

AVALIAÇÃO DA ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA EM PACIENTES SUBMETIDAS A CIRURGIA PLÁSTICA NAS MAMAS CONFORME DIFERENTES ABORDAGENS ANESTÉSICAS

ASSESSMENT OF POSTOPERATIVE ANALGESIA IN PATIENTS UNDERGOING BREAST PLASTIC SURGERY ACCORDING TO DIFFERENT ANESTHETIC APPROACHES

Talita Guilarde **Torres**¹; Mateus Moreira de Melo **Silva**²; Isabela Alcântara **Rocha**³; Sânzio Pasqualle Andrade dos **Anjos**⁴; Gustavo Siqueira **Elmiro**⁵; Giulliano **Gardenghi**⁶

RESUMO

Introdução: A realização de mamoplastias é frequente e invariavelmente, no pós-operatório, encontra-se dor importante, o que demanda intervenção especializada buscando a devida analgesia. Considerando a técnica cirúrgica, há uma estratégia que tem sido adotada, chamada de recuperação em 24 horas (R24R). Essa abordagem é fundamentada em cuidados do time assistente, buscando alta hospitalar rápida e segura. Diversas medidas anestésicas estão sendo propostas, de forma isolada ou combinada, visando a redução de complicações. **Objetivo:** Avaliar as diferentes técnicas empregadas e a prevalência de dor, consumo de opioides, náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO), além do tempo de internação hospitalar. **Métodos:** Estudo observacional retrospectivo realizado por meio de análise de prontuários. Os dados pesquisados foram tabulados no Microsoft Excel® e apresentados de maneira descritiva. **Resultados:** Nas diferentes técnicas anestésicas, a incidência de dor com necessidade de resgate analgésico foi de 14,6%, com o uso de opioides no pós-operatório em 66,7% dos casos. Nos casos em que as pacientes referiram dor, a mesma foi de no máximo 3 pontos na escala visual analógica (0-10). Considerando NVPO, 9,3% pacientes apresentaram tais eventos. O tempo de internação após o procedimento foi inferior a 24 horas em 100% dos pacientes, sendo as técnicas mais utilizadas a anestesia geral intravenosa, com ou sem bloqueio regional associado. **Conclusão:** Neste estudo observamos que a incidência de dor foi baixa na amostra estudada, assim como os episódios de NVPO, com uso individualizado de opioides e atendendo a meta de R24R.

PALAVRAS-CHAVE: Anestesia de Condução; Mamoplastia; Implante mamário; Recuperação de Função Fisiológica; Dor pós-operatória; Náusea e Vômito Pós-Operatórios.

ABSTRACT

Introduction: Mammoplasty procedures are frequent and in the postoperative period, invariably there is significant pain, which demands specialized intervention seeking adequate analgesia. Considering the surgical technique, there is a strategy that has been adopted, called 24-hour recovery (R24R). This approach is based on care from the assistant team, seeking quick and safe hospital discharge. Several anesthetic measures are being proposed, alone or in combination, aiming to reduce complications. **Methods:** Retrospective observational study carried out through analysis of medical records. The researched data were tabulated in Microsoft Excel® and presented in a descriptive manner. **Objective:** Evaluate the different techniques used and the prevalence of pain, opioid consumption, postoperative nausea and vomiting (PONV), in addition to the length of hospital stay. **Results:** In the different anesthetic techniques, the incidence of pain requiring analgesic rescue was 14.6%, with the use of postoperative opioids in 66.7% of cases. In cases where patients reported pain, it was a maximum of 3 points on the visual analogue scale (0-10). Considering PONV, 9.3% patients experienced such events. The length of stay after the procedure was less than 24 hours in 100% of patients, with the most used techniques being intravenous general anesthesia with or without associated regional block. **Conclusion:** In this study we observed that the incidence of pain was low in the studied sample, as were PONV episodes, with individualized use of opioids and meeting the target of R24R.

KEYWORDS: Conduction Anesthesia; Mammoplasty; Breast Implantation; Recovery of function; Postoperative pain; Postoperative Nausea and Vomiting.

INTRODUÇÃO

A cirurgia de mama é um tipo de cirurgia mais comumente realizada no mundo. Entre as pacientes que se submetem a esse procedimento, 30 a 50% relatam dor aguda moderada a severa e 8 a 25% referem dor persistente após a cirurgia.¹ A mamoplastia com implante de prótese está associada a dor severa causada pela expansão do tecido mamário e do músculo peitoral maior, além da lesão após a separação dos tecidos, sendo necessárias intervenções eficazes de analgesia.²

O controle inadequado da dor no período pós-operatório é associado a uma recuperação disfuncional, um tempo prolongado de recuperação pós-anestésica e um maior período de internação hospitalar.¹ Desse modo, os bloqueios regionais para analgesia nesse tipo de cirurgia se destacam por reduzir a dor pós-operatória e o consumo de opioides, assim como o quadro de náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO), diminuir o risco de complicações pulmonares e abreviar o tempo de permanência na sala de recuperação pós-anestésica e o período de recuperação pós-cirúrgica.¹

Atualmente, o uso desenfreado de opioides tem gerado uma preocupação alarmante em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, visto seu potencial de criar dependência no paciente, com difícil tratamento e potenciais riscos à saúde pública. Desse modo, a busca incessante de meios alternativos para analgesia eficaz, tratando, inicialmente, a dor aguda e prevenindo a dor crônica, se torna prioridade na medicina, principalmente na anestesia com manejo de cirurgias estéticas e reparadoras, em que os pacientes objetivam um pós-operatório com resultados imediatos e otimizados, sem agravos à sua saúde.³

A prescrição de analgésicos deve ser baseada na história única que cada paciente traz consigo em sua anamnese, fugindo de prescrições padrão e engessadas que tratam o paciente como uma simples parte a mais do todo. Assim, a abordagem multidisciplinar focada se torna essencial no acompanhamento de pacientes submetidos a mamoplastia e/ou mastopexia, a fim de reduzir quadros de dor crônica. A intervenção multimodal em diversos momentos vem sendo amplamente discutida e estudada. Na fase pré-operatória com a pré-habilitação. No manejo perioperatório com analgesia e no cuidado pós-operatório. Tal abordagem é considerada uma forma eficaz de manejo desses tipos de cirurgia.³

Os métodos de abordagem para controle analgésico incluem os bloqueios regionais, como bloqueio do plano eretor da espinha (BPÉE), bloqueio do nervo peitoral e bloqueio paravertebral, peridural e analgesia multimodal, associados à anestesia geral ou a sedação. O BPÉE, associado à anestesia geral ou sedação, tem se destacado, apresentando como possível mecanismo de ação o bloqueio sensitivo extenso do tórax ipsilateral ao local de injeção de anestésico local sob o músculo eretor da espinha, após difundir-se anteriormente pelos forames costotransversais para a origem dos ramos nervosos dorsais e ventrais.⁴

A técnica cirúrgica utilizada também corrobora uma recuperação mais rápida e eficaz. A técnica de retorno às atividades normais em 24 horas (R24R) mostrou-se eficaz na otimização da recuperação da paciente e é resultante da associação de melhor técnica cirúrgica, menor tempo operatório, redução da quantidade de drogas e doses usadas no intra e pós-operatório, além do menor trauma cirúrgico. Associada a isso, destaca-se uma anestesia focada em analgesia eficaz para redução do consumo de opioides, com relaxamento muscular, possibilitando adequada dissecação do plano subpeitoral.⁵

O objetivo principal deste estudo foi avaliar a prevalência de dor pós-operatória e o consumo de opioides em pacientes submetidas à cirurgia plástica nas mamas. Secundariamente, foi avaliada a incidência de NVPO e o tempo de internação, avaliando se foi adequado à meta proposta pelo R24R.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, retrospectivo, com base em análise de prontuários médicos eletrônicos de pacientes mulheres do Hospital do Coração de Goiás em Goiânia, que foram submetidas à cirurgia plástica nas mamas, realizada por um único cirurgião plástico e pela mesma equipe de anestesistas pertencentes à Clínica de Anestesia de Goiânia.

Foram incluídas no estudo pacientes do sexo feminino classificadas pela estratificação de risco da *American Society of Anesthesiology* (ASA) em 1 ou 2, que tiveram cirurgias mamárias como único sítio e que foram submetidas à técnica de recuperação rápida, R24R, sejam elas mamoplastias ou mastopexias com ou sem inclusão de próteses de silicone, compreendendo o período de janeiro de 2021 a março de 2023. Foram excluídas do estudo pacientes com classificação ASA 3 ou superior, pacientes que realizaram cirurgias plásticas combinadas e cujos prontuários não foram encontrados nos bancos de dados ou se mostraram incompletos.

Os dados coletados através dos prontuários eletrônicos do sistema TASY® foram transcritos para uma ficha de avaliação padronizada para o estudo contendo a técnica anestésica utilizada, idade, peso em quilogramas (Kg), altura em centímetros (cm), classificação do estado físico pela ASA, história cirúrgica prévia e comorbidades das pacientes, escala visual de dor na sala de recuperação de anestesia e na enfermaria, checagem de uso de opioides de resgate ou de horário na prescrição, tempo entre a alta do centro cirúrgico e a primeira administração de opioide, tempo de internação hospitalar e possíveis complicações pós-operatórias e tempo entre internação e alta hospitalar. Posteriormente as informações colhidas foram tabeladas no programa Microsoft Excel® versão 2010, e analisadas de forma descritiva.

Devido ao delineamento retrospectivo do estudo, realizado por meio da análise de prontuários que garantem o anonimato das pacientes e o sigilo médico, assegurando a privacidade dos indivíduos, não houve aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Essa dispensa foi autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do CEP-HUGO,

sob parecer de número (CAAE: 66711823.4.0000.0033). Utilizou-se, neste caso, o termo de consentimento de uso de dados, autorizado pela coordenação/diretoria da Clínica de Anestesia de Goiânia e do Hospital do Coração, estabelecimentos de saúde onde foi realizado o estudo.

RESULTADOS

Foram avaliadas 87 descrições anestésicas e pré-anestésicas

de mulheres submetidas a cirurgia de mastopexia e/ou mamoplastia, com ou sem prótese, entre janeiro de 2021 e março de 2023. Ao final, foram incluídas 75 pacientes de acordo com os critérios de inclusão e exclusão do estudo.

A tabela 1 descreve as características clínico-epidemiológicas das pacientes, assim como a classificação entre ASA I e II, sendo que as comorbidades mais prevalentes foram hipotireoidismo e ansiedade.

Tabela 1. Características clínico-epidemiológicas das pacientes.

Características	Média ± desvio padrão
Altura (cm)	162,4±5,8
Peso (Kg)	60±8,3
Idade (anos)	32,3±10,5
	N / %
ASA I	53 / 70,7
ASA II	22 / 29,3
Total	75 / 100

Legenda: N: número total de pacientes; %: porcentagem total dos pacientes.

Conforme exposto na tabela 2, a cirurgia de mamoplastia com prótese isolada foi a mais prevalente e, na tabela 3, a técnica anestésica mais utilizada foi a anestesia geral venosa total

associada ao BPEE, seguida de anestesia venosa total multimodal.

Tabela 2. Tipo de procedimento.

Características	N / %
Mastopexia	14 / 18,7
Prótese	36 / 48,0
Mastopexia +Prótese	25 / 33,3
Total	75 / 100

Legenda: N: número total de pacientes; %: porcentagem total dos pacientes.

Tabela 3. Técnica anestésica.

Características	N / %
AGB	3 / 4,1
AGB + BPEE	7 / 9,5
TIVA + BPEE	31 / 40,5
TIVA	27 / 36,5
AGB + Peridural	0 / 0
Sedação + Peridural	7 / 9,5

Legenda: N: número total de pacientes; %: porcentagem total dos pacientes; AGB: anestesia geral balanceada; TIVA: anestesia geral intravenosa; BPEE: bloqueio de plano erector da espinha.

Nas análises foi constatado que 50 pacientes fizeram uso de opioide durante a internação no pós-operatório e a primeira dose foi administrada, em média, 254,7 minutos (4 horas e 14 minutos) após a cirurgia, com desvio-padrão de 153,8 minutos. Dentre essas pacientes, apenas seis necessitaram

resgate com nalbufina, como mostra a tabela 4, e o restante utilizou algum tipo de opioide já prescrito na sua internação conforme a tabela 5. Durante as análises, 4 pacientes não apresentaram nenhuma prescrição registrada.

Tabela 4. Uso de medicação de resgate no pós-cirúrgico.

Medicação de Resgate	N / (%)
NENHUMA	53 (70,7%)
NALBUFINA	6(8,0%)
MORFINA	0 (0,0%)
PACO®	0 (0,0%)
DIPIRONA	1 (1,3%)
CLONAZEPAM	1 (1,3%)
NAUSEDRON / DRAMIN	7 (9,3%)
SEM PRESCRIÇÃO	4 (5,3%)

Legenda: N: número total de pacientes; %: porcentagem total dos pacientes; PACO: paracetamol 500 miligramas (mg) e codeína 30 mg.

Tabela 5. Uso de opioide no pós-operatório (rotina e resgate).

Opioide usado	N / (%)
NENHUM	21 (28,0%)
PACO® 1CP	26 (34,7%)
PACO® 2CP	10 (13,3%)
PACO® 3CP	4 (5,3%)
NALBUFINA	5 (6,7%)
PACO + NALBUFINA	5 (6,7%)
SEM PRESCRIÇÃO	4 (5,3%)

Legenda: N: número total de pacientes; %: porcentagem total dos pacientes; PACO: paracetamol 500 miligramas (mg) de codeína 30 mg.

A incidência de NVPO foi de 9,3% com necessidade de resgate com medicações antieméticas, conforme a tabela 4. E a única complicação relatada por uma paciente foi bexigoma, com incidência zero de infecção e hematoma.

Por fim, o tempo médio total de internação foi de 14 horas e 58 minutos com desvio padrão de \pm 6 horas e 27 minutos, enquanto a média de internação pós cirúrgica foi de 10 horas e 34 minutos com desvio padrão de \pm 5 horas e 54 minutos, sendo que 81,3% da população avaliada permaneceu sob internação hospitalar por menos de 24 horas.

DISCUSSÃO

A dor é considerada um importante sinal vital, que influencia na satisfação das pacientes, no tempo de recuperação pós-operatória, podendo levar a um aumento no tempo de internação e consumo de opioides. Dada a importância de se melhorar escores de dor, neste estudo foram avaliadas diferentes técnicas anestésicas eficazes em fornecer maior analgesia pós-operatória em pacientes submetidas a cirurgias plásticas nas mamas favorecendo uma recuperação rápida (alta hospitalar em menos de 24 horas).

Com a população avaliada neste estudo podemos inferir que, entre as técnicas anestésicas propostas, a incidência de demanda por opioides por parte das pacientes foi menor que 10%, mas a presença de opioides em horários preestabelecidos, independentemente de dor foi frequente e

ocorreu conforme prescrito pelo cirurgião responsável, sendo assim, não necessariamente as pacientes que receberam uma dose de opioide na enfermaria a receberam por motivo de dor aguda no pós-operatório, visto que foi prescrito de forma padronizada 1 comprimido de paracetamol 500mg com codeína 30mg por via oral de 6 em 6 horas.

No estudo, consideramos medicações de resgate para dor aguda outros agentes opioides que foram prescritos fora dos horários programados pelo cirurgião, tais como nalbufina, morfina e tramadol, que, ao serem administrados, eram prescritos como "agora" ou como "a critério médico". A coleta de dados mostrou mudanças de conduta por parte do cirurgião com o decorrer do tempo, percebeu-se que a prescrição de opioides em horários padronizados foi gradualmente se tornando menos frequente, sem, no entanto, aumentar a frequência de demanda por analgesia pelas pacientes.

Um fator importante para a baixa incidência de demanda de opioides nas pacientes do estudo, como forma de resgate para dor pós-operatória, pode estar relacionado ao uso de metadona endovenosa na dose de 0,1mg/kg, que foi administrada no intraoperatório após a indução anestésica, sendo que 36,5% das pacientes no estudo receberam analgesia multimodal com metadona. A metadona é um fármaco de grande potência analgésica, com estrutura lipossolúvel conferindo alta latência, pico de concentração

plasmática de 2 horas após sua administração e duração prolongada com longa meia-vida de eliminação estimada em mais de 40 horas.⁶

Esse opioide é um agonista dos receptores opioides e antagonista dos receptores NMDA sendo, assim, um agente de eleição para a analgesia multimodal, podendo promover analgesia prolongada de 8 a 58 horas após sua administração, além de reduzir o consumo de outros opioides no pós-operatório⁵ e conseqüentemente, contribuindo para baixas taxas de NVPO associadas a essa droga.

Devido à baixa incidência dos eventos adversos avaliados não foi possível estabelecer uma comparação estatisticamente relevante, contudo avaliando separadamente por técnica anestésica tivemos 10% de demanda por opioides no pós-operatório quando administrada anestesia venosa associada ao BPEE e tivemos 12,5% de demanda por opioides no grupo anestesia venosa total sem bloqueio associado, isso pode indicar alguma melhora na analgesia quando há associação de BPEE.

Quanto à NVPO, foram observados 3 casos entre as 30 pacientes submetidas a anestesia venosa associada ao BPEE e apenas 2 episódios entre as 24 pacientes submetidas somente à anestesia venosa total, mostrando o perfil de segurança associado ao uso de anestesia venosa, em todos os casos manejados através de resgate com antieméticos.

Ao avaliar os resultados, independentemente de técnica anestésica, ainda que não tenha havido administração de rotina de antieméticos no pós operatório, foi observada uma incidência de náuseas e vômitos inferior ao esperado (9,3%), pois em grandes cirurgias de mama a incidência de náuseas e vômitos pode variar de 80% quando não há prevenção adequada, podendo chegar a 30% quando realizada a prevenção.⁷ Dentre os fatores potencialmente justificadores está o fato de que no intraoperatório foi padronizado o uso preventivo de dexametasona 0,1 a 0,15 mg/kg e ondansetrona 0,1 a 0,15 mg/kg e que não havia na população em escopo nenhuma paciente com contraindicação ao uso dessas medicações.

Outro fator que pode ter contribuído para a redução da incidência de NVPO neste estudo foi a predileção pela técnica da anestesia geral venosa total (77%) em detrimento da anestesia geral balanceada (13,6%), sem uso de anestésicos inalatórios que são agentes com potencial efeito colateral hemético, uma vez que Shui e colaboradores, em 2021, sugeriram que anestesia geral venosa total está relacionada a uma menor incidência de náuseas e vômitos quando comparada à manutenção com anestésicos inalatórios.⁸ Além disso, 50% das pacientes do estudo receberam BPEE em associação com anestesia geral balanceada ou anestesia geral venosa total, e essa associação pode reduzir o consumo de opioides no pós operatório e, assim, diminuir a incidência de

NVPO, que são eventos associados ao uso e à dose de opioides.⁹

No âmbito do tempo de internação hospitalar, 81,3% das pacientes receberam alta hospitalar em menos de 24 horas desde a internação, mas contabilizando a partir do final da cirurgia até a alta hospitalar todas as 75 pacientes receberam alta antes de 24 horas. A média de tempo total de internação foi de aproximadamente 15 horas com um desvio padrão podendo ir de 8 horas e 31 minutos a 21 horas e 25 minutos, portanto ainda menor que 24 horas. A redução do tempo de internação hospitalar está associada a um maior grau de satisfação das pacientes enquanto o maior tempo de internação pela maior ocupação de leitos pode gerar aumento no tempo de espera no departamento de emergência, logo a alta com a adequada segurança e indicação médica é importante para a qualidade do serviço, controle de custo e segurança do paciente.¹⁰

Contudo, não se pode afirmar de fato a superioridade de uma determinada técnica anestésica sobre as outras devido à heterogeneidade da amostra do grupo do estudo em relação ao tipo de anestesia realizada, por exemplo, houve uma quantidade muito superior de pacientes que receberam anestesia geral associada ao BPEE (50%) em detrimento de outras técnicas como anestesia peridural associada com sedação (9,5%). Sendo assim, seriam necessários estudos no formato de ensaios clínicos randomizados para esta conclusão, estudos os quais carecem de literatura atualizada.

Esse artigo possui limitações a serem consideradas, tais como: estudo retrospectivo com restrição a um estudo observacional, sem possibilidade de intervenções ou emprego de protocolos e manejos padronizados previamente; avaliação baseada somente em prontuários sujeitos a preenchimento incompleto e avaliações subjetivas; dificuldade de acesso aos prontuários devido à mudança do sistema manual para o eletrônico no período estudado e amostra reduzida que não permite extrapolar os resultados encontrados para outras pesquisas.

CONCLUSÃO

No presente estudo, os resultados obtidos demonstraram um baixo índice de NVPO, dor moderada e/ou intensa, demanda por opioides e outras medicações de resgate no pós-operatório e, a grande maioria das pacientes recebeu alta hospitalar em menos de 24 horas após a cirurgia. Diante desses resultados, podemos sugerir que as técnicas anestésicas encontradas no estudo foram efetivas, com destaque à anestesia geral venosa total ou associada ao BPEE, que se mostraram promissoras para um controle analgésico otimizado, com otimização de demanda por medicações de resgate, por dor ou NVPO, possibilitando uma recuperação rápida com alta hospitalar precoce com maior segurança e satisfação.

AFILIAÇÃO

1. Médica; Título de Especialista em Anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia; Centro de Ensino e Treinamento da Clínica de Anestesia – Goiânia/GO, Brasil. Email: coordenacao.cientifica@ceafi.edu.br
2. Médico; Título de Especialista em Anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia; Centro de Ensino e Treinamento da Clínica de Anestesia – Goiânia/GO, Brasil.
3. Médica; Título de Especialista em Anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia; Centro de Ensino e Treinamento da Clínica de Anestesia – Goiânia/GO, Brasil.
4. Médico; Título de Especialista em Anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia; Centro de Ensino e Treinamento da Clínica de Anestesia – Goiânia/GO, Brasil.
5. Médico; Título de Especialista em Anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia; Centro de Ensino e Treinamento da Clínica de Anestesia – Goiânia/GO, Brasil.
6. Fisioterapeuta; Doutor em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Centro de Ensino e Treinamento da Clínica de Anestesia – Goiânia/GO, Brasil; Hospital ENCORE – Aparecida de Goiânia/GO, Brasil.

ACESSO ABERTO

Este artigo está licenciado sob Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite o uso, compartilhamento, adaptação, distribuição e reprodução em qualquer meio ou formato, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(is) e à fonte, forneça um *link* para o Creative Licença Commons e indique se foram feitas alterações. Para mais informações, visite o site creativecommons.org/licenses/by/4.0/

REFERÊNCIAS

1. Leong, RW, Tan ESJ, Wong SN, Tan KH, Liu CW. Efficacy of erector spinae plane block for analgesia in breast surgery: a systematic review and meta-analysis. *Anaesthesia*. 2021;76(3):404-413. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/anae.15164>.
2. Kang CM, Kim WJ, Yoon SH, Cho CB, Shim JS. Postoperative pain control by intercostal nerve block after augmentation mammoplasty. *Aesth Plast Surg*. 2017;41(5):1031-1036. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0802-6>.
3. Brenin DR, Dietz JR, Baima J, Cheng G, From an J, Laronga C, Ma A, Manahan MA, Mariano ER, Rojas K, Schroen AT, Tiouririne NAD, Wiechmann LS, Rao R. Pain management in breast surgery: recommendations of a multidisciplinary expert panel - The American Society of Breast Surgeons. *Ann Surg Oncol*. 2020; 27(12):4588-4602. Disponível em: <https://doi.org/10.1245/s10434-020-08892-x>.
4. Forero M, Adhikary SD, Lopez H, Tsui C, Chin KJ. The erector spinae plane block: a novel analgesic technique in thoracic neuropathic pain. *Reg Anesth Pain Med*. 2016;41(5):621-27. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/AAP.0000000000000451>.
5. Tebbetts JB. Achieving a predictable 24-hour return to normal activities after breast augmentation: part II. Patient preparation, refined surgical techniques, and instrumentation. *Plast Reconstr Surg*. 2006;118(7):115-127. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00006534-200612001-00016>.
6. Kraychete DC, Siqueira JTT; Garcia JBS. Recomendações para uso de opioides no Brasil: parte I. *Rev Dor*. 2013;14(4):295-300. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-00132013000400012>.
7. Echeverria-Villalobos M, Fiorda-Diaz J, Uribe A, Bergese SD. Postoperative nausea and vomiting in female patients undergoing breast and gynecological surgery: a narrative review of risk factors and prophylaxis. *Front Med (Lausanne)*. 2022;9(1):1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.909982>.
8. Shui M, Xue Z, Miao X, Wei C, Wu A. Intravenous versus inhalational maintenance of anesthesia for quality of recovery in adult patients undergoing non-cardiac surgery: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *PLoS One*. 2021;16(7):1-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254271>.
9. Jin Z, Gan TJ, Bergese SD. Prevention and treatment of Postoperative Nausea and Vomiting (PONV): a review of current recommendations and emerging therapies. *Ther Clin Risk Manag*. 2020;16:1305-1317. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/TCRM.S256234>.
10. Patel H, Yirdaw E, Yu A, Slater L, Perica K, Pierce RG, Amaro C, Jones CD. Improving early discharge using a team-based structure for discharge multidisciplinary rounds. *Prof Case Manag*. 2019;24(2):83-89. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000318>.

DATA DE PUBLICAÇÃO: 05 de novembro de 2024