antes da incisão cirúrgica, sendo habitualmente indicado no momento da indução anestésica. A dose única usualmente é suficiente, porém, em procedimentos extensos, o reforço durante a cirurgia se faz necessário: 1 a 2 vezes a meia vida do antibiótico<sup>10</sup>.

- Cefazolina – meia-vida de 1.5 horas - reforço de 3/3 horas.
- Em caso de sangramento, é feito como reforço, independente do tempo: dose 1 a 2g.

### **Preparo do paciente**

Compreende a colocação dos equipamentos para sua proteção e o preparo de sua pele e boca pelos processos de antissepsia.

A retirada dos pelos (tricotomia) é necessária para auxiliar na remoção de patógenos, aumentar a visibilidade durante o ato cirúrgico, auxiliar na aposição da pele durante a síntese e diminuir a deposição de corpos estranhos no ferimento cirúrgico, devendo removerem-se os pelos da área ao redor do local de incisão, caso seja necessário ampliar a incisão durante o procedimento<sup>17</sup>.

Não se deve realizar a tricotomia mais de duas horas antes da cirurgia (não deve ser realizada na noite anterior), diminuindo o crescimento bacteriano, o qual é favorecido pela perda da integridade da pele<sup>17</sup>.

### **Preparação do campo operatório**

Após o posicionamento do paciente e indução anestésica, são procedidas manobras antissépticas com o objetivo de reduzir e impedir a proliferação de microrganismos patogênicos na ferida cirúrgica.

A realização cuidadosa da antissepsia é importante, pois os organismos que frequentemente estão presentes em infecções são oriundos da pele e superfície mucosa do paciente. É importante ressaltar que aproximadamente 20% da população bacteriana da pele é inacessível a qualquer tipo de antissepsia, por localizar no interior das estruturas cutâneas mais profundas.

A antissepsia deve ser feita com o auxílio de ga-

zes estéreis presas a uma pinça Collin, respeitando o sentido centro-periferia, nunca retornando para o centro após passar na periferia.

### **Equipe cirúrgica**

A equipe cirúrgica é formada por pessoas que, durante uma cirurgia, são fundamentais para o bom andamento do procedimento cirúrgico.

Cada membro da equipe cirúrgica deve conhecer claramente suas responsabilidades e funções, o que assegura o trabalho seguro e eficaz no centro cirúrgico.

A equipe cirúrgica é composta por: cirurgião, auxiliares, instrumentador e anestesista. O quantitativo da equipe é variável, a depender do tipo e complexidade do procedimento.

### **Preparação da equipe cirúrgica**

A equipe cirúrgica é considerada como importante veículo para contaminação, incluindo o pessoal paramentado e o pessoal não paramentado, daí a importância da preparação criteriosa da equipe cirúrgica.

A preparação da equipe cirúrgica envolve a lavagem das mãos, a escovação e a vestimenta cirúrgica.

### **Técnica asséptica**

Técnica cirúrgica que emprega um conjunto de processos, medidas ou meios para impedir o contato de germes com a ferida operatória. A ausência de germes patogênicos no tecido vivo constitui um estado de assepsia.

### **Prescrição (Critérios para escolha de um medicamento)**

- I. Definir diagnóstico;
- II. Especificar objetivo terapêutico;
- III. Levantamento de grupos eficazes de medicamentos;
- IV. Escolha de um grupo eficaz (segurança, aplicabilidade e custo);
- V. Escolha de um medicamento (substância ativa,

forma farmacêutica, posologia e duração-padrão do tratamento).

Os medicamentos de uso rotineiro em odontologia são os analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos. Ansiolíticos (sedativos), inclusive os prescritos na Notificação de Receita B (azul), que são os benzodiazepínicos, são de uso frequente no pré e pós-procedimento, para aliviar a tensão comum a muitos pacientes.

A rotina terapêutica do CD, que atua em ambiente hospitalar, comumente difere-se da atuação em nível ambulatorial, fazendo parte da prescrição diversos fármacos administrados por vias não usuais à prática odontológica.

O primeiro item que deve constar na prescrição hospitalar é a dieta, sendo orientada conforme o quadro clínico. Dieta líquida e/ou pastosa, fria e/ou gelada está indicada para pacientes em recente pós-operatório de cirurgia bucal.

Após determinar o padrão de dieta, atenção é votada para hidratação, seguido da prescrição dos fármacos (antibióticos, anti-inflamatórios, analgésicos, etc).

Muitos cirurgiões-dentistas, ao realizarem a prescrição em ambiente hospitalar, não dão a devida atenção à higiene bucal, devendo fazer parte desta. Os cuidados gerais e aferição dos sinais vitais completam os itens prescritos, fazendo parte da rotina da equipe de enfermagem.

### Evolução clínica e critérios para alta hospitalar

A alta do paciente é um ato de grande responsabilidade, pois significa permitir que o paciente deixe a unidade hospitalar<sup>18</sup>.

Definir o tempo que o paciente deve permanecer no hospital é muito difícil, pois esse tempo depende de vários fatores, tais como tipo de procedimento, tipo de anestesia, estado físico, condições sócio-econômicas assim como as condições e os hábitos regionais<sup>19</sup>.

Em unidades hospitalares que atendem especificamente uma determinada especialidade, os critérios de alta podem ser bem definidos e seguidos de forma ágil e rotineira.

Na realidade, antes da alta, o paciente deve ser submetido à minuciosa avaliação da recuperação física e recuperação da psicomotricidade assim como deve ser observada a presença de eventos adversos que podem retardar a alta, ou até mesmo, implicar pernoite do paciente<sup>19</sup>.

O paciente atinge este estágio, quando os sinais vitais estão estáveis, é capaz de andar sozinho, e os efeitos colaterais, como náusea, vômito, tontura e dor, devem estar ausentes ou bem tolerados, sem nenhum sangramento (Tab.4)<sup>18</sup>.

### Resultados e condutas:

7-10 pontos	Liberar para casa
4-6 pontos	Observar e tratar
3 ou menos	Solicitar assistência

Tabela 4. Tabela de pontuação específica para a alta hospitalar.

Critérios Clínicos		Pontuação
Sinais Vitais	Estável por 1 hora	2
	Não	0
Ambulação	Sem assistência	2
	Com assistência	1
	Sem ambular	0
Náusea e Vômito	Nenhuma	2
	Mínima	1
	Vômito	0
Controle de dor	Dentro do esperado	2
	Não	1
Sangramento	Nenhum	2
	Dentro do esperado	1
	Mais que o esperado	0

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O paciente cirúrgico é a pessoa que irá ser submetida a uma cirurgia. Esse paciente não é apenas uma incisão cirúrgica, mas, sim, uma pessoa que deve estar idealmente na melhor forma física e mental possível.

A avaliação do paciente cirúrgico tem como objetivo estimar o risco cirúrgico, e, quando necessário, exames complementares devem ser solicitados, buscando reduzir, ao máximo, a morbi-mortalidade.

## Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco, FACEPE – Brasil. Processo N°.: BFT-0102-4.02/08.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goldenberg S, Bevilacqua RG. Bases da cirurgia. 2.ed. São Paulo: EPU; 1984.
2. Pedrolo FT, Hannickel S, Oliveira JZ, Zago MMF. A experiência de cuidar do paciente cirúrgico: as percepções dos alunos de um curso de graduação em enfermagem. *Rev Esc Enf USP*. 2001;35(1):35-40.
3. Albertoni WM, Faloppa F, Leite VM, Laredo Filho J. Cirurgia ambulatorial experiência com 1.651 procedimentos na mão e membro superior. *Rev Bras Ortop*. 1995;30(4):181-85.
4. Yamashita AM. Anestesia ambulatorial. In: Orteni AV, Tardelli MA, org. *Anestesiol*. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 631-39. cap.39.
5. American College of Surgeons. Advanced trauma life support. 6th ed. Chicago: American College of Surgeons; 1997.
6. García-Miguel FJ, Serrano-Aguilar PG, López-Bastida J. Preoperative assessment. *Lancet*. 2003;362(9397):1749-57.
7. Munro J, Booth A, Nicholl J. Routine preoperative testing: a systematic review of the evidence. *Health Technol Assess* 1997;1(12):1-62.
8. Narr BJ, Warner ME, Schroeder DR. Outcomes of patients with no laboratory assessment before anesthesia and a surgical procedure. *Mayo Clin Proc* 1997;72(6):505-09.
9. Velanovich V. The value of routine preoperative laboratory testing in predicting postoperative complications: a multivariate analysis. *Surgery*. 1991;109(3 Pt 1):236-43.
10. Stein AT. Recomendações baseadas em evidências. Avaliação pré-operatória e cuidados em cirurgia eletiva. Porto Alegre: Unimed; 2006.
11. Practice advisory for preanesthesia evaluation: a report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology*. 2002;96(2):485-96.
12. Guidelines & Protocols Advisory Committee (GPAC). Medical Services Commission, and British Columbia Medical Association. Guideline for Pre-operative Testing, Reviewed; 2003.
13. Conselho Federal de Medicina. Determinações aos médicos que praticam anestesia. Resolução 1.363/93 (Mar.22, 1993).
14. Foss JF, Apfelbaum J. Economics of preoperative evaluation clinics. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2001;14(5):559-62.
15. Mendes FM, Mathias LAST, Duval Neto GF, Birck A. Impacto da implantação de clínica de avaliação pré-operatória em indicadores de desempenho. *Rev Bras Anesthesiol*. 2005;55(2):175-87.
16. Ferraz AAB, Ferraz ED. Antibioticoprofilaxia em cirurgia [on-line]. Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Disponível em: URL: <http://www.cbc.org.br/upload/emc/atualizacao/antibioticos/121/antibioterpia.htm>.
17. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for the prevention of surgical site infection; 1999.
18. Porto AM. Critérios de alta. In: Cangiani LM, org. *Anestesia ambulatorial*. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 323-36.
19. Cangiani LM. Anestesia ambulatorial: recuperação e critérios de alta. Curso de Educação à Distância em Anestesiologia. p. 63-77.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Ricardo Wathson Feitosa de Carvalho  
 Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP/UPE  
 Av. General Newton Cavalcanti, 1650  
 Tabatinga, Camaragibe – Pernambuco  
 CEP: 54753-220  
 Fone: (81) 3458-2867 / E-mail: wathson@ig.com.br

