

**UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, EXTENSÃO E PÓS-GRADUAÇÃO  
CÂMPUS DE FREDERICO WESTPHALEN  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO  
MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

**ANDRÉ RIGO**

**AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: UMA ABORDAGEM TERAPÊUTICA E  
EDUCACIONAL**

**FREDERICO WESTPHALEN - RS**

**2021**

**ANDRÉ RIGO**

**AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: UMA ABORDAGEM TERAPÊUTICA E  
EDUCACIONAL**

**Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre, pelo Curso de Pós-Graduação em Educação – Mestrado em Educação, Departamento de Ciências Humanas da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus de Frederico Westphalen.**

**Orientadora: Dra. Eliane Cadoná**

**FREDERICO WESTPHALEN - RS**

**2021**

**ANDRÉ RIGO**

**AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: UMA ABORDAGEM TERAPÊUTICA E  
EDUCACIONAL**

**Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre, pelo Curso de Pós-Graduação em Educação – Mestrado em Educação, Departamento de Ciências Humanas da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus de Frederico Westphalen.**

**Frederico Westphalen, 30 de agosto de 2021.**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Eliane Cadoná  
URI – Câmpus de Frederico Westphalen

---

Dra Luci Mary Duso Pacheco  
URI – Câmpus de Frederico Westphalen

---

Dra Maristela Borin Busnello

## **IDENTIFICAÇÃO**

### **Instituição de Ensino/Unidade**

URI – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

Câmpus de Frederico Westphalen

Rua Assis Brasil, nº 709, Bairro Itapagé, Frederico Westphalen –RS - CEP 98400-000

### **Direção do Campus**

Diretor Geral: Silvia Regina Canan

Diretora Acadêmica: Elisabete Ceruti

Diretor Administrativo: Ezequiel Plinio Albarello

### **Departamento/Curso**

Departamento de Ciências Humanas – Chefe: Maria Cristina Gubiani Aita

Curso de Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Educação – Coordenadora: Professora  
Dra. Luci Mari Duso Pacheco

### **Disciplina**

Dissertação

### **Orientador**

Prof. Dra. Eliane Cadoná

### **Mestrando**

André Rigo

### **Linha de Pesquisa**

Processos educativos, linguagens e tecnologias

Dedico este trabalho à minha esposa Marjorie.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha esposa Marjorie, companheira de todas as horas, exemplo de ser humano e profissional, pela compreensão e paciência demonstrada durante o período do projeto.

Aos meus pais, Gentile e Adelina, pelo exemplo de dignidade e perseverança, pela confiança na minha capacidade e sólida formação que me proporcionou a continuidade nos estudos até a chegada a este mestrado, meus eternos agradecimentos.

E à toda minha família.

À minha orientadora, Professora Dra. Eliane Cadoná, por aceitar conduzir o meu trabalho de pesquisa, pelos ensinamentos, por seu exemplo de ética e cidadania, por estar sempre pronta para ajudar e por ter acreditado nas minhas capacidades.

Também quero agradecer à URI e ao Programa de Pós-Graduação em Educação e a todos os professores do meu curso pela elevada qualidade do ensino oferecido.

Muito obrigado.

## RESUMO

A consulta pré-anestésica é momento de grande importância durante o processo anestésico-cirúrgico. Entre os principais objetivos desta consulta está a necessidade de obter a confiança do paciente. A consulta pré-anestésica se caracteriza como um processo educativo, uma vez que ela contribui para a tranquilidade do usuário através da troca de saberes, conhecimentos e experiência entre médico e usuário. O objetivo deste estudo foi compreender, junto a usuários de um serviço de saúde hospitalar, o lugar ocupado pela consulta pré-anestésica no processo de cuidado. A pesquisa foi de natureza descritiva, com abordagem qualitativa, realizada no Consultório de Anestesiologia e Dor situado no Centro Clínico do Hospital de Caridade, na cidade de Erechim. A amostra foi composta por dez pacientes do sistema de saúde privado que já haviam sido submetidos a consultas pré-anestésicas e a cirurgias, com idades entre 31 e 73 anos, sendo 80% do sexo feminino e 20% masculino. Os dados foram coletados através de entrevista, norteadas por quinze questões semiestruturadas, de outubro a novembro de 2019. Como resultados, observou-se que os usuários do serviço, em resposta às questões, abordaram alguns pontos em comum: primeiramente medo, ansiedade e desconhecimento precedentes ao procedimento. Entretanto, após a consulta pré-anestésica relataram mais confiança no médico, tranquilidade em relação ao procedimento e consequente diminuição dos fatores de estresse. Constata-se que os pacientes envolvidos no estudo reconhecem o valor da consulta pré-anestésica como estratégia para estreitar a relação entre profissional da saúde e usuário e como fator educativo, trazendo mais segurança e diminuindo a ansiedade com o procedimento como um todo. É fundamental ter a humanização como base de atuação no atendimento dos pacientes, além de observá-los na sua totalidade, física, social e mental, e torná-los protagonistas nos cuidados com a própria saúde. Dessa forma, a consulta pré-anestésica surge como uma ferramenta básica de Educação em Saúde.

**Palavras-chave:** Consulta pré-anestésica. Educação em Saúde.

## ABSTRACT

A preanesthetic consultation is a matter of great importance in the anesthetic surgical process. The main objective of the preanesthetic consultation is to gain the trust of the patient. The preanesthetic consultation serves as an educational process, as it contributes to the user's tranquility through the exchange of knowledge, information and experience between the doctor and the user. The aim of this study was to understand, through users of a medical health service, the importance of preanesthetic consultation in the care process. The research was descriptive in nature with a qualitative approach, carried out at the Anesthesiology and Pain Office located at the Clinical Center of the Hospital de Caridade, in the city of Erechim. The sample consisted of ten patients, from the private healthcare system, obtained via anesthetic consultations and surgeries, aged between 31 and 73 years, 80% female and 20% male. Data were collected through telephone interviews, guided by fifteen semi-structured questions, from October to November 2019. It was observed that patients, in response to the questions, addressed some common points, such as fear, anxiety and lack of knowledge that preceded the procedure. However, after the pre-anesthetic consultation, they reported more trust in the physician, tranquility in relation to the procedure and a consequent reduction in stress. It is evident that the patients recognize the value of the preanesthetic consultation as a strategy to strengthen the doctor-patient relationship and as an educational factor, bringing more trust and reducing anxiety with the procedure altogether. It is essential to have humanization as a basic factor in the patient care, in addition to providing them good consultation, both physically and mentally, and thus making them an important part of their own health-related decisions. Thus, pre-anesthetic consultation should be regarded as a basic education tool for the Healthcare System.

**Key words:** Pre-anesthetic consultation. Health education.



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Percentual de dissertações e teses com os descritores referentes ao tema.....	14
Gráfico 2 –	Relação temporal de dissertações e teses com os descritores .....	15
Gráfico 3 –	Número de dissertações e teses por descritor. ....	16
Gráfico 4 –	Idade média dos pacientes entrevistados e distribuição segundo o sexo.....	39
Gráfico 5 –	Distribuição dos usuários segundo a experiências com cirurgias prévias.....	42

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1</b>	<b>Tema.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2</b>	<b>Delimitação do tema.....</b>	<b>12</b>
<b>1.3</b>	<b>Problema.....</b>	<b>12</b>
<b>1.4</b>	<b>Objetivos.....</b>	<b>12</b>
1.4.1	Objetivo Geral.....	12
1.4.2	Objetivos específicos.....	12
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA E ESTADO DO CONHECIMENTO.....</b>	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>CAMINHOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>18</b>
<b>4</b>	<b>CAPÍTULO 1 – REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>23</b>
<b>4.1</b>	<b>Educação e anestesia.....</b>	<b>23</b>
<b>4.2</b>	<b>Ansiedade e medo.....</b>	<b>26</b>
<b>4.3</b>	<b>Consulta pré-anestésica.....</b>	<b>29</b>
<b>4.4</b>	<b>Medo de anestesia: por quê?.....</b>	<b>32</b>
<b>5</b>	<b>CAPÍTULO 2 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....</b>	<b>39</b>
<b>5.1</b>	<b>Quais os fatores históricos e atuais que justificam a utilização da consulta pré-anestésica como fator educacional?.....</b>	<b>41</b>
<b>5.2</b>	<b>Quais são os aspectos da consulta pré-anestésica que auxiliam no cuidado em saúde?.....</b>	<b>46</b>
<b>5.3</b>	<b>Quais os aspectos da consulta pré-anestésica que necessitam ser aprimorados no cuidado em saúde?.....</b>	<b>47</b>
<b>6</b>	<b>CAPÍTULO 3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>50</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>52</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>59</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO.....</b>	<b>60</b>
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....</b>	<b>62</b>
	<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) MENORES DE 7 ANOS NÃO ALFABETIZADOS OU INCAPAZES.....</b>	<b>64</b>
	<b>APÊNDICE D - MODELO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....</b>	<b>66</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente uma prática crescente e em evidência no meio médico é a realização de uma consulta pré-anestésica, ou seja, a pessoa que vai se submeter a um tratamento cirúrgico, com anestesia, passa previamente por uma consulta com o médico anesthesiologista. Esse procedimento tem o intuito de informar, esclarecer e fornecer uma atenção ao paciente, de forma que as dúvidas sejam esclarecidas e os temores que cercam o procedimento diminuídos (OLIVEIRA, 2011).

A consulta pré-anestésica se torna um momento de suma importância, no qual o profissional tem a oportunidade de conhecer melhor o usuário, fazendo uma entrevista detalhada, acompanhada de exame clínico, buscando prever riscos inerentes ao procedimento que será realizado e podendo o médico planejar o ato anestésico. Outra questão importante da consulta pré-anestésica é a obtenção da confiança do paciente por meio da orientação detalhada sobre o procedimento, informando-o, de forma didática e esclarecedora, acerca dos detalhes do ato cirúrgico-anestésico (PRITCHARD, 2009).

Na prática diária das consultas pré-anestésicas, percebe-se uma incidência elevada em relação à ansiedade dos pacientes, assim como muitos relatos de temores à anestesia em específico. No entanto, esses questionamentos não são correspondidos com a realidade, visto os avanços tecnológicos e maior capacitação dos médicos anesthesiologistas. Sendo assim, as complicações, no que concerne à anestesia, são baixíssimas, ou até próximas de zero, quando levado em conta pacientes saudáveis, isto é, aqueles que não apresentam doenças autoimunes, processos de alcoolismo, tabagismo, etc.

De acordo com Silva (2016), com o avanço da medicina, as complicações da anestesia têm se tornado raras em grandes hospitais, devido ao progresso em avaliar, por intermédio de uma consulta pré-anestésica, as condições físicas e psíquicas dos usuários, dando especial atenção aos casos de pessoas debilitadas ou inseguras. Ademais, o mesmo autor afirma que essa diminuição significativa dos riscos se deve à modernização das tecnologias de monitoramento dos usuários, aos diferentes e novos medicamentos, bem como à qualificação e capacitação médica.

Com base nessas informações, a ciência se vê diante de um paradoxo. O profissional médico, que vai proporcionar alívio, ou mesmo, ausência total de dor, assim como segurança e tranquilidade para a realização do ato cirúrgico se torna o responsável pelo medo e pela insegurança e até desconfiança de alguns pacientes.

Sabe-se que a possibilidade de sentir dor no pós-operatório, a separação dos familiares e a exposição a estranhos, o medo da cirurgia e da anestesia e a possibilidade de se tornar incapacitado são fatores que podem elevar o grau de ansiedade dos pacientes (DURIEX et al., 2004). Todos esses fatores, somados ao desconhecimento do procedimento que serão submetidos faz com que o ambiente anestésico-cirúrgico se torne propício para o aparecimento de temores. Nesse sentido, é fundamental a atuação prévia do anestesiológico. A atenção ao paciente deve começar no período pré-operatório, disponibilizando uma consulta, com o intuito de informar com dados técnicos e objetivos a realidade a qual o usuário se encontra, esclarecendo as dúvidas e os procedimentos em relação à anestesia e também proporcionando uma aproximação afetiva entre médico e paciente e os melhores meios para desenvolver o entendimento sobre os procedimentos anestésicos-cirúrgicos.

No seio da consulta pré-anestésica, encontra-se o ato de cuidar. Para Pinheiro (2008), o cuidado consiste em um modo de agir produzido pelas experiências de um determinado tipo de vida, cujo delineamento é dado por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos que se traduzem em práticas de espaço e na ação. Perante isso, o cuidado em saúde, de acordo com a autora, não é apenas o nível de atenção do sistema de saúde ou do procedimento técnico simplificado, mas sim, uma atenção e ação integral com sentidos e significados voltados para a compreensão da saúde como o “direito de ser” dos sujeitos.

A configuração expressa pelo cuidado na consulta pré-anestésica, a qual visa, além das informações sobre os procedimentos técnicos, também a visão integral do sujeito permite afirmar que ela se incorpora ao ato educacional, quando este é entendido como a mudança da postura dos sujeitos perante dialogicidade das informações e das experiências (FREIRE, 1987).

Esta dissertação encontra-se dividida, além da Introdução, em: Justificativa e Estado do conhecimento, Caminhos metodológicos, Capítulo 1 - Referencial teórico, onde são abordados Educação e anestesia, Ansiedade e medo, Consulta pré-anestésica e Medo de anestesia: por quê?, Capítulo 2 – Análise e discussão dos resultados, seguido pelo Capítulo 3 – Considerações finais.

Visto isso, apresenta-se, a seguir, o tema e sua delimitação, problema e objetivos, os quais delinearão a pesquisa.

## **1.1 Tema**

Educação e cuidado na consulta pré-anestésica.

## **1.2 Delimitação do tema**

Consulta pré-anestésica e o processo de educação para o cuidado.

## **1.3 Problema**

Qual o lugar atribuído pelo usuário de um serviço de saúde hospitalar pela consulta pré-anestésica como fator educacional no processo de cuidado?

## **1.4 Objetivos**

### 1.4.1 Objetivo geral

Compreender, junto a usuários do serviço de saúde hospitalar, o lugar ocupado pela consulta pré-anestésica no processo de cuidado.

### 1.4.2 Objetivos específicos

- a) Evidenciar os fatores históricos e atuais que justificam a utilização da consulta pré-anestésica como fator educacional;
- b) Problematizar, junto aos usuários, os aspectos da consulta pré-anestésica que auxiliam no cuidado em saúde;
- c) Compreender, junto aos usuários, os aspectos da consulta pré-anestésica que necessitam ser aprimorados no cuidado em saúde.

## 2 JUSTIFICATIVA E ESTADO DO CONHECIMENTO

Consulta pré-anestésica ou avaliação pré-anestésica é uma consulta clínica especializada, realizada pelo médico anestesiológico, que deve ser efetuada previamente à realização de um ato anestésico. A consulta pré-anestésica tem-se mostrado muito efetiva no conceito moderno do bem cuidar, que envolve atenção, segurança e técnica eficaz. O impacto de uma avaliação pré-operatória completa sobre a ansiedade do usuário pode ser tão efetivo quanto uma medicação pré-anestésica (ORTENZI, 2006), possibilitando assim que tecnologias leves sejam utilizadas com mais frequência no campo da saúde, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde. Tal lógica também opera na perspectiva da Clínica Ampliada, que olha para as necessidades da pessoa, e descola o exercício do cuidado em saúde de uma lógica biomédica e curativista (BRASIL, 2009).

O ato cirúrgico é percebido especialmente pelo usuário como uma ameaça externa e, como tal, a ansiedade pré-operatória é uma emoção comum à maioria das pessoas que vão ser submetidas a uma cirurgia (EGBERT et al., 1963). É fundamental esclarecer ao usuário os procedimentos cirúrgicos, do pós-operatório, e todas as outras dúvidas que possam existir, bem como identificar pessoas que apresentam níveis elevados de ansiedade. A forma como a comunicação é feita e a quantidade de informação que é transmitida é fundamental e deve ser balizada, pois ajuda a diminuir os temores sentidos pela pessoa sob cuidados em saúde. Cabe aos profissionais da saúde, portanto, essa difícil missão de implementar estratégias que permitem reduzir o medo e a ansiedade (CAUMO et al., 2001; PRITCHARD, 2009) por intermédio de processos educativos junto aos seus pacientes.

É então nesse contexto que a consulta pré-anestésica está inserida, tendo em vista que ela busca realizar um elo entre médico e usuário, com início no período pré-operatório, o que permite contribuir para um melhor esclarecimento e informação, através do diálogo e do exame físico. Com isso, o médico anestesiológico vislumbra demonstrar a segurança da área de anestesiologia e, por consequência, diminuir anseios e desfechos negativos. Esse movimento constitui-se em um ato de respeito e cuidado que coloca a pessoa em tratamento como integrante do processo e, portanto, também protagonista dele.

Apesar disso, compreende-se que a prática rotinizada da consulta pré-anestésica é recente no país. Em outubro de 2006, foi incorporada à Resolução nº 1.802 do Conselho Federal de Medicina, que dispõe sobre a prática do ato anestésico. Nesta, além de outras concepções sobre a consulta pré-anestésica, ficou determinado que: “Para os procedimentos

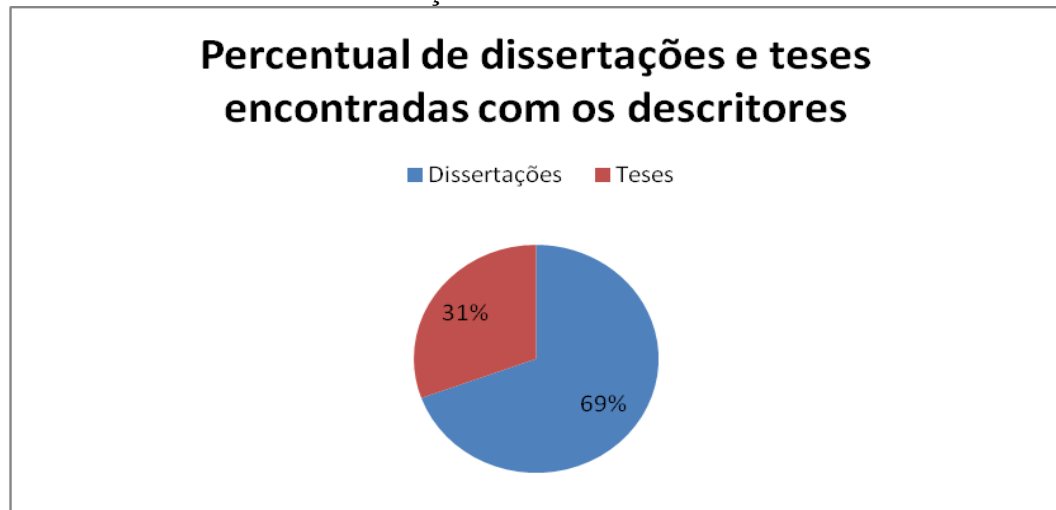
eletivos, recomenda-se que a avaliação pré-anestésica seja realizada em consulta médica antes da admissão na unidade hospitalar” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2006). Perante isso, tornou-se indispensável conhecer, com a devida antecedência, as condições clínicas do paciente, cabendo ao médico decidir sobre o ato anestésico, que é soberano e intransferível do médico anesthesiologista.

Diante do exposto, visou-se conhecer as pesquisas que dão conta do tema “Educação e cuidado na consulta pré-anestésica”, intentando para a busca do referencial teórico e do conhecimento da existência de pesquisas semelhantes ou não.

Para essa efetivação, pesquisou-se na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) do Instituto Brasileiro de Informações em Ciências e Tecnologias (IBICT), três descritores os quais dessem conta do tema. Os descritores relacionavam-se amplamente com o tema, sendo que um deles referia-se à “Ansiedade e medo em consultas médicas”, outro buscava encontrar trabalhos sobre “Consultas pré-anestésicas” e também um descritor que procurava monografias *stricto sensu* sobre “Desfechos da consulta pré-anestésica” no período de 2007 a 2017. Esses descritores foram buscados, na plataforma, no mês de março de 2018, o que vem a justificar alterações nos dados, a partir de então.

Analisando-se o levantamento de dados encontrados com as palavras-chave “Ansiedade e medo em consultas médicas”, “Consultas pré-anestésicas” e “Desfechos da consulta pré-anestésica”, observou-se uma predominância de dissertações (159) em relação a teses (72). Fato esse que pode ser explicado pela grande oferta e incentivos na última década, nos cursos de mestrado, a nível nacional, especialmente na área da educação. O número de dissertações e teses pode ser observado no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Percentual de dissertações e teses com os descritores referentes ao tema.

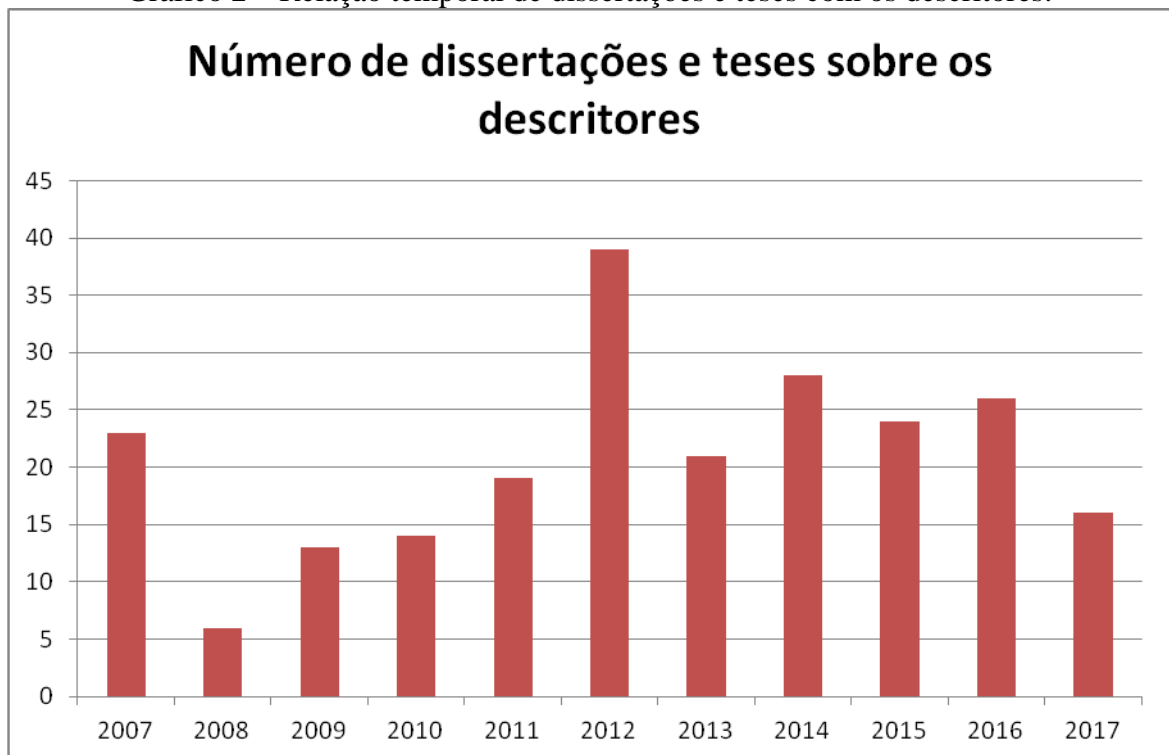


Fonte: AUTOR, 2018

Quando analisada a distribuição das dissertações e teses ao longo do período pesquisado (2007-2017), nota-se um aumento considerável das publicações no ano de 2012, o qual coincide com o período em que o país vivia um de seus auge na economia, o que reflete diretamente no incentivo à educação, pois se sabe que uma economia positiva e saudável repercute no aporte educacional.

No restante do período, nota-se uma regularidade das publicações, mantendo sua média em torno de 20 publicações-ano, número considerável, o que denota para um cuidado maior para com o bem-estar dos pacientes e também representa a evolução das técnicas anestésicas e a preocupação com a segurança e qualidade em anestesia. O Gráfico 2 apresenta a análise temporal abordada.

Gráfico 2 – Relação temporal de dissertações e teses com os descritores.



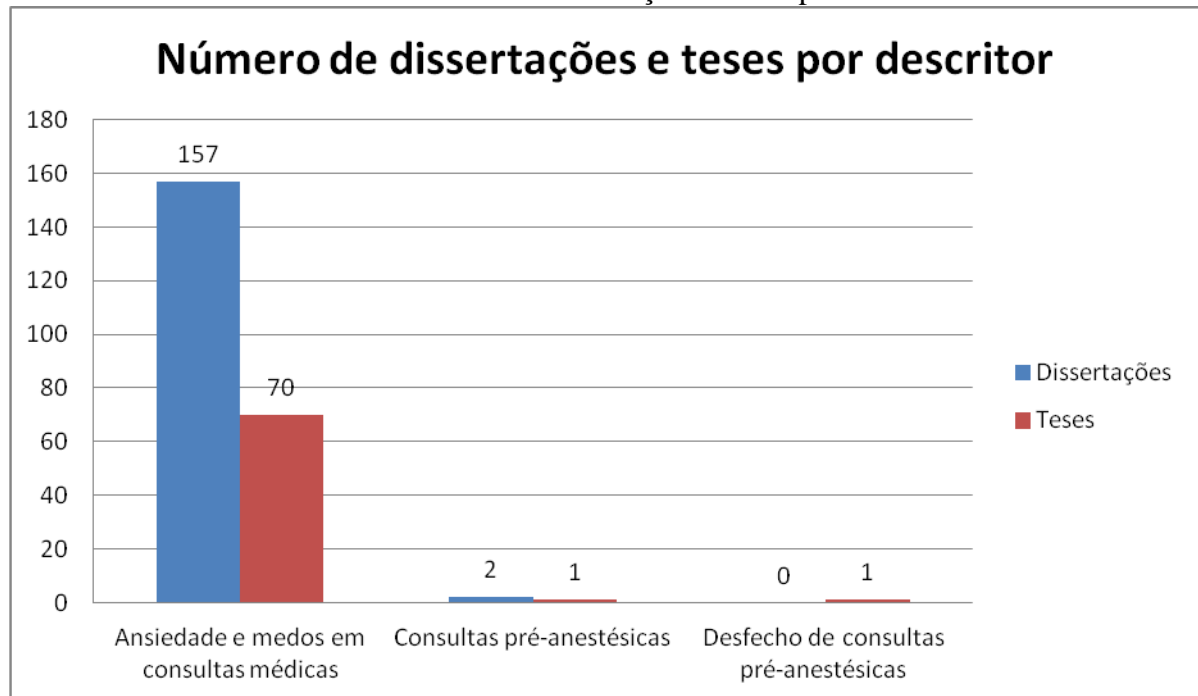
Fonte: AUTOR, 2018

Por último, quando se analisa o número de dissertações e teses por descritor, verifica-se uma predominância quase que absoluta nas palavras-chave “Ansiedade e medos em consultas médicas” em relação aos termos “Consultas pré-anestésicas” e “Desfecho de consultas pré-anestésicas”. Estes dados podem ser observados no Gráfico 3, e estão fortemente respaldados pelo fato de a ansiedade ser considerada como um dos sintomas presentes no cotidiano da população em geral, devido principalmente à rotina agitada, além do fato da constante cobrança por resultados e metas em todas as áreas. Sabe-se ainda que os



medicamentos para controle do humor e da ansiedade estão entre os mais prescritos nos consultórios médicos na atualidade, como aponta a reportagem veiculada pela revista *Veja Saúde*, em dezembro de 2017. Essa reportagem mostra um crescimento de 74% nas vendas de remédios relacionados à ansiedade e antidepressivos em um período de seis anos (VEJA, 2017).

Gráfico 3 – Número de dissertações e teses por descritor.



Fonte: AUTOR, 2018

Quando da decorrência de uma cirurgia, as questões emocionais afloram-se, causando ansiedade e medo. De acordo com Mathias e Mathias (1997), o ato de consulta prévia realizada pelo anestesiológista possibilita ao paciente uma segurança maior e uma diminuição da ansiedade. Para os autores, ela também reduz o tempo de internação pré-operatória e o número de cirurgias suspensas, o que, conseqüentemente, também reduz os custos com o tratamento, devido ao menor número de exames laboratoriais, redução do número de interconsultas e diminuição do tempo para marcar cirurgias.

Após a análise quantitativa dos descritores, faz-se necessária uma análise mais detalhada das pesquisas realizadas (qualitativa). Sendo assim, analisou-se uma dissertação de relevância ao tema.

A dissertação intitulada “Medos relacionados à anestesia e associados ao perfil sociodemográfico de pacientes na consulta pré-anestésica”, de autoria de João José Borges de Barros dos Santos, tinha como objetivo avaliar os principais medos associados à anestesia,

correlacionando-os às características sociodemográficas e avaliar o grau de ansiedade dos pacientes. Para isso, realizou-se um estudo com 800 participantes, objetivando traçar um perfil dos temores associados à anestesia. A amostra era composta por adultos que aguardavam consultas pré-anestésicas em consultórios hospitalares de instituição pública e privada. Para esse mapeamento, foram utilizados questionários padronizados, contendo questões de abrangência sociodemográfica dos usuários, suas experiências prévias com anestesia, medos e avaliação do grau de ansiedade dos mesmos. Os resultados obtidos revelaram que as maiores preocupações daqueles pacientes foram o medo de não acordar, de passar por uma experiência dolorosa e o medo de sofrer algum dano funcional (sequelas) (SANTOS, 2011).

Observa-se, então, que essa pesquisa descreve sobre medos e ansiedade relacionados à anestesia, no entanto, nenhuma delas apresenta o desfecho da consulta pré-anestésica, ou seja, qual a real função da avaliação pré-anestésica nesses pacientes e qual o resultado da consulta perante tais sintomas. Dessa forma, esse estado do conhecimento destacou a associação ante o medo e a ansiedade em uma avaliação. Contudo, o efeito da consulta pré-anestésica foi pouco elucidado, o que torna a presente pesquisa, aqui proposta, relevante em termos acadêmicos.

Cabe à consulta pré-anestésica um papel fundamental, dispondo um melhor esclarecimento e uma informação especializada para os indivíduos para, assim, contribuir na melhora de sintomas.

Os resultados apresentados neste estudo demonstram que grande parte dos trabalhos nessa área se concentram em relação à ansiedade e ao medo em consultas médicas, sendo apenas duas dissertações relacionadas à consulta pré-anestésica e apenas uma tese sobre o assunto. Sendo assim, o presente trabalho, baseada nessas informações, se torna pertinente e inovador e pretende colaborar significativamente, contribuindo com médicos, pacientes e população em geral, com informação e educação adequadas. Além disso, este trabalho possui relevância, pois busca conhecer os medos e a ansiedade de usuários que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos e a consultas pré-anestésicas, buscando encontrar subsídios educativos e aportes para a dialogicidade e aprendizagens transformadoras que se desenvolvem na relação médico e usuário.

### 3 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Diante do exposto, compreender como a consulta pré-anestésica auxilia no processo cirúrgico faz-se fundamental, uma vez que este ramo da medicina é especificamente novo e de grandes contribuições para o prolongamento da vida. Para que isso se objetive, é preciso utilizar métodos adequados para dialogar com os fatos e com a bibliográfica, buscando aperfeiçoamentos futuros.

Para Ghedin e Franco (2011) o método é tudo aquilo que nos possibilita a interpretação do objeto de estudo feito mediante determinados instrumentos. Os mesmos autores argumentam que o método é imprescindível, pois o objeto a ser estudado carrega-se de diferentes sentidos, formas de estruturação e organização, cabendo ao pesquisador a ordenação desses sentidos por meio do que ele interpreta, expressa e discursa sobre aquilo que o objeto é. O discurso, por sua vez, é o “que possibilita a constituição da ciência”(p. 25).

No que se refere à metodologia, Demo (1989) a compreende como um conhecimento crítico dos caminhos e dos processos científicos, os quais são indagados e questionados acerca das possibilidades e dos limites que se percorre. Vê-se, portanto, que eles são importantes meios para a compreensão dos discursos teóricos e das práticas que se ouve e se observa no momento da pesquisa, os quais só podem ser validados por meio de instrumentos.

Por muito tempo os métodos estabelecidos como processo de pesquisa faziam referência àquilo que era quantificável e testado empiricamente. Com a incapacidade de apenas observar aquilo que pode ser quantificável, buscou-se novas formas de se fazer ciência, pois, de acordo com Severino (1999), deve-se julgar também necessário colocar sob a ótica da pesquisa questões de ordem histórica, ética e política, sendo a ciência então vista da perspectiva não só do *logos*, como também da práxis.

Entretanto, tornar verdadeiro e científico o que se produz enquanto sociedade é pôr à baila discussões sobre a cientificidade do objeto a ser estudado, buscando com ele um modo especial de legitimar o conhecimento. Dessa forma, fazer ciência, dentro do aspecto social e político, aqui em especial, dentro da educação médica, é trazer em seu bojo marcas históricas, refletidas em valores sociais incorporados pelas representações sociais e coletivas momentâneas (GHEDIN; FRANCO, 2011) que extrapolam as lentes únicas e estanques a um sujeito que se expressa em um determinado local e em um determinado instante. Pode-se dizer que discutir está além do enxergar o que se expressa. É, principalmente, olhar, analisar e se aprofundar dentro da integralidade dos fatos, dos contextos que destes emergem e pressupor um delinear histórico e cultural.

Dentro da perspectiva metodológica, o olhar e analisar configura-se junto ao quantificar e ao racionalizar, especialmente porque busca o qualificar. Sendo assim, estudar os diferentes meios educativos, sejam eles formais ou não, deve levar em consideração os processos históricos e contextuais da pesquisa, a qual, na referida proposta de investigação, se determina através da metodologia qualitativa.

De acordo com Ghedin e Franco (2011) pesquisa qualitativa não é a oposição à pesquisa quantitativa, pois se deve reconhecer que a quantidade e a qualidade são propriedades interdependentes dos fenômenos. Godoy (1995, p. 21) entende-a como “um reconhecido lugar entre as várias possibilidades de se estudar os fenômenos que envolvem os seres humanos e suas intrincadas relações sociais, estabelecidas em diversos ambientes”.

Dessa forma, caracterizam-se como estudos qualitativos, segundo Kripka, Scheller e Bonotto (2015) aqueles que buscam entender um fenômeno dentro de seu ambiente natural, compreendendo o *lócus* de ocorrência e seu pertencimento. Para esses mesmos autores, em um estudo qualitativo os dados são buscados pela investigação do pesquisador a percorrer seus caminhos diversos, utilizando-se de procedimentos e instrumentos de constituição e análises de dados, os quais, em geral, figuram-se em questionários, observações, grupos focais, entrevistas e análises documentais.

Brito e Feres (2011) argumentam sobre os pontos de desenvolvimento da pesquisa. Para eles, a investigação científica baseia-se no levantamento dos dados, os quais são feitos, em um primeiro momento, pela pesquisa bibliográfica e, posteriormente, pela observação dos fatos ou fenômenos e pela coleta de dados que não são possíveis por meio da observação e da pesquisa bibliográfica. Assim, de forma mais estrita, o presente trabalho, de metodologia qualitativa, delinea-se por meio dos aspectos bibliográficos e da aplicação e análise de entrevistas semiestruturadas. Dessa forma, o produto desse trabalho resultará em um capítulo de revisão e um capítulo empírico.

Para Lima e Mioto (2007) a pesquisa bibliográfica implica no conjunto ordenado de procedimentos de busca de soluções, atentado para o objeto a ser estudado. Gil (1999) diz que a pesquisa bibliográfica permite o amplo alcance de informações, além de possibilitar a utilização de dados dispersos em inúmeras publicações, auxiliando na construção e na melhor definição do quadro conceitual.

Para Richardson (1999) o termo entrevista é construído pelas palavras: entre e vista, sendo que “vista” diz respeito ao ato de ver e preocupar-se com algo e, “entre” indica a relação de lugar ou estado espacial que separa pessoas ou coisas. Os termos, juntos, formam a palavra entrevista que, para o autor, refere-se ao ato de perceber o que foi realizado entre duas

pessoas.

Por meio da entrevista, o pesquisador obtém informações a respeito do seu objeto, permitindo-o conhecer sobre suas atitudes, sentimentos e valores comportamentais, podendo, portanto, ir além das descrições das ações e incorporando novas fontes de interpretações dos resultados pelo próprio entrevistador (RIBEIRO, 2008, p. 141).

Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista individual semiestruturada, impulsionando a interação entre pesquisador e pesquisado, uma vez que, como aponta Triviños (1987, p. 146) ela “[...] valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”, assim como permite ao pesquisador refletir sobre impressões pessoais suas e dos pesquisados, contribuindo para a produção de conhecimento coletivo.

Cabe ao pesquisador organizar as questões sobre o tema a ser estudado, entretanto, como se trata de uma pesquisa semiestruturada, também é possível que temas, frutos de novas hipóteses surjam ao longo das entrevistas, permitindo amplo campo de interrogativas e debates (TRIVIÑOS, 1987).

Para que o processo qualitativo aconteça, faz-se necessário que o pesquisador tenha uma grande capacidade de ouvir atentamente e estimular o fluxo natural das informações. Essas informações não forcem a direção das respostas e garantem um clima de confiança para que o entrevistado se sinta à vontade para expressar suas ideias livremente (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Quanto aos procedimentos empregados para a coleta de dados, o pesquisador contou dez usuários do sistema de saúde privado da cidade de Erechim, situada no Alto Uruguai Gaúcho. A escolha pela cidade dá-se pelo fato dos hospitais desta serem referência para procedimentos no Alto Uruguai. Nesse sentido, as entrevistas foram realizadas em uma instituição particular, isto é, do Consultório de Anestesiologia e Dor situado no Centro Clínico do Hospital de Caridade. A referida clínica possui grande referência no ramo, e foi escolhida por ser a mais antiga na região e uma das pioneiras no estado do Rio Grande do Sul na oferta do serviço em questão, tendo seu início no ano de 1988. Como critério de seleção dos participantes, foram selecionados usuários que já foram submetidos a consultas pré-anestésicas e a cirurgias, com idades entre 31 e 73 anos e que não foram pacientes do pesquisador nas ocasiões, visto que, se diferente fosse, isso poderia influenciar as respostas dos entrevistados. Outro critério utilizado foi que os entrevistados foram usuários recentes e que passaram por cirurgia de pequeno e médio porte, uma vez que as entrevistas procederam

antes dos participantes receberem alta hospitalar. Foi solicitada uma lista de usuários que foram submetidos à cirurgia nos meses de outubro a novembro de 2019, dos quais destes, por meio de um sorteio, foram selecionados os 10 primeiros para participar da entrevista. Após a seleção eles foram contatados através de ligações telefônicas, explicando os procedimentos, riscos e benefícios da entrevista.

Após a seleção, consulta pré-anestésica, exposição dos objetivos da pesquisa e procedimento das mesmas, bem como aceite informal, procedimento cirúrgico e recuperação hospitalar do paciente, foi solicitado para que os entrevistados que aceitaram fazer parte da pesquisa lessem e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dando-se início à entrevista, conduzida em linguagem acessível e abordando perguntas pré-estabelecidas.

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da URI – Campus de Frederico Westphalen - sob o parecer de Nº 3.590.253 em 21/09/2019.

As respostas dadas nas entrevistas foram gravadas com o consentimento dos sujeitos, transcritas pelo pesquisador e entregues ao participante para leitura, aprovação e assinatura, buscando a validação do que foi dito nas entrevistas.

Finalizadas as entrevistas, e de posse dos dados transcritos e lidos pelos usuários, os mesmos foram analisados. Para isso, foi lançado mão da análise de discurso que, para Orlandi, Guimarães e Tarallo (1999), trata do próprio discurso professado, sendo ele a palavra em movimento, isto é, na posição que o professante utiliza as palavras que suas concepções se inscrevem. Os mesmos autores (ORLANDI, GUIMARÃES; TARALLO, 2009) ainda argumentam que com a análise do discurso pode-se incluir os efeitos de memória, as ideologias, as heterogeneidades, a história, os ditos e/ou não ditos, enfim, estudando o discurso em sua profundidade e totalidade.

Para Silva e Araújo (2017) esse método possui “[...] sempre um caráter qualitativo-interpretativista, que estuda o objeto de investigação em seu contexto natural na tentativa de dar sentido aos fenômenos levando em conta os significados que as pessoas lhe atribuem”.

Em um paralelo com a análise do discurso, buscou-se refletir seus resultados com a literatura existente, visando entender de forma ampla a temática da pesquisa e seus principais desdobramentos sociais, bem como, em primeiro momento, desvelar os desfechos das consultas pré-anestésicas dos usuários da rede particular de uma cidade gaúcha.

Sendo assim, a pesquisa apresenta benefícios para a área médica, bem como auxilia na compreensão dos medos e ansiedade, buscando reduzi-los. Outro benefício se deu aos usuários do consultório em que se desenvolveu a pesquisa, pois foi buscado compreender os processos educativos desempenhados pela consulta pré-anestésica para com o bem-estar dos

pacientes. Ainda, não houve custos para a realização das entrevistas por parte dos usuários. Quanto aos riscos, salientou-se a sua mínima existência, uma vez que responderam à entrevista durante a recuperação hospitalar de forma consentida e com os cuidados necessários de respeito à sua recuperação e condições para submeter-se ao procedimento. Salientou-se também que os materiais de coleta de dados – Termo de Autorização, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, entrevistas gravadas e transcritas – serão guardadas durante cinco anos e destruídas a partir de então.

No que tange à divulgação dos dados analisados e, respeitando o anonimato dos usuários, será dada a publicização destes – além da dissertação – por meio de artigos científicos publicados em revistas, capítulos de livros e anais de eventos.

## **4 CAPÍTULO 1 – REFERENCIAL TEÓRICO**

Buscar-se-á, nessa subseção, referenciar teoricamente a ansiedade e o medo nas consultas pré-anestésicas, objetivando encontrar subsídios teóricos e históricos para compreender as emoções relatadas pelos usuários do sistema de saúde.

Sendo assim, divide-se esta parte do projeto em quatro itens, a saber: Educação e anestesia; Ansiedade e medo; Consultas pré-anestésicas e Medo de anestesia: por quê?

### **4.1 Educação e anestesia**

Ligado ao plano saúde-doença-intervenção cirúrgica encontram-se os processos educativos, os quais, de acordo com Salci et al. (2013), são altamente complexos devido às dimensões políticas, sociais, religiosas, culturais, envolvendo aspectos práticos e teóricos do indivíduo, grupo, comunidade e sociedade em que vive. Para os mesmos autores, a educação na saúde se faz presente quando da manutenção da saúde, no evitar e/ou retardar doenças, bem como quando do acometimento do usuário por uma doença, tendo em vista que por meio dela pode-se trazer qualidade de vida e/ou retardar complicações.

É evidente que, ao se tratar de um problema de saúde ou de um procedimento cirúrgico, as apreensões e medos se afluam. Isso porque, pode haver um desconhecimento e uma perda de controle das situações por parte do usuário. Sendo assim, aspectos que se referem às informações dadas pelos profissionais da saúde ao usuário contribuem, até certo ponto, para tranquilizar e alertar sobre os procedimentos e acontecimentos.

Entretanto, a Educação em Saúde deve permitir, além da transmissão de informações, a possibilidade de emancipação do sujeito enquanto prevenção, retardo de doenças e qualidade de vida, tornando-o não apenas paciente dos atos médicos, como também protagonista de mudanças. Dewey (1978, p. 17) associa o conceito de educação ao processo de reconstrução e reorganização da experiência, percebendo o sentido a ser dado e habilitando a melhor dirigir o curso das experiências futuras, sendo que “[...] a educação é fenômeno direto da vida, tão inelutável quanto à própria vida”. O autor argumenta que a educação e instrução não são resultado externo à experiência, mas sim a própria experiência reorganizada e reconstruída. Tyler (1986, p. 5) acredita que a educação é, portanto, um processo de modificação de padrões de comportamento das pessoas e, para ele, comportamento deve ser entendido em “[...] um sentido lato que inclui pensamento e sentimento, além da ação manifesta.”.



Dentro dessa perspectiva, encontra-se a pedagogia libertadora desenvolvida por Freire (1987), a qual consiste no compartilhamento de saberes, conhecimentos e experiências, buscando orientar a pessoa à percepção da realidade, subsidiando-a a possíveis mudanças.

Assim como o ato de educar é integral e pleno, de acordo com o documento Clínica Ampliada do programa Humaniza SUS, o sujeito deve ser visto como um todo. Para tal, é preciso não só diagnosticar considerando as generalizações e padrões de diferentes doenças, mas também, dentro dessas generalizações e padrões, observar suas características únicas e sua forma de vida, sendo isso possível quando da construção de um ambiente favorável de escuta e troca de experiências. O documento sugere que, incorporando as perguntas padrões ao usuário (já comeu ou não, tomou remédio ou não, etc.), espaços de diálogos múltiplos como, por exemplo, preocupações laborais e problemas possam ser discutidos, visto que se pode, com isso, reduzir a submissão do sujeito ao diagnóstico e às prescrições médicas, conduzindo-o à melhor qualidade de vida (BRASIL, 2009).

Freire (1967) diz que uma das grandes tragédias humanas modernas se deve à força que os mitos e publicidade organizada influenciam sua consciência, levando à renúncia da pessoa à sua capacidade de decisão e reduzindo-a a um objeto. Nessa mesma perspectiva, a falta de diálogo aberto sobre os processos e procedimentos em saúde pode reduzir o usuário a um receptor de informações e prescrições, sem que essas informações sejam realmente relevantes a sua vida ou mesmo mudando sua forma de agir sobre a própria realidade. Quando do acomentimento da saúde, o diálogo deve não apenas possibilitar o entendimento sobre a doença ou a escolha do melhor procedimento, mas também a compreensão das causas da doença, visto que é comprovado que questões psicológicas aumentam as chances do desenvolvimento de doenças crônicas (BRASIL, 2009).

Para que esse processo se efetive, não basta mudar o discurso, mas também a forma como esse discurso é proferido. Ou seja, explicar de forma clara os processos pelos quais o usuário é e/ou será conduzido, faz-se fundamental (BRASIL, 2009). Corroborante, Freire (1987) pontua que conteúdos retalhados da realidade e desconectados da totalidade se esvaziam da dimensão concreta que deveria ter e se transformam em palavras ocas. Nesse sentido, entende-se que apenas informar e pesquisar procedimentos cirúrgicos de forma técnica e desvinculada do ato de ouvir de forma humanizada contribui para o processo de alienação e até mesmo de aumento das incertezas, medos e ansiedades, podendo de nada servir para mudança de atitudes pré e pós-operatórias, tornando a pessoa passiva de seu tratamento/procedimento. Também, essa objetificação do sujeito auxilia para a criação de

mitos, lendas e inverdades, podendo prejudicar outros usuários que necessitarão dos procedimentos cirúrgicos.

Um diálogo eficiente propicia a reflexão, e a reflexão oportuniza a ação. Essa reflexão-ação só é firmada quando da conscientização. Conscientização que, de acordo com Freire (1967), é diferente da tomada de consciência em si, pois envolve o compromisso com sua realidade e história.

No que concerne à comunicação, Craco (2006) afirma que a rotinização, a impessoalidade nas prestações de cuidados e os mecanismos utilizados para tal acarretam em uma comunicação cujo médico e trabalhador da saúde controlam e impõem seu discurso sobre o outro, guiando sua expressão, interrompendo sua fala e tirando dele o que já é familiar. Para Acqua (1997) são diversas as barreiras que dificultam a comunicação, essas que decorrem de linguagens e saberes diferentes e não compartilhados pelos interlocutores, limitações orgânicas, influência inconsistente de mecanismos de linguagens e imposições de valores.

Questões de inoperância comunicativa entre trabalhadores da área da saúde e usuários comprometem a educação em saúde, aquela que se manifesta nas trocas, nos entendimentos e nas mudanças de realidade.

Educar em saúde insere-se dentro do cuidar da vida de maneira ampla e humanizada, uma vez que todo educar consiste também em cuidar. Pinheiro (2008), no Dicionário da Educação Profissional em Saúde, considera que o cuidado é um modo de fazer na vida cotidiana, caracterizado pela atenção, responsabilidade, zelo e desvelo com pessoas e coisas, definindo-se em espaços e tempos distintos. O cuidado resulta em um modo de agir, cuja produção se vale das experiências de um modo de vida específico, delineados pelos aspectos políticos, sociais, culturais e históricos, formulando-se em práticas e ações, cujas tomadas de decisões não se verticalizam. Isto é, não são arbitrárias daqueles que cuidam sobre aqueles que são cuidados, haja vista que aos que são cuidados deve ser garantida a autonomia acerca da própria vida.

Para Heidegger (2008) o cuidado pode ser compreendido como um ato que se ocupa de sentido ôntico<sup>1</sup> ou como uma possibilidade, indo além do ato e de perceber e desenvolvendo-se em sentido ontológico. Ademais, para o autor, cuidado não significa um ato de bondade, mas uma forma de entendimento do que é autenticamente importante.

Dessa forma, o cuidado em saúde não é apenas uma atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados

---

<sup>1</sup> Ôntico para Heidegger (2008) significa tudo o que é percebido, entendido ou conhecido de imediato.

para a compreensão de saúde como o direito de ser, respeitando as características e singularidade de cada sujeito e garantindo acesso a outras práticas terapêuticas interdisciplinares, o que permitirá participar ativamente da decisão acerca da melhor tecnologia a ser empregada. Portanto, o cuidado em saúde é uma ação positiva e integral que se desenvolve na relação entre pessoas, as quais se traduzem no acolhimento como escuta do sujeito, respeito ao sofrimento e história de vida, bem como no emprego das técnicas e tecnologias adequadas (PINHEIRO, 2008).

Por esse motivo, cuidar, educar e consultar antecipadamente encontram-se interligados e difundidos uns nos outros, pois, no ato da consulta, o sujeito é acolhido, respeitado e atendido dentro de suas necessidades, delineando, por meio da educação e da troca de experiências, a compreensão e a conscientização da realidade e das possíveis necessidades de mudanças. Sendo assim, para Pinheiro (2008), a educação e o cuidado, objetivando o bem-estar dos indivíduos opõe-se à visão meramente economicista, vendo os usuários como sujeitos e não apenas como objetos de trabalho, desenvolvendo, dessa forma, o poder de julgar quais são suas necessidades de saúde.

É no cuidado com o outro que a consulta pré-anestésica se caracteriza como um processo educativo, uma vez que ela contribui para a tranquilidade do usuário, levando-o a conhecer e tomar decisões sobre os procedimentos e repercussões pré, intra e pós-cirúrgicos pelos quais será submetido. Além disso, por meio da consulta pré-anestésica, pode ocorrer a troca de saberes, conhecimentos e experiência entre médico-usuário, visando também à conscientização, à mudança de padrões e cursos de vida, bem como contribuindo para a minimização da ansiedade e medo, na continuidade do tratamento e na prevenção de novas doenças.

## **4.2 Ansiedade e medo**

Sabe-se que a ansiedade e o medo são dois atinentes da vida em todas suas dimensões. Contudo, esses fenômenos se manifestam proeminentemente e frequentemente quando há a percepção do risco de vida, de uma doença ou de uma necessidade procedimental cirúrgica desconhecida, bem como quando existe a necessidade de deixar sua vida sob a responsabilidade e o conhecimento de outro que, na maioria dos casos, pode ser até um desconhecido. Tal argumento pode ser confirmado pelas palavras de Juárez, Gois e Sawada (2002) em que relatam que o indivíduo, ao recorrer ao serviço de saúde, fica sujeito a apresentar alterações emocionais motivadas pela perspectiva de mudança na sua condição de

vida, sendo o período perioperatório uma situação diferente e amedrontadora que desencadeia o estado de tensão com comprometimento emocional, fisiológico e cognitivo.

É sabido que as pessoas experimentam certa quantidade de ansiedade, preocupação ou medos diversos, em algum momento da vida. Trata-se de uma característica normal da vida dos indivíduos. Para Swedo et al. (1994) a ansiedade e o medo passam a ser reconhecidos como patológicos em estágios desproporcionais ao estímulo, quando são exagerados e qualitativamente diversos, fora da normalidade da faixa etária e interferem na qualidade de vida, no conforto emocional ou no desempenho diário do indivíduo.

O conhecimento sobre os fatores que contribuem para níveis mais elevados de ansiedade ajuda a determinar quais os usuários do serviço de saúde podem se beneficiar de uma atenção especial, a partir de uma intervenção preventiva no pré-operatório, assim como planejar ações dirigidas contra esses fatores, tornando a experiência pré-operatória segura e esclarecedora e, portanto, menos preocupante (CAUMO et al., 2001).

O dicionário Houaiss (2009) data a palavra medo, na língua portuguesa, no século XIV. No dicionário de filosofia produzido por Abbagnano (2007), o medo fundamenta-se nas emoções. Condiciona seu significado aos escritos de Aristóteles, quando o mesmo afirma que o medo é o temor pela dor ou morte. No entanto, compreende-se que parte do medo se fundamenta por algo que está perto ou longe de acontecer, sendo esse intermitente conduzido pela ansiedade. A palavra ansiedade tem datação na língua portuguesa, de acordo com o dicionário Houaiss (2009), no ano de 1789, significando mal-estar físico e psíquico, agonia, aflição, desejo veemente e impaciente, falta de tranquilidade, receio, estado afetivo penoso, caracterizado pela expectativa de algum perigo que se revela indeterminado e impreciso, e diante do qual o indivíduo se julga indefeso.

Para Allen, Leonard e Swedo (1995) e Swedo et al. (1994), a ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo, aflição, apreensão, caracterizando-se através de tensão ou desconforto derivado pela antecipação do perigo, de algo estranho ou desconhecido.

Percebe-se que, quando um indivíduo é diagnosticado com alguma enfermidade, independente da sua gravidade e ameaça real à saúde, isso já se torna motivo de gerar alteração no estado emocional, o que, na grande maioria das vezes, vai ser no sentido de gerar ansiedade e até medo do que pode vir a acontecer. Muitas vezes, trata-se de procedimentos simples, no entanto, o desconhecido, o fato novo e inesperado, e também o agravante de se tratar de um procedimento médico despertam o sentimento de ansiedade e o temor nos usuários. Nota-se que ainda não foi citada a anestesia neste processo. Essa especialidade médica tem como objetivo proporcionar conforto e zelar pelo paciente, contudo, para muitos,

ela acaba se tornando um motivo exacerbador da ansiedade e do próprio medo, o que acaba gerando um paradoxo. Algo que tem como meta principal atenuar e até eliminar o sofrimento de um procedimento cirúrgico, acaba por ser mais um fator desencadeante de temor, pois também faz parte do desconhecido e do inédito para os usuários. Nesse sentido, assim que um procedimento cirúrgico é planejado surge a ansiedade, a qual pode atingir seu nível máximo na admissão para a intervenção cirúrgica (PRITCHARD, 2009).

Dessa forma, a ansiedade é definida como uma manifestação comportamental. O ato cirúrgico é percebido pelo usuário como uma ameaça externa e como tal a ansiedade pré-operatória é uma emoção comum à maioria dos que vão ser submetidos a uma cirurgia (KIYOHARA et al., 2004; SMITH et al., 2005).

No entanto a complexidade existente na resposta dada pelas pessoas ao procedimento anestésico/cirúrgico evidencia que os resultados obtidos com a verificação dos parâmetros clínicos precisam ser interpretados como um reflexo das diferenças individuais (PENICHE; JOUCLAS; CHAVES, 1999).

É fundamental esclarecer ao usuário acerca dos procedimentos cirúrgicos, do pós-operatório e todas as outras dúvidas que possam existir, bem como tentar identificar os usuários que apresentam níveis elevados de ansiedade. A forma como a comunicação é feita com a pessoa e a quantidade de informação que é transmitida ajuda a diminuir a ansiedade do mesmo e contribui de forma efetiva para o seu tratamento (KIYOHARA et al., 2004).

Contemporaneamente, o ato pré-operatório é tão importante quanto o ato cirúrgico em si, podendo contribuir muito para um resultado final satisfatório e positivo (OLIVEIRA, 2011).

Novas tecnologias de precisão dos parâmetros hemodinâmicos, monitorização plena, complexidade dos atos cirúrgicos, aumento crescente da cobrança por resultados pelas instituições, novos conhecimentos e uma avalanche de informações envolvem a prática anestésica atualmente. Em meio a tudo isso, encontra-se o usuário, personagem principal, trazendo consigo toda a complexidade e heterogeneidade inerente ao humano. Emoções, experiências progressas, formação sociocultural, fatores familiares e do ambiente influenciam a personalidade do paciente e, portanto, o seu comportamento frente a um procedimento anestésico cirúrgico.

As instituições e empresas têm em suas mãos metas a serem alcançadas e buscam os selos de qualidade. Entretanto, as notas e selos de qualidade, por vezes, têm como base os conceitos de desempenho e não a qualidade no cuidar (FEINSTEIN, 2002). É nessa realidade que o anestesiólogo está inserido, buscando um melhor desempenho, tentando aliar custo e

benefício, diminuindo custos e aumentando produtividade, cobrado a dominar novas tecnologias e manter-se atualizado. O desempenho técnico é atingido, todavia, se não houver atenção e diálogo pode-se incorrer em uma deterioração do cuidar, que, genuinamente, incorpora o conceito de qualidade e reflete no grau de satisfação do paciente. Esse fato é lembrado por Whitty, Shaw e Goodwin (1996), quando os mesmos afirmam que o cuidar e a atenção dispensada ao paciente tem uma relação mais estreita com a satisfação do mesmo, do que a própria técnica anestésica empregada.

### 4.3 Consulta pré-anestésica

A busca por uma anestesia de qualidade certamente passa pelo conceito do bem cuidar, que envolve atenção, segurança e técnica eficaz. A atenção ao paciente deve começar desde o seu pré-operatório, quando, durante a consulta pré-anestésica, as dúvidas devem ser esclarecidas e os temores deverão ser diminuídos. Baseando-se nisso, atualmente já se tem como uma prática no mundo inteiro as consultas ou avaliações pré-anestésicas (OLIVEIRA, 2011; SANTOS, 2011).

A *American Society Of Anesthesiologists Task Force On Preanesthesia Evaluation* (2002) define a avaliação pré-anestésica como o processo de avaliação clínica precedente aos cuidados anestésicos necessários à realização de procedimentos não-cirúrgicos ou cirúrgicos.

Silva (2016) justifica a consulta pré-anestésica quando da avaliação integralizada do sujeito, pois, para ele, não há pessoa que não possa se submeter a uma anestesia ou que seja totalmente resistente a essa intervenção. Assim, é na avaliação precedente que se pode escolher o medicamento e a dose indicada para cada paciente e procedimento. Contudo, alerta-se que essa avaliação precedente ao ato cirúrgico é nova no Brasil, visto que sua rotinização é efetivada pela resolução nº 1.802<sup>2</sup> do Conselho Federal de Medicina (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2006). Tal documento, além de dispor sobre o ato anestésico, orienta para o preenchimento de uma ficha de documentação pré-anestésica, bem como aponta para o diálogo sobre os riscos e o esclarecimento consentido sobre o procedimento.

A consulta pré-anestésica é momento de grande importância durante o processo anestésico-cirúrgico. Entre os principais objetivos da consulta pré-anestésica está a necessidade de obter a confiança do paciente, por meio da orientação detalhada sobre o

---

<sup>2</sup> Parecer revogado pelo Parecer CFM N° 2.174/2017.

procedimento anestésico; buscar informações sobre a história clínica e as condições físicas do usuário; avaliar a necessidade de exames complementares e interconsultas; planejar a anestesia de acordo com as condições do paciente e o procedimento cirúrgico proposto; estimar o risco cirúrgico e obter o consentimento esclarecido. O impacto de uma avaliação pré-operatória completa sobre a ansiedade pode ser tão efetivo quanto uma medicação pré-anestésica (ORTENZI, 2006).

Como destacado por Ortenzi (2006) e corroborado por Starsnic, Guarnieri e Norris (1997), o consentimento informado por escrito e assinado pelo paciente é anexado a seu prontuário, permitindo ao cirurgião e ao anestesiológico melhor curso cirúrgico. Para que isso ocorra, como aponta a Resolução nº 2174 de dezembro de 2017 do Conselho Federal de Medicina (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017), na avaliação pré-anestésica, alguns dados devem ser levantados além do consentimento esclarecido e da estratificação dos riscos do paciente. São eles:

- a) identificação do médico anestesista (responsável pela avaliação);
- b) identificação do paciente e data da avaliação;
- c) intervenção cirúrgica ou procedimento proposto;
- d) dados antropométricos: altura, peso, Índice de Massa Corpórea (IMC);
- e) antecedentes pessoais e familiares;
- f) exame físico, incluindo avaliação das vias aéreas (abertura de boca e mandíbula, classificação de Mallampati, mobilidade atlanto-occipital, distância tireoentoniana, condições dentárias, prótese dentária, circunferência cervical);
- g) tempo de jejum, que deverá observar as seguintes recomendações:
  - Líquidos claros sem resíduos (água, chá): 2 horas
  - Leite materno: 4 horas
  - Leite não humano ou fórmula: 6 horas
  - Refeições leves: 6 horas
  - Dieta geral: 8 horas
- h) sinais vitais, incluindo: pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura, frequência respiratória, escala de dor (adultos de 0-10; e crianças – faces de dor).
- i) diagnóstico cirúrgico e doenças associadas;
- j) tratamento (incluindo fármacos de uso atual ou recente);
- k) história clínica de alergias/história familiar de efeitos adversos em anestesia (ênfase em alergia a fármacos e látex) e hipertemia;
- l) hábitos: tabagismo (número de cartelas ou cigarros/dia e tempo de tabagismo), etilismo (frequência e quantidade/tempo), entre outros;
- m) resultados dos exames complementares eventualmente solicitados e opinião de outros especialistas, se for o caso;
- n) estado físico – avaliação dos sistemas: cardiovascular, respiratório e outros sistemas com alterações clínicas relevantes; e
- o) prescrição de medicação pré-anestésica, quando indicada (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017, p. 8-9).

Como visto, os fatores avaliados na consulta pré-anestésica são de extrema importância para mapear e decidir os atos e procedimentos cirúrgicos ou não. Entretanto o período entre a consulta e a cirurgia é ainda controverso.

Para Mathias e Mathias (1997) essa consulta não deve ser agendada muito próxima e nem muito distante (meses) do dia da cirurgia, isso porque há riscos de adiamentos e/ou cancelamentos. Quando realizadas muito próximo da data, questões como necessidades de novos exames, outras consultas especializadas ou tratamentos são os principais fatores de cancelamentos. No entanto, quando distanciados da data da cirurgia, questões afetivas como a perda de relação entre anestesiológista e usuário ou o aparecimento de novas doenças, comprometem os procedimentos estabelecidos.

Como destacado anteriormente, a prática das consultas pré-anestésicas no Brasil é recente e algumas dificuldades se impõem à sua implantação universal. Fatores estes que vão desde a falta de infraestrutura física à capacitação e treinamento profissional. Schhwartzman et al. (2011, p. 122) listam o seguinte para as consultas pré-anestésicas:

[...] necessidade de espaço adequado para a realização da consulta ambulatorial, a disponibilidade, capacitação adequada, treinamento e atualização de outros profissionais da equipe assistencial, como enfermeiros, e o deslocamento de anestesiológistas do centro cirúrgico para o ambulatório, o que exigirá mudança de pensamento dos membros da equipe médica hospitalar. (SCHHWARTZMAN et al., 2011, p. 122).

Contudo, sabe-se que as vantagens da consulta pré-anestésica devem superar as fragilidades e as dificuldades encontradas, pois, como defere Klopfenstein, Forster e Gessel (2000), Silva (2016), Oliveira (2011), Santos (2011), Mendes et al. (2005) e Mathias e Mathias (1997) ela contribui significativamente para a diminuição dos riscos de morte, da ansiedade e do medo em usuários, como também qualifica o ato cirúrgico, evitando cancelamentos e reduzindo custos desnecessários.

Sendo assim, a interação entre usuário e anestesiológista contribui para questões psíquicas-emocionais dos sujeitos, reduzindo sofrimentos decorrentes de ansiedades e medos, sejam eles intentados pela diminuição da saúde, da intervenção cirúrgica, da exposição ao desconhecido e das atitudes a serem tomadas pós-cirurgia, entre outros.

Sabe-se, portanto, que a ansiedade está presente em grande parcela dos pacientes que serão submetidos a um procedimento anestésico-cirúrgico, oscilando sua incidência em torno de 11 a 80%. A possibilidade de sentir dor no pós-operatório, a separação dos familiares, a exposição a estranhos, o medo da cirurgia e da anestesia e a possibilidade de se tornar



incapacitado são fatores que podem elevar grau de ansiedade dos usuários do sistema de saúde (MARANETS; KAIN, 1999).

Dessa forma se obtém uma maneira eficiente de, além de aproximar o médico e o paciente, se esclarecer de forma objetiva e científica, orientando com dados reais usuários e proporcionando que o mesmo fique bem informado, excluindo assim ditos populares ou inverdades que se perpetuam sobre essa ciência fascinante, a qual tem proporcionado condições absolutas de bem-estar.

#### **4.4 Medo de anestesia: por quê?**

Após tantas conquistas importantes que ficam facilmente exemplificadas pelo avanço na longevidade no país, temos o contraponto de o número de processos judiciais contra os médicos ter atingido um patamar elevado. De acordo com os dados do Superior Tribunal de Justiça, nos últimos dez anos, o país teve um aumento de 1600% no número de processos judiciais envolvendo médicos, além de um crescimento de 180% de profissionais condenados nos Tribunais de Ética dos Conselhos Regionais de Medicina. Cerca de 7% dos médicos brasileiros respondem a processos. O levantamento é do advogado especialista em Direito Médico, Raul Conal, o qual publicou estes dados no livro “Erro Médico e a judicialização da Medicina” (CONAL, 2014). De acordo com Conal (2014) esse levantamento foi feito a partir de averiguações em sites dos tribunais e buscas locais junto com os atores dos processos médicos brasileiros. Diante disso, poder-se-ia questionar: Estariam os médicos sendo malformados e cometendo muitos erros fatídicos? O fator da pressão por excelência estaria causando desgastes profissionais em demasia? A população geral não estaria compreendendo as limitações, em determinados casos, do avanço da medicina e julgando casos de falta biológica de saúde como erro médico? Ou, pelo contrário, a população estaria cada vez mais informada sobre os procedimentos médicos e então reconhecendo as falhas destes? Ou, simplesmente, pelo número elevado de procedimentos médicos, os quais aumentam a expectativa de vida e com a crescente evolução midiática, estar-se-ia aparecendo mais casos de erros e faltas médicas?

Nesse contexto, o médico anestesiológico se vê pressionado a atingir metas institucionais, a objetivar o lucro apresentando alta produtividade e baixo custo, lidando com a pressão imposta pelas diferentes vidas e, muitas vezes, com o risco dela, manejando também sistemas altamente burocráticos e gananciosos, resultando em exigências diversas e sobrecarga de trabalho. No outro viés, encontra-se o paciente, o qual traz consigo muitas

angústias e medos quando do assunto anestesia, assim como exigindo destes profissionais a qualidade e a excelência que é de seu direito, sendo isso natural na ótica do bem-estar e da saúde.

A função da anestesia durante uma cirurgia é nobre. Isso se deve ao fato que, com a anestesia, é possível eliminar a dor do paciente, tornando-se esta imprescindível para a realização de procedimentos mais complexos, com maior controle e segurança, não existindo, talvez:

[...] nenhum avanço no conhecimento da medicina que tenha aliviado mais o sofrimento humano do que a descoberta da anestesia. Este grande presente para a humanidade foi dado por três norte-americanos: Crawford Williamson Long, Morace Wells e William Thomas Green Mott. (CANGIANI et al., 2011, p. 3).

Porém, uma pesquisa realizada pela Sociedade Americana de Anestesiologia e atualizada pela revista *Isto É*, em janeiro de 2016, revelou que impressionantes 75% dos entrevistados relataram temor da anestesia e sabe-se ainda que, em alguns casos, o medo chega a causar impactos prejudiciais ao tratamento do usuário, sendo que, em cada quarto destes, um acaba adiando ou mesmo até desistindo do procedimento proposto. Diante do resultado, há um esforço, por parte dos anestesistas, para acabar com mitos associados ao procedimento. “A anestesia é muito segura”, disse Salomon Imiak à revista *Isto É* (COSTA, 2016), este que é chefe da anestesia do Hospital Plantation (EUA) e membro da Sociedade Americana de Anestesiologia. Para este anestesista, “Um indivíduo tem 40 vezes mais chance de ser acertado por um raio do que morrer por complicações relacionadas à anestesia” (COSTA, 2016).

É notório que, nas últimas décadas, a medicina apresentou inúmeros avanços, proporcionando a realização de procedimentos cada vez mais seguros e reduziu substancialmente o risco de complicações. Essa conquista é um fato dentro da medicina e, particularmente, dentro da anestesiologia, que nas últimas duas décadas teve mudanças drásticas e cruciais, por conta dos avanços tecnológicos e da monitorização dos pacientes, aliado também a uma reformulação na graduação dos anesthesiologistas, passando de dois para três anos. Desse modo, pode-se afirmar que se chegou a uma nova etapa na anestesiologia, com um patamar de cuidados e avanços científicos muito superiores quando comparado à outrora.

De acordo com Silva (2016), enquanto o paciente encontra-se anestesiado, equipamentos modernos analisam e avaliam a pressão arterial, o seu ritmo cardíaco,

respiração e temperatura. Com a consulta pré-anestésica e equipamentos adequados, pode-se estimar também a necessidade de sedação, administrando apenas as quantidades necessárias de medicamentos para que o cirurgião faça seu trabalho. Aparelhos mais modernos, como afirma o autor, são menos incisivos, produzindo menos riscos e efeitos colaterais, uma vez que agem apenas nas moléculas do sistema nervoso.

Silva (2016) expõe também que, embora eventos adversos envolvendo a anestesia ainda ocorram, porém em menor frequência, são resultados de erro na escolha do medicamento ou da dose – cerca de 60% dos casos de complicações anestesiológicas. Contudo, esses problemas também podem estar ligados diretamente à cirurgia ou à condição física do paciente. As complicações geralmente se dão em nível respiratório, cardiovascular ou alérgico, podendo as chances de levar à morte variar de acordo as condições hospitalares, da indisponibilidade de recursos tecnológicos e da qualidade dos profissionais envolvidos. Com relação aos melhores centros hospitalares do país, a incidência de complicações varia entre 0,4% e 0,6%, podendo atingir, em locais com menos recursos 5% a 7%, o que se pode considerar um índice muito baixo.

Como explicar então que, mesmo após avanços consideráveis das tecnologias que permitiram uma monitorização de múltiplos parâmetros nos usuários, em conjunto com novos medicamentos que proporcionam um efeito desejável e com menos efeitos colaterais, com uma metabolização previsível, sem oportunizar que os usuários permaneçam sob o efeito ao final do procedimento e ainda uma instrução mais detalhada dos profissionais que promovem melhores técnicas e segurança, o medo e o temor ainda perturbem em demasia estes?

Associa-se aos fatores de medo e temores à anestesia lendas e inverdades, que assim como em qualquer outra área que elas se fazem presentes, insistem em se perpetuar e prejudicar os processos de cura ao longo de muitos anos. Essa aferição às lendas e medos pode ser observada e compreendida pelo site sóhistória.com.br, o qual afirma que:

As lendas no Brasil são inúmeras, influenciadas diretamente pela miscigenação na origem do povo brasileiro. Devemos levar em conta que uma lenda não significa uma mentira, nem tampouco uma verdade absoluta, o que devemos considerar é uma história para ser criada, defendida e o mais importante, ter sobrevivido na memória das pessoas, ela deve ter no mínimo uma parcela de fatos verídicos. Muitos pesquisadores, historiadores, ou folcloristas afirmam que as lendas são apenas frutos da imaginação popular, porém como sabemos as lendas em muitos povos são “os livros na memória dos sábios”. (SÓ HISTÓRIA, 2018).

Segundo Roland Barthes, no livro *Mitologias* (2009 apud ACIOLI, 2017, p. 2), o mito é:

[...] um discurso alegórico ou uma narrativa lendária; o meio para um fim; a imposição de uma ideologia, uma visão de classe, de uma visão parcial de mundo que se pretende universalizar. O mito é um sistema de comunicação, uma mensagem. Pode ser um objeto, um conceito ou uma ideia: ele é um modo de significação, uma forma, que pode assumir diversos aspectos: texto, imagem, fotografia, espetáculo, publicidade. O mito é uma mensagem, e todas as formas que pode assumir são de apoio à forma mítica. O mito não pode se definir pelo seu objeto nem pela sua matéria, pois qualquer matéria pode ser arbitrariamente dotada de significação. Uma flecha apresentada para significar uma provocação é também uma fala; uma fotografia será considerada fala exatamente como um artigo de jornal. O mito é um valor, não tem a verdade como sanção: nada o impede de ser um perpétuo álibi: o sentido existe sempre para apresentar a forma; a forma existe sempre para distanciar o sentido. O mito tem que ser, simultaneamente, invisível e natural, porque a sua identificação apontaria sempre para uma tentativa de manipulação. O mito não é nem uma mentira nem uma confissão: é uma distorção. Não interessa a interdição, mas a exposição. E o mais importante: o mito precisa de fraseologia e nela os slogans têm um papel insubstituível. A frase feita ajuda a apreender e a justificar o mundo de uma maneira muito mais simples, permitindo uma constatação imediata e sem maiores reflexões. (BARTHES, 2009 apud ACIOLI, 2017, p. 2).

Para se entender como surgiu e se mantém essa lenda e ou mito, é preciso fazer uma regressão no tempo, até o século XIX, mais precisamente em 1846, ano da primeira cirurgia com anestesia. Até essa data, a dor era considerada o maior empecilho que, inexoravelmente, limitou por milênios a ação da cirurgia. Nessa época, muitos médicos já eram conhecedores da anatomia humana e de patologias e, muitas vezes, esbarravam na impossibilidade do tratamento, devido ao fato dos enfermos não permitirem o tratamento cirúrgico pelo sofrimento causado pela dor, visto que a anestesia, ou seja a ausência de sensação, era desconsiderada. Segundo Rezende (2009) as causas para a instabilidade total durante os atos cirúrgicos, até o advento da anestesia, eram consideradas uma utopia nos meios acadêmicos, isso que vem a ser confirmado pelas palavras do cirurgião Velpeau (1839 apud MANICA, 2004, p. 23), cuja atuação médica dava-se no século XIX, sendo que, para ele: “Evitar a dor em cirurgia é uma quimera que não é possível perseguir nos dias de hoje. ‘Bisturi’ e ‘dor’ em cirurgia são duas palavras sempre inseparáveis no espírito dos pacientes, e a necessária associação deve ser aceita.”.

Nos tempos primitivos, a medicina revestira-se de um caráter mágico sacerdotal e as doenças eram atribuídas a causas sobrenaturais. Esse quadro só começou a mudar no século V a.C., com a medicina hipocrática na Grécia. Hipócrates, o pai da medicina, sustentava que as enfermidades não eram causadas por deuses ou demônios, mas que resultavam de fatores naturais ligados ao modo de vida. As pessoas adoeciam por causa do trabalho que exerciam, do local onde moravam, do alimento ou água que ingeriam. Durante muitos séculos, os dogmas da igreja determinaram que a dor era um justo castigo de Deus e, por isso, deveria ser

aceita com submissão e enfrentada a sangue frio. Em 1591, Eufane MacAyane, uma jovem mãe escocesa, foi enterrada viva por pedir alívio para a dor no parto.

A cirurgia, de modo geral, era um verdadeiro sofrimento. As enfermeiras, na hora de auxiliarem em um desses procedimentos, já ficavam de prontidão para evitar que o berreiro do paciente assustasse os demais internos. O cirurgião tentava fazer a operação o mais rápido possível, mas, na falta de anestesia, o grito era garantido e o medo também. Durante muitos séculos a cirurgia pôde ser comparada a uma aventura encabeçada por poucos e temida por muitos. À frente dela, estavam profissionais dotados de conhecimentos teóricos, como os médicos formados nas universidades e também indivíduos guiados pela experiência prática, os barbeiros-cirurgiões, alguns deles meros charlatões.

Como se pode perceber, a necessidade de passar por um ato cirúrgico era simplesmente apavorante, fazendo com que muitos preferissem morrer a sofrer os horrores da dor de uma cirurgia sem anestesia. No Tratado de Anestesiologia da SAESP, encontra-se registrado o relato da inglesa Fanny Burney, em 1812, quando ela retrata o tratamento do câncer pela extirpação de sua mama, sem anestesia, no ano de 1811. Burney descreve o ato como um trabalho de inconcebível brutalidade (CANGIANI et al., 2011).

Verifica-se, dessa maneira, que a anestesiologia tem uma história mais recente que outras especialidades, além de passar muito tempo desacreditada e com tentativas frustradas de execução até a sua descoberta. Dessa maneira, apoiados na história da anestesia, assim como na propagação de crenças populares conhecidas e definidas como lendas e mitos, muitos pacientes acabam por ter uma percepção muito distorcida da realidade, no que se refere à anestesia. Isso contribui de forma negativa no emocional dos mesmos, gerando muita ansiedade e até medos desnecessários. Cabe ao anestesiologista moderno, com sua formação ampla, proporcionar um atendimento humanizado e através da consulta pré-anestésica, detalhar o procedimento para os pacientes, demonstrar com dados técnicos e concretos que a anestesia é muito segura e que proporciona qualidade, zelo, vigilância e bem-estar ao paciente.

Sabe-se, porém, que o Brasil é um país marcado por importantes diferenças sociais, o que implica inclusive no grau de entendimento dos indivíduos perante as informações prévias, assim como na maneira de abordar essa heterogeneidade. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa (IBGE), em 1999 a taxa de analfabetismo acima dos 15 anos era 13,3%. Diferenças no acesso à educação, bens consumo, religiosidade, acesso à informação e discrepâncias econômicas podem impactar sobre a percepção de saúde dos indivíduos e

também nas crenças e emoções diante de um procedimento cirúrgico ou diagnóstico invasivo (RODRIGUES; MAIA, 2010).

Nota-se que, em pleno Século XXI, as relações sociais com a doença pouco mudaram, mesmo com extenso avanço da medicina e ciência. Médicos hoje evitam falar de suas especulações diagnósticas ao paciente para poupá-lo do sofrimento dos nomes, dos rótulos e das explicações – vemos, em muitos casos, a família tendo notícia do quadro clínico antes do usuário. Em outra esfera concomitante, o médico e/ou o usuário esconde seu quadro clínico de familiares e amigos para evitar represálias sociais à vida amorosa ou profissional. A doença, sem dúvidas, é um fardo, mas será que ver ela como tal seria benéfico? (SONTAG, 1984). Esse é um fato que deve ser explorado e abordado pelo médico anestesiológico, pois cabe ao médico informar de forma esclarecedora seu usuário para evitar exatamente a rotulação por parte destes, assim como adequar a linguagem para que os diferentes níveis sociais, educacionais e culturais possam compreender ao que serão submetidos de verdade.

A leitura e o entendimento feito entre os que exercem a arte médica e os que fazem uso dela são diferentes, uma vez que, como aponta Chartier (1991), há uma linguagem própria na prática médica e que se diferencia das atribuições do senso comum. Ademais, os contrastes igualmente entre normas de leitura que se definem para cada comunidade de leitores, usos do livro, modos de ler, procedimentos de interpretação, enfim, se distinguem entre as expectativas e os interesses, sendo que cada qual busca nestas leituras respostas a determinadas inquietações.

Nesse sentido, para se obter efetividade na consulta pré-anestésica é necessário trabalhar aspectos educacionais em meio ao ato de cuidar, para proporcionar o mesmo entendimento para indivíduos desiguais, ou seja, utilizar uma linguagem adequada para explicar ao usuário os procedimentos a serem feitos, levando-se em conta sua singularidade.

O conhecimento social é o conhecimento em comunicação e o conhecimento em ação. Não pode haver conhecimento social a menos que seja formado, mantido, difundido e transformado dentro da sociedade, entre indivíduos ou entre indivíduos e grupos, subgrupos e culturas. O conhecimento social se refere às dinâmicas da estabilidade e das mudanças. Desse modo, os velhos hábitos da mente são difíceis de mudar, devido a influências da cultura, da religião e da mitologia (MARKOVÁ, 2006). Essa teoria demonstra o porquê de a anestesia ser temida por muitos, inclusive na atualidade. Mas com uma metodologia de cuidado por

parte do médico, com muita atenção na comunicação e na pedagogia<sup>3</sup> aplicada em cada caso, é possível construir opiniões baseadas e fundamentadas na realidade.

---

<sup>3</sup> Para Libâneo (2005) a pedagogia serve para investigar as finalidades, a natureza e os processos necessários à prática educativa, proporcionando a realização dos processos nos distintos contextos que a prática educativa ocorre. Nesse sentido, quando se fala em pedagogia aplicada individualmente em consultas pré-anestésicas, compreende-se que, sendo o usuário um ser único, com diferentes entendimentos de mundo e emoções, há a necessidade de empenhar um método que assegure a informação e a comunicação para que as angústias sejam diminuídas.

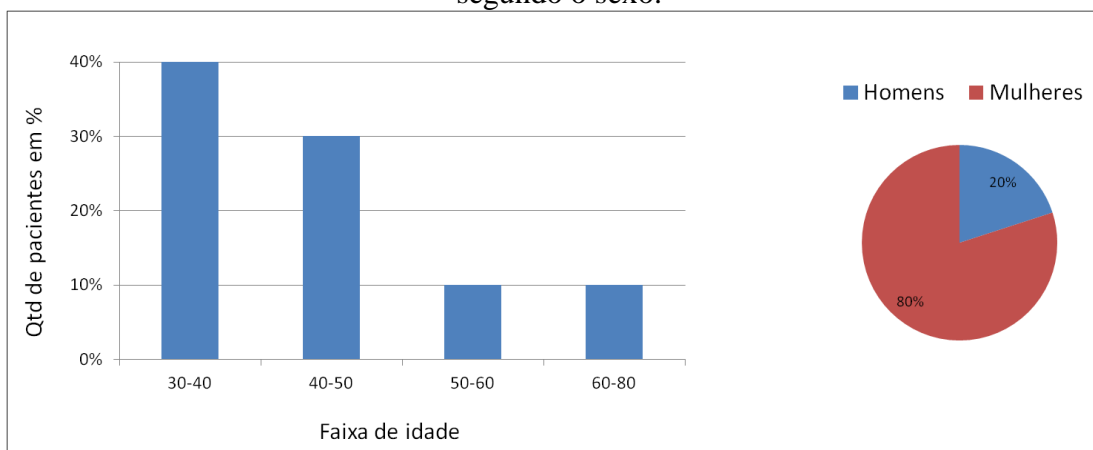
## 5 CAPÍTULO 2 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Mesmo diante da evolução tecnocientífica a qual dá suporte ao ato anestésico-cirúrgico, inúmeros sentimentos como medo e ansiedade vem à tona quando um paciente recebe um diagnóstico cirúrgico (FRIAS; COSTA; SAMPAIO, 2010). Isso evidencia que, mesmo com o avanço dos recursos tecnológicos e humanos que oferecem diversas maneiras de preservar a vida e possibilitar que doenças regredam por meio dos diferentes tipos de cirurgias, ainda há um estigma acerca da cirurgia (DISSEN et al., 2011).

Com o objetivo de entender os medos e ansiedade apresentados pelos usuários e a visão dos mesmos em relação à anestesia e a importância da consulta pré-anestésica, foram selecionados dez usuários do sistema de saúde privado da cidade de Erechim que já haviam sido submetidos a consultas pré-anestésicas e a cirurgias. O local selecionado para a coleta de dados foi o Consultório de Anestesiologia e Dor situado no Centro Clínico do Hospital de Caridade, na cidade de Erechim, que é o campo de atuação profissional do autor da pesquisa. Foi assegurado o anonimato dos sujeitos, assim como a total liberdade de resposta, podendo o participante interromper sua participação a qualquer momento, sem que houvesse qualquer prejuízo.

Os usuários tinham idades entre 31 e 73 anos, sendo a média de idade 46 anos. As entrevistas foram norteadas por quinze perguntas pré-estruturadas. Dentre os entrevistados, 80% dos usuários eram do sexo feminino e 20% do sexo masculino. O Gráfico 4 mostra a distribuição dos pacientes segundo a faixa etária e o sexo.

Gráfico 4 - Idade média dos pacientes entrevistados bem como distribuição dos pacientes segundo o sexo.



Fonte: AUTOR, 2021



As tabelas abaixo apresentam trechos pontuais dos discursos dos usuários em relação às questões apresentadas e uma análise do autor acerca de cada questão.

Tabela 1 – Questão 1: Quais os fatores históricos e atuais que justificam a utilização da consulta pré-anestésica como fator educacional?

<b>Associações livres do pesquisador</b>	<b>Trechos das entrevistas</b>
A presença do medo e ansiedade se mostraram prevalentes nos entrevistados no momento precedente à cirurgia. Muitas vezes decorrentes de experiências de cirurgias pregressas ou relatos de familiares e amigos. A consulta pré-anestésica se mostrou de extrema relevância para troca de conhecimentos deixando o paciente mais tranquilo e tornando a experiência mais segura.	<i>[...]um pouco de medo e ansiedade por causa do procedimento.[...]Bastante ansiedade.[...]bastante medo e bastante ansiedade também.[...] já tive uma tia minha, mas é de longe que morreu.[...] Que ela não aguentou a anestesia.[...] já ouvi de pessoas que vomitam e ficam se sentindo mal.[...] vai que a gente morre.[...] Que eu não ia acordar da cirurgia. [...]Tirei bastante dúvidas na consulta.[...]Saí do consultório tipo super tranquila.[...]Foi ótimo. Foi tudo certo.[...]Melhor do que eu esperava.</i>

Fonte: AUTOR, 2021

Tabela 2 – Questão 2: Quais são os aspectos da consulta pré-anestésica que auxiliam no cuidado em saúde?

<b>Associações livres do pesquisador</b>	<b>Trechos das entrevistas</b>
Médico precisa entender o paciente como um todo, verificar possíveis interações e prévias reações. Através do acolhimento e humanização, apenas a conversa em si já bastou para diminuir a ansiedade e o medo.	<i>[...] Só tinha medo que desse alguma reação com o medicamento que eu tomo.[...] pelo fato de eu tomar anticoagulante e remédios que possam interferir com a anestesia.[...] eu acho que é importante, o médico ter conhecimento de tudo que tá acontecendo. [...] eles foram muitos gentis.[...] nem esperava tanto acolhimento.</i>

Fonte: AUTOR, 2021

Tabela 3 – Questão 3: Quais os aspectos da consulta pré-anestésica que necessitam ser aprimorados no cuidado em saúde?

<b>Associações livres do pesquisador</b>	<b>Trechos das entrevistas</b>
Os pacientes relataram satisfação com as consultas pré-anestésicas e entendimento da relevância deste momento para estreitar o vínculo de confiança.	<i>[...]Acho que pode continuar assim. Tá ótimo.[...]Ali é perfeito, tu tira todas as dúvidas que a gente tem.[...] Eu acho que a consulta no consultório é importantíssima, é indispensável essa conversa com o anestesista.[...] o doutor eu achei ele bem seguro.</i>

Fonte: AUTOR, 2021

Tabela 4 – Questão 4: Que outras questões relevantes apareceram nas entrevistas e que não foram contempladas nas questões norteadoras?

Associações livres do pesquisador	Trechos das entrevistas
A busca da informação na internet trouxe aos pacientes mais autonomia e conhecimento. Entretanto, é preciso ter muita cautela com a qualidade da informação e realidade de cada paciente. O uso de ansiolítico pode ser observado dentre os pacientes (40 %), o que torna mais relevante esta atenção médica.	<i>[...]busquei várias informações na internet pra ler e tal, vários artigos e tal, e conversei com várias pessoas. [...]eu já tomava meu ansiolítico.[...]Já tomo medicamento pra ansiedade</i>

Fonte: AUTOR, 2021

Na tabela 5, foram compiladas as respostas de algumas questões relevantes para análise deste estudo.

Tabela 5 – Análise dos discursos em relação às quatro principais questões abordadas

Questão	Sim	Não
<b>1. Pacientes com procedimentos cirúrgicos prévios.</b>	8 (80%)	2 (20%)
<b>2. Pacientes que sentiram ansiedade ou medo antes da cirurgia.</b>	9 (90%)	1 (10%)
<b>3. Pacientes que compreenderam melhor o procedimento após a avaliação pré-anestésica.</b>	10 (100%)	0 (0%)
<b>4. Pacientes que consideram importante ser consultado de forma prévia pelo anestesiológista.</b>	10 (100%)	0 (0%)

Fonte: AUTOR, 2021

As questões propostas no estudo foram analisadas qualitativamente através da análise das entrevistas levando em consideração estudos já publicados na área e a percepção do autor, com inspiração na análise de discurso francesa.

### 5.1 Quais os fatores históricos e atuais que justificam a utilização da consulta pré-anestésica como fator educacional?

Independente do seu grau de complexidade, o ato cirúrgico poderá ser acompanhado de anseios, dúvidas e medo. Muitas vezes, isso se dá pela falta de informação sobre os acontecimentos que sucedem a cada uma das fases da cirurgia, bem como pelas demais situações que a internação hospitalar proporciona (COSTA; SILVA; LIMA, 2010). Neste estudo, percebeu-se que praticamente 90% dos pacientes relataram, em maior ou menor grau, sensação de ansiedade no momento pré-cirúrgico. Este dado vai ao encontro de outros estudos

que também relatam que a ansiedade está presente na maioria dos pacientes em período pré-operatório imediato. Suriano e Barros (2000) relataram em seu estudo que 100% dos pacientes analisados apresentavam o diagnóstico de ansiedade, enquanto Santos, Piccoli e Carvalho (2007) encontraram índices de ansiedade em 70% dos pacientes estudados.

Nos discursos abaixo é possível observar como os pacientes relataram o sentimento de ansiedade no momento precedente ao procedimento:

*[...]acho que é uma coisa normal, né, de ter um pouquinho de, de ansiedade.*

*[...]Sim tive, porque sim, porque vai passar por uma cirurgia.*

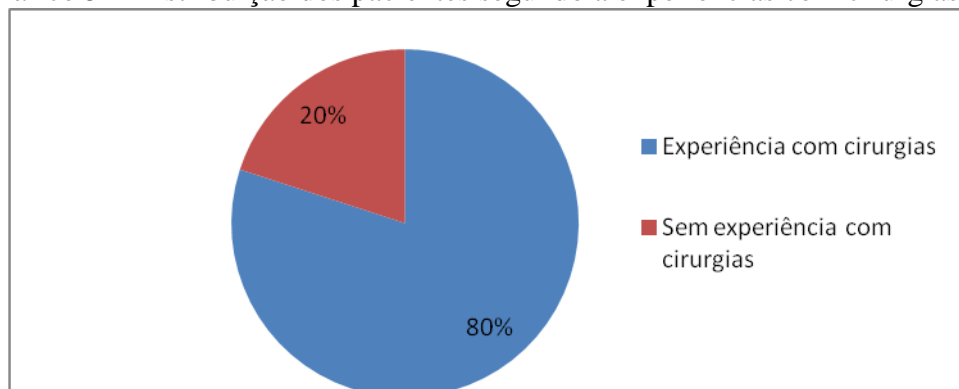
*[...]um pouco de medo e ansiedade por causa do procedimento.*

*[...]Bastante ansiedade.*

*[...]bastante medo e bastante ansiedade também.*

Dentre os pacientes, 80% relataram experiências pregressas com procedimentos cirúrgicos com anestesia (Gráfico 5). A média de procedimentos prévios relatados foi de cerca de três. É possível observar, neste estudo, que pacientes com experiência prévia de uma cirurgia apresentaram sentimento de ansiedade e medo semelhantes aos que nunca realizaram cirurgia. Estes dados também foram observados por Frias, Costa e Sampaio (2010), onde a variação de níveis de ansiedade foi mínima quando comparados grupos com e sem cirurgias anteriores. Ao contrário, Peniche (2005) constatou em seu estudo que quando o paciente realiza a primeira cirurgia de sua vida, o escore de ansiedade é maior quando comparado com pacientes com experiências prévias de cirurgia.

Gráfico 5 – Distribuição dos pacientes segundo a experiências com cirurgias prévias.



Fonte: AUTOR, 2021

Além disso, é oportuno observar que as experiências passadas, ou experiências de outros, seja de familiares, amigos ou até mesmo relatos de conhecidos podem influenciar no sentimento dos pacientes e até mesmo nas informações que este tem a respeito da anestesia. Relatos de experiências prévias podem ser observadas nos discursos abaixo:

*[...] já tive uma tia minha, mas é de longe que morreu.*

*[...] Que ela não aguentou a anestesia.*

*[...] já ouvi de pessoas que vomitam e ficam se sentindo mal.*

*[...] por causa da anestesia, que ficam enjoada e não sei o que, dor de cabeça.*

*[...] só tive bastante tremedeira.*

Dessa forma, a necessidade da educação e informação adequada sobre o procedimento anestésico, de forma clara e objetiva se mostra de extrema relevância para desconstruir estas crenças ou trazê-las para uma realidade mais coerente com a situação do paciente.

De acordo com os relatos, o estresse emocional, no período pré-operatório deve-se à preocupação com os possíveis danos decorrentes da cirurgia, como dor, medo de não acordar e medo da morte, conforme se verifica nos relatos a seguir:

*[...] vai que a gente morre.*

*[...] Que eu não ia acordar da cirurgia.*

*[...] Bastante ansiedade, porque a gente não sabe né?*

De acordo com Lemos et al. (2019), o medo do desconhecido é uma das mais importantes fontes de ansiedade entre os pacientes cirúrgicos que se apresentam para a consulta pré-anestésica, especialmente antes de uma cirurgia invasiva. Esse dado pode ser detectado neste estudo ao longo das entrevistas, como segue abaixo:

*[...]Pelo desconhecido, que pra mim era um desconhecido.*

A importância de perceber este sentimento nos pacientes e dar oportunidade a eles de externalizar isso na consulta pré-anestésica traz mais conhecimento para o médico e o guia na melhor conduta a ser seguida. Esses dados corroboram com a afirmação do autor Garcez et al. (2019), onde ele relata que a ansiedade pode influenciar a percepção da dor pós-operatória, necessitando de uma dosagem maior de analgésico para o controle da dor e assim, reduzir o

nível de satisfação com o procedimento. Dessa forma, a orientação sobre o ato anestésico e os cuidados perioperatórios são meios de reduzir a ansiedade, por vezes, dispensando o uso de drogas ansiolíticas (GARCEZ et al., 2019). Ao longo das entrevistas, foi relatado por alguns pacientes que apenas a conversa com o profissional da saúde já bastou para uma sensação de tranquilidade e segurança, conforme relatos abaixo. Para outros pacientes foi prescrito um ansiolítico. Neste ponto pode-se indagar: será que era mesmo necessária a intervenção medicamentosa? Será que não existia algo mais a ser feito para este paciente se sentir mais tranquilo antes da prescrição medicamentosa?

*[...]Não, foi só a conversa*

*[...]Não, só a conversa, só a conversa / Foi eficaz, foi eficiente*

*[...]Só a própria consulta / Já funcionou*

Pesquisadores franceses realizaram um ensaio clínico randomizado para avaliar a eficácia da pré-medicação sedativa no perioperatório dos pacientes. Os pacientes preencheram questionários que avaliaram a ansiedade, os níveis de dor e a qualidade do sono antes da cirurgia e um dia após o procedimento, enquanto os pesquisadores registraram o tempo necessário de intubação e ventilação até a recuperação plena do estado de vigília. O uso do medicamento lorazepam foi associado à amnésia pós-cirúrgica e a um tempo mais longo de recuperação das capacidades cognitivas. A qualidade do sono foi prejudicada e os tubos de ventilação foram mantidos em tempos significativamente mais longos no grupo do lorazepam. Os resultados sugerem uma falta de benefícios com o uso rotineiro de lorazepam como pré-medicação sedativa em pacientes submetidos a procedimentos com o uso de anestesia geral (MAURICE-SZAMBURSKI et al., 2015).

Embora haja um consenso na literatura sobre a utilidade dos sedativos pré-operatórios, há uma escassez de estudos que avaliam os efeitos dos sedativos pré-operatórios nos resultados clínicos pós-operatórios (KAIN et al., 2000). Sendo assim, mais estudos em relação aos benefícios do uso de benzodiazepínicos são necessários para entender os efeitos e reais benefícios pré e pós-operatórios.

Também foi evidenciada, nas entrevistas, a ideia de que se perde “as rédeas” da situação ao estar nas mãos dos profissionais da saúde, conforme relato abaixo. Este dado mostra mais uma vez a importância do vínculo e de envolver o paciente em todo o processo. Fica evidente que a consulta pré-anestésica possibilita trazer o protagonismo para o usuário.

*[...]Porque a gente fica na mão de vocês, né. Vai saber o que vai ser, né a gente sempre fica com um pé atrás.*

Em relação a conhecimentos prévios dos pacientes sobre a anestesia, cerca de 50% relataram um conhecimento antes da consulta pré-anestésica. Entretanto, após a consulta pré-anestésica, praticamente 100% demonstraram estarem muito mais informados, cientes e tranquilos. Estes dados revelam que mesmo que o paciente entenda ter conhecimento sobre o tema, nunca será desnecessária uma conversa prévia com o médico para realmente sanar todas as dúvidas pertinentes e estreitar este vínculo de segurança.

A maior tranquilidade e segurança dos pacientes em relação à anestesia e o procedimento após a consulta pré-anestésica se deu ao fato de que todas as dúvidas foram ouvidas e sanadas, o procedimento foi explicado em seus detalhes salientando possíveis riscos e intercorrências ao longo do percurso. Esta percepção também foi relatada em outros estudos, onde o grupo de pacientes visitados por profissionais da saúde anteriormente à cirurgia apresentaram escores mais baixos para ansiedade quando comparado ao grupo que não teve a visita pré-operatória (FRIAS; COSTA; SAMPAIO, 2010; JORGETTO; NORONHA; ARAUJO, 2004).

*[...]é que ele explicou pra mim o que ia acontecer na hora da anestesia.*

*[...]Tirei bastante dúvidas na consulta.*

*[...]houve bastante, bastante diferença, porque aquela angustia que eu tava sentido foi toda explicada.*

*[...]Saí do consultório tipo super tranquila.*

É fundamental esclarecer ao paciente acerca dos procedimentos cirúrgicos, do pós-operatório, e todas as outras dúvidas que possam existir, bem como tentar identificar os que apresentam níveis elevados de ansiedade. A forma como a comunicação é feita com o paciente e a quantidade de informação que é transmitida, ajuda a diminuir a ansiedade que sente. Por isso, cabe aos profissionais de saúde na consulta pré-anestésica auxiliar o paciente a controlar a ansiedade do período pré-operatório, implementando estratégias eficazes.

Mais uma vez a educação ao usuário se mostra fundamental para o sucesso do procedimento cirúrgico em todos os momentos, pré e pós-operatórios. Como mostram os discursos abaixo, todos relataram sucesso em relação ao procedimento:

*[..]Tudo bem, tudo bem.*

*[...]Foi tudo certo.*

*[...]Foi ótimo. Foi tudo certo.*

*[...]Melhor do que eu esperava.*

*[...]o procedimento foi maravilhoso.*

## **5.2 Quais são os aspectos da consulta pré-anestésica que auxiliam no cuidado em saúde?**

Foi detectado nas entrevistas o entendimento dos pacientes em relação a preocupações com interações entre a anestesia e os medicamentos utilizados, além de possíveis reações em função de alguma outra comorbidade pré-existente. Tal qual é de extrema significância tendo em vista que o conhecimento de possíveis complicações facilita a compreensão da conduta médica no período perioperatório.

*[...] Só tinha medo que desse alguma reação com o medicamento que eu tomo.*

*[...] pelo fato de eu tomar anticoagulante e remédios que possam interferir com a anestesia.*

*[...] eu acho que é importante, o médico ter conhecimento de tudo que tá acontecendo.*

A coleta da história clínica é o primeiro ato na avaliação perioperatória. A anamnese realizada com o próprio paciente ou com seus familiares pode trazer à luz informações de condições clínicas determinantes na estimativa do risco cirúrgico (GARCEZ et al., 2019). Entre as informações obtidas da história clínica para orientar a avaliação do risco cirúrgico, estão desde informações sobre a doença de base, que indicou o procedimento cirúrgico, incluindo informações do cirurgião sobre o risco e o local do procedimento até a disponibilidade de suporte técnico de pessoal e de equipamentos. Além de investigação minuciosa de antecedentes cirúrgicos ou anestésicos, que podem revelar complicações potencialmente evitáveis ou alergias (GUALANDRO et al., 2017).

Embora não tenha sido objetivo deste estudo, é importante também ressaltar que muitos pacientes não relatam os usos de alguns medicamentos. Normalmente por não terem conhecimento dos eventuais malefícios que os medicamentos e fitoterápicos usados podem causar (DESTRO et al., 2006). Este dado valida mais ainda a necessidade de uma conversa prévia e detalhada no momento pré-cirúrgico.

Embora aspectos técnicos sejam de fundamental importância para o sucesso de uma cirurgia, foi possível observar a questão humana e psicológica como um ponto de grande

influência no cuidado com a saúde na consulta pré-anestésica. De acordo com Santos, Costa e Fernandes (2011), o progresso das ciências nas diversas atividades deu-se relativamente bem no que diz respeito ao progresso material, mas a grande dificuldade se dá no elemento mais importante: o ser humano. Como nas outras ciências, a ciência médica está se dando conta da necessidade de melhoria no relacionamento entre médico e paciente (SANTOS; COSTA; FERNANDES, 2011). Essa necessidade de acolhimento e humanização corrobora com o que foi relatado pelos usuários durante as entrevistas, como segue:

*[...] eles foram muitos gentis.*

*[...] nem esperava tanto acolhimento.*

*[...] as meninas foram bem gente boa, foi bem legal.*

*[...] ele ficou lá comigo, conversou comigo, porque ele sabia que eu tava com medo.*

*[...] ele segurou minha mão o tempo todo, foi super gentil, meu Deus foi maravilhoso.*

A empatia com as dores do paciente e o entendimento de cada paciente de modo individualizado, é tão essencial quanto investir em tecnologia e sistemas de gestão de atendimento. Por meio desse atendimento individualizado é possível proporcionar uma melhor forma de cuidado e alcançar mais resultados nos tratamentos.

Além disso, reconhecemos que a ansiedade e o medo no período pré-operatório podem levar ao aumento dos níveis de hormônios do estresse, resultando em respostas metabólicas indesejáveis antes da anestesia, inclusive a elevação dos níveis de catecolaminas sistêmicas que resulta em aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca (LEMOS et al., 2019). Também é importante mencionar que, dependendo do grau de ansiedade do paciente, muitas cirurgias podem ser canceladas. A fase pré-operatória é considerada o período em que a pessoa se encontra mais vulnerável em suas necessidades, tanto fisiológicas quanto psicológicas, tornando-se mais propenso a um desequilíbrio emocional (COSTA; SILVA; LIMA, 2010). Logo, o entendimento prévio pode ajudar nos aspectos clínicos do paciente, diminuindo a necessidade de intervenções médicas.

### **5.3 Quais os aspectos da consulta pré-anestésica que necessitam ser aprimorados no cuidado em saúde?**

De acordo com Santos, Costa e Fernandes (2011), no cuidado anestésico, o principal benefício oriundo do acolhimento realizado pelo anestesiológista constitui, dentre outros, a



oportunidade de esclarecer dúvidas do paciente no que diz respeito ao procedimento e aos seus temores em relação à anestesia, suscitando assim um processo comunicativo e terapêutico.

Neste sentido, foi perguntado aos pacientes sugestões de melhorias em relação a consulta pré-anestésica e todos demonstraram satisfação quanto a qualidade e os resultados obtidos, como seguem os discursos:

*[...]Acho que pode continuar assim. Tá ótimo.*

*[...]Ali é perfeito, tu tira todas as dúvidas que a gente tem.*

*[...]Não acho que tá ok, cem por cento.*

A qualidade e quantidade de informações que se passa para os pacientes, bem como a escuta ativa do médico mostra-se cada dia mais relevante na educação em saúde. É importante salientar que informações em demasia podem tranquilizar alguns, entretanto, podem também despertar novos temores em outros (MARIN et al., 2015; SALZWEDEL et al., 2008; GILLIES; BALDWIN, 2001). Segundo Marin et al. (2015) ainda existe controversa se a informação prévia beneficia todos os pacientes. Como já relatado anteriormente, no presente estudo, embora não tenha sido realizado um estudo aprofundado em relação aos níveis de ansiedade, os pacientes relataram mais tranquilidade após receberem as informações do anesthesiologista.

É possível perceber que o ato não apenas de “educar”, mas de “educar cuidando” se dá de forma extremamente positiva. Os pacientes conseguiram entender a necessidade e importância da consulta pré-anestésica a partir do momento que todas as suas dúvidas foram esclarecidas e seus anseios atenuados.

*[...] Eu acho que a consulta no consultório é importantíssima, é indispensável essa conversa com o anestesista.*

Contudo, também não se pode deixar de refletir o que relatou a autora Marin et al. (2015), que encontrou em seu estudo que pacientes que necessitavam de mais informações eram os que apresentavam níveis de ansiedade mais altos.

Outro aspecto salientado pelos usuários é a importância de suscitar na pessoa um sentimento de confiança e segurança em relação ao procedimento, aspecto favorecedor de um ato anestésico tranquilo, conforme elucida essa fala:

*[...] Eu fiquei bem mais seguro na verdade.*

*[...] o doutor eu achei ele bem seguro.*

*[...] O doutor me deu bastante tranquilidade, me deixou bem segura, me deixou super segura.*

*[...] avaliação me deixou mais tranquila.*

Além da conversa com o próprio paciente, não se pode deixar de ressaltar a importância do contato com o familiar, principalmente em se tratando de pessoas mais idosos e/ou vulneráveis. Esta ideia também é descrita por Gualandro et al. (2017), que afirma que devem ser verificadas as dúvidas do paciente e de seus familiares com relação ao procedimento e seus riscos.

Embora não especificado nestas entrevistas, o modo como o paciente recebe as informações é um ponto que deve ser destacado. Como sustenta Marin et al. (2015) a informação escrita não dispensa uma informação verbal, pois ambas são complementares e seu conteúdo deve ser adaptado a situação clínica. A autora ainda salienta que a informação não deve ser exaustiva, mas deve permitir evitar mal entendidos e ajudar o paciente o objetivo médico e os procedimentos que são propostos.

Como refere Freire (1996), a educação pode ser entendida não como um processo de transferência de conhecimento “de quem sabe para quem não sabe”, mas como um processo constante e inacabado, de criação de possibilidades de produzir conhecimento, no qual haja respeito à autonomia do paciente.

É essencial ressaltar que a avaliação pré-cirúrgica é considerada obrigatória e um direito do paciente, segundo a Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA), e está prevista na Resolução nº 1.802/2006 do Conselho Federal de Medicina (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2006). Ela é tão importante que, mesmo se for uma cirurgia de emergência e que não haja tempo para um agendamento, será feita dentro do hospital, momentos antes do processo operatório.

Por fim, foram encontrados resultados que mostram os benefícios da consulta pré-anestésica, validando assim a hipótese de que por meio da educação em saúde dialogada é possível potencializar a autonomia do paciente e reduzir seu nível de ansiedade no período pré-operatório.

## 6 CAPÍTULO 3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas últimas décadas, a área da medicina passou por um avanço na tecnologia que revolucionou as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças e outras condições médicas. No entanto, ao passo que as tecnologias evoluíram, as relações interpessoais, a comunicação e os vínculos entre médico e paciente foram deixados de lado. E agora se percebe que esta empatia e tratamento humanizado é de fundamental relevância para a educação em saúde com consequências diretas no estado emocional do paciente e sucesso no tratamento.

De acordo com Garcez et al. (2019), a avaliação pré-anestésica tem por finalidade não somente estratificar o risco do ato anestésico e cirúrgico, mas propor medidas antecipadas que podem oferecer benefícios ao paciente na situação específica do procedimento. A consulta pré-anestésica se caracteriza como um processo educativo, uma vez que ela contribui para a tranquilidade do usuário.

Como resultados obtidos nesta pesquisa, percebe-se claramente um estresse emocional, relatado como ansiedade e medo, no momento precedente a cirurgia. Entretanto, após a consulta pré-anestésica, estes sentimentos foram diminuídos através da educação em relação ao procedimento, seus riscos e benefícios. O simples ato de conversar com o médico e compartilhar seus sentimentos já trouxe uma sensação de segurança e tranquilidade. Este acolhimento personalizado, que pode ser tão ínfimo para alguns profissionais da saúde, demonstra um poder absoluto no controle emocional dos pacientes. Estes dados corroboram com Santos, Costa e Fernandes (2011) que afirmam que na perspectiva da humanização, o paciente deve ser visto em sua totalidade, fazendo-se necessária a mudança do foco de atenção da doença para a atenção integral ao paciente, considerando a singularidade da sua dimensão como sujeito.

Segundo Mendoza-Rosales et al. (2019), em pacientes que tiveram a oportunidade de serem atendidos em uma consulta pré-anestésica, percebeu-se uma redução da necessidade de solicitação de informações do dia do procedimento e da incidência de efeitos adversos durante a anestesia, melhorando a relação médico e paciente, bem como uma satisfação geral do procedimento anestésico.

Nessas considerações, salienta-se que os dados aqui produzidos revelam uma realidade que traduz experiências e vivências experimentadas de modo individual em relação à consulta pré-anestésica, o quanto ela é fundamental em trazer tranquilidade e benefícios ao paciente no momento pré e pós-cirúrgico.

A fase pré-operatória é considerada o período em que o paciente se encontra mais vulnerável em suas necessidades, tanto fisiológicas quanto psicológicas, tornando-se mais propenso a um desequilíbrio emocional (GONÇALVES et al., 2016).

Ante o exposto, o estudo possibilita um novo olhar no que concerne à valorização da consulta pré-anestésica como ferramenta de suma importância para fortalecer o vínculo, confiança e tranquilidade entre médico anesthesiologista e seu paciente. A cirurgia é uma experiência única para cada paciente. Para ele, toda cirurgia, por mais simples que seja, tem um significado importante, a ponto de provocar emoções das mais variadas.

A forma como essa troca de saberes acontecerá, a quantidade de informações, o momento correto ainda é muito discutido na literatura. Há estudos que utilizam folhetos informativos precedentes à cirurgia, ou até mesmo poucas horas antes; outros estudos relataram até mesmo o uso de vídeos informativos (LEMOS et al., 2019; SALZWEDEL et al., 2008, SNYDER-RAMOS et al., 2005).

Embora seja fácil encontrar muitas teorias, não existe um modelo ideal para a relação médico-paciente, mas seguramente, todos eles trazem o paciente como protagonista. O médico anesthesiologista deve fazer uma abordagem direta, simples e objetiva quanto aos riscos, dor, desconforto, exames e outros aspectos, mas principalmente buscar do paciente suas necessidades e inseguranças. Dessa forma estas lacunas serão suprimidas para ambas as partes, tornando a experiência pré-operatória segura e esclarecedora e, portanto, menos preocupante.

Essa assistência integral contribui para uma atuação mais humanizada, tão amplamente discutida no âmbito da saúde. Mas é importante ressaltar que, contestar uma assistência automática, mecanizada, desumanizada, mesmo que até muitas vezes eficiente do ponto de vista técnico, implica lembrar que para oferecer um cuidado humano ético à população, é preciso não apenas preparar pessoas com habilidades técnicas e humanas para intervir junto a esses pacientes, mas também oferecer as condições favoráveis (COSTA; SILVA; LIMA, 2010).

Como destacado ao longo deste estudo, a prática das consultas pré-anestésicas no Brasil é recente e algumas dificuldades se impõem à sua implantação. Fatores estes que vão desde a falta de infraestrutura física à capacitação e treinamento profissional. Entretanto, este desafio deve ser superado e cabe não somente aos profissionais da saúde oferecer este momento informativo como também a busca ativa do paciente em ser protagonista da sua própria educação em saúde.

## REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007. p. 311-325.
- ACIOLI, G. G. O Projeto Mais Médicos para o Brasil e a construção de mitos: uma leitura bartheana. **Interfaces – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 21., p. 1157 – 1168, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21s1/1807-5762-icse-1807-576220160540.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2018.
- ACQUA, M. C. Q. D. et al. Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 43 - 48, 1997.
- ALLEN, A. J.; LEONARD, H.; SWEDO, S. E. Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. **Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, v. 34, p. 976 - 986, ago. 1995. Disponível em: <[https://jaacap.org/article/S0890-8567\(09\)63341-4/pdf](https://jaacap.org/article/S0890-8567(09)63341-4/pdf)>. Acesso em: 4 jan. 2019.
- AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS TASK FORCE ON PREANESTHESIA EVALUATION. Practice advisory for preanesthesia evaluation: a report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. **Anesthesiology**, p. 485 – 496, 2002. Disponível em: <<http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=2443414>>. Acesso em: 20 jan. 2019.
- Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações - BDTD. Instituto Brasileiro de Informações em Ciências e Tecnologias - IBICT. Disponível em: <<http://bdtd.ibict.br/vufind/>>. Acesso em: 25 mar. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Brasília, DF, 2009.
- BRITTO, A. F. J.; FERES, N. J. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. **Evidência**, Araxá, v. 7, n. 7, p. 237 - 250, 2011. Disponível em: <[https://met2entrevista.webnode.pt/\\_files/200000032-64776656e5/200-752-1-PB.pdf](https://met2entrevista.webnode.pt/_files/200000032-64776656e5/200-752-1-PB.pdf)>. Acesso em: 04 fev. 2019.
- CANGIANI, L. M. et al. **Tratado de Anestesiologia SAESP**. v. 2. 7. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.
- CAUMO, W. et al. Risk factors for preoperative anxiety in adults. **Acta Anesthesiol Scand**, v. 45, n. 3, p. 298-307, mar. 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11207465>> Acesso em: 20 dez. 2018.
- CHARTIER, R. O mundo como representação. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 5, n. 11, jan. – abr. 1991. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40141991000100010#back](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141991000100010#back)>. Acesso em: 2 jan. 2019.

CONAL, R. **Erro médico e judicialização da Medicina**. Brasília: Editora Saturno, 2014.  
 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.802, de 04 outubro de 2006. Dispõe sobre a prática do ato anestésico e revoga a Resolução CFM nº 1.802/2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 out. 2006. Seção I, p. 102. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1802>>. Acesso em: 05 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. Resolução CFM nº 2.174, de 14 dezembro de 2017. Dispõe sobre a prática do ato anestésico e revoga a Resolução CFM nº 1.802/2006. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 14 dez. 2017. Seção I, p. 82. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2174>>. Acesso em: 05 fev. 2019.

COSTA, V. A. S. F.; SILVA, S. C. F. da; LIMA, V. C. P. de. O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, dez. 2010.

COSTA, R. Medo de anestesia. **Isto É**. São Paulo: Editora Três, n. 2526, jan. 2016. Disponível em: <[https://istoe.com.br/139256\\_MEDO+DE+ANESTESIA/](https://istoe.com.br/139256_MEDO+DE+ANESTESIA/)>. Acesso em: 18 maio 2018.

CRACO, P. F. **Ação comunicativa no cuidado à saúde da família**: encontros e desencontros entre profissionais de saúde e usuários. 2006. 308 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-27112006-155728/pt-br.php>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

DESTRO, M. W. B. et al. Estudo da utilização no pré-operatório de medicamentos ou drogas fitoterápicas que alteram a coagulação sanguínea. **Rev Col Bras Cir**, v. 33, n. 2, 2006.

DEWEY, J. **Vida e educação**. Tradução Anísio Teixeira. São Paulo: Melhoramentos, 1978.

DISSEN, C. M. et al. Educação em saúde no pré-operatório: Uma Vivência de Acadêmicas de Enfermagem. **Rev. Contexto e Saúde**, v. 10, n. 20, p. 919 –924, 2011.

DURIEUX, P. et al. Comparison of health care professionals' self-assessments of standards of care and patient s' opinions on the care they received in hospital: observational study. **Qual. Saf. Health Care**, p. 198-202, mar. 2004. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/8532316\\_Comparison\\_of\\_health\\_care\\_professionals'\\_self-assessments\\_of\\_standards\\_of\\_care\\_and\\_patients'\\_opinions\\_on\\_the\\_care\\_they\\_received\\_in\\_hospital\\_Observational\\_study](https://www.researchgate.net/publication/8532316_Comparison_of_health_care_professionals'_self-assessments_of_standards_of_care_and_patients'_opinions_on_the_care_they_received_in_hospital_Observational_study)>. Acesso em: 02 fev. 2018.

EGBERT LD et al. The value of the preoperative visit by an anesthetist. A study of doctor-patient rapport. **JAMA**, v. 185, n. 7, p. 553 - 555, aug. 1963.

FEINSTEIN, A. R. Is “quality of care” being mismeasured or mismeasured? **The American Journal of Medicinal**, v. 112, p. 472 – 478, 2002.

FREIRE, P. **A educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa**. 36 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FRIAS, T. F. P.; COSTA, C. M. A.; SAMPAIO, C. E. P. O impacto da visita pré-operatória de enfermagem no nível de Ansiedade de pacientes cirúrgicos. **Rev. Min. Enferm.**, v. 14, n. 3, p. 335 – 344, 2010.

GARCEZ, J. S. et al. Principais recomendações em cuidados pré-operatórios. **Rev Med UFC**, Fortaleza, v. 59, n. 1, p. 53 – 60, jan. – mar., 2019.

GHEDIN, E.; FRANCO, M. A. S. F. **Questões de método na construção da pesquisa em educação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GILLIES, M. A.; BALDWIN, F. J. Do patient information booklets increase perioperative anxiety?. **European Journal of Anaesthesiology**, v. 18, n. 9, p. 620 – 622, 2001.

GONÇALVES, K. K. N. et al. Anxiety in the preoperative period of heart surgery. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 2, p. 374 – 80, 2016.

GODOY, A. Pesquisa Qualitativa: tipos Fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 3, p.20-29, 1995.

GUALANDRO, D. M. et al. 3ª Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol**, v. 109, p. 1 – 104, 2017.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

HOUAISS, A. **Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa**. São Paulo: Editora Objetiva Ltda, 2009.

JORGETTO, G. V.; NORONHA, R.; ARAUJO, I. E. M. Estudo da visita pre-operatória de enfermagem sobre a ótica dos enfermeiros do centro-cirúrgico de um hospital universitário. **Rev Eletronica Enferm**, v. 6, n. 2., p. 213 – 222, 2004. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/815/935>>. Acesso em: 10 jul. 2021.

JUÁREZ, G. M. R; GOIS, C. F. L.; SAWADA, N. O. Ansiedade e medo: avaliação crítica dos artigos na área da saúde. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8., 2002, São Paulo. **Anais eletrônicos**. Disponível em: <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000200008&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000200008&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 4 jan. 2019.

KAIN, Z. N. et al. Attenuation of the Preoperative Stress Response with Midazolam: Effects on Postoperative Outcomes. **Anesthesiology**, v. 93, n. 1, p. 141 – 147, 2000.

KIYOHARA, L. Y et al. Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. **Revista do Hospital das Clínicas**, São Paulo, v. 59., n. 2, p. 51 – 56, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rhc/v59n2/a01v59n2.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

KLOPFENSTEIN, C., FORSTER, A., GESSEL E. Anesthetic assessment in an outpatient consultation clinic reduces preoperative anxiety. **Can J Anaesth**, 2000 Jun;47(6):511-5.

KRIPKA, R. M. L.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. L. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. **Revista de investigaciones UNAD**, Bogotá, v. 14, n. 2, jul. - dez. 2015. Disponível em: <<http://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/revista-de-investigaciones-unad/article/viewFile/1455/1771>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

LEMOS, M. F. et al. A informação no pré-operatório reduz a ansiedade pré-operatória em pacientes com câncer submetidos à cirurgia: utilidade do Inventário Beck de Ansiedade. **Rev Bras Anesthesiol**, v. 69, n. 1, p. 1 – 6, 2019.

LIBÂNEO, J. C. **Pedagogia e pedagogos – para quê?** 8. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Kátalysis. Florianópolis**, v. 10, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802007000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000300004)>. Acesso em: 20 jan. 2019.

LÜDCKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: E. P. U, 1986.

MANICA, J. **Anestesiologia Princípios e técnicas**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MARANETS, I.; KAIN, Z. N. Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. **Anesth Analg**, v. 89, n. 6, p. 1346 – 1351, dez. 1999. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10589606>>. Acesso em: 28 abr. 2018.

MARIN, M. D. et al. Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. **Enferm glob**, v. 14, n.37, p. 170 – 180, 2015.

MARKOVÁ, I. **Dialogicidade e representações sociais: as dinâmicas da mente**. Petrópolis: Vozes, 2006.

MATHIAS, L. A. S. T.; MATHIAS, R. S. Avaliação pré-operatória: um fator de qualidade. **Rev Bras Anesthesiol**, v. 47, n. 4, p. 335 - 349, 1997.

MAURICE-SZAMBURSKI, A. et al. Effect of Sedative Premedication on Patient Experience After General Anesthesia: A Randomized Clinical Trial. **JAMA**, v. 313, n. 9, p. 916 – 925, 2015.

MENDES F. F. et al. Impacto da implantação de clínica de avaliação pré-operatória em indicadores de desempenho. **Rev Bras Anesthesiol**, v. 45, p. 175 – 187, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rba/v55n2/v55n2a04.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2019.



OLIVEIRA, E. R. V. **Ansiedade pré-operatória**. 2011. 33 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2011.

ORLANDI, E. P.; GUIMARÃES, E.; TARALLO, F. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. Campinas: Pontes, 1999.

ORLANDI, E. P.; GUIMARÃES, E.; TARALLO, F. **O estranho espelho da análise do discurso**. In: COURTINE, JeanJacques. *Análise do discurso político – o discurso comunista endereçado aos cristãos*. São Carlos (SP): EdufScar, 2009.

ORTENZI, A. V. Avaliação Pré- Anestésica. In: CANGIANI, L. M. et al. **Tratado de Anestesiologia SAESP**. 6 ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 1015-1039.

PENICHE, A. C. G.; JOUCLAS, V. M. G.; CHAVES, E. C. A influência da ansiedade na resposta do paciente no período pós-operatório. **Rev. Esc. Enferm**, v. 33, n. 4, p. 391 – 403, dez. 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62341999000400011&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62341999000400011&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 18 maio 2018.

PENICHE, A. C. G. **Ansiedade e o paciente cirúrgico: análise das variáveis intervenientes**. 2005. 177 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>>. Acesso em 04 fev. 2019.

PRITCHARD, M. J. Identifying and assessing anxiety in pre-operative patients. **Nurs Stand**. v. 23, n. 51, p. 35 - 40, ago. - set. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19753776>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

SNYDER-RAMOS S. A. et al. Patient Satisfaction and Information Gain After the Preanesthetic Visit: A Comparison of Face-to-Face Interview, Brochure, and Video. **Anesth Analg**, v. 100, n. 6, p. 1753 – 1758, 2005.

RIBEIRO, E. A. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. **Evidência**, Araxá, n. 04, p. 129 - 148, maio de 2008. Disponível em: <<http://www.uniaraxa.edu.br/ojs/index.php/evidencia/article/view/328>>. Acesso em: 02 fev. 2019.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, C. G.; MAIA, A. G. Como a posição social influencia a autoavaliação do estado de saúde? Uma análise comparativa entre 1998 e 2003. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, p. 726 – 774, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/18.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

MENDOZA-ROSALES, C. F. et al. Benefit of Preanesthetic Consultation to Decrease the Level of Pre-operative Anxiety and Increase Post-operative Satisfaction. **Revista Medicina Universitaria**, v. 20, n. 4, 2019.

SALCI, M. A. et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 224 – 230, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_27](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_27)>. Acesso em: 26 jan. 2019.

SALZWEDEL, C. et al. The effect of detailed, video-assisted anesthesia risk education on patient anxiety and the duration of the preanesthetic interview: A randomized controlled trial. **Anesth Analg**, v. 106, n. 1, p. 202 – 209, 2008.

SANTOS, J. B. B. **Medos relacionados à anestesia e associados ao papel sociodemográfico de pacientes na consulta pré-anestésica**. 2011. 65 f. Dissertação (Mestrado em Anestesiologia) – Universidade Estadual Paulista, Butucatu, 2011. Disponível em: <[https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97713/santos\\_jjbb\\_me\\_botfm.pdf?sequence=1](https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97713/santos_jjbb_me_botfm.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 25 abr. 2018.

SANTOS, M. F. O. dos; COSTA, S. F. G. da; FERNANDES, M. G. M. Acolhimento como estratégia para humanizar a relação médicopaciente. **Espaço Para Saúde**, v. 13, n. 1, p. 66 – 73, 2011.

SANTOS, R. R. dos; PICCOLI, M.; CARVALHO, A. R. S. Diagnósticos de enfermagem emocionais identificados na visita pré-operatória em pacientes de cirurgia oncológica. **Cognitare Enferm**, v. 12, n. 1, p. 52 – 61, 2007.

SCHWARTZMAN, U.P. et al. A importância da consulta pré-anestésica na prevenção de complicações. **Revista Com. Ciências Saúde**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 121 – 130, dez. 2011. Disponível em: <[http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2011Vol%2022\\_2\\_4\\_Aimportancia.pdf](http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2011Vol%2022_2_4_Aimportancia.pdf)>. Acesso em: 02 fev. 2019.

SEVERINO, A. J. **A filosofia contemporânea no Brasil**: conhecimento, política e educação. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

SILVA, E. D. Mais conhecimento sobre os pacientes e evolução dos medicamentos deixaram anestésias mais seguras. **Hospital Sírio-Libanês**, fev. 2016. Disponível em: <<https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/sua-saude/Paginas/mais-conhecimento-sobre-pacientes-evolucao-medicamentos-deixaram-anestésias-seguras.aspx>>. Acesso em: 03 fev. 2019.

SILVA, J. C. da; ARAÚJO, A. D. de. A metodologia de pesquisa em análise do discurso. **GrauZero - Revista Crítica Cultura**, v. 5, n. 1, p. 17 – 31, 2017. Disponível em: <<https://www.revistas.uneb.br/index.php/grauzero/article/viewFile/3492/2240>>. Acesso em: 03 fev. 2019.

SMITH, A. F. et al. Communication between anesthesiologists, patients and the anesthesia team: a descriptive study of induction and emergence. **Can J Anaesth**, v. 5, n. 2, p. 915 – 920, nov. 2005.

SÓ HISTÓRIA. Lendas brasileiras. Disponível em: <<http://www.sohistoria.com.br/lendasemitos/br/>>. Acesso em: 20 maio 2018.

SONTAG, S. **Doença como metáfora** – AIDS e suas metáforas. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

STARSNIC, M. A.; GUARNIERI, D. M.; NORRIS, M. C. Efficacy and financial benefit of an anesthesiologist-direct university preadmission evaluation center. **J Clin Anesth**, v. 9, n. 4, p. 299 – 305, jun. 1997. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S095281809700007X>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

SURIANO, M. L. F.; BARROS, A. L. B. L. Identificação dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes no período perioperatória dos pacientes submetidos a cirurgias cardiovasculares. **Acta Paul Enferm**, v. 13, p. 98 – 104, 2000.

SWEDO, S. E. et al. New developments in childhood affective and anxiety disorders. **Current Problems in Pediatrics**, v. 24, p. 12 - 38, jan. 1994. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/004593809490023X>>. Acesso em: 4 jan. 2019.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TYLER, R. W. **Princípios básicos de currículo e ensino**. Tradução Leonel Vallandro. 9. ed. Porto Alegre – Rio de Janeiro: Globo, 1986.

VEJA SAÚDE. Consumo de antidepressivos cresce 74% em seis anos no Brasil. Ed. Abril, 2017. Disponível em: <<https://saude.abril.com.br/mente-saudavel/consumo-de-antidepressivos-cresce-74-em-seis-anos-no-brasil/>>

WHITTY, P. M.; SHAW, I. H.; GOODWIN, D. R. Patient satisfaction with general anaesthesia. Too difficult to measure? **Anaesthesia**, v. 51, n. 4, p. 327 – 32, 1996. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8686818>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO



Eu, Sergio Bigolin, CPF N° 45737060<sup>00</sup>, AUTORIZO o mestrando André Rigo e a professora Doutora Eliane Condá, acadêmico e docente do Programa de Mestrado em Educação da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Frederico Westphalen, a realizarem uma entrevista, com os usuários do Consultório de Anestesiologia que passaram pela consulta pré-anestésica e procedimentos cirúrgicos no Hospital de Caridade de Erechim, para a realização do Projeto de Pesquisa AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: UMA ABORDAGEM TERAPÊUTICA E EDUCACIONAL, que tem por objetivo primário compreender, junto a usuários de um serviço de saúde hospitalar, o lugar ocupado pela consulta pré-anestésica como fator educacional no processo de cuidado.

Os pesquisadores acima qualificados se comprometem a:

- 1- Iniciarem a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
- 2- Obedecerem às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 3- Assegurarem a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução nº 466/2012 e Resolução nº 510/2016.

Erechim, 29 de abril de 2019.

Dr. Sérgio Bigolin

Diretor Técnico do Hospital de Caridade de Erechim



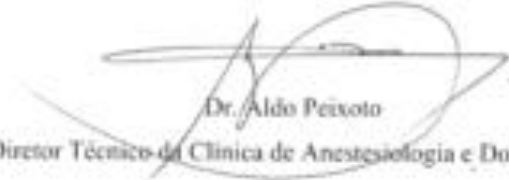
Eu, Aldo Peixoto, CPF N° 007247159-8, AUTORIZO o

mestrando André Rigo e a professora Doutora Eliane Condá, acadêmico e docente do Programa de Mestrado em Educação da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Frederico Westphalen, a realizarem uma entrevista, com os usuários do Consultório de Anestesiologia que passaram pela consulta pré-anestésica e procedimentos cirúrgicos no Hospital de Caridade de Erechim, para a realização do Projeto de Pesquisa AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: UMA ABORDAGEM TERAPÉUTICA E EDUCACIONAL, que tem por objetivo primário compreender, junto a usuários de um serviço de saúde hospitalar, o lugar ocupado pela consulta pré-anestésica como fator educacional no processo de cuidado.

Os pesquisadores acima qualificados se comprometem a:

- 4- Iniciarem a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
- 5- Obedecerem às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 6- Assegurarem a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução n° 466/2012 e Resolução n° 510/2016.

Erechim, 29 de abril de 2019.

  
Dr. Aldo Peixoto  
Diretor Técnico da Clínica de Anestesiologia e Dor (CAD)

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)****Nº do CAEE - 3.590.253**

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada: **“AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: UMA ABORDAGEM TERAPÊUTICA E EDUCACIONAL”**, em virtude de atender aos requisitos estabelecidos pela pesquisa (ser maior de idade, ter sido submetido à consulta pré-anestésica e a procedimentos cirúrgicos, este último de médio e pequeno porte, em tempo hábil para o desenvolvimento da pesquisa), a qual é de autoria **do mestrando André Rigo**, sob a orientação da Professora **Eliane Cadoná**.

A sua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador, do Consultório de Anestesiologia da cidade de Erechim.

O objetivo desta pesquisa é: Compreender, junto a usuários de um serviço de saúde hospitalar, o lugar ocupado pela consulta pré-anestésica no processo de cuidado.

Caso você decida aceitar o convite, será submetido (a) ao(s) seguinte(s) procedimento (s): **entrevista semiestruturada a qual será gravada (áudio) as perguntas e respostas sem posterior doações e sem identificação dos sujeitos quando da análise.**

O tempo previsto para a sua participação é de aproximadamente **uma hora**.

Os **riscos** relacionados com sua participação são de mínima existência, uma vez que responderão à entrevista durante a recuperação hospitalar de forma consentida e com os cuidados necessários de respeito à sua recuperação e condições para submeter-se ao procedimento.

Os **benefícios** relacionados com a sua participação serão a compreensão dos medos e ansiedade apresentados pelos usuários do sistema de saúde da rede particular da cidade, contribuindo para busca de alternativas e reduções dos mesmos, bem como buscando para o consultório e para os usuários formas educativas e transformadoras para sanar os anseios e medos trazidos. Não há benefícios diretos ao entrevistado e sim, indiretos, uma vez que eles poderão se beneficiar caso retornem para realizar consultas pré-anestésicas e a outros procedimentos cirúrgicos.

Os **resultados** desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados/informações obtidos por meio da sua participação serão **confidenciais e sigilosos**, não possibilitando sua identificação.

A sua participação, bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal.

A pesquisa não demanda de gastos para o entrevistado. Não está prevista indenização por sua participação, mas se você sofrer qualquer dano resultante dela neste estudo, sendo ele imediato ou tardio, previsto ou não, você tem direito a assistência integral e gratuita, pelo tempo que for necessário, e também o direito de buscar indenização. Ao assinar este termo de consentimento, você não estará abrindo mão de nenhum direito legal, incluindo o direito de pedir indenização por danos e assistência completa por lesões resultantes de sua participação neste estudo.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações do projeto, se você aceitar em participar deste estudo, assine o consentimento de participação, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Este consentimento possui mais de uma página, portanto, solicitamos sua assinatura (rubrica) em todas elas.

A qualquer momento, você poderá entrar em contato com o pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação. Também poderá desistir, a qualquer momento, da pesquisa.

Pesquisador Responsável André Rigo  
Endereço Rua São Paulo, 466 – Centro Clínico do Hospital de Caridade, sala nº 802,  
Centro, Erechim, 99700-000  
Telefone (54) 999191925  
Assinatura \_\_\_\_\_

**Em caso de dúvida quanto à ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP).**

**Avenida Assis Brasil – Bloco 4 – Bairro Itapagé  
Frederico Westphalen/RS CEP: 98-400-00  
Tel.: (55) 3744. 9200 ramal 306  
Coordenadora: Profª. Eliane Maria Balcevicz Grotto  
E-mail: [cep@uri.edu.br](mailto:cep@uri.edu.br)**



## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) MENORES DE 7 ANOS NÃO ALFABETIZADOS OU INCAPAZES

Você está sendo convidado(a), como responsável pelo(a) seu(sua) \_\_\_\_\_ para participar como voluntário(a) da pesquisa **Avaliação Pré-Anestésica: uma abordagem terapêutica e educacional** e que tem como objetivo compreender, junto a usuários do serviço de saúde hospitalar, o lugar ocupado pela consulta pré-anestésica no processo de cuidado.

A participação do(a) seu(sua) \_\_\_\_\_ no referido estudo não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, será possível desistir e retirar o consentimento. A recusa não trará nenhum prejuízo para a relação com o pesquisador, nem com o Consultório de Anestesiologia da cidade de Erechim. Caso você decida aceitar o convite, será submetido (a) ao(s) seguinte(s) procedimento (s): **entrevista semiestruturada a qual será gravada (áudio) as perguntas e respostas sem posterior doações e sem identificação dos sujeitos quando da análise.** O tempo previsto para a sua participação é de aproximadamente **uma hora.**

Durante a execução do projeto os benefícios relacionados com a sua participação serão a compreensão dos medos e ansiedade apresentados pelos usuários do sistema de saúde da rede particular da cidade, contribuindo para busca de alternativas e reduções dos mesmos, bem como buscando para o consultório e para os usuários formas educativas e transformadoras para sanar os anseios e medos trazidos. Não há benefícios diretos ao entrevistado e sim, indiretos, uma vez que eles poderão se beneficiar caso retornem para realizar consultas pré-anestésicas e a outros procedimentos cirúrgicos. Os riscos relacionados com sua participação são de mínima existência, uma vez que responderão à entrevista durante a recuperação hospitalar de forma consentida e com os cuidados necessários de respeito à sua recuperação e condições para submeter-se ao procedimento.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, seu(sua) representado(a), tem direito de:

1. Não ser identificado(a) e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade (todos os documentos e dados físicos oriundos da pesquisa ficarão guardados em segurança por cinco anos e em seguida descartados de forma ecologicamente correta).
2. Assistência durante toda pesquisa, bem como o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que quiser saber antes, durante e depois da sua participação. Esse direito é extensivo ao(à) Senhor(a).
3. Recusar a participar do estudo, ou retirar o consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrer qualquer prejuízo à assistência a que tem direito. Esse direito é extensivo ao(à) Senhor(a), ou seja, poderá retirar a autorização para seu filho(a) participar da pesquisa.
4. Ser ressarcido por qualquer custo originado pela pesquisa (tais como transporte, alimentação, entre outros, bem como ao acompanhante, se for o caso, conforme acerto preliminar com os pesquisadores). Não haverá compensação financeira pela participação.
5. Ser indenizado, conforme determina a lei, caso ocorra algum dano decorrente da participação no estudo.
6. Procurar esclarecimentos com o (a) Sr. ANDRÉ RIGO, por meio do número de telefone: (054) 99919-1925 ou no Rua São Paulo, 466 – Centro Clínico do Hospital

de Caridade, sala nº 802 Centro, Erechim, 99700-000, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos. Esse direito é extensivo ao(à) Senhor(a).

Eu, \_\_\_\_\_,  
 \_\_\_\_\_ do(a) \_\_\_\_\_,  
 declaro estar ciente do anteriormente exposto e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, autorizando meu representado a participar da pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Erechim, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Assinatura do Responsável legal pelo Participante da Pesquisa: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que forneci, de forma apropriada, todas as informações referentes à pesquisa ao participante.

Erechim, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que forneci, de forma apropriada, todas as informações referentes à pesquisa ao participante.

Erechim, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Assinatura do aluno-pesquisador: \_\_\_\_\_

**Em caso de dúvida quanto à ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP). Este Comitê é composto por um grupo de pessoas que trabalham para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da URI – Campus de Frederico Westphalen**

**Avenida Assis Brasil – Bloco 4 – Bairro Itapagé**

**Frederico Westphalen/RS CEP: 98-400-00**

**APÊNDICE D – MODELO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

- 1 – Sexo: (  ) Feminino (  ) Masculino
- 2 – Idade: \_\_\_\_\_
- 3 – Quantos procedimentos cirúrgicos que precisaram de anestesia você já fez?  
\_\_\_\_\_
- 4 – Conte-me a respeito de seus sentimentos e anseios antes de realizar a consulta pré-anestésica.
- 5 – Se sentiu ansiedade e medo, por que considera que teve esses sentimentos?
- 6 – Você tinha conhecimentos, antes da consulta pré-anestésica, sobre o procedimento que iria realizar?  
(  ) Não (  ) Sim
- 7 – Conte-me quais eram seus conhecimentos prévios, de forma detalhada.
- 8 – Após a avaliação pré-anestésica, compreendeu melhor o procedimento? Se sim, como se deu essa compressão?
- 9 – Avaliando o antes e o depois da consulta pré-anestésica houve diferença no modo como pensava e se sentia a respeito do procedimento? Por quê?
- 10 – Quando realizou a consulta, como ficou sua compreensão com relação ao procedimento? Teria alguma sugestão, caso acha que o procedimento poderia se dar de outra forma?
- 11 – Você teria sugestões para tornar a consulta pré-anestésica mais eficiente com relação aos medos e ansiedade? Quais?
- 12 – Você ouviu relatos ou experienciou problemas com anestésias? Se sim, o quê?
- 13 – O/A (os/as) médico (os/as) que o atendeu, levou em consideração as suas ansiedades? Se sim, como isso se procedeu? Além disso, houve intervenção medicamentosa? Lembra do nome do medicamento?
- 14 – Se você precisasse de outros procedimentos considera importante ser consultado de forma prévia pelo anesthesiologista? Por quê?
- 15 – Conte-me, agora, como foi sua experiência no momento do procedimento.