

ARTIGO ORIGINAL

# Anestesiologia: Medos e Mitos - Um Questionário Populacional

## *Anesthesiology: Fears and Myths – A Populational Survey*

Rita Saraiva<sup>1,\*</sup> , Joana Varandas<sup>1</sup> , Sónia Duarte<sup>1,2</sup> , Catarina Nunes<sup>3,4</sup> , Humberto Machado<sup>1,2</sup>  e Colaboradores<sup>2</sup> 

### Afilições

<sup>1</sup> Serviço de Anestesiologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal.

<sup>2</sup> Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

<sup>3</sup> Universidade Aberta, Departamento de Ciências e Tecnologia, Porto, Portugal.

<sup>4</sup> Centro de Investigação Clínica em Anestesiologia, Serviço de Anestesiologia, Centro Hospitalar e Universitário do Porto, Portugal.

### Colaboradores

Adriana Soares, Ana Gomes, Ana Almeida, Ana Rocha, André Rocha, Belmiro Correia, Cláudia Magalhães, Diogo Pereira, Igor Neto, Oliver Kungel, Rafael Neves.

### Palavras-Chave

Anestesiologia; *Inquéritos e Questionários; Medo*

### Keywords

*Anesthesiology; Fear; Surveys and Questionnaires*

## RESUMO

**Introdução:** A ansiedade peri-operatória pode estar associada a aumento da morbi-mortalidade, dor e outras complicações. É assim de extrema importância identificar e prevenir os seus fatores em candidatos a cirurgia e anestesia. O objetivo deste trabalho foi identificar os principais medos e mitos relacionados com a anestesia e a cirurgia na nossa população.

**Material e Métodos:** Auditoria prospetiva, em que foram questionados doentes e acompanhantes, de forma aleatória, com idade  $\geq 18$  anos, nas salas de espera da consulta externa de um hospital terciário. A recolha de dados decorreu entre dezembro de 2017 e fevereiro de 2018. Foi elaborado um questionário constituído por 32 questões.

**Resultados/Discussão:** Foram recolhidos 400 inquéritos, dos quais 350 foram considerados válidos. A idade média dos participantes foi de 46,6 anos, 58% do sexo feminino, 8% desempregados, 85,7% da população já tinha sido submetida a pelo menos um procedimento anestésico ( $n=300$ ). As principais responsabilidades do Anestesiologista foram consideradas “assegurar que o doente não acorda durante a cirurgia” e “acordar o doente após a cirurgia”. As quatro maiores preocupações da população com a anestesia relacionaram-se com a possibilidade de “não acordar após a cirurgia”, “ficar paralisado após a anestesia”, “infecção após a cirurgia” e “acordar durante a cirurgia”.

**Conclusão:** Existe ainda um grande desconhecimento acerca da área da Anestesiologia e o papel do Anestesiologista, que será importante

esclarecer por forma a reduzir a ansiedade dos doentes no peri-operatório. A consulta pré-anestésica poderá ser um momento de interesse para esse objetivo, bem como iniciativas dos serviços de Anestesiologia, sociedades e organizações representativas.

## ABSTRACT

**Introduction:** Peri-operative anxiety can be associated with an increased morbi-mortality, pain, and other complications. Then, it is extremely important to identify and prevent its factors in candidates to surgery and anesthesia. The goal of this work was to identify the main myths and fears related to anesthesia and surgery in our population.

**Methods:** Prospective audit, in which patients and companions were questioned, randomly, aged  $\geq 18$  years old, in the medical appointments' waiting rooms of a tertiary hospital. Data were collected between December 2017 and February 2018. A 32 questions questionnaire was applied.

**Results/Discussion:** Four hundred inquiries were collected, of which 350 were considered valid. Average participants age 46.6 years old, 58% females, 8% unemployed, 85.7% of the respondents have already been submitted to an anesthetic procedure previously ( $n=300$ ). Main responsibilities attributed to the anesthesiologist were “assure the patient doesn't wake up during the surgery” and “wake up the patient after surgery”. The four major population concerns related to anesthesia were the chance to “not waking up after surgery”, “become paralyzed after anesthesia”, “infection after surgery” and “waking up during surgery”.

**Conclusion:** There is still a substantial unfamiliarity about

---

Autor Correspondente/Corresponding Author:

Rita Saraiva

Morada: Serviço de Anestesiologia, Hospital de Santo António, Largo Prof. Abel Salazar, 4099-001 Porto, Portugal.

E-mail: ritamsaraiva55@gmail.com

anesthesiology and anesthesiologist role, that would be important to clarify, in order to reduce patient's peri-operative anxiety. Pre-anesthetic appointment could be an interesting moment to fulfill that goal, as well as initiatives from Anesthesiology Departments, societies, and representative organizations.

## INTRODUÇÃO

Estudos mostram que doentes que irão ser submetidos a procedimentos cirúrgicos e anestésicos sofrem algum tipo de ansiedade.<sup>1-7</sup> A ansiedade define-se como um estado de agitação, preocupação ou angústia, sendo uma reação exagerada a uma situação que é apenas vista como subjetivamente ameaçadora.<sup>8</sup> Este estado de ansiedade começa assim que o procedimento cirúrgico é planeado, e vai aumentando até à entrada no Bloco Operatório.<sup>1,3</sup> Segundo um estudo publicado em 2013, nos procedimentos cirúrgicos de baixo risco, a principal fonte de ansiedade são medos e preocupações relativamente à anestesia (62%), em detrimento da cirurgia (15%).<sup>7</sup> Apesar da existência destes receios, grande parte da população não sabe a quem pertencem as responsabilidades do peri-operatório, e quais as funções do Anestesiologista, tanto no Bloco Operatório, como fora do Bloco Operatório.<sup>9</sup> Vários fatores parecem contribuir para o aparecimento de medos no pré-operatório: idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, capacidade de percepção do doente em relação aos eventos do peri-operatório, grau de conhecimento sobre a situação clínica, experiência anestésica prévia, separação familiar, dor no pós-operatório, medo de morrer e medo de causa desconhecida.<sup>4-7</sup>

A ansiedade no peri-operatório pode estar associada a aumento da morbidade e mortalidade,<sup>4,6</sup> aumento de dor,<sup>1,4,6,7,10</sup> e outras complicações no pós-operatório, nomeadamente: eventos cardíacos *major* (descritos como enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e edema pulmonar),<sup>4</sup> aumento da resposta simpática com taquicardia, arritmias e hipertensão arterial,<sup>5-7</sup> internamento prolongado,<sup>1,4,6,7,10</sup> maior incidência de náuseas e vômitos,<sup>6,7</sup> e ainda diminuição da satisfação global do doente.<sup>4,10</sup>

Verifica-se uma diminuição do *stress* nos doentes em que as suas dúvidas são esclarecidas.<sup>1,3</sup> É por isso de extrema importância identificar e prevenir os fatores causadores de *stress* em candidatos a Cirurgia e Anestesia.

O objetivo deste trabalho foi compreender os principais medos e mitos relacionados com o procedimento cirúrgico e anestésico, e procurar fatores demográficos que os influenciem. Como objetivo secundário, foi também avaliado o conhecimento da população em relação à área da Anestesiologia, nomeadamente qual a formação do Anestesiologista, quais as suas responsabilidades e as suas áreas de atuação.

## MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma auditoria prospetiva, após aprovação pelo Departamento de Qualidade, Risco, Higiene, Saúde e Segurança de um Hospital terciário, em que foram questionados doentes e acompanhantes, de forma aleatória, com idade igual ou superior a 18 anos, nas salas de espera da consulta externa de várias especialidades médicas, médico-cirúrgicas e cirúrgicas. A recolha de dados decorreu entre dezembro de 2017 e fevereiro de 2018.

### Instrumento

O questionário aplicado foi adaptado de um estudo realizado por Gottschalk *et al*, em 2013.<sup>9</sup> Este questionário foi traduzido, tendo sido já utilizado previamente para a população portuguesa por Ribeiro *et al*, em 2015.<sup>2</sup> Foram feitas algumas adaptações, relativamente à sua versão traduzida, tendo sido acrescentadas questões essencialmente demográficas. Estas adaptações tiveram em conta a análise de outro estudo semelhante aplicado à população portuguesa por Pereira *et al*, em 2018.<sup>6</sup> Este questionário é constituído por 32 questões, divididas em 3 categorias: dados demográficos, conhecimento sobre a área da Anestesiologia e preocupações do doente. (Anexo 1) Na categoria dos dados demográficos, foram recolhidos dados relativos à idade, sexo, profissão, naturalidade, área de residência, nível de escolaridade e número de procedimentos anestésicos a que foi submetido previamente.

Na categoria dos conhecimentos sobre a Anestesiologia, as perguntas visaram o conhecimento acerca da formação e treino do Anestesiologista, as responsabilidades do Anestesiologista e Cirurgião relativamente a alguns cuidados do peri-operatório. Foi ainda avaliado o conhecimento da população sobre as áreas de atuação do Anestesiologista. O nível de responsabilidade e atuação do Anestesiologista foi classificado em 5 graus, segundo a escala de Likert (variando de 1- “nenhuma responsabilidade/nada envolvido”, a 5- “muita responsabilidade/muito envolvido”).

O item número 6 correspondeu à inexistência de opinião sobre a questão).

Por último, foram questionados os medos e preocupações em relação a procedimentos cirúrgico-anestésicos, através de uma lista de 9 possíveis receios. O nível de preocupação foi classificado em 5 graus, segundo a escala de Likert (variando de 1- “nenhuma preocupação”, até 5- “muita preocupação”. O item número 6 correspondeu à inexistência de opinião sobre a questão).

Para o cálculo da amostra foi decidido incluir 10 inquiridos por cada questão incluída no questionário, assumindo o rácio de 10:1 para cada variável independente (Hair *et al*, 2014), de forma a garantir a robustez da análise estatística. Assim, estimou-se uma amostra de 320 questionários válidos.

Considerando uma perda estimada de 25%, foi decidida

a recolha de 400 questionários. Foi feita uma análise estatística descritiva das respostas dos inquiridos, sendo os dados apresentados como média  $\pm$  desvio padrão ou n (%). A análise de variância (ANOVA, seguida de análise *Pos-Hoc* com o teste de Scheffe dada a disparidade no tamanho dos grupos) foi utilizada para determinar a existência de diferenças na idade dos inquiridos nas respostas às diferentes questões relacionadas com a anestesia (e.g. risco de morte, preocupações, papel do Anestesiologista e especialidade médica).

Com o mesmo objetivo, o teste Qui-quadrado foi utilizado para as variáveis categóricas (sexo, profissão e anestesia prévia).

O software *IBM SPSS Statistics* (versão 25.0) foi utilizado na análise dos dados. Um valor de  $p < 0,05$  foi assumido para a definição de resultado estatisticamente significativo.

## RESULTADOS

Foram recolhidos 400 inquéritos, 50 dos quais foram excluídos por falha no preenchimento completo do questionário, tendo sido validadas 350 respostas. Os dados demográficos estão apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1. Dados demográficos da população**

Idade (média $\pm$ DP; anos)	46,6 $\pm$ 16,24
Sexo (F/M) (n, %)	203/147 (58%/42%)
<b>Nível de Escolaridade (n, %)</b>	
Sem escolaridade	2 (0,6%)
Ensino primário	61 (17,4%)
Ensino básico	80 (22,9%)
Ensino secundário	103 (29,4%)
Ensino superior	80 (22,9%)
Pós-graduação	24 (6,8%)
<b>Profissão (n, %)</b>	
Área da saúde	23 (6,6%)
Ensino	22 (6,3%)
Estudante	31 (8,9%)
Desempregado	28 (8,0%)
Reformado	60 (17,1%)
Outros	185 (52,8%)
Sem resposta	1 (0,3%)
<b>Anestesia prévia (n, %)</b>	
Nenhuma	50 (14,3%)
Uma	88 (25,1%)
Mais do que uma	212 (60,6%)
<b>Motivo da ida ao Hospital (n, %) - consulta</b>	
Especialidade cirúrgica	95 (27,2%)
Especialidade médica	132 (37,8%)
Especialidade médico-cirúrgica	105 (30,1%)
Acompanhante	17 (4,9%)

## Tipo de anestesia:

Quando questionados sobre qual o tipo de anestesia que escolheriam para um procedimento, 59,5% dos indivíduos responderam preferir ser submetidos a anestesia geral, enquanto que 40,5% prefeririam ser submetidos a anestesia loco-regional.

## Medos em relação à anestesia:

Vinte e nove por cento da população considerou haver risco de morte associado à anestesia, sendo que 9,4% (n=33) dos indivíduos quantificaram esse risco como “alto” ou “muito alto”. Esta perceção de risco de morte associada à anestesia aumenta com a idade, sendo que pessoas mais idosas consideram que o risco é mais alto ( $p=0,004$ ). O sexo ( $p=0,902$ ), escolaridade ( $p=0,546$ ), profissão ( $p=0,680$ ) ou anestésias prévias ( $p=0,211$ ), não parecem ter relação estatisticamente significativa com este receio.

Os maiores graus de preocupação da população estudada (5= “muita preocupação”) relacionaram-se com a possibilidade de “não acordar após a cirurgia” (39,4%; n=138) e “ficar paralisado após a anestesia” (37,7%; n=132). A “colocação de cateter intravenoso” foi a menor preocupação (43,4% dos inquiridos a responder “nenhuma preocupação” para este item). Procurando relação entre as características demográficas (idade, sexo e história anestésica prévia) e as principais preocupações relacionadas com a anestesia, verificamos que a idade das pessoas inquiridas influenciou a resposta à preocupação “acordar durante a cirurgia” (ANOVA  $p=0,046$ ), os testes *Pos-Hoc* indicam que a diferença poderá estar entre o grupo de pessoas que respondeu “Nenhuma” e as pessoas que responderam “Preocupado”, embora nenhum seja significativo. Não se verificou uma diferença na idade face às respostas em relação às restantes preocupações (Tabela 3). Em relação à questão “ficar paralisado após a anestesia” as mulheres apresentaram um nível de preocupação significativamente superior aos homens (teste qui quadrado,  $p=0,007$ ). Não se verificou impacto do sexo em relação às restantes preocupações (Tabela 3).

O fator ter sido ou não submetido a anestesia previamente não influenciou significativamente de modo preferencial o nível de preocupação face às questões colocadas (Tabela 3).

## O papel do Anestesiologista:

Em relação ao conhecimento sobre a área da Anestesiologia, a maioria das pessoas inquiridas demonstrou saber que um Anestesiologista é um médico especialista (62%, n=217). Apesar disso, apenas 8% (n=28) da população respondeu de forma correta relativamente ao tempo de formação após a conclusão do 12º ano de escolaridade (Tabela 4).

A Tabela 5 descreve as respostas obtidas relativamente às responsabilidades do Anestesiologista e do Cirurgião. O Anestesiologista foi considerado o principal elemento

**Tabela 2. Preocupações relativamente ao peri-operatório**

	Nenhuma	Pouca	Alguma	Preocupado	Muito preocupado	Não sabe
Colocação de cateter intravenoso	152 (43,4%)	51 (14,6%)	54 (15,4%)	37 (10,6%)	32 (9,1%)	24 (6,9%)
Acordar durante cirurgia	83 (23,7%)	49 (14,0%)	41 (11,7%)	57 (16,3%)	101 (28,9%)	19 (5,4%)
Dor imediatamente após cirurgia	48 (13,7%)	46 (13,1%)	82 (23,4%)	74 (21,1%)	75 (21,4%)	25 (7,1%)
Não acordar após cirurgia	55 (15,7%)	42 (12,0%)	38 (10,9%)	50 (14,3%)	138 (39,4%)	27 (7,7%)
Problemas tensão arterial e outros durante a cirurgia	70 (20,0%)	64 (18,3%)	69 (19,7%)	57 (16,3%)	66 (18,9%)	24 (6,9%)
Náuseas e vômitos	74 (21,1%)	73 (20,9%)	78 (22,3%)	57 (16,3%)	48 (13,7%)	20 (5,7%)
Diminuição capacidade mental após cirurgia	74 (21,1%)	66 (18,9%)	43 (12,3%)	53 (15,1%)	86 (24,6%)	28 (8,0%)
Infeção após a cirurgia	44 (12,6%)	35 (10,0%)	58 (16,6%)	67 (19,1%)	120 (34,3%)	26 (7,4%)
Ficar paralisado após a anestesia	59 (16,9%)	54 (15,4%)	34 (9,7%)	37 (10,6%)	132 (37,7%)	34 (9,7%)

**Tabela 3. Relação entre as características demográficas e as principais preocupações com a Anestesia encontradas**

Preocupação	Idade*	Sexo**	Anestesia prévia**
“Não acordar após a cirurgia”	$p=0,489$	$p=0,007$	$p=0,154$
“Ficar paralisado após a anestesia”	$p=0,222$	$p=0,900$	$p=0,906$
“Infeção após a cirurgia”	$p=0,479$	$p=0,677$	$p=0,706$
“Acordar durante a cirurgia”	$p=0,046$	$p=0,671$	$p=0,08$

**LEGENDA:**  
\*Teste ANOVA, \*\*teste qui-quadrado

**Tabela 4. Conhecimento sobre a área de Anestesiologia**

“O que é um Anestesiologista?”	
Enfermeiro especializado	26 (7,4%)
Médico especialista	217 (62,0%)
Técnico especializado	58 (16,6%)
Cirurgião especialista	12 (3,4%)
Não sabe	37 (10,6%)

  

“Quanto tempo, depois de completo o 12º ano de escolaridade, é necessário de educação e treino para se ser um anestesiologista?”	
3 anos	26 (7,4%)
5 anos	80 (22,9%)
9 anos	85 (24,3%)
12 anos	28 (8,0%)
15 anos	6 (1,7%)
Não sabe	125 (35,7%)

responsável (maior número de respostas “muito responsável”) por “assegurar que o doente não acorda durante a cirurgia” (63,7%; n=223) e por “acordar o doente após a cirurgia” (39,1%; n=137). Os participantes consideraram o Cirurgião como o principal envolvido (“muito responsável”) em “efetuar transfusões sanguíneas durante a cirurgia, se necessário” (40,3%; n=141) e na “administração de antibióticos, durante a cirurgia” (36%; n=126) (Tabela 5). Procurando a influência acerca dos fatores demográficos (idade, sexo e anestesia prévia) sobre o conhecimento acerca do papel do Anestesiologista, nem o sexo nem o antecedente de anestesia prévia parecem influenciar significativamente a resposta às duas questões em que foi atribuída maior responsabilidade ao Anestesiologista (“assegurar que o doente não acorda durante a cirurgia” e “acordar o doente após a cirurgia”). Já a idade influenciou

**Tabela 5. Responsabilidades do Anestesiologista versus Cirurgião: número de respostas como “Muito Responsável”**

	Anestesiologista	Cirurgião
Assegurar doente não acorda durante cirurgia	223 (63,7%)	-
Gerir dor imediatamente após cirurgia	102 (29,1%)	101 (28,9%)
Acordar doente após a cirurgia	137 (39,1%)	67 (19,1%)
Prevenir náuseas e vômitos após a cirurgia	73 (20,9%)	54 (15,4%)
Tratar elevação tensão arterial ou glicemia durante a cirurgia	94 (26,9%)	79 (22,6%)
Administrar antibióticos durante a cirurgia	60 (17,1%)	126 (36,0%)
Efetuar transfusão sanguínea se necessário durante cirurgia	71 (20,3%)	141 (40,3%)
Estar presente durante toda a cirurgia	192 (54,9%)	235 (67,1%)
Cuidar do paciente no recobro	86 (24,6%)	85 (24,3%)
Grau de “muita confiança” no papel de um anestesiologista	203 (58,0%)	-

significativamente a resposta a ambas as questões (Tabela 6). Em relação ao papel do Anestesiologista em “assegurar que o doente não acorda durante a cirurgia” o teste *Pos-HOC* de Scheffe confirmou que a diferença está entre o grupo de pessoas que respondeu “Nenhuma” (idade superior) e as pessoas que deram outros graus de responsabilidade. Já quanto à responsabilidade do Anestesiologista em “acordar o doente após a cirurgia” o teste *Pos-HOC* de Scheffe confirma que a diferença está entre o grupo de pessoas que respondeu “Pouca” e as pessoas que responderam “Muito Responsável” ( $p=0,020$ ), sendo a média de idades maior neste último grupo. Foi também avaliado o conhecimento sobre quais as áreas em que o Anestesiologista está envolvido, para além da atuação no Bloco Operatório, cujos resultados se apresentam na Tabela 7. A população em estudo considerou a atuação dos Anestesiologistas muito importante a nível do ensino a estudantes de Medicina (36,9%; n=129). Com menor proporção, 16,6% da população considerou o Anestesiologista muito importante a nível da ressuscitação cardiorrespiratória, e 14,9% em Unidades de Cuidados Intensivos. Cerca de um quarto da população (24%, n=84) considerou que o Anestesiologista não desempenha nenhuma função na área da Dor Crónica.



**Tabela 6. Relação entre os fatores demográficos e as respostas sobre o papel do Anestesiologista**

Papel do Anestesiologista	Idade*	Sexo**	Anestesia prévia***
“Assegurar que o doente não acorda durante a cirurgia”	$p=0,007$	$p=0,814$	$p=0,964$
“Acordar o doente após a cirurgia”	$p=0,003$	$p=0,968$	$p=0,564$

LEGENDA:  
 \* teste ANOVA, \*\* teste qui-quadrado, \*\*\* teste de Kuskal Wallis

## DISCUSSÃO

Este trabalho permitiu identificar vários conceitos da população relacionados com a Anestesiologia que não correspondem à realidade e que os autores pretendem alertar, para que possam ser desmistificados, reduzindo assim a ansiedade peri-operatória dos doentes.

Começando pela análise da percepção sobre o Anestesiologista, é evidente a falta de conhecimento na população estudada. Apenas 62,0% da amostra populacional o considerou como médico especialista, e 27,4% considerou que esta profissão seria desempenhada por um técnico, enfermeiro ou cirurgião especializado. De acordo com a literatura, a percentagem da população que considera o Anestesiologista um médico especialista varia entre 58% a 90%,<sup>2,9,11-13</sup> pelo que os nossos resultados se enquadram neste panorama. De entre os fatores demográficos analisados, nenhum parece influenciar esta resposta.

Relativamente à formação do Anestesiologista, apenas 8,0% (n=28) da amostra populacional mostrou saber qual é o tempo mínimo de formação, enquanto que 90,3% (n=316) não sabia qual era, ou subestimou a formação do Anestesiologista. Nestes parâmetros avaliados, a profissão ( $p=0,001$ ) e a escolaridade ( $p<0,001$ ) foram as únicas variáveis a condicionar diferença estatisticamente significativa.

Relativamente à distribuição de tarefas no período peri-operatório, o Cirurgião acaba por ter o papel mais importante para o doente. A população em estudo apenas considerou, com maior diferença significativa, como principais responsabilidades do Anestesiologista: “assegurar que o doente não acorda durante a cirurgia” e “acordar o doente após a cirurgia”. Resultados semelhantes foram obtidos por Gottschalk *et al*, em 2013.<sup>9</sup> Em relação a estas tarefas, o sexo e a anestesia prévia não influenciaram as respostas da população. Contudo, verificou-se uma diferença entre a

média das idades e a resposta “assegurar que o doente não acorda durante a cirurgia” ( $p=0,007$ ), sendo que o grupo de inquiridos que respondeu “Nenhuma responsabilidade” foi composto por indivíduos com maior idade. Para além disso, também se verificou uma diferença entre a média das idades das pessoas e a resposta “acordar o doente após a cirurgia” ( $p=0,003$ ). O teste *Pos-HOC* de Scheffe confirma que a diferença está entre o grupo de pessoas que responde “Pouca” e as pessoas que respondem “Muito Responsável”, sendo a média de idades maior neste último grupo. Estes resultados demonstram que a população tem pouco conhecimento sobre a atividade do Anestesiologista no Bloco Operatório. O cirurgião, sendo o médico que o indivíduo conhece antecipadamente (por seguimento em consulta externa, por exemplo), acaba por ter um papel mais relevante para o doente, induzindo a que a maioria das responsabilidades do peri-operatório sejam consideradas suas. A consulta pré-anestésica pode representar um ponto de melhoria de informação dos doentes acerca do período peri-operatório, e de maior esclarecimento acerca das competências e funções do Anestesiologista.

Relativamente à atividade assistencial do Anestesiologista fora do Bloco Operatório, os resultados são similares aos encontrados na literatura,<sup>13</sup> o que demonstra que o conhecimento da população é ainda mais escasso no que se refere à atividade do Anestesiologista em outras áreas hospitalares. Os resultados relativos à participação no ensino e nas comissões hospitalares poderão ter sido enviesados tendo em conta que o estudo decorreu num Centro Hospitalar Universitário. O estudo realizado por Ribeiro *et al*, em 2015 chegou aos mesmos resultados, o que demonstra que a percepção das atividades do Anestesiologista mantém-se semelhante, decorridos 3 anos.

No que respeita ao tipo de anestesia, 59,5% respondeu preferir ser submetido a anestesia geral (AG) num futuro procedimento anestésico, em detrimento de anestesia loco-regional (ALR), sendo que o facto de ter tido AG prévia demonstrou associação com preferência por AG ( $p=0,004$ ). Um estudo realizado na população portuguesa, de Pereira *et al*,<sup>6</sup> chegou às mesmas conclusões. Contudo, nesse estudo, a população que tinha sido submetida a ALR prévia dava preferência a este tipo de anestesia. Para além disso, a população alvo desse estudo consistiu em doentes que iriam

**Tabela 7. Áreas de atuação do Anestesiologista, fora do Bloco Operatório**

	Nada	Pouco	Algo	Envolvido	Muito envolvido	Não sabe
Dor Crónica	84 (24,0%)	28 (8,0%)	44 (12,6%)	50 (14,3%)	45 (12,9%)	99 (28,3%)
Ressuscitação Cardiorrespiratória	62 (17,7%)	33 (9,4%)	42 (12,0)	50 (14,3%)	58 (16,6%)	105 (30,0%)
Unidades de Cuidados Intensivos	65 (18,6%)	32 (9,1%)	42 (12,0%)	66 (18,9%)	52 (14,9%)	93 (26,6%)
Ensinar Estudantes de Medicina	26 (7,4%)	12 (3,4%)	26 (7,4%)	77 (22,0%)	129 (36,9%)	80 (22,9%)
Comissões Hospitalares e das Faculdades de Medicina	24 (6,9%)	17 (4,9%)	33 (9,4%)	78 (22,3%)	87 (24,9%)	111 (31,7%)

ser submetidos a anestesia em breve, o que pode explicar a diferença dos resultados obtidos. No que concerne aos medos em relação à anestesia, 29% considerou haver risco de morte associado à anestesia. Esta percepção do risco de morte aumenta com a idade, mas não está relacionada com o sexo, escolaridade, profissão ou anestésias prévias. As duas maiores preocupações da população estudada relacionaram-se com a possibilidade de “não acordar após a cirurgia” e “ficar paralisado após a anestesia”, o que reflete o desconhecimento da população em relação aos principais riscos relacionados com a anestesia. Em um outro estudo realizado em Portugal,<sup>6</sup> estes foram também os dois principais medos encontrados na população. Em um outro estudo realizado em Portugal em 2015,<sup>2</sup> os principais medos encontrados foram “não acordar após a cirurgia” e “infecção após cirurgia”, resultados partilhados pelo estudo de Gottschalk *et al*, de 2013,<sup>9</sup> que incluiu doentes dos Estados Unidos da América, Austrália e Alemanha. Pelo contrário, no nosso estudo, o risco de infeção veio em terceiro lugar, estando subvalorizado relativamente a “ficar paralisado após a cirurgia”. O risco de “acordar durante a cirurgia” surge como o 4º maior medo da nossa população, o que difere de outros estudos, em que o *awareness* representou o principal medo da população.<sup>14,15</sup> Num estudo realizado na Grécia, o principal medo da população foi a dor no período pós-operatório.<sup>7</sup>

Relativamente às quatro preocupações mais prevalentes da amostra populacional (“não acordar após a cirurgia”; “ficar paralisado após a anestesia”; “infecção após a cirurgia” e “acordar durante a cirurgia”), verificou-se uma associação entre o sexo e a idade em algumas dessas respostas. As mulheres mostraram um maior nível de preocupação comparativamente aos homens, relativamente a “não acordar após a cirurgia” ( $p=0,007$ ). Verificou-se também uma diferença entre a média das idades das pessoas e a resposta “acordar durante a cirurgia” ( $p=0,046$ ).

## LIMITAÇÕES

Uma das nossas limitações foi o tamanho da amostra, que poderá não representar a população portuguesa em geral. Os questionários foram distribuídos aos indivíduos presentes na sala de espera de consultas, tanto a doentes que iriam ter consulta (médica, cirúrgica ou médico-cirúrgica), como aos seus acompanhantes, tentando deste modo uniformizar a população. Apesar de a proporção de indivíduos inquiridos entre as várias consultas ter sido semelhante (consulta médica 37,8%, consulta cirúrgica 27,2% e consulta médico-cirúrgica 30,1%), apenas 4,9% eram acompanhantes, o que pode criar algum enviesamento de seleção, ao termos maioritariamente pessoas com mais experiência cirúrgica, relativamente à população em geral. Um dos pontos que devemos levar em consideração é o fato de o questionário não ter o cálculo de um *score* (geral e por dimensão) de preocupação associado,

o que permitiria uma análise mais pormenorizada do impacto de diferentes fatores e a utilização de metodologias de estatística multivariada que poderiam identificar variáveis confundidoras. Também seria uma vantagem face ao *self-reporting*, permitindo diminuir o enviesamento, na impossibilidade de o questionário ser feito por um profissional. A complexidade e o tamanho do questionário, associados à escala de Likert, podem ter contribuído para o cansaço dos indivíduos ao responder às questões, originando uma maior percentagem de dados *missing*. Como vantagem este trabalho apresenta a diversidade da amostra, tendo em conta que integra uma população hospitalar de doentes e acompanhantes, não apenas de consultas cirúrgicas nem propostos para procedimentos, permitindo deste modo uma ideia mais global acerca dos conhecimentos e receios da população geral acerca da Anestesiologia e período peri-operatório.

## CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo identificar os maiores receios em relação à Anestesiologia e ao período peri-operatório, os quais podem ser fonte de ansiedade, acabando por influenciar o *outcome* peri-operatório. Existem ainda várias crenças motivadoras de ansiedade, com elevadas percentagens de inquiridos a demonstrar muita preocupação nos parâmetros “Não acordar após a cirurgia” e “Ficar paralisado após cirurgia”. É notório que a visão que os doentes têm da Anestesiologia é subvalorizada, havendo um desconhecimento relativamente às suas áreas de atuação.

Desta forma, conclui-se que existe uma necessidade de melhorar o conhecimento dos nossos doentes acerca da Anestesiologia e do papel do Anestesiologista. O combate a este aspeto poderia passar por criar um acesso mais alargado à consulta externa de Anestesiologia no âmbito da avaliação pré-operatória. Um estudo realizado em 2000, por Klopfenstein *et al*,<sup>3</sup> demonstrou que os níveis de ansiedade são inferiores nos doentes com consulta pré-anestésica, comparativamente com doentes em que o primeiro contacto com o Anestesiologista ocorreu no dia anterior da cirurgia. Outra estratégia que poderia contribuir para o maior esclarecimento dos doentes, passaria por tornar a informação sobre a especialidade mais acessível, nomeadamente acerca da qualidade e a segurança da mesma, através de sessões de esclarecimento, e sob a forma de panfletos. Para além disso, os próprios Serviços de Anestesiologia poderão encontrar outras formas de informação aos doentes, nomeadamente através de páginas na Internet, vídeos ou redes sociais que aumentem o alcance da informação, e do mesmo modo a satisfação dos doentes para com os cuidados prestados pela Anestesiologia no nosso país.

### Responsabilidades Éticas

**Conflitos de Interesse:** Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

**Fontes de Financiamento:** Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

**Confidencialidade dos Dados:** Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

**Proteção de Pessoas e Animais:** Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsinquia da Associação Médica Mundial.

**Proveniência e Revisão por Pares:** Não comissionado; revisão externa por pares.

### Ethical Disclosures

**Conflicts of interest:** The authors have no conflicts of interest to declare.

**Financial Support:** This work has not received any contribution grant or scholarship.

**Confidentiality of Data:** The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

**Protection of Human and Animal Subjects:** The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and with those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki).

**Provenance and Peer Review:** Not commissioned; externally peer reviewed.

### ORCID

Rita Saraiva [ID https://orcid.org/0000-0002-9815-2074](https://orcid.org/0000-0002-9815-2074)

Joana Varandas [ID https://orcid.org/0000-0001-8514-5027](https://orcid.org/0000-0001-8514-5027)

Sónia Duarte [ID https://orcid.org/0000-0002-3751-7869](https://orcid.org/0000-0002-3751-7869)

Catarina Nunes [ID https://orcid.org/0000-0002-8357-0994](https://orcid.org/0000-0002-8357-0994)

Humberto Machado [ID https://orcid.org/0000-0002-6282-3577](https://orcid.org/0000-0002-6282-3577)

Adriana Soares [ID https://orcid.org/0000-0002-6639-8395](https://orcid.org/0000-0002-6639-8395)

Ana Gomes [ID https://orcid.org/0000-0002-6182-0895](https://orcid.org/0000-0002-6182-0895)

Ana Almeida [ID https://orcid.org/0000-0002-4276-2332](https://orcid.org/0000-0002-4276-2332)

Ana Rocha [ID https://orcid.org/0000-0002-2878-2206](https://orcid.org/0000-0002-2878-2206)

André Rocha [ID https://orcid.org/0000-0001-8213-9919](https://orcid.org/0000-0001-8213-9919)

Belmiro Correia [ID https://orcid.org/0000-0002-6651-6216](https://orcid.org/0000-0002-6651-6216)

Cláudia Magalhães [ID https://orcid.org/0000-0002-3054-2631](https://orcid.org/0000-0002-3054-2631)

Diogo Pereira [ID https://orcid.org/0000-0002-5417-6488](https://orcid.org/0000-0002-5417-6488)

Igor Neto [ID https://orcid.org/0000-0003-0842-1152](https://orcid.org/0000-0003-0842-1152)

Oliver Kungel [ID https://orcid.org/0000-0003-3755-5715](https://orcid.org/0000-0003-3755-5715)

Rafael Neves [ID https://orcid.org/0000-0001-8347-1972](https://orcid.org/0000-0001-8347-1972)

Submissão: 27 de dezembro, 2020 | Received: 27<sup>th</sup> of December, 2020

Aceitação: 29 de março, 2021 | Accepted: 29<sup>th</sup> of March, 2021

Publicado: 31 de março, 2021 | Published: 31<sup>st</sup> of March, 2021

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) Revista SPA 2020. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

© Author(s) (or their employer(s)) and SPA Journal 2020. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

## REFERÊNCIAS

1. Masjedi M, Ghorbani M, Managheb I, Fattahi Z, Dehghanpisheh L, Salari M, et al. Evaluation of anxiety and fear about anesthesia in adults undergoing surgery under general anesthesia. *Acta Anaesthesiol Belg.* 2017;68:25–9.
2. Ribeiro CS, Mourão JI de B. O anestesiologista: A visão do doente. *Brazil J Anesthesiol.* 2015;65:497–503. doi: 10.1016/j.bjan.2014.05.014
3. Klopfenstein CE, Forster A, Van Gessel E. Anesthetic assessment in an outpatient consultation clinic reduces preoperative anxiety. *Can J Anesth.* 2000;47:511–5.
4. Sigdel DS. Perioperative anxiety: A short review. *Glob Anesth Perioper Med.* 2015;1:107–8.
5. Prathapan S, Wanigabandu LU, De Silva D, Serasinghe V, Dadigamuwa N, Sannasuriya M, et al. Anxiety of adult patients undergoing general anaesthesia and their myths and beliefs. *Sri Lankan J Anaesthesiol.* 2014;22:11–4.
6. Pereira C, Fernandes D, Mota Â, Gonçalves G, Pinho S, Araújo M, et al. Anaesthesia - Related Fears - A Cross - Sectional Survey Among the Portuguese Population. *Int J Anesthesiol Res.* 2018;6:494–9.
7. Mavridou P, Dimitriou V, Manataki A, Arnaoutoglou E, Papadopoulos G. Patient's anxiety and fear of anesthesia: effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia. A survey of 400 patients. *J Anesth.* 2013;27:104–8.
8. Stavrakaki C, Lunsy Y. Psychiatric and Behavioural Disorders in Intellectual and Developmental Disabilities. In: Bouras N, Holt G, editors. *Depression, anxiety and adjustment disorders in people with intellectual disabilities.* Cambridge: Cambridge University Press; 2007. p. 113–30.
9. Gottschalk A, Seelen S, Tivey S, Gottschalk A, Rich G. What do patients know about anesthesiologists? Results of a comparative survey in an U.S., Australian, and German university hospital. *J Clin Anesth.* 2013;25:85–91.
10. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Bandeira D, et al. Risk factors for postoperative anxiety in adults. *Anaesthesia.* 2001;56:720–8.

11. Hariharan S, Merritt-Charles L, Chen D. Patient perception of the role of anesthesiologists: a perspective from the Caribbean. *J Clin Anesth.* 2006;18:504–9.
12. Leite F, Silva LM da, Biancolin SE, Dias A, Castiglia YM Patient perceptions about anesthesia and anesthesiologists before and after surgical procedures. *Sao Paulo Med J.* 2011;129:224–9.
13. Tohmo H, Päive H, Illman H. The work, duties and prestige of Finnish anesthesiologists: Patients' view. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2003;47:664–6.
14. Hume M, Kennedy B, Asbury A. Patient knowledge of anaesthesia and peri-operative care. *Anaesthesia.* 1994;49:715–8.
15. Matthey P, Finucane BT, Barry A, Finegan. The attitude of the general public towards pre operative assessment and risks associated with general anesthesia. *Can J Anesth.* 2001;48:333–9.