

# Efeito de um Consultório de Anestesiologia sobre as Preocupações, Percepções e Preferências Relacionadas à Anestesia. Comparação entre o Sexo Masculino e Feminino \*

Marcelo V. Macuco, TSA<sup>1</sup>, Ondyr C. Macuco, TSA<sup>1</sup>, Antônio Bedin, TSA<sup>2</sup>, Jurandir C. Turazzi, TSA<sup>3</sup>, Renato A. C. Castro, TSA<sup>4</sup>, Alexandre Basso<sup>5</sup>

## RESUMO

Macuco MV, Macuco OC, Bedin A, Turazzi JC, Castro RAC, Basso A - Efeito de um Consultório de Anestesiologia sobre as Preocupações, Percepções e Preferências Relacionadas à Anestesia. Comparação entre o Sexo Masculino e Feminino **Justificativa e Objetivos** - Atualmente tem sido comum a avaliação de pacientes em Clínicas de Anestesiologia. O impacto desta nova rotina sobre as preocupações e percepções dos pacientes é desconhecido. O objetivo deste estudo foi verificar esses aspectos em pacientes avaliados em nossa clínica.

**Método** - Pacientes com idade superior a 10 anos, em consulta pré-anestésica, receberam um questionário para preencher e retorná-lo ao anestesiológico no dia da cirurgia. Fizeram parte do questionário perguntas sobre: cirurgias prévias, anestésias anteriores, preferência pelo tipo de anestesia, escolha do anestesiológico, papel do anestesiológico, medos e preocupações.

**Resultados** - A preocupação mais freqüente foi, em ambos os sexos, medo do desconhecido. Em seguida, o item mais observado foi nenhuma preocupação nos homens e seqüelas nas mulheres. O papel do anestesiológico mais citado em ambos os sexos foi cuidar/informar/avaliar o paciente, seguido de tirar a dor no sexo masculino e monitorizar sinais vitais no sexo feminino.

**Conclusões** - Essas informações regionais, abrangendo populações específicas, que provavelmente sofrem influências como meios de comunicação, meio cultural, experiências prévias ou mesmo influência local exercida por nossa especialidade, devem ser utilizadas para agilizar a entrevista pré-anestésica de forma efetiva, estabelecer uma boa relação médico-paciente e desenvolver áreas de educação e divulgação para pacientes e a população em geral.

**UNITERMOS** - ANESTESIOLOGIA: consultório; AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

## SUMMARY

Macuco MV, Macuco OC, Bedin A, Turazzi JC, Castro RAC, Basso A - Effect of an Anesthesiology Office on Anesthesia-Related Concerns, Perceptions and Preferences. Comparison between Males and Females

**Background and Objectives** - Patients evaluation in Anesthesiology Clinics is currently very common. The impact of this new routine on patients concerns and perceptions is still not known. The aim of this study was to check such aspects in patients evaluated in our clinic.

**Methods** - Patients above 10 years of age received, during pre-anesthetic evaluation, a questionnaire to be filled and returned to the anesthesiologist on the day of surgery. The questionnaire included questions on previous surgeries, previous anesthetics preferences for future anesthesia and for the anesthesiologist, anesthesiologist role, fears and concerns.

**Results** - The most frequent concern for both genders was fear of the unknown. Following, the most frequent item was no concern whatsoever for males and fear of sequelae for females. The most cited role of the anesthesiologist in both genders was to take care/inform/evaluate the patient, followed by pain for males and monitor vital signs for females.

**Conclusions** - Such regional information involving specific populations which have probably suffered influences such as media, culture, previous experiences or even local influence exerted by our specialty should be used to speed up pre-anesthetic interviews in an effective way, establish a good physician-patient relationship and develop education and communication areas both for patients and the general population.

**KEY WORDS** - ANESTHESIOLOGY: physicians offices; PRE-ANESTHETIC EVALUATION

\* Trabalho realizado no CET/SBA de Joinville, SC

1. Instrutor do CET/SBA
2. Co-responsável do CET/SBA
3. Co-responsável do CET/SBA, Presidente da Sociedade de Anestesiologia de Santa Catarina (SAESC)
4. Responsável pelo CET/SBA, Coordenador do Serviço de Anestesiologia de Joinville, Diretor Administrativo da SBA
5. ME<sub>2</sub> (1998) no CET/SBA

Apresentado em 17 de setembro de 1998  
Aceito para publicação em 18 de dezembro de 1998

Correspondência para Dr. Marcelo Vechi Macuco  
Serviço de Anestesiologia de Joinville  
Rua Roberto Koch, 72 - América  
89201-720 Joinville, SC  
E-mail: marcelomacuco@yahoo.com

© 1999, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

Historicamente anestesiológicos atendiam a consulta pré-anestésica de seus pacientes na véspera ou imediatamente antes da cirurgia<sup>1-3</sup>, onde ambos, paciente e equipe médica, estavam sob pressão<sup>1,4</sup>. Autores observam que é cada vez mais freqüente a avaliação de pacientes em Consultórios de Anestesiologia (CA) dias antes da data prevista ou marcada para cirurgia, por um membro integrante do grupo de Anestesiologia<sup>3</sup>. Nosso Serviço realiza rotineiramente avaliação pré-anestésica em Consultório de Anestesiologia há 15 anos. No Brasil, esta rotina ainda não se encontra amplamente difundida.

Embora a anestesiologia tenha tido grandes avanços, o conhecimento do público sobre a prática anestésica e o papel do anestesiológico permanece limitado<sup>4-6</sup>. O

impacto desta mudança de prática, compreendendo avaliação pré-anestésica em Clínica de Anestesiologia, sobre as percepções e preocupações dos pacientes relacionadas à anestesia é desconhecido<sup>3</sup>.

O estabelecimento de um bom relacionamento anestesiológico-paciente, durante a consulta pré-anestésica, reduz sua ansiedade. Isto pode ser alcançado informando-lhe sobre o manuseio da anestesia e esclarecendo-lhe suas preocupações específicas<sup>7</sup>. Esta informação é essencial para uma consulta pré-anestésica eficiente e segura<sup>4,7</sup>.

O presente estudo foi conduzido com o intuito de avaliar o conhecimento dos pacientes sobre anestesiológicos ou sobre a anestesiologia em geral e manuseio anestésico assim como suas atitudes e preocupações específicas sobre a anestesia no ambiente de um Consultório de Anestesiologia.

## MÉTODO

O estudo foi aprovado pelo Conselho Administrativo do Serviço de Anestesiologia de Joinville (SAJ). Todos os pacientes que realizaram consulta pré-anestésica na Clínica de Anestesiologia do SAJ entre 11/03/98 à 30/04/98 receberam um questionário para preencher (Quadro I) e retorná-lo ao anestesiológico. Era esclarecido ao paciente que não existia obrigação para o preenchimento do questionário. A intenção inicial seria para os pacientes preencherem enquanto esperavam a consulta. Porém, durante um período de observação de uma semana a efetiva taxa de retorno (menos de cinco respostas em branco) foi próxima de zero. A partir de 11/03/98 foi decidido então que o paciente entregasse ao anestesiológico somente no dia da cirurgia. Foram incluídos no estudo pacientes ambulatoriais ou internados que devolveram questionários considerados efetivos (menos de cinco respostas em branco). Foram excluídos questionários que apresentassem mais de quatro respostas em branco, questionários devolvidos após a data estabelecida como término da coleta e início da análise dos dados (30/05/98), e questionários completados por responsáveis ou parentes de crianças ( $\leq 10$  anos de idade), pois apresentavam muitas variações que dificultavam a análise, como respostas relacionadas apenas com os pais ou preocupações específicas dos pais com cirurgias prévias da criança ou vice-versa.

O estudo foi baseado nas respostas de oito grupos de perguntas abertas (itens 1, 5, 6, 7 do Quadro I) e fechadas ou dirigidas com opções para as respostas (itens 1, 2, 3, 4, 5, 8 do Quadro I) designadas para avaliar as percepções, medos, preferências, preocupações e atitudes relacionadas à anestesia. As perguntas que possuem respostas em aberto têm o intuito de permitir que o paciente de-

Quadro I -

Data: _____ Idade: _____ Sexo: M F
Tipo de cirurgia: _____
1) Qual, na sua opinião, é o papel do anestesiológico?
_____
_____
Eles são médicos? Sim _____ Não _____
2) Quantos anos de ensino médico você acha que seu anestesiológico teve? (Favor checar apenas 1 opção)
número de anos de estudo médico (Faculdade) 0 1 2 3 4 5 6 7 8
número de anos de pós-graduação ou residência médica 0 1 2 3 4 5 6
3) Você teria preferência que seu anestesiológico fosse homem ou mulher?
Não _____ Sim _____ (homem mulher)
4) Você já fez alguma cirurgia no passado que necessitou de um anestesiológico?
Não _____ Sim _____ Tipo de Cirurgia: _____
Data: _____
Qual o tipo de anestesia utilizada?
Geral _____ Espinhal (na espinha) _____ Local _____
5) Se você fosse escolher, qual o tipo de anestesia escolheria?
Geral _____ Raqui _____ (na espinha) Peridural _____ (na espinha) Local _____
Por que? _____
Se o anestesiológico recomendasse um tipo diferente de anestesia, você concordaria ou discordaria dele?
Concorda _____ Discorda _____
6) Você gostaria de escolher seu próprio anestesiológico? Sim _____ Não _____
Por que? _____
7) Qual é ou quais são suas maiores preocupações?
_____
_____
8) Qual é sua ocupação? (chegar todas as possíveis)
1) do lar 2) estudante 3) incapacitado 4) desempregado 5) empregado 6) aposentado
Qual o tipo de trabalho que você faz? _____

monstre suas percepções/preocupações primárias sem ser induzido e as respectivas respostas foram agrupadas em diferentes tópicos, com a finalidade de facilitar a análise dos dados.

Na análise estatística foi utilizado o teste *t* de Student. Resultados foram considerados estatisticamente signifi-

cantes quando  $p < 0,05$ . Dados expressos em freqüência relativa (percentuais) ou média  $\pm$  DP, sendo os números em parênteses valores mínimos e máximos (amplitude).

## RESULTADOS

Durante o período em que o estudo foi realizado, 1656 pacientes consecutivos realizaram consulta pré-anestésica. Pacientes ambulatoriais representaram 43% do total (48% masculino e 52% feminino). A média dos dias entre a consulta pré-anestésica e a cirurgia foi de  $7,93 \pm 12,25$  dias (1 - 119 dias). Setenta e cinco por cento dos pacientes realizaram a consulta entre um e sete dias antes da cirurgia e 21% destes pacientes a realizaram um dia antes da cirurgia. Obtivemos 401 questionários (137 masculinos [34,2%] e 264 femininos [65,8%]) efetivamente devolvidos e incluídos no estudo. Para o cálculo da taxa de retorno foi subtraído as 235 crianças dos 1656 pacientes consecutivos que realizaram consulta pré-anestésica ( $1656 - 235 = 1421$ ). Considerando apenas os questionários incluídos neste estudo, obteve-se uma taxa de retorno de 28,2% ( $401/1421$ ), sendo 26,9% homens e 28,9% mulheres. O grupo mais prevalente no estudo compreendeu mulheres com idades entre 21 e 40 anos (150 pacientes). O grupo de adolescentes e idosos foi mais prevalente no sexo masculino. O grupo *Funcionários/Vendas/Técnicos* foi o mais freqüente em ambos os sexos. O sexo feminino apresentou um percentual significativamente superior de cirurgias prévias (81%) em relação ao sexo masculino (59%). Os homens receberam significativamente mais anestesia geral prévia do que as mulheres e estas receberam significativamente mais anestesia espinhal prévia (peridural ou subaracnóidea) quando comparadas aos homens. As mais freqüentes especialidades cirúrgicas previstas foram Ortopedia nos homens (40,1%) e Ginecologia/Obstetrícia nas mulheres (34,9%), apresentando distribuição semelhante à experiência cirúrgica prévia. As tabelas I a VI representam os resultados referentes à faixa etária, ocupação, nível ocupacional, tipos de cirurgias/anestésias prévias e tipo de cirurgia prevista/marcada para ambos os sexos, respectivamente. A tabela VII mostra as anestésias futuras preferidas pelos pacientes em ambos os sexos, onde a anestesia mais freqüentemente preferida foi geral (34%). Os pacientes com experiência anestésica prévia tendem a escolher no futuro a mesma anestesia anterior. Mais freqüentemente do que os homens, as mulheres preferiram a peridural como anestesia futura. A tabela VIII mostra os motivos para a escolha da anestesia futura em ambos os sexos. Noventa e seis por cento dos pacientes sabiam que os anestesiológicos são médicos. A maioria dos pacientes optou pelas respostas corretas em relação aos anos de Faculdade (53% optaram por seis anos) e Residência Médica (57% optaram por dois ou três anos) para

anestesiológicos. A tabela IX demonstra as percepções em relação ao papel do anestesiológico, em ambos os sexos. A tabela X mostra a porcentagem dos pacientes que gostariam ou não de escolher seu próprio anestesiológico, bem como a freqüência relativa dos motivos para tal decisão em ambos os sexos. A maioria dos pacientes, em ambos os sexos (60%), não deseja escolher seu próprio anestesiológico. Dos pacientes que já fizeram cirurgia prévia, 39,3% escolheriam seu anestesiológico, enquanto que no grupo de pacientes sem cirurgia prévia, 28,3% escolheriam seu anestesiológico. Setenta e oito por cento dos pacientes foram indiferentes ao fato de o anestesiológico ser homem ou mulher (81% masculino e 76,9% feminino). Quando existia a preferência, 77,3% dos homens e 80% das mulheres escolheram o sexo masculino. Dezenove por cento dos homens e 26% das mulheres discordariam do anestesiológico, caso este recomendasse um tipo diferente de anestesia. A tabela XI demonstra as maiores preocupações dos pacientes, em ambos os sexos. Medo do desconhecido foi o item mais citado.

Tabela I - Faixas Etárias

Faixa etária (anos)	M	F
	n=137	n=264
Adolescentes (11-20)	10,2	4,5 *
Adultos jovens (21-40)	51,8	56,8
Meia-idade (41-60)	28,5	30,3
Idosos (> 60)	9,5	7,6 *
Sem resposta	-	0,8

Dados expressos em percentuais

\* Estatisticamente significativo ( $p < 0,05$ ). Teste *t* de Student.

Tabela II - Ocupação

Ocupação	M	F
Empregado	72,3	35,6 *
Estudante	9,5	5,3 *
Do lar	-	51,5
Desempregado	3,6	3,8
Aposentado	11,7	1,1 *
Incapacitado	2,2	0,8 *
Sem resposta	0,7	1,9 *

Dados expressos em percentuais

\* Estatisticamente significativo  $p < 0,05$ . Teste *t* de Student

Tabela III - Nível Ocupacional<sup>7</sup> dos Pacientes

Nível ocupacional	M	F
Executivo/Profissional liberal	8,4	9,2
Gerenciador de negócios	6,5	3,1 *
Área administrativa	8,4	2,3 *
Funcionários/Vendas/Técnicos	54,2	47,7
Habilidades manuais	12,1	23,1 *
Sem habilidades	10,3	14,6 *

Dados expressos em percentuais

\* Estatisticamente significativo  $p < 0,05$ . Teste *t* de Student.

Tabela IV - Cirurgias Prévias em Ambos os Sexos. Incluída apenas a Especialidade Cirúrgica Prévia mais Recente

Cirurgias prévias	M	F
Ortopedia	37	6,5 *
Cirurgia Geral	22,2	10,7 *
Cirurgia Vasculare	3,7	8,4 *
Ginecologia/Obstetrícia	-	57,9
Urologia	7,4	1,9 *
Proctologia	4,9	1,9 *
Neurocirurgia	3,7	1,4 *
Otorrinolaringologia	9,9	1,4 *
Outras ⊕	5	5,5
Sem resposta	6,2	4,7

Dados expressos em percentuais

\* Estatisticamente significativo ( $p < 0,05$ ) Teste  $t$  de Student

⊕ Outras: Endoscopia, Radioterapia, Buco-Maxilo, Cirurgia Plástica e Oftalmológica

Tabela V - Anestésias Prévias

Anestésias prévias	M	F
Geral	48,1	26,2 *
Geral e Espinhal	2,5	13,6 *
Geral e Espinhal e Local	1,2	1,9
Geral e Local	-	0,5
Espinhal	29,6	45,8 *
Espinhal e Local	-	0,5
Local	12,3	6,1 *
Sem resposta	6,2	5,6

Dados expressos em percentuais

\* Estatisticamente significativo ( $p < 0,05$ ). Teste  $t$  de Student

Tabela VI - Especialidades Cirúrgicas Previstas

Cirurgias previstas/marcadas	M	F
Ortopedia	40,1	8,3 *
Cirurgia Geral	11,7	12,5
Cirurgia Vasculare	3,6	12,1 *
Ginecologia/Obstetrícia	-	34,9
Urologia	6,6	0,8
Proctologia	7,3	3,4
Otorrinolaringologia	4,4	3,4
Outras ⊕	3,7	1,6
Sem resposta	22,6	23,1

Dados expressos em percentuais

\* Estatisticamente significativo ( $p < 0,05$ ). Teste  $t$  de Student

⊕ Outras: Endoscopia, Radioterapia, Buco-Maxilo, Cirurgia Plástica e Oftalmológica

Tabela VII - Tipo de Anestesia Futura Preferida

Anestesia futura preferida	M	F
Geral	35	33,3
Geral ou peridural	0,7	0,8
Peridural	10,2	22 *
Peridural ou Subaracnóidea	1,5	1,1
Peridural ou Local	1,5	-
Subaracnóidea	5,1	6,4
Local	24,1	20,5
Sem resposta	21,9	15,9

Dados expressos em percentuais

\* Estatisticamente significativo ( $p < 0,05$ ). Teste  $t$  de Student

Tabela IX - Percepções em Relação ao Papel do Anestesiologista

	M	F
Cuidar/confortar/observar ou preparar/informar/avaliar o paciente	17,8	19,6
Preocupação com a qualificação (competência, responsabilidade)	5,6	6,1
Diminuir riscos ou dar segurança	6,7	7,4
Tirar a dor	17,2	13,2*
Importante	13,9	7,9*
Acompanhamento/auxílio ao cirurgião	9,4	6,1*
Monitorizar/acompanhar sinais vitais no per e/ou pós-operatório	8,3	16,7*
Outros (vide texto)	13,3	13
Sem resposta	7,8	9,8

Dados expressos em percentuais

\* Estatisticamente significativo ( $p < 0,05$ ). Teste  $t$  de Student

Tabela XI - Maiores Preocupações dos Pacientes

	M	F
Medo do desconhecido	17,9	16,9
Alergia/Choque anafilático	1,9	2,8 *
Infecção	0,6	1,1*
Erro médico/Qualificação profissional	12,3	10,1*
Morrer /não acordar da anestesia/Coma	6,8	12,7*
Seqüelas/Incapacidade/Deficiências /Invalidez	12,3	15,2*
Problemas ou Dor pós-operatória	6,2	10,1*
Tempo de internação/inatividade/recuperação	4,3	1,7*
Falha da anestesia/acordar durante anestesia/dor durante anestesia	6,2	3,9*
Cefaléia	-	0,8
Nenhuma preocupação	14,8	7,3*
Outras	11,1	8,4*
Sem resposta	5,6	8,7*

Dados expressos em percentuais

\* Estatisticamente significativo ( $p < 0,05$ ). Teste  $t$  de Student

## DISCUSSÃO

A avaliação pré-operatória do paciente cirúrgico para anestesia compreende um dos desafios para os anestesiológicos. Enquanto outros avanços e inovações clínicas podem afetar uma proporção relativamente pequena de pacientes, todos os pacientes cirúrgicos exigem alguma forma de avaliação pré-anestésica<sup>8</sup>. O papel atual do anestesiológico no peri-operatório implica, além do conhecimento das condições clínicas e cirúrgicas dos pacientes, um entendimento das ansiedades e medos pré-operatórios. Embora a ansiedade pré-operatória tenha sido associada à resultados desfavoráveis, como aumento da dor pós-operatória, náuseas, vômitos e tempo de internação hospitalar, somente poucos estudos recentes têm examinado quais as preocupações pré-operatórias dos pacientes, fornecendo resultados controversos<sup>7,9</sup>.

EFEITO DE UM CONSULTÓRIO DE ANESTESIOLOGIA SOBRE AS PREOCUPAÇÕES, PERCEPÇÕES E PREFERÊNCIAS RELACIONADAS À ANESTESIA

Tabela VIII - Motivos para a Escolha da Anestesia Futura, de acordo com o Tipo de Anestesia Futura Preferida

Anestesia Futura Preferida	Geral Apenas		Espinhal Apenas		Local Apenas		Sem Resposta	
	M	F	M	F	M	F	M	F
n	53	111	28	85	37	64	33	45
<b>Motivos:</b>								
Inconsciência	45,3	41,4	-	-	-	-	-	-
Tranquilidade per ou pós-operatória	18,9	20,7	14,3	12,9	2,7	12,5		
Menor risco, mais simples, mais rápido	5,7	7,2	14,3	20	56,8	35,9		
Consciência	-	-	21,4	9,4	13,5	21,9		
Recomendação de terceiros	-	-	-	2,4	-	-		
Não ter dor / menos dor	7,5	9	7,1	4,7	2,7	3,1		
Experiência prévia	7,5	3,6	7,1	18,8	-	3,1		
Depende do local ou tipo de cirurgia	1,9	2,7	7,1	2,4	5,4	3,1	6,1	13,3
Aquela que o anestesilogista indicar	-	0,9	-	2,4	-	1,6	27,3	22,2
Aquela que o cirurgião indicar	-	-	3,6	3,5	-	-	6,1	-
Outros (vide texto)	5,7	3,6	10,7	4,7	5,4	7,8	12,1	11,1
Sem resposta	7,5	10,8	14,3	18,8	13,5	10,9	48,5	53,3

Dados expressos em percentuais

Tabela X - Porcentagem dos Pacientes que Gostariam ou não de Escolher seu Próprio Anestesiologista e Frequência relativa dos Motivos

Escolher ou Não Seu Anestesiologista	% Pacientes		Motivos	% Motivos	
	M	F		M	F
	n=137	n=264		n=42	n=117
Sim	28,5	40,5	Confiança/segurança	57,1	60,7
			Já conhece/razão pessoal	21,4	17,9
			Recomendação de terceiros (inclui o cirurgião)	-	5,2
			É direito do paciente	9,6	4,2
			Sem resposta	11,9	12
			n=98	n=156	
Não	67,2	56,1	Não conhece anestesilogista	15,3	19,9
			Cirurgião tem seu anestesilogista/dever do cirurgião	11,2	10,9
			Todos devem ser competentes/Confia em todos	40,8	31,4
			Não cabe ao paciente escolher	4,1	2,6
			Tanto faz	5,1	4,5
Sem resposta			23,5	30,7	
Sem resposta	4,4	3,4			

Dados expressos em percentuais

A rotineira prática de avaliação pré-anestésica em CA existe em nosso Serviço desde 1983. Os cirurgiões da cidade são protocolados e recebem por mala-direta, quando necessário, informações a respeito dos exames pré-operatórios e outras orientações úteis. Dois anestesilogistas são escalados para realizarem as consultas, com hora marcada, nos dias úteis e em horário comercial. Os pacientes recebem uma ficha pré-anestésica informatizada e levam consigo para o Hospital ou Clínica no dia da cirurgia ou da internação. Quando os pacientes não solicitam o anestesilogista desejado, não existe a preocupação de coincidi-los com os respectivos anestesilogistas solicitados ou que realizaram a consulta pré-anestésica. Conway e col iniciou rotina semelhante

no Hospital de Toronto, no Canadá, em 1990, porém dando preferência apenas aos pacientes de maior risco <sup>2</sup>. O questionário entregue aos pacientes foi baseado no estudo utilizado por Shevde e Panagopoulos, que analisaram 800 pacientes eletivos pré-operatórios em um grande hospital metropolitano terciário na cidade de Nova Iorque <sup>7</sup>, onde pacientes ambulatoriais compreenderam 30% do total, comparados à 43% dos pacientes em nosso estudo. Este percentual mais baixo observado por Shevde e col pode ser explicado pelo fato de o estudo ter sido realizado em uma instituição hospitalar terciária, enquanto que nossa pesquisa abrangeu toda uma cidade, incluindo também clínicas particulares, onde se realizam apenas procedimentos ambulatoriais.

A avaliação pré-anestésica dos pacientes uma a duas semanas antes da cirurgia tem se tornado padrão no Canadá, Estados Unidos, Austrália e Inglaterra<sup>10</sup>. O intervalo médio entre a data da consulta e a da cirurgia em nosso trabalho foi semelhante ao observado por outros autores, que sugerem um intervalo de uma a duas semanas<sup>2,10</sup>, porém inferior aos limites recomendados por Mathias e col, o qual observa que o intervalo de duas semanas a dois meses parece ser razoável<sup>1</sup>. Outros autores sugerem como ideal a avaliação na véspera da cirurgia<sup>8</sup>. Com um menor tempo de intervalo, reduz-se os riscos de possíveis intercorrências clínicas até a data da cirurgia, porém, naqueles pacientes com doenças coexistentes que necessitam de avaliação clínica especializada adicional, pode ocorrer maior risco de adiamento cirúrgico<sup>1</sup>.

O maior grupo de pacientes estudados compreendeu mulheres jovens (150 pacientes), demonstrando resultados semelhantes aos encontrados em outros trabalhos<sup>7,11</sup>. Outros autores observaram um percentual de 70% dos pacientes pertencentes ao sexo feminino, com média de idade de  $62,2 \pm 16$  anos. A média de idade mais elevada é explicada pelo fato de ter sido realizada consulta pré-anestésica preferencialmente em pacientes de alto risco<sup>2</sup>.

Em ambos os sexos, o grupo de adultos jovens foi mais prevalente. No sexo masculino houve relativamente mais adolescentes e mais idosos do que no sexo feminino. Os critérios aproximados para a determinação das faixas etárias foram utilizados de acordo com Deckert e col<sup>12</sup>.

Quando comparamos os quatro tipos de ocupação mais freqüentes em todos os pacientes entre nosso estudo e o de Shevde e col, temos respectivamente: empregado (48% vs 42%), do lar (34% vs 29%), estudante (7% vs 4%) e aposentado (5% vs 20%). Quando comparamos todos os pacientes com os pacientes estudados por Shevde e col, os quatro níveis ocupacionais mais freqüentes foram: funcionários/vendas/técnicos (50%), habilidades manuais (18%), sem habilidades (13%) e executivo/profissional liberal (9%) em nosso estudo, e funcionários/vendas/técnicos (42%), área administrativa (21%), habilidades manuais (14%) e sem habilidades (13%) no trabalho do respectivo autor<sup>7</sup>.

A experiência cirúrgica prévia (última realizada) mais freqüente foi Ortopedia no sexo masculino e Ginecologia/Obstetrícia no sexo feminino. Houve prevalência do sexo feminino quando se observou o percentual de pacientes com cirurgias prévias. Com relação à experiência anestésica prévia, 48% dos pacientes masculinos receberam apenas anestesia geral e 46% dos pacientes femininos receberam apenas anestesia espinhal (peridural ou subaracnóidea). As mulheres tiveram mais freqüentemente ambas anestesia geral e espinhal prévias e menos experiência prévia com anestesia local do que os homens. A especialidade cirúrgica prevista mais freqüente no sexo

masculino foi Ortopedia e no sexo feminino Ginecologia/Obstetrícia, apresentando uma distribuição semelhante à experiência cirúrgica prévia e aos resultados demonstrados por outros autores<sup>11</sup>.

Shevde e col encontraram 26% e 18% de todos os pacientes submetidos a procedimentos ginecológicos e ortopédicos respectivamente<sup>7</sup>, sendo semelhante a nossos resultados quando analisamos todos os pacientes em conjunto. A anestesia futura preferida em ambos os sexos foi a anestesia geral (34%), percentuais inferiores aos observados por outros autores (69%) onde os pacientes preferiram anestesia geral, independente do fato de terem recebido no passado ou não<sup>7</sup>, também observado em nosso trabalho. A única exceção que deve ser ressaltada é que no grupo de pacientes com experiência prévia de apenas anestesia espinhal (peridural ou subaracnóidea), a preferência foi pela anestesia peridural e no grupo de pacientes com experiência prévia de apenas anestesia local, a preferência foi pela anestesia local. Outros estudos encontraram um percentual de 93% dos pacientes preferindo anestesia geral induzida por injeção venosa<sup>7</sup>. Em segundo lugar na preferência pela anestesia em nosso estudo encontra-se a anestesia local no sexo masculino (24%) e a anestesia peridural no sexo feminino (22%). Shevde e col encontraram percentuais semelhantes de pacientes que escolheram a anestesia local (22%), porém apenas 9% dos pacientes preferiram anestesia espinhal<sup>7</sup>.

Os pacientes com experiência anestésica prévia tendem a escolher no futuro a mesma anestesia anterior, de acordo com o observado por outros autores<sup>7</sup>. No grupo de pacientes que apresentaram experiência prévia de apenas anestesia geral, 56% dos homens e 51% das mulheres a escolheriam. Neste grupo, a escolha mais freqüente a seguir foi a anestesia local no sexo masculino (22%) e a anestesia peridural no sexo feminino (17,4%). No grupo de pacientes que apresentaram experiência prévia de apenas anestesia local, a maioria de ambos os sexos escolheria a mesma anestesia (50% masculino e 46,2% feminino). A segunda opção, em ambos os sexos, seria a anestesia geral. No grupo de pacientes que apresentaram experiência prévia de apenas anestesia espinhal, a maioria de ambos os sexos escolheria a anestesia peridural. A segunda opção neste grupo foi a raquianestesia no sexo masculino e a anestesia geral no sexo feminino. Quando se analisa o grupo de pacientes que nunca se submeteu a uma anestesia, a maioria dos homens escolheria a anestesia geral, seguido de anestesia local, enquanto que as mulheres se dividiram entre a anestesia geral e a local. A grande preferência pela anestesia peridural observada em nosso trabalho, quando comparada à raquianestesia, é justificada pelo fato da anestesia peridural ser a técnica mais utilizada no serviço, tendo provavelmente influenciado nas preferências, visto que muitos

pacientes possivelmente a tiveram como experiência prévia. As mulheres preferiram como anestesia futura a peridural mais freqüentemente do que os homens. No grupo de pacientes que escolheria futuramente apenas anestesia geral, os motivos mais freqüentes relatados em ambos os sexos foram *inconsciência*, seguidos de *tranqüilidade*. No grupo de pacientes que escolheria futuramente apenas anestesia espinhal (peridural ou subaracnóidea), os motivos mais freqüentes foram *consciência*, seguidos de *tranqüilidade* e *segurança* no sexo masculino e *segurança*, seguidos de *experiência prévia* no sexo feminino.

No grupo de pacientes que escolheria futuramente apenas anestesia local, os motivos mais freqüentes, em ambos os sexos, foram *segurança*, seguidos de *consciência*. Ficou constatado no estudo que na categoria *Outros* da tabela VIII, 34,5% das respostas compreenderam citações sobre os perigos/riscos da anestesia *na espinha*, sugerindo que este tema deva ser agrupado em separado nos trabalhos futuros devido a sua prevalência.

Nove homens e 10 mulheres, após terem deixado a opção sobre a anestesia futura escolhida sem resposta, responderam *aquela que o anestesiolegista indicar*. Chama a atenção um tipo de resposta escolhida por dois pacientes do sexo masculino sobre os motivos da anestesia futura escolhida: *aquela que o cirurgião indicar*. Este dado vai de encontro a uma constatação relatada por Shevde e col, onde foi observado que a importância do anestesiolegista e a do clínico no pré-operatório se equivaliam, mas ambas eram inferiores à do cirurgião<sup>7</sup>, embora outros autores tenham observado que a maioria dos pacientes (55,5%) acredita que cirurgião e anestesiolegista são personagens igualmente importantes<sup>13</sup>. Alguns autores encontraram percentual de 62% dos pacientes que acham que quem escolhe o anestesiolegista é o médico-cirurgião<sup>13</sup>.

Após a consulta, tem sido rotina em nosso CA a entrega de um folder/brochura informativo sobre a anestesia, baseado nas *instruções ao paciente* contidas no *homepage* da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) <http://www.sba.com.br>. Esta conduta certamente interferiu em algumas respostas deste estudo. Como exemplo desta influência, 96% dos pacientes responderam saber que anestesiolegistas eram médicos e uma porcentagem significativa respondeu de forma correta sobre os anos de ensino médico para anestesiolegistas, semelhante ao observado por outros autores<sup>5,7</sup>. Outros estudos encontraram percentuais de 58% dos pacientes que sabiam que anestesiolegistas tinham o curso de medicina<sup>13</sup>.

Biswas e col, estudando 200 pacientes no Canadá, encontraram resultados semelhantes ao nosso onde 93% dos pacientes que não haviam passado no CA e 98% dos pacientes que passaram pelo CA sabiam que anestesiolegistas eram médicos. Neste mesmo trabalho, o percen-

tual de pacientes que tinha conhecimento sobre o treinamento médico de anestesiolegistas foi 83% e 69% para os pacientes que não haviam passado no CA e os pacientes que passaram pelo CA respectivamente, embora não tenha sido especificado o tipo de questionamento realizado para se chegar a estes valores, os quais são superiores aos nossos encontrados com relação aos anos de Faculdade e Residência Médica<sup>5</sup>. Já Laffey e col na Irlanda, observando 300 pacientes internados, encontrou apenas 49% de pacientes que sabiam que anestesiolegistas eram médicos, antes da avaliação pré-anestésica. Este percentual subiu para 72% após a visita pré-anestésica, porém declinou para 64% no pós-operatório, demonstrando com isso a transiência do conhecimento adquirido<sup>6</sup>. Este decréscimo observado no percentual poderia ser explicado pelo fato de que todos os pacientes no estudo eram internados, os quais apresentam maior probabilidade de estarem recebendo medicações que possam interferir na memória, como alguns ansiolíticos que podem causar amnésia. No ambiente de um CA, estes fatores evidentemente não interferem na grande maioria dos pacientes.

Com relação ao papel do anestesiolegista, nosso folder informativo certamente interferiu nas respostas em aberto, pois algumas eram simplesmente cópias de partes do texto do folder. O papel mais freqüentemente citado do anestesiolegista, em ambos os sexos, se referiu a cuidados genéricos, algumas vezes assemelhando-se aos cuidados de enfermagem. Esta categoria de respostas mais freqüentes foi agrupada em *cuidar/confortar/observar* ou *preparar/informar/avaliar* o paciente. A seguir, o papel mais freqüentemente citado foi *tirar a dor* no sexo masculino e *monitorizar/acompanhar* sinais vitais no per e/ou pós-operatório no sexo feminino. O terceiro papel mais freqüente foi *importante* no sexo masculino e *tirar a dor* no sexo feminino. O papel mais citado por adolescentes foi *tirar a dor* e por pacientes de meia-idade e idosos foi *cuidar/confortar/observar* ou *preparar/informar/avaliar* o paciente. Ficou constatado no estudo que na categoria *Outros* da tabela IX, 52% dos pacientes usaram o termo *aplicar a anestesia*, sugerindo que esta citação deva ser agrupada em separado nos trabalhos futuros, devido a sua prevalência.

Shevde e col, utilizando também perguntas abertas, observou que os papéis mais freqüentemente citados pelos pacientes foram: colocar os pacientes para dormir, tirar a dor, administrar medicação e combinação das três respostas anteriores. Ele também observou que somente 5% de todos os pacientes tinham a noção de que o anestesiolegista possuía um papel importante na monitorização dos sinais vitais e na manutenção da hemodinâmica durante a cirurgia<sup>7</sup>, comparados à 14% de todos os pacientes em nosso trabalho, demonstrando novamente a pos-

sível influência exercida pela rotina da entrega de *folders* informativos sobre o aumento nestes percentuais.

As tarefas ou papéis mais citados espontaneamente como sendo da competência do anestesiológico, de acordo com pesquisa realizada pelo Instituto Bonilha, incluindo 400 pacientes em 10 capitais brasileiras no primeiro semestre de 1996, foram: colocar o paciente para dormir (27%), escolher o tipo de anestesia (18% para ex-pacientes e 24% para o público potencial) e verificar a pressão e os batimentos do coração (20% para ex-pacientes e 18% para o público potencial). Nesse mesmo trabalho também é apontado que os pacientes tem alta confiança no anestesiológico que vai atendê-lo, embora não o conheça<sup>13</sup>.

Pudemos verificar que a maioria dos pacientes de ambos os sexos (60%) não deseja escolher seu próprio anestesiológico, também observado por Shevde e col (77%)<sup>7</sup>. Apenas 28,3% dos pacientes sem cirurgia prévia preferiram escolher seu anestesiológico, quando comparados a 39,3% dos pacientes que já fizeram cirurgia, demonstrando o possível efeito de um CA, embora outros autores tenham demonstrado não existirem diferenças significativas nos níveis de confiança para com anestesiológicos entre pacientes que receberam a visita pré-anestésica e pacientes que não a receberam<sup>7</sup>. Alguns autores observaram resultados opostos, onde a maioria dos pacientes sem cirurgia prévia (56%) e apenas 31% dos ex-pacientes gostaria de escolher o anestesiológico, caso necessitasse fazer uma cirurgia<sup>13</sup>.

Os motivos mais freqüentemente relatados pelos pacientes de ambos os sexos que não desejavam escolher seu próprio anestesiológico (60%) foram *todos devem ser competentes/confia em todos*, seguido de *não conhece anestesiológico e cirurgião tem seu anestesiológico/dever do cirurgião*. Os que preferiram escolher seu próprio anestesiológico o fizeram devido aos motivos *confiança/segurança e já conhece/razão pessoal*. Observa-se que o tema confiança foi o mais prevalente nos motivos citados, tanto para escolher como para não escolher o anestesiológico. Outros autores também observaram níveis muito altos de confiança para com anestesiológicos, embora tais níveis permaneceram inferiores aos do cirurgião no pré-operatório<sup>7</sup>. Estes mesmos autores encontraram como motivos mais freqüentes para não preferir escolher o anestesiológico: paciente não conhece nenhum, paciente prefere que o cirurgião decida e questão sem importância. Como motivo mais freqüente para preferir escolher seu próprio anestesiológico: *o paciente tem o direito de escolher*<sup>7</sup>. Em pesquisa realizada pelo Instituto Bonilha, 72% do público potencial (sem cirurgia prévia) procuraria se informar sobre o anestesiológico e o objetivo principal seria para saber se ele é competente ou se já cometeu algum erro. Enquanto que a maioria dos que não procurariam saber sobre o anestesiológico disseram que confiariam

na escolha do cirurgião. Fica difícil a comparação com esses resultados, pois as perguntas de cada pesquisa não são exatamente as mesmas e também não foi especificado na referência citada se as perguntas foram abertas, como em nosso estudo<sup>13</sup>. De acordo com outros autores<sup>13</sup>, a maioria dos pacientes em nosso trabalho é indiferente ao fato de o anestesiológico ser homem ou mulher. Contudo, os homens reúnem uma expressiva preferência, quando esta existe. Vinte e seis por cento das mulheres e 19% dos homens discordariam do anestesiológico, caso fosse recomendado um tipo diferente de anestesia, sugerindo nesta população estudada um senso crítico mais elevado no sexo feminino.

As mais freqüentes preocupações relacionadas à anestesia, encontradas neste estudo em ambos os sexos, foram citações como: nas mãos de Deus ou do destino, algo de errado ou problemas/complicações/riscos sem especificar nenhum. Esta categoria de respostas foi agrupada em *medo do desconhecido*, de acordo com a utilizada por Shevde e col<sup>7</sup>. Em seguida, o item mais observado foi *nenhuma preocupação* no sexo masculino e *seqüelas/incapacidade/invalidadez* no sexo feminino. A terceira preocupação mais freqüente foi *erro médico/qualificação profissional e seqüelas/incapacidade/invalidadez* no sexo masculino e *morrer/não acordar da anestesia/coma* no sexo feminino. Observamos também que o tema transfusão não fez parte das preocupações primárias de nossos pacientes, fato este também relatado no estudo de Zvara e col, onde foram analisados 100 homens e 100 mulheres ambulatoriais, utilizando também perguntas em aberto<sup>3</sup>. As preocupações/medos expressos espontaneamente mais freqüentemente pelos pacientes no estudo de Shevde e col foram: nenhuma preocupação (39%), não conseguir acordar (35%), dor per-operatória (10%), dor pós-operatória (9%) e invalidadez/incapacidade (6%)<sup>7</sup>. As preocupações mais freqüentemente encontradas na pesquisa realizada pelo Instituto Bonilha foram, em ordem decrescente: *medo de não acordar (morrer)*, *resultado cirúrgico e seqüelas/deficiências/invalidadez*; e a maioria dos pacientes (57%) afirmou não temer a anestesia. Entretanto, não existe menção na referência citada, se estes tipos de respostas foram resultantes de perguntas abertas ou dirigidas, o que certamente interfere nos resultados<sup>13</sup>. Enquanto Zvara e col observaram que homens demonstraram uma preocupação com a morte ou coma em uma freqüência maior do que o dobro em relação às mulheres<sup>3</sup>, nosso estudo encontrou resultados opostos, semelhante ao observado por outros autores, onde também relataram que homens apresentavam maior preocupação com a dor per e pós-operatória do que as mulheres<sup>7</sup>. Também foi observado que as mulheres tinham preocupação maior sobre os riscos e efeitos colaterais (respostas inespecíficas) quando comparadas aos homens<sup>3</sup>. Com relação à preocupação com a qualificação profissional,

os percentuais observados em nosso trabalho foram superiores aos observados no estudo de Zvara e col<sup>3</sup>. Shevde e col também observaram pouca preocupação dos pacientes com relação à qualificação profissional<sup>7</sup>. Quando se analisam as preocupações encontradas em nosso trabalho em relação ao nível ocupacional, o grupo *sem habilidades* preocupou-se mais freqüentemente com erro *médico/qualificação profissional* e o grupo *área administrativa* com *medo do desconhecido*. Shevde e col não encontrou relação entre a intensidade das preocupações e o nível ocupacional<sup>7</sup>. Quando se analisam as preocupações encontradas em nosso trabalho em relação à faixa etária, os idosos tiveram como resposta mais freqüente *nenhuma preocupação* e os adolescentes *medo do desconhecido*. Shevde e col também observaram que pacientes mais idosos tendem a apresentar níveis de preocupação mais baixos<sup>7</sup>. O número médio de respostas por paciente em relação às preocupações anestésicas e ao papel do anestesiolegista apresentou uma tendência em ser maior no sexo feminino, quando comparado ao sexo masculino. Apesar de não ser estatisticamente significativo, vai ao encontro do fato observado por outros autores que relataram níveis significativamente mais elevados de preocupações nas mulheres<sup>7</sup>. Outro achado em nossa pesquisa que também sugere um nível de preocupação maior nas mulheres foi a taxa de retorno que, embora não estatisticamente significativa, apresentou uma tendência em ser maior no sexo feminino quando comparado ao sexo masculino. As mulheres contribuíram também para o aumento no percentual médio encontrado neste estudo em relação a noção de que anestesiolegistas possuem um importante papel na monitorização dos sinais vitais e na manutenção da hemodinâmica durante a cirurgia, sugerindo novamente que elas se preocuparam mais em ler as informações contidas nos *folders*.

Em questionário respondido na véspera da cirurgia, Harms e col encontraram como três principais motivos para *ansiedade/medo* pré-anestésico, em ordem decrescente: esperar pela cirurgia, perda do auto-controle e preocupações sobre o resultado da operação. Neste mesmo estudo, pacientes sem anestesia prévia apresentaram escores de ansiedade mais elevados, quando comparados aos pacientes com experiência anestésica prévia<sup>9</sup>, embora outros autores não tenham observado relação entre preocupação pré-operatória e experiência anestésica prévia<sup>7</sup>. Outros autores encontraram como medos mais freqüentes, em proporções semelhantes, a dor pós-operatória, acordar durante a anestesia e a morte<sup>6</sup>. Conway e col, realizando consultas pré-anestésicas em 570 pacientes eletivos de alto risco, encontraram um percentual de 81% de consultas consideradas *apropriadas*. Foram definidas como consultas apropriadas aquelas cujos pacientes necessitaram de preparação pré-operatória adicional ou quando o anestesiolegista obteve esclara-

cimentos detalhados do paciente que resultaram em um melhor preparo ou prevenção de possíveis adiamentos ou cancelamentos cirúrgicos<sup>2</sup>. Também foi observado que, em algumas ocasiões, a avaliação pré-anestésica na véspera da cirurgia pode ser impraticável e, em outras situações, desnecessária, enfatizando que a avaliação pré-operatória deva ser um balanço entre a conveniência do paciente e a necessidade de se obter informações disponíveis em tempo adequado para planejamento apropriado em relação ao manuseio perioperatório, que resulte em aumento da segurança, conforto e eficácia do processo para ambos paciente e médicos<sup>8,10</sup>. Badner e col ainda observam que a avaliação pré-anestésica estabelecida como rotina pode sobrecarregar a rotina de trabalho<sup>10</sup>. Acreditamos, no entanto, que as consultas devam ser rotineiras, pois os benefícios resultantes da organização, utilização e efetividade de uma avaliação pré-anestésica no ambiente de um CA são amplamente conhecidos<sup>1,2,4,5,9,14-17</sup>. Mattison e col, analisando o valor preditivo de duas variáveis (estado físico e porte cirúrgico) para estimar a necessidade da avaliação pré-anestésica antes do dia da cirurgia em pacientes ambulatoriais, concluiu que este método não permite uma determinação acurada da necessidade de intervenções pré-anestésicas nestes pacientes, observando que outras variáveis como a história clínica devam ser concomitantemente analisadas<sup>17</sup>. O CA proporciona a possibilidade de um esclarecimento sobre o manuseio anestésico proposto e riscos perioperatórios, guiado pela escolha do paciente, quando possível. O consentimento informado é obtido em uma atmosfera calma e tranqüila, onde as informações são apresentadas de uma maneira facilmente inteligível, em um local distante daquele ambiente ameaçador de uma grande enfermaria hospitalar ou Centro Cirúrgico<sup>1,2,14,15,18</sup>, onde se pode ter uma percepção mais acurada sobre o perfil psicológico dos pacientes<sup>4</sup>. O aconselhamento e esclarecimento adicionais sobre rotinas de jejum pré-operatório, motivar o paciente a seguir estratégias de tratamento preventivas, como cessação/limitação do fumo pré-operatório e manutenção de atividade física regular, continuação perioperatória apropriada de medicamentos necessários, cuidados e orientações após a alta ambulatorial e informações sobre analgesia pós-operatória<sup>2,14,15</sup> reduz o grau de ansiedade e aumenta o conforto e a satisfação dos pacientes<sup>2,5,14,15,19</sup>, enriquecendo e fortalecendo nossa especialidade<sup>8</sup>. Pesquisa realizada pelo Instituto Bonilha mostrou que ex-pacientes que tiveram contato com o anestesiolegista antes da operação adquiriram mais confiança no trabalho deste profissional do que os ex-pacientes que não tiveram contato. Nesta mesma pesquisa, os autores encontraram que os meios de comunicação ou mídia, a qual tem grande credibilidade (70%), são os principais disseminadores de informações referentes à anestesia para o públi-

co leigo (44%) e que, infelizmente, uma minoria lembra-se de contato com o anesthesiologista no pré-anestésico. Conhecer melhor a pessoa que faz a anestesia e saber mais a respeito da formação do anesthesiologista e das técnicas utilizadas são os principais fatores que contribuiriam para a redução do medo da anestesia<sup>13</sup>. Como consequência da avaliação pré-anestésica, existe um aumento na qualidade do atendimento médico, diminuindo a morbi-mortalidade<sup>1,2,14,15,18,20</sup>. Alguns autores citam como exemplo das principais causas para a ocorrência de litígio, a falha no estabelecimento de uma boa relação médico-paciente<sup>21</sup> e a avaliação pré-anestésica negligenciada ou não realizada<sup>1</sup>.

No passado era comum a admissão hospitalar pré-operatória, permitindo ao anesthesiologista tempo suficiente para exames clínicos e/ou laboratoriais<sup>8</sup>. As pressões nos últimos tempos para redução de custos na assistência médica têm aumentado tanto o número de cirurgias ambulatoriais como o número de pacientes que são internados no dia da cirurgia, o que freqüentemente pode gerar uma situação em que o paciente só é avaliado pelo anesthesiologista imediatamente antes da cirurgia<sup>1,16</sup>. Atualmente, a seleção pelos planos de saúde dos procedimentos cirúrgicos a serem realizados em regime ambulatorial ou de admissão hospitalar no mesmo dia da cirurgia é geralmente determinada pela complexidade presumida do procedimento cirúrgico e não pelas condições clínicas do paciente ou fatores potenciais associados à anestesia<sup>8</sup>. O CA possibilita a avaliação desses pacientes que são admitidos no hospital no dia da cirurgia e permanecerão no hospital como internados, sendo portanto pacientes com maior risco de apresentarem doenças coexistentes e/ou serem submetidos a procedimentos mais complexos. Conseqüentemente, elimina a necessidade de hospitalização pré-operatória e diminui o tempo de internação<sup>2,10</sup>. É um sistema com potencial de reduzir os adiamentos ou cancelamentos cirúrgicos e reduzir significativamente os custos hospitalares através da utilização mais eficiente tanto de pessoal quanto da área física de uma maneira que é bem aceita e reconhecida pelos pacientes<sup>1,2,10,14-19</sup>. Alguns autores, estudando pacientes ASA III internados no mesmo dia da cirurgia, observaram significativa redução no tempo de atraso para o primeiro horário da manhã, mas não obtiveram redução no tempo entre o término de uma anestesia e a entrada do próximo paciente na sala após a instalação do CA, relatando que outros fatores podem interferir nesta variável como a burocracia exigida, preparação da sala cirúrgica e dos equipamentos e estabelecimento de adequado acesso venoso<sup>16</sup>. A avaliação pré-anestésica também reduz o número de consultas em clínicas especializadas e de exames laboratoriais<sup>1,14,19</sup>, otimiza a comunicação entre anesthesiologista e cirurgião ou clínico sobre o cuidado individual do paciente<sup>1-2</sup>, podendo acelerar sua recuperação<sup>15</sup>.

Nenhuma outra parte da medicina necessita maior cooperação do que uma cirurgia e os cuidados peri-operatórios de um paciente. Para o anesthesiologista, essa responsabilidade deve ser iniciada em um CA<sup>15</sup>. Esforços no sentido de aperfeiçoar nossa comunicação com os pacientes e de aumentar nossa exposição à comunidade é profissionalmente gratificante e deve atingir níveis mais elevados de confiança dos pacientes para com anesthesiologistas<sup>7</sup>.

Este estudo demonstrou diferenças existentes entre ambos os sexos com relação às percepções, preocupações e preferências sobre a área da anesthesiologia. Os resultados mostram algumas diferenças quando comparados com outros autores, sugerindo portanto influências, possivelmente devidas ao meio cultural, experiências prévias, meios de comunicação ou mesmo as exercidas por nossa especialidade, de acordo com o serviço prestado. Essas informações regionais, abrangendo populações específicas, devem ser usadas para agilizar a entrevista pré-anestésica de forma efetiva, estabelecer uma boa relação médico-paciente e desenvolver áreas de educação e divulgação para pacientes e população em geral<sup>3,6</sup>. De acordo com outros autores o contato adicional com pacientes, enfermagem, outras especialidades clínicas e cirúrgicas e administradores hospitalares, proporcionado pelas rotinas de um CA, ajuda a definir anesthesiologistas como valiosos consultores fora do Centro Cirúrgico<sup>1,22</sup>.

## RESUMEN

Macuco MV, Macuco OC, Bedin A, Turazzi JC, Castro RAC, Basso A - Los Efectos de un Consultorio de Anestesiología en las Preocupaciones, Percepciones y Preferencias Relacionadas a la Anestesia. Comparación entre el Sexo Masculino y Femenino

**Justificativa y Objetivos** - Actualmente ha sido común a la evaluación de pacientes en Clínicas de Anestesiología. El impacto de esta nueva rutina sobre las preocupaciones y percepciones de los pacientes se ignoran. El objetivo de este estudio fue verificar esos aspectos en pacientes evaluados en nuestra clínica.

**Método** - Pacientes con edad superior a 10 años, en consultación pré-anestésica recibieron una encuesta para llenar y entregar al anesthesiologista en el día de la cirugía. Hicieron parte del cuestionário preguntas a respecto de: cirugías anteriores, anestésias anteriores, preferencia para el tipo de anestesia, preferencia del anesthesiologista, papel del anesthesiologista, miedos y preocupaciones.

**Resultados** - Las preocupaciones más frecuentes estaban en el miedo del desconocido. Poco después, lo más observado era ninguna preocupación en los hombres y consecuencias en las mujeres. El papel del anesthesiologista más mencionado en ambos sexos era cuidar/informar/evaluar el paciente, seguido de quitar el dolor en el sexo masculino y monitorizar las señales vitales en el sexo femenino.

**Conclusiones** - Esas informaciones regionales, abrazando poblaciones específicas, que probablemente sufren influencias con medios de comunicación, medios culturales, experiencias anteriores o influencia local ejercida por nuestra especialidad, deben usarse para activar la entrevista

*pré-anestésica de una manera eficaz, establecer una buena relación médico-paciente y desarrollar áreas de educación y divulgación en general por los pacientes y la población.*

#### AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a todos os 31 integrantes do Serviço de Anestesiologia de Joinville pelo auxílio no retorno dos questionários, a Adriana Borges, secretária administrativa, a todas as secretárias envolvidas na coleta de material e ao Prof. Enori Carelli, pela análise estatística.

#### REFERÊNCIAS

01. Mathias LAST, Mathias RS - Avaliação Pré-Operatória: Um Fator de Qualidade. Rev Bras Anesthesiol, 1997;47:335-349.
02. Conway JB, Goldberg J, Chung F - Preadmission anaesthesia consultation clinic. Can J Anaesth, 1992;39:1051-1057.
03. Zvara DA, Manning JM, Stewart LT - Preoperative anesthetic concerns of men and women in the ambulatory surgical setting. J Clin Anesth, 1997;9:88-89.
04. Landau R, Lovis C, Klopfenstein C et al - Involvement of family physicians in the preanesthetic preparation of patients scheduled for elective surgery. Anesthesiology, 1997;87:3A:A930.
05. Biswas IH, Turpin TJ - Effect of organized pre-anesthetic assessment clinic on patients perception of the role of anesthesiologists. Anesthesiology, 1997;87:3A:A964.
06. Laffey J, Coleman M, Boylan J - Patient knowledge of anaesthesia and perioperative care in an Irish teaching hospital. Br J Anaesth, 1998;80 (Suppl 1):A.25:7-8.
07. Shevde K, Panagopoulos G - A survey of 800 patients' knowledge, attitudes, and concerns regarding anesthesia. Anesth Analg, 1991;73:190-198.
08. Pasternak LR - Preanesthesia evaluation of the surgical patient. em: Barash PG - ASA Refresher Courses in Anesthesiology, 1996;24:205-219.
09. Harms C, Amsler LPF, Ihde T et al - Preoperative anxiety and fears: an analysis of 577 patients in a swiss hospital. Anesthesiology, 1997;87:3A:A986.
10. Badner NH, Craen RA, Paul TL et al - Anaesthesia preadmission assessment: a new approach through use of a screening questionnaire. Can J Anaesth, 1998;45:87-92.
11. Duncan PG, Cohen MM, Tweed WA et al - The Canadian four-centre study of anaesthetic outcomes: III. Are anaesthetic complications predictable in day surgical practice? Can J Anaesth, 1992;39:440-448.
12. Deckert GH, Krug RS - Behavioral Sciences, em: Frohlich ED - Medical Boards Review: Basic Sciences. Volume 1, 15<sup>th</sup> Ed, Philadelphia, JB Lippincott, 1989;771-773.
13. Instituto Bonilha - Imagem do Anestesiologista: Segmento Público Leigo. Anestesia em Revista (SBA), 1996/1997; 6/1: 14-19.
14. Gusman PB, Nascimento Jr P, Castiglia YMM et al - Avaliação Pré-Anestésica Ambulatorial. Rev Bras Anesthesiol, 1997;47: 522-527.
15. Roizen MF - What Is Necessary for Preoperative Patient Assessment? em: Barash PG - ASA Refresher Courses in Anesthesiology, 1995;23:189-202.
16. Boggs DP, Jarnberg PO - The effect of pre-anesthesia clinic utilization on operating room efficiency. Anesthesiology, 1997;87: 3A:A1014.
17. Mattison RA, Fleck C - Predicting the timing of ambulatory preanesthesia evaluation by ASA classification and surgical intensity score. Anesthesiology, 1997;87:3A:A24.
18. Garrido L - Avaliação pré-anestésica. Especialistas apontam vantagens do consultório de anestesia. Anestesia em Revista (SBA), 1998; 3:17.
19. Finegan BA - Preadmission and outpatient consultation clinics. Can J Anaesth, 1992;39:1009-1011.
20. Savaris N, Marcon EN - Avaliação Pré-Operatória do Paciente Cardiopata. Rev Bras Anesthesiol, 1997;47:350-362.
21. Dershwitz M - Complications of Anesthesia and Quality Assurance, em: Dershwitz M - The MGH Board Review of Anesthesiology. 4<sup>th</sup> Ed, Norwalk, Appleton & Lange, 1994; 239.
22. Ready LB - Acute Postoperative Pain, em: Miller RD - Anesthesia. 4<sup>th</sup> Ed, (Electronic Edition), New York, Churchill Livingstone, 1994; 73: registros 29391-29708.