

CONSULTA DE ANESTESIA E SUA IMPORTÂNCIA – A PERSPETIVA DO DOENTE

LUÍS GUIMARÃES PEREIRA ¹, CRISTIANA PINHO ¹, ADRIANO MOREIRA ¹, MADALENA PASSOS ²

Palavras-chave:

- Anestesia;
- Avaliação Pré-Operatória;
- Medo;
- Satisfação do Doente

Resumo

Introdução: A consulta de anestesia tem como objetivo principal avaliar os doentes que vão ser submetidos a um procedimento anestésico-cirúrgico eletivo. Apesar de a consulta ter sido implementada na maioria dos centros hospitalares, a opinião dos doentes sobre a mesma foi pouco estudada. Os objetivos deste estudo foram: avaliar a opinião dos doentes sobre a Consulta de Anestesia, e identificar os medos e preocupações relacionados com a anestesia.

Material e Métodos: Aplicação de um questionário no final da consulta, após aprovação da Comissão de Ética. Os doentes foram questionados sobre: medos relacionados com a anestesia, satisfação e importância, atribuídas à Consulta de Anestesia, e satisfação sobre a explicação cirúrgica dada pelo cirurgião, numa escala de 5 pontos de Likert. Recolheram-se os seguintes dados: idade, género, escolaridade, especialidade cirúrgica, estado físico da American Society of Anesthesiologists (ASA) e história de anestesia prévia. Recorreu-se a estatística descritiva para sumariar os resultados, e ao teste do χ^2 para o teste de hipóteses.

Resultados: Obtivemos 782 questionários, e relativamente à satisfação com a Consulta de Anestesia, 58,4% responderam “satisfeitos” e 40,6% “completamente satisfeitos”. Sobre a importância atribuída à Consulta de Anestesia, 59,3% responderam “importante” e 37,1% “muito importante”. Relativamente aos medos e preocupações, 17,5% responderam “não acordar”, 9,7% “ter dor”, e 57,4% dos doentes negaram qualquer medo ou preocupação.

Discussão e Conclusão: Na globalidade, a satisfação e importância atribuídas à Consulta de Anestesia foram elevadas. A maioria dos doentes negou medos ou preocupações relacionados com a anestesia.

PREOPERATIVE ANESTHETIC CLINICAL EVALUATION AND ITS IMPORTANCE – PATIENT’S PERSPECTIVE

LUÍS GUIMARÃES PEREIRA ¹, CRISTIANA PINHO ¹, ADRIANO MOREIRA ¹, MADALENA PASSOS ²

Keywords:

- Anesthesia;
- Fear;
- Patient Satisfaction;
- Preoperative Care

Abstract

Introduction: The main purpose of preoperative anesthetic clinical evaluation is to evaluate patients scheduled for surgery requiring anesthesia. Although its current establishment in the majority of hospitals, patient’s opinion about preoperative clinical evaluation has been studied to a small extent. The goals of our study were: to assess the patient’s opinion about the preoperative clinical evaluation and to identify fears and concerns related with anesthesia.

Material and Methods: Application of a questionnaire at the end of the preoperative evaluation, after ethical approval. Patients were questioned about fears and concerns related with anesthesia, satisfaction and importance attributed to preoperative anesthetic clinical evaluation, and satisfaction about the procedure explanation provided by the surgeon, in a 5-point Likert scale. Age, gender, educational level, surgical specialty, American Society of Anesthesiologists (ASA) physical status and previous anesthesia were registered. We used descriptive statistics to summarize data, and χ^2 test for hypothesis testing.

Results: We have obtained 782 questionnaires. Concerning satisfaction with preoperative anesthetic clinical evaluation, 58.4% were “satisfied” and 40.6% “completely satisfied”. About importance attributed, 59.3% answered “important” and 37.1% “very important”. Relatively to fears and concerns, 17.5% answered “unable to wake”, 9.7% “to have pain”, and 57.4% of patients denied any fear or concern.

Discussion and Conclusion: Globally, the satisfaction and importance attributed to preoperative anesthetic evaluation were high. The majority of our patients did not present fears or concerns about anesthesia.

Data de submissão - 11 de novembro, 2014

Data de aceitação - 19 de março, 2015

¹ Interno de Formação Específica de Anestesiologia do Centro Hospitalar São João, Porto - Portugal² Assistente Graduada de Anestesiologia do Centro Hospitalar São João, Porto - Portugal

INTRODUÇÃO

A consulta de anestesia (CA) tem como objetivo principal avaliar os doentes que vão ser submetidos a um procedimento anestésico-cirúrgico eletivo. A CA consiste na colheita de uma história clínica pormenorizada, na realização de um exame físico, que inclui a medição dos sinais vitais e avaliação da via aérea, e no pedido de exames complementares de diagnóstico e pareceres de outras especialidades médicas, conforme necessário, com o intuito de otimizar a condição clínica do doente, e por fim na identificação do tipo de recobro pós-operatório necessário. Deste modo, é feita uma avaliação global do doente e proporcionado um momento onde o anestesiologista tem a oportunidade de estabelecer uma relação de empatia médico-doente, prévia à intervenção proposta, permitindo esclarecer eventuais dúvidas que possam existir sobre a anestesia a que irá ser submetido e explicar que atitudes devem ser tomadas no pré-operatório imediato, nomeadamente sobre a medicação habitual. Sendo assim, também contribui para reduzir a ansiedade do doente, muitas vezes associada ao procedimento anestésico-cirúrgico.

A maioria dos doentes propostos para cirurgia (cerca de 75%)¹ desenvolve algum grau de ansiedade desde o momento que sabe que irá ser submetida a uma intervenção. Em cirurgia eletiva, a principal fonte de ansiedade são os medos e preocupações relacionados com a anestesia (62%), em comparação com os relacionados com a cirurgia (15%),² e resultam muitas vezes de mitos e falta de informação sobre o ato anestésico. Estes medos e preocupações, além de originar ansiedade adicional ao doente até à data da intervenção, podem despoletar ou agravar complicações durante o período peri-operatório.³

Os primeiros estudos sobre a CA tiveram como objetivo, verificar a redução dos cancelamentos cirúrgicos de última hora, a viabilidade financeira e a relação custo-benefício da mesma.⁴⁻⁸ Atualmente, de acordo com a evidência existente, não existem dúvidas quanto à importância da CA, quer na perspetiva clínica, quer na perspetiva da gestão hospitalar. No entanto, a perceção do doente sobre a CA ainda foi pouco estudada.⁹

Assim, os objetivos deste estudo foram: avaliar a perceção dos doentes sobre a CA, registar os medos e preocupações relacionados com o ato anestésico, e avaliar a existência de uma possível associação com a idade, género, educação e experiência anestésica prévia.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi conduzido após aprovação da Comissão de

Ética para a Saúde (CES) do Centro Hospitalar São João (CHSJ). Após revisão da bibliografia¹⁰⁻¹² e opinião de anestesiológicos do Serviço, incluindo a responsável pela CA do CHSJ, construiu-se um questionário piloto, que foi distribuído aos doentes, de modo a testar a sua adequação, compreensão e aplicabilidade. As questões difíceis e ambíguas registadas foram excluídas do questionário. Estes doentes não entraram na análise dos resultados finais. A versão final do questionário consistiu em 2 partes, a primeira referente aos dados demográficos do doente e uma segunda parte com questões sobre a satisfação e importância atribuídas à CA, satisfação com a explicação sobre a cirurgia fornecida pelo cirurgião, principal medo ou preocupação relativo à anestesia, e experiência anestésica prévia (Anexo 1). Relativamente à experiência anestésica prévia, questionava-se se já tinha sido submetido a um ato anestésico-cirúrgico, e em caso de resposta afirmativa o doente era questionado sobre se tinha tido CA nessa altura e como recordava a sua dor pós-operatória nos primeiros dias que se seguiram a essa intervenção (nenhuma, ligeira, moderada ou severa). As respostas sobre satisfação e atribuição de importância à consulta foram baseadas numa escala de 5 pontos de Likert. Os doentes propostos para cirurgia eletiva e agendados para CA no CHSJ, no período de 6 de março de 2012 a 31 de julho de 2012, foram convidados a responder ao questionário no final da consulta, após obtenção do seu consentimento informado e com a garantia de confidencialidade dos dados. Os critérios de exclusão foram: doentes com menos de 18 anos e com incapacidade de responder às questões colocadas. Durante a análise dos questionários, também foram excluídos os questionários incorretamente preenchidos e incompletos. A análise dos dados foi feita com o *Statistical Package of Social Science 20.0 for Windows*. Recorreu-se a estatística descritiva para sumariar os resultados, nomeadamente a tabelas de frequência e gráficos de barras. Para a realização de teste de hipóteses envolvendo variáveis independentes categóricas recorreu-se ao teste do χ^2 .

RESULTADOS

Foram recolhidos e analisados 782 questionários. As características dos doentes são apresentadas na Tabela 1. Foram excluídos 17 questionários por incorreto preenchimento.

Tabela 1 – Características gerais dos doentes

	N%
Masculino	326 (41,7)
Feminino	456 (58,3)
Idade	
18 - 40 anos	113 (14,5)
41 - 60 anos	281 (35,9)
61 - 80 anos	341 (43,6)
> 80 anos	47 (6)
Escolaridade	
Nenhuma	41 (5,2)
Ensino Primário	317 (40,5)
Ensino Básico	230 (29,4)
Ensino Secundário	139 (17,8)
Ensino Universitário	55 (7,1)

Tabela 1 – Características gerais dos doentes (cont.)

	Nº
Especialidade Cirúrgica	
Cirurgia geral	395 (50,5)
Urologia	176 (22,5)
Ginecologia	174 (22,3)
Oftalmologia	24 (3,1)
Cirurgia Plástica	6 (0,7)
Otorrinolaringologia	3 (0,4)
Ortopedia	3 (0,4)
Cirurgia Vascular	1 (0,1)
ASA	
I	61 (7,8)
II	564 (72,1)
III	154 (19,7)
IV	3 (0,4)
Anestesiado previamente	
Sim	685 (87,6)
Não	97 (12,4)
N - Número de doentes Ens. - Ensino	

As Figs. 1 e 2 apresentam o grau de satisfação dos doentes relativamente à CA e o grau de importância atribuído à CA, respetivamente.

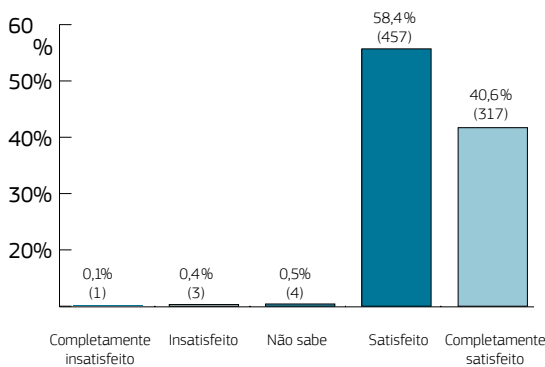


Figura 1 – Percentagem de doentes por grau de satisfação da Consulta de Anestesia

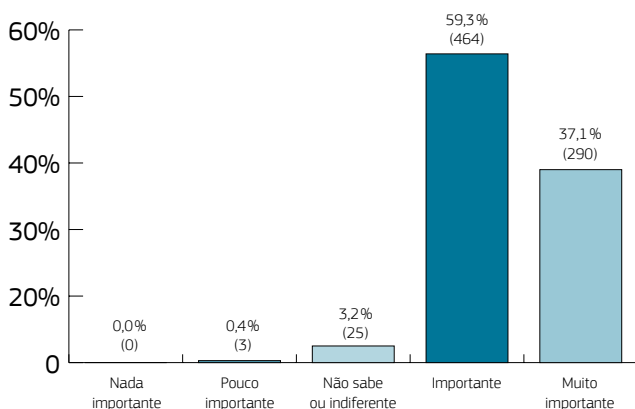


Figura 2 – Percentagem de doentes por grau de importância atribuída à Consulta de Anestesia

Quando questionados sobre se alguém havia explicado a cirurgia a que estava proposto, previamente à CA: 86,4% respondeu “sim” e 13,6% “não”. Dos que responderam “sim” a esta questão, o grau de satisfação relativamente à explicação foi: 19,7% estavam “completamente satisfeitos”, 68,5%

“satisfeitos”, 6,0% “não sabe ou indiferente”, 4,9% “insatisfeito” e 0,9% “completamente insatisfeito”.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas opiniões dos doentes quando divididos em grupos (género, idade e especialidade cirúrgica).

Os principais medos e preocupações referidos pelos doentes são apresentados na Fig. 3.

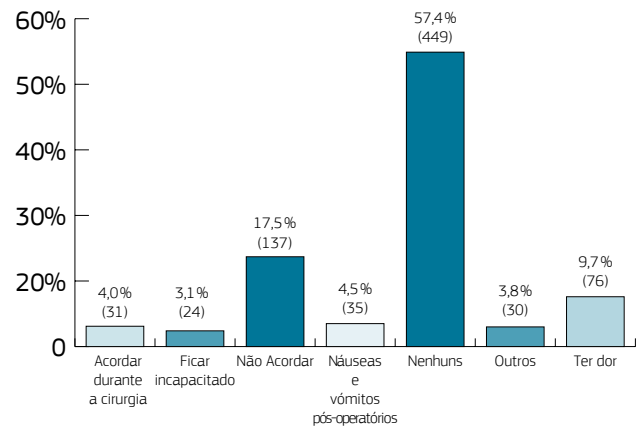


Figura 3 – Percentagem de doentes por medos e preocupações

Género

A tabela 2 apresenta os medos e preocupações por género. O género masculino negou, em maior percentagem, medo relacionado com a anestesia (66,6% vs 50,9%, $p < 0,001$).

Tabela 2 – Medos e preocupações por género

	Total	Feminino	Masculino	Valor de p^*
	N = 782	N = 456	N = 326	(Feminino vs masculino)
	N (%)	N (%)	N (%)	
Não acordar	137 (17,5)	104 (22,8)	33 (10,1)	< 0,001
Ter dor pós operatória	76 (9,7)	43 (9,4)	33 (10,1)	0,747
Ficar incapacitado	24 (3,1)	15 (3,3)	9 (2,8)	0,673
Acordar durante a cirurgia	31 (4,0)	19 (4,2)	12 (3,7)	0,731
Náuseas e vômitos pós-operatórios	35 (4,5)	21 (4,6)	14 (4,2)	0,836
Outros	30 (3,8)	22 (4,8<9	8 (2,5)	0,089
Nenhum	449 (57,4)	232 (50,9)	217 (66,6)	< 0,001

N - Número de casos | * valor de p obtido através do teste do χ^2

Idade

De acordo com a Tabela 3, doentes com idade superior a 60 anos apresentaram medo ou preocupação de ter dor pós-operatória em percentagem superior (13,4% vs 6,1%, $p=0,001$). O grupo etário mais jovem (18-60 anos) registou mais vezes medo ou preocupação de acordar durante a cirurgia (6,9% vs 1,0%, $p < 0,001$).

Tabela 3 – Medos e preocupações por grupo etário (18-60 anos vs > 60 anos)

	18-60 anos	> 60 anos	Valor de p*
	N = 782	N = 388	
	N (%)	N (%)	
Não acordar	70 (17,7)	67 (17,3)	0,855
Ter dor pós operatória	24 (6,1)	52 (13,4)	0,001
Ficar incapacitado	14 (3,6)	10 (2,6)	0,429
Acordar durante a cirurgia	27 (6,9)	4 (1,0)	< 0,001
Náuseas e vômitos pós-operatórios	19 (4,8)	16 (4,1)	0,637
Outros	19 (4,8)	11 (2,8)	0,148
Nenhum	221 (56,1)	228 (58,8)	0,450
N - Número de casos * valor de p obtido através do teste do X ²			

Escolaridade

Não se verificaram associações estatisticamente significativas e relevantes.

Experiência anestésica prévia

Os doentes anestesiados previamente referiram mais vezes medo ou preocupação de ter náuseas e vômitos pós-operatórios (Tabela 4).

Tabela 4 – Medos e preocupações e influência de Anestesia prévia

	Anestesia Prévia		Valor de p*
	Sim	Não	
	N = 685	N = 97	
	N (%)	N (%)	
Não acordar	116 (16,9)	21 (21,6)	0,253
Ter dor pós operatória	62 (9,1)	14 (14,4)	0,094
Ficar incapacitado	21 (3,1)	3 (3,1)	0,988
Acordar durante a cirurgia	30 (4,4)	1 (1,0)	0,114
Náuseas e vômitos pós-operatórios	35 (5,1)	0 (0)	0,023
Outros	27 (3,9)	3 (3,1)	0,684
Nenhum	394 (55,6)	55 (56,8)	0,879

N - Número de casos | * valor de p obtido através do teste do χ^2

Os doentes submetidos a uma anestesia geral prévia referiram medo ou preocupação de ter náuseas e vômitos pós-operatórios, em maior número, comparativamente àqueles submetidos a outro tipo de anestesia no passado (Tabela 5).

Tabela 5 – Medos e preocupações e influência de Anestesia Geral prévia

	Anestesia Geral Prévia		Valor de p*
	Sim	Não	
	N = 553	N = 132	
	N (%)	N (%)	
Não acordar	95 (17,2)	21 (15,9)	0,727
Ter dor pós operatória	52 (9,4)	10 (7,6)	0,511
Ficar incapacitado	17 (3,1)	4 (3,0)	0,929
Acordar durante a cirurgia	28 (5,1)	2 (1,5)	0,073
Náuseas e vômitos pós-operatórios	35 (6,3)	0 (0)	0,003
Outros	18 (3,3)	9 (6,8)	0,059
Nenhum	308 (55,6)	86 (65,2)	0,048
N - Número de casos * valor de p obtido através do teste do X ²			

De acordo com a Tabela 6, os doentes anestesiados previamente, que recordaram a sua dor pós-operatória como moderada a severa, apresentaram medo ou preocupação de ter dor pós-operatória, em maior número, comparativamente a doentes anestesiados no passado e que tiveram menor dor no pós-operatório (43,5% vs 3,7%, $p < 0,001$).

Tabela 6 – Medos e preocupações e a influência da intensidade de dor pós-operatória recordada em doentes com antecedentes cirúrgicos

	Dor pós-operatória Prévia	Valor de p*	
	Ausente ou ligeira	Moderada a severa	
	N = 593	N = 92	
	N (%)	N (%)	
Não acordar	106 (17,9)	10 (10,9)	0,096
Ter dor pós operatória	22 (3,7)	40 (43,5)	< 0,001
Ficar incapacitado	19 (3,2)	2 (2,2)	0,594
Acordar durante a cirurgia	28 (4,7)	2 (2,2)	0,267
Náuseas e vômitos pós-operatórios	34 (5,7)	1 (1,1)	0,060
Outros	24 (4,0)	3 (3,3)	0,718
Nenhum	360 (60,8)	34 (36,8)	< 0,001

N - Número de casos | * valor de p obtido através do teste do X²

Discussão e Conclusões

Na CA foram avaliados maioritariamente doentes com idades compreendidas entre os 41 e 80 anos, ASA II, e propostos para intervenções da especialidade de Cirurgia Geral, seguindo-se de Urologia e de Ginecologia.

Perante os dados obtidos, foi possível verificar que existem especialidades cirúrgicas que não referenciaram para a CA os seus doentes. Quanto aos doentes referenciados, constatou-se que uma percentagem relevante não possuía esclarecimento sobre a cirurgia proposta, e tem sido na CA que estes doentes tentam esclarecer as dúvidas relacionadas com o procedimento cirúrgico. Os resultados do nosso trabalho evidenciam a necessidade de melhorar a comunicação entre o proponente da cirurgia e o doente.

Os resultados obtidos revelam que os doentes avaliaram positivamente a CA, sendo um facto importante a valorização da CA na perspectiva dos seus utilizadores.

O medo e preocupação em relação à anestesia é uma questão conhecida e relevante na Anestesiologia. Os medos podem refletir mitos criados pela sociedade, problemas pessoais e anestésias anteriores menos satisfatórias. Apesar de se transmitir mais informação, e do maior acesso à mesma, ainda existem medos e preocupações no que respeita ao ato anestésico, que deveriam ser esclarecidos com os doentes.

Os nossos resultados estão de acordo com estudos anteriores sobre os medos dos doentes relativos à anestesia, contudo, existem algumas diferenças, quanto a medos específicos. A presença de medos teve uma associação com o género, sendo o género feminino a apresentar maior percentagem. Uma explicação possível será o facto de as mulheres serem mais ansiosas^{10,11} e mais receosas de um modo geral. Por outro lado, os homens têm maior dificuldade em exprimir os seus medos ou preocupações e admitir as suas vulnerabilidades, devido aos padrões sociais existentes.^{13,14}

Relativamente ao medo ou preocupação de acordar durante a cirurgia, este associou-se ao grupo etário mais jovem, o que pode ser explicado por terem maior facilidade de acesso à informação, e

à importância que este tipo de evento têm nos *media*.¹⁵

Uma anestesia prévia, nomeadamente a anestesia geral, associou-se a um maior medo ou preocupação de náuseas e vômitos no pós-operatório, o que pode refletir uma experiência negativa no passado. Assim como os doentes que referiram ter dor moderada ou intensa no último pós-operatório, apresentaram medo ou preocupação com a dor no pós-operatório em maior percentagem.

Devemos ter em atenção que estes resultados podem estar subestimados, uma vez que os doentes tendem a confiar mais os seus medos a familiares, do que aos profissionais de saúde, o que pode ser melhorado ao otimizar a relação médico-doente.

A literatura associa os medos e preocupações dos doentes a um estado de maior ansiedade, que pode originar complicações no período peri-operatório, nomeadamente alterações no sistema nervoso autónomo com resposta nefasta a nível cardiovascular (taquicardia, arritmias, hipertensão), e necessidade de maior dose de fármacos durante a indução e manutenção anestésicas.³ A ansiedade também se associa a uma maior incidência quer de náuseas e vômitos quer de dor pós-operatória, com eventual recobro mais prolongado.¹⁶⁻¹⁹ Deste modo, é importante questionar os medos e preocupações dos nossos doentes, fornecendo informação necessária para que se possam sentir menos ansiosos, e assim melhorar a qualidade do seu período peri-operatório.

Limitações do estudo

Relativamente a limitações do estudo, e tal como qualquer outra pesquisa feita por meio de questionário, a atitude do doente relativamente às respostas dadas pode ser tendenciosa. Na tentativa de minorar essa tendência, o questionário foi realizado no final da consulta de anestesia e após explicação detalhada das questões.

Por outro lado, não foi possível realizar o estudo através de um questionário previamente validado pela inexistência do mesmo. Na tentativa de contornar esta questão, foi criado um questionário com base em pesquisa bibliográfica e opinião de anestesiolistas, conforme citado na metodologia deste estudo.

A realização deste questionário em apenas um centro hospitalar pode constituir uma limitação na generalização dos resultados, uma vez que estamos a estudar indivíduos essencialmente da área metropolitana do Porto, e a percepção sobre a CA e os medos ou preocupações relacionados com o ato anestésico podem ser diferentes noutras regiões. No entanto, o Centro Hospitalar de São João constitui o centro de referência de várias freguesias com grande variabilidade no grau de urbanização e ruralidade. Estudos que envolvam outras regiões do país ou outros países podem constituir uma vantagem, o que deve ser tido em conta em estudos futuros.

Em conclusão, na maioria dos casos, os doentes mostraram-se satisfeitos e consideraram importante a CA. Um número considerável de doentes, maioritariamente do género feminino, apresentou medos e preocupações durante o período que mediou entre a proposta cirúrgica até à realização da mesma, e que podem levar a níveis consideráveis de ansiedade, o que deve suscitar a nossa atenção e intervenção.

Conflito de Interesses

Os autores declaram não existir conflito de interesses em

relação ao trabalho efetuado.

Fontes de Financiamento

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Correspondência

Luís Guimarães Pereira
luis.alberto.p@hotmail.com

REFERÊNCIAS

1. Valenzuela Millan J, Barrera Serrano JR, Omelas Aguirre JM. Anxiety in preoperative anesthetic procedures. *Cir Cir*. 2010;78:147-51.
2. Ramsay MA. A survey of pre-operative fear. *Anaesthesia*. 1972;27:396-402.
3. Tolsdorf W, Berlin J, Rey ER, Schmidt R, Kollmeier W, Storz W, et al. Der präoperative Stress. Untersuchung zum Verhalten psychischer und physiologischer Stressparameter nichtprämedizierter Patienten in der präoperativen Phase. *Anaesthesist*. 1984;33:212-7.
4. Lee A, Hillman KM. Anesthesia preoperative evaluation clinic. *Anesthesiology*. 1997;86:260-3.
5. Hariharan S, Chen D, Merritt-Charles L. Evaluation of the utilization of the preanaesthetic clinics in a university teaching hospital. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:59.
6. Pollard JB, Zboray AL, Mazze RI. Economic benefits attributed to opening a preoperative evaluation clinic for outpatients. *Anesth Analg*. 1996;83:407-10.
7. Starsnic MA, Guarnieri DM, Norris MC. Efficacy and financial benefit of an anesthesiologist-directed university preadmission evaluation center. *J Clin Anesth*. 1997;9:299-305.
8. St Jacques PJ, Higgins MS. Beyond cancellations: decreased day of surgery delays from a dedicated preoperative clinic may provide cost savings. *J Clin Anesth*. 2004;16:478-9.
9. Edward GM, Lemaire LC, Preckel B, Oort FJ, Bucx MJ, Hollmann MW, et al. Patient Experiences with the Preoperative Assessment Clinic (PEPAC): validation of an instrument to measure patient experiences. *Br J Anaesth*. 2007;99:666-72.
10. Shevde K, Panagopoulos G. A survey of 800 patients' knowledge, attitudes, and concerns regarding anesthesia. *Anesth Analg*. 1991;73:190-8.
11. Williams JG, Jones JR. Psychophysiological responses to anesthesia and operation. *JAMA*. 1968;203:415-7.
12. Correll DJ, Bader AM, Hull MW, Hsu C, Tsen LC, Hepner DL. Value of preoperative clinic visits in identifying issues with potential impact on operating room efficiency. *Anesthesiology*. 2006;105:1254-9; discussion 6A.
13. McLean CP, Anderson ER. Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clin Psychol Rev*. 2009;29:496-505.
14. Pierce KA, Kirkpatrick DR. Do men lie on fear surveys? *Behav Res Ther*. 1992;30:415-8.
15. Ghoneim MM, Block RI, Haffaman M, Mathews MJ. Awareness during anesthesia: risk factors, causes and sequelae: a review of reported cases in the literature. *Anesth Analg*. 2009;108:527-35.
16. Maranets I, Kain ZN. Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. *Anesth Analg*. 1999;89:1346-51.
17. Kil HK, Kim WO, Chung WY, Kim GH, Seo H, Hong JY. Preoperative anxiety and pain sensitivity are independent predictors of propofol and sevoflurane requirements in general anaesthesia. *Br J Anaesth*. 2012;108:119-25.
18. Van den Bosch JE, Moons KG, Bonse GJ, Kalkman CJ. Does measurement of preoperative anxiety have added value for predicting postoperative nausea and vomiting? *Anesth Analg*. 2005;100:1525-32.
19. Kalkman CJ, Visser K, Moen J, Bonse GJ, Grobbee DE, Moons KG. Preoperative prediction of severe postoperative pain. *Pain*. 2003;105:415-23.

INFORMAÇÕES RELATIVAS AOS UTENTES

Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

Área de Residência: Rural ☐ Urbana ☐

Idade: < 18 anos ☐ 19 – 40 anos ☐ 41 – 60 anos ☐ 61 – 80 anos ☐ > 80 anos ☐

Escolaridade: Nenhuma ☐ Ens. Primário ☐ Ens. Básico ☐ Ens. Secund. ☐ Ens. Universit ☐ Outra ☐

Estatuto Profissional: Ativo ☐ Desempregado ☐ Reformado ☐ Estudante ☐ Outro ☐

Área Cirúrgica (quem propôs a consulta de anestesia).....

Cirurgia proposta.....

Patologia(s) associada(s)

QUESTIONÁRIO

Já foi anestesiado? **Sim** ☐ (responde às **alíneas a e b**) **Não** ☐ (responde apenas à **alínea b**)

a) Em relação à última vez:

- 1 – Para que cirurgia/procedimento 2 – Quando?
- 3 – Tipo de Anestesia: Geral ☐ Loco-regional ☐ Combinada ☐ Sedação ☐ Outra/Não sabe ☐
- 4 – Teve consulta de Anestesia? Sim ☐ Não ☐
- 5 – Quais eram os seus medos/preocupações em relação à anestesia a que ia ser submetido?
 Não acordar ☐ Ter dor ☐ Ficar incapacitado ☐ Acordar durante a cirurgia ☐ Ouvir durante a cirurgia ☐
 Falar de assuntos que não quer ☐ Nenhum ☐ Outro(s) ☐
- 6 – Como classifica a sua dor após a cirurgia/procedimento ?
 Sem dor ☐ Dor ligeira ☐ Dor moderada ☐ Dor intensa ☐ Dor máxima ☐
- 7 – Houve Intercorrências? Sim ☐ Qual?.....
 Não ☐

b) Em relação ao presente:

- 1 – O/A cirurgião/ã explicou-lhe a cirurgia a que esta proposto? Sim ☐ Não ☐ (avançar para pergunta b.2)
- 1.1) Qual o seu grau de satisfação sobre essa explicação?
 Completamente insatisfeito ☐ Insatisfeito ☐ Não sabe /Indiferente ☐ Satisfeito ☐ Completamente satisfeito ☐
- 2 – Sobre esta consulta: ☐
- 2.1) Acha-a importante? ☐ Nada importante ☐ Pouco importante ☐ Não sabe ☐ Importante ☐ Muito importante ☐
- 2.2) Ficou satisfeito? ☐ Completamente insatisfeito ☐ Insatisfeito ☐ Não sabe ☐ Satisfeito ☐ Completamente satisfeito ☐
- 3 – Quais os medos/preocupações atuais em relação à anestesia a que vai ser submetido?
 Não acordar ☐ Ter dor ☐ Ficar incapacitado ☐ Acordar durante a cirurgia ☐ Ouvir durante a cirurgia ☐
 Falar de assuntos que não quer ☐ Nenhum ☐ Outro(s) ☐