

Avaliação do Atendimento Anestésico da Criança e do Adolescente em um Hospital Universitário *

Evaluation of the Anesthetic Management of Children and Adolescents in a Teaching Hospital

Andressa Simões Aguiar¹; Norma Sueli Pinheiro Módolo, TSA²; Yara Marcondes Machado Castiglia, TSA³; Bruno Augusto Moura Bruschi⁴

RESUMO

Aguiar AS, Módolo NSP, Castiglia YMM, Bruschi BAM - Avaliação do Atendimento Anestésico da Criança e do Adolescente em um Hospital Universitário

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Qualidade em anestesia e na satisfação dos pacientes têm tido acentuado destaque. O objetivo foi avaliar o atendimento anestésico de crianças e adolescentes, entrevistando seus responsáveis.

MÉTODO: Foram entrevistados 230 responsáveis por crianças e adolescentes submetidos à anestesia no período compreendido entre abril e dezembro de 2003. Realizou-se entrevista na visita pós-operatória através de questionário com quatro itens: identificação das crianças e de adolescentes e seus responsáveis (item 1); esclarecimentos na visita pré-anestésica (item 2), quanto à anestesia (item 3) e à recuperação pós-anestésica (SRPA) (item 4), determinando-se quem dera as informações aos entrevistados e se houvera complicação no pós-anestésico. O responsável atribuiu nota de 0 a 10 ao Serviço de Anestesiologia.

RESULTADOS: A pesquisa foi respondida pela mãe em 189 (82,2%) casos. A maioria dos entrevistados, 114 (75,6%), tinha entre 20 e 39 anos, era casada (148 a 64,3%) e 140 (60,9%) não tinham ocupação. Para 89%, o anestesiolologista se identificou; para 37% e 77,4%, esclareceu sobre importância e tempo do jejum; 82%, sobre anemia; 90%, alergia; 46,8%, importância da SRPA; 42,2%, tempo de permanência; 72,9%, estado de saúde de sua criança. Não houve apreensões para 49%, 58% e 58%, respectivamente, no pré, intra e pós-anestésico. Gostariam de ter estado com sua criança/adolescente na chegada à SRPA 78,9%. Foram relacionadas preocupações no período pré, intra e pós-anestésico com o sexo e a idade do paciente - não ter tido nenhuma preocupação - maioria dos entrevistados - e com a escolaridade do entrevistado - quanto mais completa, menor foi o

número e a variedade das preocupações relatadas. As notas atribuídas ao Serviço de Anestesiologia tiveram maior frequência entre 7 e 10 (97,4%).

CONCLUSÕES: Considera-se que o Serviço de Anestesiologia desenvolve bom trabalho, apesar de falhas na comunicação, que são de solução simples e dependem mais da vontade do serviço que de seu conhecimento científico.

Unitermos: ANESTESIA, Pediátrica

SUMMARY

Aguiar AS, Módolo NSP, Castiglia YMM, Bruschi BAM - Evaluation of the Anesthetic Management of Children and Adolescents in a Teaching Hospital

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Anesthetic quality and patients' satisfaction has been increasingly praised. Our objective was to evaluate anesthetic management of children and adolescents in our Hospital, by interviewing parents and/or tutors.

METHODS: 230 parents or tutors of children and adolescents submitted to anesthesia in the period April-December 2003 were interviewed during the postoperative visit through a four-item questionnaire: children and adolescents and their parents or tutors identification (item 1); explanations during preanesthetic evaluation (item 2) about anesthesia (item 3) and post-anesthetic recovery (PACU) (item 4). Person informing respondents was identified and the presence of post-anesthetic complications made known. Respondents have scored the Anesthesiology Department from 0 to 10.

RESULTS: Survey was answered by mothers in 189 (82.2%) of cases. Most respondents (114, 75.6%) were aged 20 to 39 years, were married (148, 64.3%), and 140 (60.9%) had no job. Anesthesiologists have introduced themselves to 89%; for 37% and 77.4% they have explained the importance and duration the fasting period; 82% were informed about anemia; 90% were informed about allergy; 46.8% were informed about PACU importance; 42.2% were explained about length of stay; 72.9% were informed about the health status of their children. There have been no concerns for 49%, 58% and 58%, respectively about pre, intra and post-anesthetic period; 78.9% would like to have been with their children at PACU arrival. Pre, intra and post-anesthetic concerns were related to patients' age and gender - no concern whatsoever for most respondents - and to respondents' education - the better the education the lower the number and diversity of reported concerns. Scores to the Anesthesiology department were mostly between 7 and 10 (97.4%).

CONCLUSIONS: The Anesthesiology Department provides satisfactory services, in spite of communication failures, which are easy to solve and depend more on Department's willingness than on scientific knowledge.

Key Words: ANESTHESIA, Pediatric

* Recebido do (Received from) CET/SBA da UNESP - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) - SP

1. Graduanda da FMB - UNESP Bolsista da FAPESP
2. Professora Adjunta da UNESP - Universidade Estadual Paulista - CET/SBA do Departamento de Anestesiologia da Faculdade de Medicina de Botucatu
3. Professora Titular, CET/SBA da FMB - UNESP
4. ME₃ do CET/SBA do Departamento de Anestesiologia da FMB - UNESP

Apresentado (Submitted) em 06 de outubro de 2004
Aceito (Accepted) para publicação em 17 de março de 2005

Endereço para correspondência (Correspondence to)
Dra. Norma Sueli Pinheiro Módolo
Depto de Anestesiologia da FMB-UNESP
Distrito de Rubião Junior, s/nº
18618-970 Botucatu, SP
E-mail: nmodolo@fmb.unesp.br

© Sociedade Brasileira de Anestesiologia, 2005

INTRODUÇÃO

As publicações sobre qualidade em anestesia e satisfação do paciente têm aumentado muito nas últimas décadas. Alguns autores encontraram maior satisfação nos pacientes que puderam expressar as suas preocupações durante o atendimento e também quando o médico informou mais sobre os procedimentos a serem realizados. O contato mais esclarecedor com o anestesiolegista é fator importante na determinação do grau de satisfação do paciente¹⁻³. No que diz respeito à anestesia pediátrica e do adolescente, os pais ou responsáveis desses pacientes são uma parte do “público alvo a ser atingido”. Existem trabalhos demonstrando que a preparação pré-operatória com a participação dos pais diminui a ansiedade dos filhos⁴⁻⁸. A transmissão da ansiedade à criança e ao adolescente leva a implicações negativas durante um longo período, provocando distúrbio do sono, do apetite, etc⁷.

Além da melhor informação, alguns autores relatam que a maior parte dos pais ou responsáveis gostaria de participar de algumas decisões a respeito da anestesia de suas crianças⁹. Seria importante, então, saber a opinião desses pais ou responsáveis sobre como têm sido realizadas as visitas pré e pós-anestésicas para que, a partir desta avaliação, possam ser propostas alterações que otimizem o atendimento desses pacientes.

Portanto, este trabalho teve por objetivo avaliar o atendimento anestésico dos pacientes pediátricos e dos adolescentes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, por meio de entrevista dos pais ou responsáveis.

MÉTODO

Esta pesquisa foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Clínica da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, e após o consentimento por escrito dos pais ou responsáveis.

Foram realizadas 230 entrevistas com pais ou responsáveis pelas crianças e adolescentes submetidos a anestésias no Centro Cirúrgico do Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, no período compreendido entre abril e dezembro de 2003.

A entrevista foi realizada em visita pós-anestésica. As visitas pré e pós-anestésicas são atividades que fazem parte do atendimento de rotina do Serviço de Anestesiologia do HC.

O método proposto constou de um questionário composto de quatro itens:

1. Identificação das crianças e adolescentes, com data de atendimento, idade, sexo, raça e tipo de cirurgia. Identificação dos responsáveis com idade, sexo, raça, estado civil, procedência, ocupação e escolaridade.
2. Questões relativas à visita pré-anestésica (VPA), se houve esclarecimento quanto a quem realizou a VPA (médico anestesiolegista, se não se identificou ou se não havia lembrança sobre este quesito), ao jejum pré-ope-

ratório, à medicação pré-anestésica, às doenças concomitantes, aos medicamentos utilizados e às anestésias prévias. Questionou-se também sobre as preocupações pré-anestésicas dos pais ou responsáveis, que foram enumeradas em ordem decrescente de importância.

3. Questões relativas ao período anestésico - se tinha havido informação sobre o tipo de anestesia que seria administrado, quais tinham sido as preocupações durante a anestesia, e que deveriam ser enumeradas em ordem decrescente de importância.
4. Questões sobre a recuperação pós-anestésica (RPA), se o pai ou responsável havia sido esclarecido quanto à importância e dos objetivos da RPA e se havia sido informado sobre a chegada da criança/adolescente à SRPA e o tempo aproximado que ali permaneceria. Se havia recebido informações sobre a saúde do seu filho quando estava na SRPA e explicações sobre a necessidade de manutenção do acesso venoso quando da alta para a enfermaria e se gostaria de ter estado presente quando a criança chegou à SRPA. Argüia-se, ainda, sobre quem era a pessoa que havia dado estas informações (anestesiolegista, cirurgião, funcionários da SRPA, enfermeiro) e se haviam ocorrido complicações no pós-anestésico (náusea, vômitos, dor, sonolência prolongada, dor de garganta, outras).

No final do questionário, o pai ou responsável atribuiu nota de 0 a 10 para o Serviço de Anestesiologia.

Os dados obtidos foram avaliados de maneira descritiva e comparativa. Foram cruzados alguns dados para que se observassem suas relações. Desta forma, as preocupações no período pré, intra e pós-anestésico foram relacionadas com o sexo e a idade da criança e com a escolaridade do entrevistado.

RESULTADOS

Foi realizada entrevista com os responsáveis por 230 crianças e adolescentes entre um mês e 17 anos, que responderam às questões dos itens de 1 a 3. Sobre as do item 4, apenas 218 responsáveis deram suas respostas, uma vez que 12 pacientes foram encaminhados diretamente para unidade de terapia intensiva (UTI). Os pacientes foram divididos em 5 grupos de acordo com a faixa etária (Tabela I).

Tabela I - Distribuição segundo a Idade

Idades (anos)	Nº de Crianças
0 a 1	31 (13,5%)
> 1 a 5	69 (30%)
> 5 a 7	62 (26,9%)
> 7 a 12	54 (23,4%)
> 12 a 17	14 (6,1%)
Total	230 (100%)

Com relação ao sexo, 74 (32,2%) eram do sexo feminino e 156 (67,8%), do sexo masculino. Quanto à raça dos pacientes, 181 (78,7%) eram brancos, 11 (4,8%) eram negros e 38 eram mestiços (16,5%).

Os pacientes submetidos a cirurgias de rotina totalizaram 214 (93%) e de emergência, 16 (7%).

O grau de parentesco dos indivíduos entrevistados mostrou que eram pais, mães, tios, avós, irmãos e primos. A pesquisa foi respondida pela mãe em 189 (82,2%) casos, pelo pai em 15 (6,5%) e por outro responsável em 26 (10,9%). Quanto ao sexo, 215 (93,5%) eram mulheres e 15 (6,5%), homens. A idade dos entrevistados variou entre 13 e 66 anos, sendo que a maioria se encontrava na faixa etária entre 20 e 39 anos, que totalizou 114 entrevistados (75,6%).

Com relação à raça dos entrevistados, 168 (73,1%) eram brancos, 45 (19,5%) eram mestiços e 17 (7,4%) eram negros.

Quanto ao estado civil, 148 (64,3%) eram casados, 38 (16,5%), "amigados", 26 (11,3%), solteiros, 11 (4,8%), separados e 7 (3%), divorciados.

A pesquisa revelou que 100% dos responsáveis pelos pacientes eram do estado de São Paulo, sendo que a maioria era de Botucatu e cidades próximas. Quanto à ocupação, 140 (60,9%) relataram não ter uma ocupação. Dentre estes, incluíram-se os desempregados, donas de casa e aposentados. Com relação à escolaridade, foram divididos, para análise, em sete grupos, sendo eles: escolaridade 1 = primeiro grau incompleto, 127 (55,2%); escolaridade 2 = primeiro grau completo, 37 (16,1%); escolaridade 3 = segundo grau incompleto, 14 (6,1%); escolaridade 4 = segundo grau completo, 27 (11,7%); escolaridade 5 = terceiro grau incompleto, 3 (1,3%); escolaridade 6 = terceiro grau completo, 14 (6,9%); escolaridade 7 = analfabetos, 8 (3,5%).

O anestesiológista identificou-se em 89% das entrevistas e não se identificou em 9%. Dois por cento dos entrevistados não se recordavam do fato.

Quanto aos tópicos que haviam sido ou não esclarecidos durante a VPA, a importância do jejum pré-operatório foi esclarecida para 85 (37%) dos entrevistados e o tempo em que o paciente deveria permanecer em jejum foi explicado para 178 (77,4%). O objetivo da medicação pré-anestésica foi relatado para 82 (35,7%). Foram dirimidas dúvidas que envolviam doenças concomitantes para 190 (82,6%) entrevistados, sobre infecções das vias aéreas superiores; para 189 (82,2%), sobre anemia; para 209 (90,9%), sobre alergia e para 205 (89,1%), sobre outras doenças (cardíacas, asma, diabetes). O uso rotineiro de medicamentos foi investigado, segundo 196 (85,2%) entrevistados e as anestésias prévias, segundo 182 (79,1%) (Tabela II).

Com relação às preocupações pré-anestésicas enumeradas pelos pais ou responsáveis, foram citadas 243, no total, em 26 tipos de respostas diferentes (Tabela III).

Com relação às informações sobre o tipo de anestesia que a criança iria receber, 121 (52,6%) dos entrevistados não receberam, enquanto que 109 (47,4%) afirmaram ter recebido explicações sobre o tipo de anestesia envolvida (Tabela IV).

Tabela II - Itens Discriminados na Visita Pré-Anestésica

Itens	Sim	Não
Importância do jejum	145 (63%)	85 (37%)
Tempo do jejum	52 (22,6%)	178 (77,4%)
Medicação pré-anestésica	148 (64,3%)	82 (35,7%)
Infecção das vias aéreas	40 (17,4%)	190 (82,6%)
Anemia	41 (17,8%)	189 (82,2%)
Alergia	21 (9,1%)	209 (90,9%)
Outras doenças	25 (10,9%)	205 (89,1%)
Medicamentos rotineiros	34 (14,8)	196 (85,2%)
Anestésias prévias	48 (20,9%)	182 (79,1%)

Tabela III - Preocupações Pré-Anestésicas Enumeradas pelos Entrevistados

Preocupações	Nº de Entrevistados
Acordar durante a cirurgia	1 (0,43%)
Acordar diferente	2 (0,87%)
Anestesia geral	13 (5,65%)
Anestesia prejudicar algum órgão	1 (0,43%)
Anestesiológista não soube explicar a cirurgia	1 (0,43%)
Cirurgia não correu bem	7 (3,04%)
Complicações em cirurgias anteriores	1 (0,43%)
Demora para acordar da cirurgia	1 (0,43%)
Dor	1 (0,43%)
Estado de saúde anterior da criança *	11 (4,78%)
Medo de centro cirúrgico	1 (0,43%)
Nenhuma	113 (49,13%)
Não acordar após cirurgia	49 (21,30%)
Não estava ciente sobre o tipo de anestesia	3 (1,30%)
Não foi muito informado	2 (0,87%)
Não pesaram a criança- relação com a dose da anestesia	1 (0,43%)
Necessidade de intubação	1 (0,43%)
Jejum de muitas horas	1 (0,43%)
Não viu a criança ser anestesiada	1 (0,43%)
Parada cardiorrespiratória	5 (2,17%)
Passar mal	10 (4,34%)
Primeira cirurgia da criança	4 (1,73%)
Problemas emocionais da criança **	5 (2,17%)
Querida conhecer melhor o anestesiológista e saber seu nome	1 (0,43%)
Reação à anestesia	9 (3,91%)
Sentiu falta de medicação pré-anestésica	1 (0,43%)

* tosse, gripe, problemas respiratórios, alergia, febre, quadros de convulsões, asma, choro sempre acompanhado de falta de ar e vômitos

** agressividade, agitação, temperamento nervoso

Tabela IV - Informação Relativa ao Tipo de Anestesia

Informação	Nº de Entrevistados
Não	121 (52,6%)
Sim	109 (47,4%)
Total	230 (100%)

As preocupações que os responsáveis declararam ter por ocasião da VPA envolveram os anseios intra e os pós-anes-tésicos. Foram enumeradas 23 preocupações diferentes, dentre as 241 respostas (Tabela V).

Tabela V - Preocupações Intra e Pós-Anestésicas Enume-radas pelos Entrevistados

Preocupações	Nº de Entrevistados
Acordar diferente	2 (0,86%)
Acordar durante a cirurgia	9 (3,91%)
Anestesia geral	5 (2,17%)
Choro	3 (1,30%)
Cirurgia não correr bem	15 (6,52%)
Estado de saúde anterior da criança	4 (1,74%)
Demora da cirurgia	3 (1,30%)
Demora para acordar	1 (0,43%)
Dor	8 (3,47%)
Pouca experiência do médico residente	1 (0,43%)
Não acordar após a cirurgia	36 (15,60%)
Não estar ciente sobre tipo de anestesia	1 (0,43%)
Não ter sido muito informado	1 (0,43%)
Não conseguir falar depois da cirurgia	1 (0,43%)
Nenhuma	134 (58,26%)
Parada cardiorrespiratória	4 (1,73%)
Passar mal	3 (1,30%)
Pegar alguma infecção	1 (0,43%)
Precisar de balão de oxigênio	1 (0,43%)
Primeira cirurgia da criança	1 (0,43%)
Reação à anestesia	5 (2,17%)
Sono excessivo	2 (0,86%)
Transfusão sangüínea	8 (3,47%)

Do total de entrevistados, 45 (20,6%) não procuraram infor-mações sobre a criança - se já estava na SRPA - uma vez que alguns funcionários espontaneamente as forneceram. Gran-de parte dos entrevistados (148 = 67,9%) referiu que procu-rou essas informações, mas 25 (11,5%) deles afirmaram não ter recebido nem procurado qualquer tipo de informação, sa-bendo da situação da criança apenas quando esta chegou ao seu quarto na enfermaria (Tabela VI).

Tabela VI - Entrevistado teve que Procurar Informações so-bre Criança na SRPA?

Informações na SRPA	Nº de Entrevistados
Não	45 (20,6%)
Sim, mas obteve	148 (67,9%)
Não procurou, nem recebeu informação	25 (11,5%)
Total	218 (100%)*

* Foram excluídos os pacientes encaminhados diretamente para UTI ou enfermaria

Com relação à identificação do indivíduo responsável pelas informações quando a criança já estava na SRPA, 142 (65,1%) dos entrevistados responderam que houve identifi-cação e 76 (34,9%) responderam que o indivíduo não se identificou (Tabela VII).

Tabela VII - Identificação do Responsável pelas Informa-ções na SRPA

	Nº de Entrevistados
Não	76 (34,9%)
Sim	142 (65,1%)
Total	218 (100%)*

* Foram excluídos os pacientes encaminhados diretamente para UTI ou enfermaria

Considerando-se o total de 218 entrevistados, 49 foram re-cepcionados com as informações da SRPA pelo anesthesiolo-gista. O cirurgião foi identificado como o único responsável pela informação ou como um dos responsáveis por 39 entre-vistados. A maior parte dos entrevistados (86) referiu ter sido recepcionada por "funcionários da SRPA". O enfermeiro es-teve presente como o único responsável ou como um dos responsáveis pelas informações segundo 25 entrevistas (Tabela VIII).

Tabela VIII - Identificação do Profissional Responsável pe-las Informações da SRPA

Profissional	Não	Sim
Anestesiologista	169 (77,5%)	49 (22,5%)
Cirurgião	179 (82,1%)	39 (17,9%)
Funcionário da SRPA	132 (60,6%)	86 (39,4%)
Enfermeiro	193 (88,5%)	25 (11,5%)

Quando inquirido sobre se foi esclarecido por esses profissi-onais quanto à importância e ao objetivo da RPA, apenas 102 (46,8%) responderam que sim. Com relação a terem sido avi-sados de que a criança permaneceria algum tempo na SRPA, 135 (61,9%) responderam que sim. Com relação a esta per-manência na SRPA, apenas 92 (42,2%) dos entrevistados fo-ram contatados e esclarecidos. Quanto ao estado de saúde do paciente quando já estava na SRPA, 159 (72,9%) foram in-formados. Necessidade da permanência do acesso venoso foi o item menos esclarecido, apenas 48 (22%) receberam informações.

AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO ANESTÉSICO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Ao questionar o entrevistado sobre se gostaria de ter estado presente quando da chegada da criança/adolescente à SRPA, se possível, 172 (78,9%) afirmaram que sim. Sinais e sintomas que ocorreram no período pós-anestésico foram náusea, em 14 (6,1%) casos; vômitos, em 23 (10%); dor, em 61 (26,5%); sonolência prolongada, em 100 (43,5%) e dor de garganta, em 10 (4,3%).

Tabela IX - Sintomas Apresentados pela Criança no Período Pós-Anestésico

Sintomas	Não	Sim
Náuseas	216 (93,9%)	14 (6,1%)
Vômitos	207 (90%)	23 (10%)
Dor	169 (73,5%)	61 (26,5%)
Sonolência prolongada	130 (56,5%)	100 (43,5%)
Dor de garganta	220 (95,7%)	10 (4,3%)
Outra complicação	207 (90%)	23 (10%)

Em outra questão solicitava-se que o entrevistado atribuisse nota de 0 a 10 para o Serviço de Anestesiologia. As maiores freqüências estiveram entre as notas 7 e 10 (221 = 97,4%) (Figura 1).

Preocupações sobre o pré, intra e pós-anestésico relacionadas ao sexo e à idade do paciente e à escolaridade do entrevistado estão apresentadas na tabela X.

Os familiares que responderam ao questionário enumeraram 77 preocupações relacionadas a 74 crianças do sexo feminino e 166 a 156 crianças do sexo masculino. Observa-se que algumas pessoas relataram mais de uma preocupação.

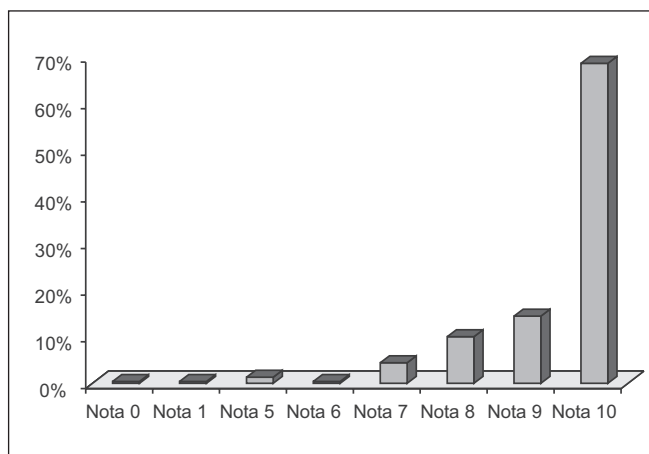


Figura 1 - Nota Atribuída ao Serviço de Anestesiologia

Para ambos os sexos, a maioria dos entrevistados referiu não ter nenhuma preocupação. Em ordem decrescente, as outras três preocupações mais citadas para as crianças do sexo feminino foram a de não acordar após a anestesia, medo da anestesia geral e de passar mal. Para o sexo masculino, a segunda apreensão mais citada foi relacionada ao estado de saúde anterior da criança.

Quando se correlacionou a preocupação com a idade da criança, observou-se que a grande maioria dos entrevistados relatou não ter nenhuma preocupação seguindo-se a de ter medo de a criança não acordar após a anestesia, isto tendo acontecido em qualquer faixa etária considerada (Tabela XI).

Tabela X - Preocupações Enumeradas no Período Pré-Anestésico Relacionadas ao Sexo e Idade da Criança e à Escolaridade do Entrevistado

Preocupações	Sexo (%)		Idade (%)					Escolaridade do Entrevistado (%)						
	Fem	Masc	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7
Anestesia geral	6,5	4,8	3,22	5,4	1,53	3,33	7,14	7,24	5,26					
Complicações em cirurgias anteriores	-	0,6			1,53			0,72						
Estado de saúde anterior da criança	1,3	6,0	3,22	5,4	6,15	3,33		3,62	5,26	7,14	7,4		6,25	
Não acordar após a anestesia		21	22,58	17,56	20,0	20,0	21,43	23,20	13,15	14,28	7,4		25,0	33,33
Não estar ciente sobre tipo de anestesia	2,6	0,6	3,22	1,35		3,33		0,72					12,5	
Nenhuma	46,75	46	54,83	41,9	43,1	51,66	42,85	42,75	52,63	57,15	62,9	66,6	37,5	33,33
Parada cardiorrespiratória	-	3	3,22	2,7	3,1			1,44		7,14	3,7	33,4		
Passar mal	6,5	3	3,22	4,05	1,53	8,33		5,80			3,7			11,11
Primeira cirurgia da criança	3,9	0,6		1,35	3,1		7,14	0,72	5,26					11,11
Problemas emocionais da criança	-	2,4		1,35	1,53	3,33	7,14	2,17	2,63					
Reação à anestesia	6,3	3	6,45	2,7	3,1	1,66	7,14	3,62	5,26	7,14				11,11

Tabela XI - Preocupações Enumeradas no Período Intra e Pós-Anestésico Relacionadas ao Sexo e Idade da Criança e Escolaridade do Entrevistado

Preocupação	Sexo (%)		Idade (%)					Escolaridade do Entrevistado (%)						
	Fem	Masc	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7
Acordar durante a cirurgia	4,0	3,5	6,25	3,84		6,55		5,0	2,63				7,14	
Anestesia geral	4,0	1,17	6,25	1,28	3,12			1,42	5,26				7,14	
Cirurgia não correr bem	9,34	4,67	6,25	5,12	4,7	6,55	15,38	5,0	10,5		3,22		21,42	
Choro	-	1,75		3,84				2,14						
Demora da cirurgia	1,34	1,17			1,56	1,64	7,7	1,42		7,14				
Dor	-	4,1	3,12	6,41		3,27		2,85	2,63		9,7			
Estado de saúde anterior da criança	-	2,34	3,12	2,56	1,56			1,42		7,14	3,22			
Não acordar após a anestesia	12,0	15,2	9,38	21,8	7,8	16,4	7,7	17,85	7,9	7,14	12,9		7,14	25,0
Nenhuma	54,6	54,38	50,0	38,46	71,9	52,45	69,23	49,28	68,4	57,14	58,0	100	42,85	50,0
Parada cardiorrespiratória	-	2,34	6,25	1,28	1,56			1,42		7,14	3,22			
Passar mal	2,67	0,58		2,56		1,64		2,14						
Reação à anestesia	1,34	2,34	3,12	2,56		1,64		2,14		3,22				12,5
Sono excessivo	1,34	0,58			1,56	1,64		0,71					7,14	
Transfusão sanguínea	4,0	2,92		2,56	1,56	8,2		4,28			3,22			

Quando as preocupações enumeradas foram correlacionadas com a escolaridade do indivíduo entrevistado, observou-se que, independentemente do grau de instrução, a maioria referiu não ter tido nenhuma preocupação. Não acordar após a anestesia foi a segunda mais citada em toda a faixa de escolaridade considerada.

Além disso, observou-se que os indivíduos de menor escolaridade apresentaram preocupações em maior número e variedade. Conforme aumenta o grau de escolaridade do indivíduo, esta variedade diminui.

Observa-se que as preocupações mais citadas pelos pais ou responsáveis, tanto para a criança do sexo masculino, quanto do feminino, foram semelhantes. A maioria não tinha tido preocupação, seguindo-se as de *não acordar após a anestesia* e de *a cirurgia não correr bem*.

Quanto à faixa etária da criança, em todas as consideradas neste estudo, a resposta predominante obtida dos entrevistados foi *nenhuma preocupação*, seguida por *não acordar da anestesia* e *cirurgia não correr bem*.

Considerando-se a escolaridade do responsável, a resposta de maior incidência também foi o relato de não ter tido nenhuma preocupação. Na seqüência, foram observadas preocupações como *cirurgia não correr bem* e *não acordar após anestesia*.

DISCUSSÃO

O objetivo desta pesquisa foi verificar a visão do responsável sobre o atendimento dispensado a ele e a sua criança ou adolescente pelo Serviço de Anestesiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP.

Por se tratar de um Hospital Universitário que deve ser palco de ensino, tanto para alunos de graduação quanto para médicos em especialização, a preocupação com esta visão é de que ela pudesse servir de instrumento para se avaliar o ensino ministrado neste Serviço.

Muitas vezes, os profissionais médicos preocupam-se com o ensino técnico-científico, deixando de dar a devida ênfase a aspectos humanísticos do relacionamento médico-paciente, os quais contribuiriam para que o paciente e seu responsável fossem satisfeitos com o atendimento.

Autores como Kopp e col.¹⁰ salientaram que existe ampla evidência da importância da comunicação na prática anestésica. Os anesthesiologistas participam de atividades que envolvem transações sociais complexas de aspecto médico-legal, ético e pessoal. Eles recebem e concedem informações que afetam a sua participação em ações de outros profissionais médicos. A Sociedade Americana de Anesthesiologistas incumbiu um Comitê de atuar na melhoria da educação pública e dos relatos da Anestesiologia, reconhecendo a importância da comunicação, que promove a integridade profissional, assim como a segurança do paciente e sua satisfação. Assim, a atenção na estrutura e função da comunicação profissional é tão importante quanto aprender a farmacocinética e a farmacodinâmica dos anestésicos. Estas preocupações decorrem do fato de que o campo de ação da Anestesiologia tem-se ampliado muito.

Hepner e col.¹¹ reforçaram este aspecto, enumerando o que faz parte da atuação do anesthesiologista - a produção da inconsciência, o cuidado com a homeostase e o controle da dor no pré, intra e pós-operatório. Também, o conhecimento de fisiologia, de farmacologia e de anatomia facilita a realização

de bloqueios do neuro-eixo e periféricos, com novas esferas de atuação. Ainda, a avaliação pré-operatória para o planejamento anestésico, os ajustes nas medicações, as respostas às dúvidas e aos anseios dos pacientes, a expansão da área de tratamento da dor e dos cuidados peri-operatórios proporcionaram oportunidade de prolongar o contato com o paciente acordado. Portanto, nunca foi tão importante comunicar-se com habilidade. Estes mesmos autores ainda lembram que há preocupação em ensinar técnica e ciência, mas, quando o enfoque são os cuidados gerais com os pacientes, encontra-se escassa literatura direcionada à área médica. Questionam, até, que se deveria responder se a nova geração de anesthesiologistas está sendo treinada para que sejam bons médicos no peri-operatório e profissionais com boa habilidade de comunicação.

O perfil predominante do sujeito desta pesquisa foi o da mãe, com idade entre 20 e 39 anos, dona de casa, branca, casada, morando atualmente em Botucatu ou na região ao redor e com 1º grau incompleto. A grande maioria dos entrevistados afirmou que a pessoa que realizou a visita pré-operatória identificou-se como o médico anesthesiologista. Em 11% dos casos não ocorreu esta identificação. Deve ser observado que este tópico é extremamente importante.

Lopes e col.¹², em pesquisa sobre o conhecimento do paciente quanto a quem vai anestesiá-lo, constataram que pouco acima da metade dos pacientes entrevistados sabia que o anesthesiologista é médico com especialização e cerca de 20% não sabiam sequer responder à pergunta “quem é o anesthesiologista?”. Quanto à percepção do papel do anesthesiologista, metade dos pacientes o relacionou com a abolição da dor e a perda da consciência; a administração de medicamentos ou monitorização dos sinais vitais foram as respostas de uma minoria e 20% dos entrevistados não sabiam qual era o papel do anesthesiologista.

O conforto físico, as informações adequadas, o envolvimento do profissional, o suporte emocional e o respeito são fatores valorizados pelos pacientes, interferindo com seu entendimento a respeito do procedimento anestésico¹³.

Uma análise da qualidade da anestesia, sob a ótica do paciente, também enfatiza que a atenção dada aos anseios, expectativas e aspectos psicológicos dos pacientes no período pré-operatório deve ser a mesma, ou maior, que aquela que se dedica à escolha dos fármacos, às alterações dos monitores ou dos exames laboratoriais no peri-operatório³. Em sua pesquisa, a atenção dada aos aspectos interpessoais do procedimento anestésico-cirúrgico proporcionou maior grau de satisfação com o Serviço de Anesthesiologia.

Portanto, é muito importante que o anesthesiologista se identifique e que dedique tempo para explicar o que pode e deve fazer pelos pacientes. Klock e col.¹⁴ são enfáticos quando afirmaram que aquilo que o anesthesiologista faz na visita pré-operatória é o mais importante.

Jeske e col.¹⁵ demonstraram que se o anesthesiologista oferecer para o paciente um cartão de identificação, aumentará a probabilidade de o paciente lembrar o seu nome, mas não a sua satisfação com a anestesia. Entretanto, este ato poderá reafirmar o seu papel como médico do peri-operatório e per-

mitir que os pacientes e outros médicos saibam que ele é realmente sincero e está envolvido com a ampliação de seu papel. Se ele, verdadeiramente, estiver confiando em uma boa comunicação, o paciente se sentirá confortável quando precisar usar a informação contida no cartão e entrar em contato com ele para que responda a suas possíveis questões¹¹. Desta forma, a distribuição para os familiares de folheto explicativo que contivesse informação a respeito da anestesia, da SRPA ou do controle da dor pós-operatória⁷, ou ainda, a criação de programa educacional para preparar os pais para a indução da anestesia ou para a visita à SRPA¹⁶ foram eficazes para a diminuição da ansiedade e, ao mesmo tempo, para o aumento da satisfação dos pais com os cuidados anestésicos.

As outras perguntas formuladas no questionário são muito importantes para a realização da anestesia pediátrica e de adolescentes. São tópicos que precisam ser esclarecidos, pois, normalmente, quando isto não é feito, ocorrem situações de conflitos ou aumento da morbimortalidade nesta faixa etária. Dentre essas questões, situa-se a determinação do tempo e da importância do jejum pré-operatório, que é sempre fator de estresse, tanto para os pais quanto para as crianças.

Nesta pesquisa, observou-se que somente para 85 (37%) dos entrevistados houve esclarecimento da importância da manutenção do jejum pré-operatório e do tempo de jejum. Existe muita desinformação ou falsa informação relativa a este tópico. Não é raro que se depare com crianças com o tempo de jejum extremamente prolongado ou curto, com adiamento de cirurgia quando os familiares não conseguem definir qual alimento a criança pode ingerir e em qual intervalo de tempo. O esclarecimento deve começar com a explicação, de forma compreensível, sobre o aumento da morbidade se ocorrer pneumonia aspirativa e de que tempo de jejum relaciona idade da criança e tipo de alimento¹⁷.

Observou-se, neste trabalho, que a explicação do tempo necessário para o jejum pré-operatório foi dada em 77,4% dos casos e que em apenas 37% explicou-se a importância desta medida.

Já perguntas relacionadas a doenças concomitantes foram esclarecidas de forma mais satisfatória, em torno de mais de 80% dos casos. Talvez seja porque se tenha preocupação muito maior com doenças, que são fatos mais objetivos, e menos preocupação, por exemplo, se o tempo de jejum prolongado fará a criança chorar e ficar mais ansiosa.

Quando se analisa o período anestésico, constata-se que em 52,6% dos casos os familiares não foram informados a respeito da anestesia a que a criança seria submetida. Apesar da necessidade de prática do consentimento por escrito, que não é rotineira no Brasil, ainda comprova-se que não se tem o hábito de informar sobre os riscos e alternativas das técnicas anestésicas e perguntar a preferência dos familiares e/ou do paciente.

Tem sido muito discutido o consentimento por escrito após informação, que oferece a oportunidade de as pessoas terem conhecimento, dentro do seu grau de entendimento, dos procedimentos que serão realizados. Isto parece aumentar a

satisfação delas com relação ao serviço prestado pelo médico.

A distribuição de folhetos explicativos a respeito do processo anestésico a que a criança será submetida associada à informação verbal poderá facilitar a obtenção do consentimento por escrito após informação e contribuir para a satisfação dos pais⁸.

Stiles e col.¹⁸ já haviam observado maior satisfação do paciente se ele pudesse expressar mais os seus anseios durante a entrevista para o histórico médico e se o médico fosse mais informativo sobre os procedimentos a serem realizados.

Outros autores demonstraram que os pais gostariam de ter participação mais ativa nas decisões que envolvem a anestesia de seus filhos e que quando isto acontece, eles se sentem muito mais satisfeitos com os cuidados anestésicos dispensados⁹.

A satisfação do paciente pode refletir muitas facetas do seu atendimento como compaixão, atendimento eficiente de suas necessidades, sua participação nas decisões no que diz respeito à sua pessoa e adequadas informações e comunicação. A satisfação do paciente, que deve ser encarado como um cliente, tem sido pretendida como o ponto final do atendimento e indicador de qualidade dos cuidados anestésicos¹⁹.

É muito importante que haja comunicação de forma adequada com os responsáveis pela criança. E se a criança tiver capacidade de entendimento, ela deverá participar da explicação. Coté¹⁷ exemplifica muito bem esta questão. Ele conta que começa a conversa com a criança, identificando-se, explicando quem é o anestesiológico, o que é a anestesia, que tipo de sono ela terá durante a cirurgia e que, ao final, ela vai acordar e retornar para os seus pais. Relata ainda que as crianças têm as mesmas ansiedades que os adultos e que muitas vezes não conseguem se expressar. Ao receber explicações de como será a anestesia, ela saberá que não sentirá nada, não se recordará de nada e que acordará ao término da cirurgia. Estas atitudes têm a finalidade de diminuir a ansiedade dos pais e das crianças.

Vários estudos demonstram que mais de 60% das crianças que vão para cirurgia podem apresentar algum comportamento negativo até duas semanas após²⁰⁻²², como enurese, dificuldades na alimentação, apatia e distúrbios do sono. Além disso, a ansiedade pré-operatória ativa a resposta ao estresse, liberando cortisol sérico, adrenalina e interferindo com a atividade da *cell killer*²²⁻²³. Há evidências de comunicação bidirecional entre o sistema neuroendócrino e o sistema imune, aumentando a susceptibilidade a infecções e doenças neoplásicas²⁴.

Quando questionados sobre as preocupações sentidas nos períodos pré, intra e pós-anestésicos, a maior parte dos entrevistados respondeu que não tinha tido nenhuma preocupação, seguindo-se o medo de a criança não acordar após a cirurgia. No pré-operatório, outra preocupação relativamente citada foi o medo da anestesia geral e no peri-operatório, medo de que a cirurgia não corresse bem.

Quando se cruzaram estes dados com o sexo da criança, idade e escolaridade dos pais, observou-se que em relação ao

sexo as preocupações mais citadas foram as mesmas e que não ter tido nenhuma preocupação foi a de maior incidência.

Quando as preocupações citadas relativas aos períodos pré, intra e pós-operatórios foram correlacionadas com as idades das crianças, observou-se que existia um número maior relacionado às crianças com idade acima de um ano.

Existem na literatura médica relatos de maior incidência de complicações em crianças na faixa etária de menos de um ano, principalmente devido à imaturidade dos seus sistemas.²⁵ Entretanto, tal fato não é do conhecimento dos pais. O que eles observam e provavelmente aumenta a sua ansiedade e preocupação é o fato de a criança chorar e ficar ansiosa no momento da separação. As crianças até seis meses de idade podem ser separadas gentilmente dos pais ou familiares. Após 7-8 meses e também na idade pré-escolar, esta separação acontece de forma mais traumática²¹⁻²⁶.

Ao se observar a correlação das preocupações com a escolaridade, em todos os períodos estudados constatou-se que os responsáveis de menor escolaridade apresentaram preocupações mais variadas o que, por sua vez, diminuiu com o aumento do grau de instrução. Pode-se supor que o grupo de maior escolaridade, justamente por ser mais instruído, apresenta preocupações mais concretas e maior confiança no profissional que irá atender a sua criança.

Com relação aos resultados sobre a avaliação do atendimento na SRPA, constatou-se que a maioria dos entrevistados não recebeu informação sobre sua importância e necessidade do tempo de permanência da criança nela. Entretanto, 70% dos entrevistados foram avisados que a criança já estava na SRPA e qual era seu estado de saúde.

O anestesiológico se identificou como responsável pelas informações fornecidas durante a permanência na SRPA, em muito poucos casos (22%). Outro dado que chamou a atenção, foi o de que em 67,9% dos casos, o entrevistado teve que ir procurar informação sobre a sua criança. Se existe a necessidade de uma boa comunicação no pré-operatório, é extremamente importante que ela continue no pós-operatório.

Sikich e col.²⁷ realizaram trabalho com os pais a respeito da expectativa e preferências na recuperação anestésica da criança. De modo interessante, observaram que eles não se sentiram confortáveis quando a criança teve tempo de recuperação muito curto, pois o ambiente hospitalar lhes dava mais conforto.

O período pós-operatório é fonte de estresse para os pais, principalmente no que diz respeito ao que a criança pode comer ou beber e em qual momento²⁸, embora grande maioria esteja preocupada com dor ou com náusea e vômitos. Estes pontos deverão ser esclarecidos e, se a cirurgia for ambulatorial, quando a criança for para casa, os pais deverão ter acesso a telefone de contato para notificação de eventuais complicações.

Foi atribuída nota 10 ao Serviço de Anestesiologia por 68,6% dos entrevistados. Apesar de terem faltado explicações importantes para os responsáveis pela criança, tanto as relativas ao período pré, quanto ao intra e pós-operatório, a avaliação foi satisfatória. A grande maioria dos entrevistados atri-

buiu nota acima de 7 (97,4%). Provavelmente, no momento das respostas ao questionário, que acontecia no pós-operatório, as angústias já tivessem diminuído.

CONCLUSÃO

Pode-se considerar que apesar da boa avaliação do Serviço de Anestesiologia pelos pais e responsáveis pelas crianças e adolescentes atendidos no HC da Faculdade de Medicina de Botucatu, foram detectadas falhas na comunicação entre os responsáveis pelas avaliações pré-anestésicas e os responsáveis pelas crianças e adolescentes atendidos. Os problemas levantados são de solução simples e dependem muito mais da vontade do Serviço do que de seu conhecimento científico. Não incluem custo adicional, aparelhos de monitorização complexos, mas, simplesmente, maior envolvimento com o familiar e sua criança.

Além disso, devem-se transmitir essas informações para o graduando e o médico em especialização e vivenciá-las, pois pelo exemplo é que acontece o aprendizado.

Evaluation of the Anesthetic Management of Children and Adolescents in a Teaching Hospital

Andressa Simões Aguiar, M.D.; Norma Sueli Pinheiro Módolo TSA, M.D.; Yara Marcondes Machado Castiglia TSA, M.D.; Bruno Augusto Moura Bruschi, M.D.

INTRODUCTION

Publications on anesthetic quality and patients' satisfaction have increased in the last decades. Some authors have found higher satisfaction in patients able to express their concerns during evaluation and also when the physician has further explained the procedure. A more clarifying contact with the anesthesiologist is an important factor to determine parental levels of satisfaction¹⁻³.

In terms of pediatric and adolescent anesthesia, parents or tutors are part of the "audience to be targeted". There are studies showing that preoperative preparation with the participation of parents decreases children's anxiety⁴⁻⁸. Transmitting anxiety to children and adolescents leads to negative implications for a long period, causing sleep and appetite disorders, among others⁷.

In addition to better information, some authors have reported that most parents or tutors would like to participate on some decisions about their children's anesthesia⁹. It would then be important to know the opinion of these parents or tutors about how preanesthetic evaluations are being conducted to, as from these evaluations, be able to propose changes to optimize those patients' management.

So, this study aimed at evaluating anesthetic management of children and adolescents at the Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Botucatu, by interviewing their parents or tutors.

METHODS

This survey was carried out after the Clinical Research Ethics Committee, Faculdade de Medicina, Botucatu, UNESP approval and the written consent of parents or tutors. From April to December 2003, 230 parents or tutors of children and adolescents submitted to anesthesia in the Operating Center were interviewed during post-anesthetic evaluation. Pre and post-anesthetic evaluations are part of the routine of our Anesthesiology Department.

Survey consisted of a questionnaire with four items:

1. Identification of children and adolescents with birth date, age, gender, race and type of surgery. Identification of parents or tutors with age, gender, race, civil status, origin, occupation and level of education.
2. Questions related to preanesthetic evaluation (PAE): has the person conducting PAE introduced him/herself (anesthesiologist, if not introduced or if there were any memory about this item), were preoperative fasting, pre-anesthetic medication, concurrent diseases, drugs used and previous anesthetics adequately explained? We have also asked about parents or tutors preanesthetic concerns, which should be classified in descending order of importance.
3. Questions related to the anesthetic period - whether they had been informed about the type of anesthesia to be used and which were the concerns during anesthesia, which should be classified in descending order of importance.
4. Questions about post-anesthetic recovery (PAR), whether parents or tutors had been informed about the importance and objectives of PAR, whether they had been informed about child/adolescent arrival to PACU and about the estimated time they would remain there. Whether they had been informed about children's health while in the PACU and were explained about the need to maintain venous access when discharged to the ward, and whether they would have liked to be present when the child arrived to the PACU. We have also asked about who had given such information (anesthesiologist, surgeon, PACU administrative employee, nurse) and if there were post-anesthetic complications (nausea, vomiting, pain, prolonged sleepiness, sore throat, others).

At the end of the questionnaire, parents or tutors would grade the Anesthesiology Department from 0 to 10.

Data were descriptively and comparatively evaluated. Some data were crossed to check their relationships. This way, pre, intra and post-anesthetic concerns were related to child's gender and age and to respondents' education.

RESULTS

Parents or tutors of 230 children and adolescents aged one month to 17 years and submitted to surgeries in the period April-December 2003 have answered questions 1 to 3. Only 218 parents or tutors answered question 4, since 12 patients were directly referred to the Intensive Care Unit (ICU). Patients were divided in 5 groups according to age bracket (Table I).

Table I - Distribution According to Age

Age (year)	N° of Children
0 to 1	31 (13.5%)
> 1 to 5	69 (30%)
> 5 to 7	62 (26.9%)
> 7 to 12	54 (23.4%)
> 12 to 17	14 (6.1%)
Total	230 (100%)

There were 74 (32.2%) females and 156 (67.8%) males, of whom 181 (78.7%) were Caucasian, 11 (4.8%) were Afro-American and 38 were mestizos (16.5%).

There were 214 (93%) patients submitted to routine procedures and 16 (7%) submitted to emergency procedures. Respondents were fathers, mothers, uncles, grandparents, brothers and cousins. Questionnaire was answered by 189 (82.2%) mothers, 15 (6.5%) fathers and 26 (10.9%) tutors. Respondents age has varied from 13 to 66 years being most between 20 and 39 years, in a total of 114 respondents (75.6%). There were 168 (73.1%) Caucasian, 45 (19.5%) mestizos and 17 (7.4%) Afro-American respondents. Of these, 148 (64.3%) were married, 38 (16.5%) were concubines, 26 (11.3%) were single, 11 (4.8%) were separated and 7 (3%) were divorced.

The survey has shown that 100% of parents or tutors were from the state of São Paulo, being most from Botucatu and neighbor cities. As to occupation, 140 (60.9%) reported having no occupation, including unemployed, housewives and retired. As to education, respondents were divided in 7 groups for evaluation purposes: 1 = incomplete elementary school 127 (55.2%); 2 = complete elementary school, 37 (16.1%); 3 = incomplete second degree, 14 (6.1%); 4 = complete second degree, 27 (11.7%); 5 = incomplete third degree, 3 (1.3%); 6 = complete third degree, 14 (6.9%); 7 = illiterate, 8 (3.5%).

The anesthesiologist has identified him/herself in 89% of evaluations and has not in 9%. This fact was not remembered by 2% of respondents.

About topics explained or not during PAE, the importance of preoperative fasting was explained to 85 (37%) respondents and fasting period was explained to 178 (77.4%). The need for preanesthetic medication was reported to 82 (35.7%). Questions about concurrent diseases were answered to: 190 (82.6%) respondents about upper airway infections, 189 (82.2%) about anemia, 209 (90.9%) about allergy and 205 (89.1%) about other diseases (heart diseases, asthma, diabe-

tes). Routine use of drugs was asked to 196 (85.2%) respondents and previous anesthetics to 182 (79.1%) (Table II).

Table II - Items Explained during Preanesthetic Evaluation

Items	Yes	No
Importance of fasting	145 (63%)	85 (37%)
Fasting length	52 (22.6%)	178 (77.4%)
Preanesthetic medication	148 (64.3%)	82 (35.7%)
Airway infection	40 (17.4%)	190 (82.6%)
Anemia	41 (17.8%)	189 (82.2%)
Allergy	21 (9.1%)	209 (90.9%)
Other diseases	25 (10.9%)	205 (89.1%)
Routine medication	34 (14.8%)	196 (85.2%)
Previous anesthetics	48 (20.9%)	182 (79.1%)

There were 243 preanesthetic concerns of parents or tutors in a total of 26 different answers (Table III). About information on the type of anesthesia to be used in the child, 121 (52.6%) were not informed, while 109 (47.4%) have stated having been informed about the type of anesthesia (Table IV).

Table III - Preanesthetic Concerns Reported by Respondents

Concerns	N° of Respondents
Awakening during surgery	1 (0.43%)
Awakening different	2 (0.87%)
General anesthesia	13 (5.65%)
Anesthesia impairing some organ	1 (0.43%)
Anesthesiologist could not explain the surgery	1 (0.43%)
Surgical problems	7 (3.04%)
Complications in previous surgeries	1 (0.43%)
Late emergence	1 (0.43%)
Pain	1 (0.43%)
Child's previous health status *	11 (4.78%)
Fear of operating center	1 (0.43%)
None	113 (49.13%)
Not awakening after surgery	49 (21.30%)
Unaware of the type of anesthesia	3 (1.30%)
Not thoroughly informed	2 (0.87%)
Child was not weighed - related to anesthetic dose	1 (0.43%)
Need for intubation	1 (0.43%)
Too long fasting period	1 (0.43%)
Not seeing the child being anesthetized	1 (0.43%)
Cardiopulmonary arrest	5 (2.17%)
Feeling ill	10 (4.34%)
Child's first surgery	4 (1.73%)
Child emotional problems **	5 (2.17%)
Wanted to know the anesthesiologist better and learn his/her name	1 (0.43%)
Reaction to anesthesia	9 (3.91%)
Lack of preanesthetic medication	1 (0.43%)

* Coughing, flu, respiratory problems, allergy, fever, seizures, asthma, crying always followed by lack of air and vomiting

** Aggressiveness, agitation, nervous temperament

EVALUATION OF THE ANESTHETIC MANAGEMENT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS IN A TEACHING HOSPITAL

Table IV - Information about the Type of Anesthesia

Information	Nº of Respondents
No	121 (52.6%)
Yes	109 (47.4%)
Total	230 (100%)

Concerns reported by parents or tutors during PAE involved intra and post-anesthetic anxieties. There were 23 different concerns from a total of 241 answers (Table V).

Table V - Intra and Post-Anesthetic Concerns Reported by Respondents

Concerns	Nº of Respondents
Awakening different	2 (0.86%)
Awakening during surgery	9 (3.91%)
General anesthesia	5 (2.17%)
Crying	3 (1.30%)
Surgical problems	15 (6.52%)
Child's previous health status	4 (1.74%)
Surgery taking too long	3 (1.30%)
Late emergence	1 (0.43%)
Pain	8 (3.47%)
Little experience of the resident	1 (0.43%)
Not awakening after surgery	36 (15.60%)
Unaware of the type of anesthesia	1 (0.43%)
Not thoroughly informed	1 (0.43%)
Unable to speak after surgery	1 (0.43%)
None	134 (58.26%)
Cardiopulmonary arrest	4 (1.73%)
Feeling ill	3 (1.30%)
Acquiring some infection	1 (0.43%)
Need for oxygen	1 (0.43%)
Child's first surgery	1 (0.43%)
Reaction to anesthesia	5 (2.17%)
Prolonged sleepiness	2 (0.86%)
Blood transfusion	8 (3.47%)

From all respondents, 45 (20.6%) have not asked information about their children - whether they were already in the PACU - since some administrative employees have spontaneously informed them. Most respondents (148, 67.9%) have reported asking for such information, but 25 (11.5%) have stated not receiving or asking for any type of information, just knowing about children's situation when they arrived in the ward (Table VI).

Table VI - Did you have to go After Information about the Child in the PACU?

PACU information	Nº of Respondents
No	45 (20.6%)
Yes, but got it	148 (67.9%)
Did not go after, or received information	25 (11.5%)
Total	218 (100%)*

* Patients referred directly to ICU or the ward were excluded

As to identification of the person in charge of information when children were already in the PACU, 142 (65.1%) respondents have answered that the person has introduced him/herself, while 76 (34.9%) have answered that the person has not introduced him/herself (Table VII).

Table VII - Identification of Professional in Charge of PACU Information

	Nº of Respondents
No	76 (34.9%)
Yes	142 (65.1%)
Total	218 (100%)*

* Patients referred directly to ICU or the ward were excluded

From 218 respondents, 49 have received PACU information from anesthesiologists. Surgeons were identified as the only responsible or as one of the responsables for information by 39 respondents. Most respondents (86) have referred being informed by a "PACU employee". The nurse was the sole person or one of the persons in charge of information according to 25 respondents (Table VIII).

Table VIII - Identification of Professional in Charge of PACU Information

Professional	No	Yes
Anesthesiologist	169 (77.5%)	49 (22.5%)
Surgeon	179 (82.1%)	39 (17.9%)
PACU administrative employee	132 (60.6%)	86 (39.4%)
Nurse	193 (88.5%)	25 (11.5%)

When asked whether these professionals had explained the importance and objective of PACU, only 102 (46.8%) have answered positively. As to being informed that the child would remain for a while in the PACU, 135 (61.9%) have answered yes. In terms of PACU stay, only 92 (42.2%) respondents were contacted and informed. As to patient's health status when already in the PACU, 159 (72.9%) have been informed. The need for venous access maintenance was the less explained item; only 48 (22%) respondents were informed. When asked if they would have liked to be present at child's arrival to PACU, 172 (78.9%) have answered yes.

Post-anesthetic signs and symptoms were nausea (14, 6.1%), vomiting (23, 10%), pain (61, 26.5%), prolonged sleepiness (100, 43.5%) and sore throat (10, 4.3%) (Table IX).

Table IX - Post-Anesthetic Symptoms

Symptoms	No	Yes
Nausea	216 (93.9%)	14 (6.1%)
Vomiting	207 (90%)	23 (10%)
Pain	169 (73.5%)	61 (26.5%)
Prolonged sleepiness	130 (56.5%)	100 (43.5%)
Sore throat	220 (95.7%)	10 (4.3%)
Others	207 (90%)	23 (10%)

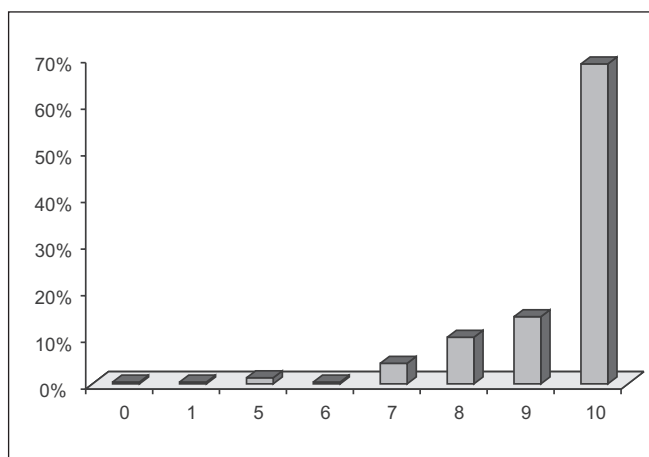


Figure 1 - Scores Given to the Anesthesiology Department

A different question would ask respondents to grade the Anesthesiology Department from 0 to 10. Most frequent answers were between 7 and 10 (221 = 97.4%) (Figure 1).

Pre, intra and post-anesthetic concerns related to patients' gender and age and to respondents' education are shown in table X.

Relatives answering the questionnaire have reported 77 concerns related to 74 female patients and 166 concerns related to 156 male patients. Some people have reported more than one concern.

For both genders, most respondents have reported no concern. In descending order of importance, the other three more frequent concerns for female children were not awakening after anesthesia, fear of general anesthesia and feeling ill. For males, the second most frequent concern was previous health status.

When concerns were correlated to children's age, it has been observed that most respondents have reported no concern, followed by fear of children not awakening after anesthesia, regardless of age bracket (Table XI).

When concerns were correlated to respondents' education, it was observed that, regardless of the level of education, most have referred not having any concern. Not awakening after anesthesia was the second most frequent concern throughout all education levels.

In addition, it has been observed that less educated people had a higher number and variety of concerns. This variety decreases as the level of education grows.

Table X - Preanesthetic Concerns related to Children's Gender and Age, and to Respondents' Education

Concern	Gender (%)		Age (%)					Respondents' Education (%)						
	Female	Male	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7
General anesthesia	6.5	4.8	3.22	5.4	1.53	3.33	7.14	7.24	5.26					
Complications in previous surgeries	-	0.6			1.53			0.72						
Child's previous health status	1.3	6.0	3.22	5.4	6.15	3.33		3.62	5.26	7.14	7.4		6.25	
Not awakening after anesthesia		21	22.58	17.56	20.0	20.0	21.43	23.20	13.15	14.28	7.4		25.0	33.33
Unaware of the type of anesthesia	2.6	0.6	3.22	1.35		3.33		0.72					12.5	
None	46.75	46	54.83	41.9	43.1	51.66	42.85	42.75	52.63	57.15	62.9	66.6	37.5	33.33
Cardiopulmonary arrest	-	3	3.22	2.7	3.1			1.44		7.14	3.7	33.4		
Feeling ill	6.5	3	3.22	4.05	1.53	8.33		5.80			3.7			11.11
Child's first surgery	3.9	0.6		1.35	3.1		7.14	0.72	5.26					11.11
Child's emotional problems	-	2.4		1.35	1.53	3.33	7.14	2.17	2.63					
Reaction to anesthesia	6.3	3	6.45	2.7	3.1	1.66	7.14	3.62	5.26	7.14				11.11

EVALUATION OF THE ANESTHETIC MANAGEMENT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS IN A TEACHING HOSPITAL

Table XI - Intra and Post-anesthetic Concerns related to Children's Gender and Age, and to Respondents' Education

Concern	Gender (%)		Age (%)					Respondents' Education (%)						
	Female	Male	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7
Awakening during surgery	4.0	3.5	6.25	3.84		6.55		5.0	2.63					7.14
General anesthesia	4.0	1.17	6.25	1.28	3.12			1.42	5.26					7.14
Surgical problems	9.34	4.67	6.25	5.12	4.7	6.55	15.38	5.0	10.5		3.22			21.42
Crying	-	1.75		3.84				2.14						
Surgery taking too long	1.34	1.17			1.56	1.64	7.7	1.42		7.14				
Pain	-	4.1	3.12	6.41		3.27		2.85	2.63		9.7			
Child's previous health status	-	2.34	3.12	2.56	1.56			1.42		7.14	3.22			
Not awakening after anesthesia	12.0	15.2	9.38	21.8	7.8	16.4	7.7	17.85	7.9	7.14	12.9		7.14	25.0
None	54.6	54.38	50.0	38.46	71.9	52.45	69.23	49.28	68.4	57.14	58.0	100	42.85	50.0
Cardiopulmonary arrest	-	2.34	6.25	1.28	1.56			1.42		7.14	3.22			
Feeling ill	2.67	0.58		2.56		1.64		2.14						
Reaction to anesthesia	1.34	2.34	3.12	2.56		1.64		2.14		3.22				12.5
Prolonged sleepiness	1.34	0.58			1.56	1.64		0.71					7.14	
Blood transfusion	4.0	2.92		2.56	1.56	8.2		4.28		3.22				

Most frequent concerns of parents and tutors were similar, regardless of gender. Most had no concern, followed by not awakening after anesthesia and surgical problems.

For all age brackets, predominant answers were *no concern*, followed by *not awakening after anesthesia* and *surgical problems*.

Most frequent answer, regardless of respondents' education was also no concern, followed by *surgical problems* and *not awakening after anesthesia*.

DISCUSSION

This study aimed at evaluating parents or tutors view about the management provided to them and their children or adolescents by the Anesthesiology Department, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Botucatu, UNESP.

Because it is a Teaching Hospital, which should be a stage for teaching both graduation students and resident physicians, the concern with this view is that it could be a tool to evaluate teaching in this Department.

Very often, medical professionals are concerned with technical-scientific teaching neglecting human aspects of physician-patient relationships, which could contribute for patients and parents/tutors to be happy with the service.

Authors, such as Kopp et al.¹⁰ have stressed the evidence of the importance of communication in anesthesia. Anesthesiologists participate in activities involving complex medical-legal, ethical and personal transactions. They receive

and convey information affecting their participation in actions of other medical professionals.

The American Society of Anesthesiologists has assigned a Committee to act to improve public education and Anesthesiology reports, acknowledging the importance of communication which promotes professional integrity, as well as patients' safety and satisfaction. So, the attention to professional communications structure and function is as important as learning anesthetic agents pharmacokinetics and pharmacodynamics. These concerns come from the fact that the field of action of Anesthesiology has been widened.

Hepner et al.¹¹ have reinforced this aspect, listing what is part of anesthesiologists actions: induction of unconsciousness, care with homeostasis and pre, intra and postoperative pain control. The understanding of physiology, pharmacology and anatomy helps neuraxial and peripheral blocks with new fields of action. Preoperative evaluation for anesthetic planning, drug adjustments, answering patients' questions and anxieties, the expansion of pain treatment areas and perioperative care has provided an opportunity to prolong the contact with awoken patients. So, it has never been so important to effectively communicate. These same authors also remind that there is concern in teaching techniques and sciences, but when the emphasis is in general patients care, there are few reports related to the medical area. They also question whether the new generation of anesthesiologists is being trained to be good perioperative physicians and professionals with good communication skills.

Predominant profile of the subject of this survey was the mother, aged 20 to 39 years, housewife, Caucasian, married, currently living in Botucatu or neighbor cities, with incomplete elementary education. Most respondents have answered that those in charge of preoperative evaluation have identified themselves as the anesthesiologist. There has been no identification in 11% of cases. It should be stressed that this topic is extremely significant.

Lopes et al.¹², in a survey about the knowledge of patients about who would anesthetize them, have observed that slightly more than half knew that anesthesiologists are physicians with specialization, and approximately 20% could not even answer to the question: "who is the anesthesiologist?". As to anesthesiologists' role, half the patients have related them to pain relief and loss of consciousness; drug administration or vital signs monitoring was the answers of a minority; and 20% were unaware of the anesthesiologist's role.

Physical comfort, adequate information, professional involvement, emotional support and respect are factors valued by patients and interfering with their understanding of the anesthetic procedure¹³.

According to patients, quality of anesthesia also means that attention given to anxiety, expectations and psychological aspects in the preoperative period should be the same, or even higher, than that given to drug choice, monitor or lab exams abnormalities in the perioperative period³. In this survey, attention given to interpersonal aspects of the anesthetic-surgical procedure has provided higher levels of satisfaction with the Anesthesiology Department.

So, it is of paramount importance that anesthesiologists dedicate time to explain what they can and may do to patients. Klock et al.¹⁴ are emphatic in saying that anesthesiologists' actions during the preoperative evaluation are the most important.

Jeske et al.¹⁵ have shown that if anesthesiologists offer patients a business card, this will increase the probability of patients remembering their names, but not their satisfaction with anesthesia. However, this could reassure their role as perioperative physicians and allow patients and other physicians to know that they are really honest and involved with the broadening of their role. If they are really relying in good communications, patients will feel comfortable when having to use card information to get in contact with them to have their potential questions answered¹¹.

So, the distribution to relatives of a leaflet with information about anesthesia, PACU or postoperative pain control⁷, or even the development of educational programs to prepare parents for anesthetic induction or PACU visits¹⁶, were effective to decrease anxiety and, at the same time, increase parental satisfaction with anesthetic care.

Remaining questions are highly significant for children and adolescents anesthesia. These are topics which have to be clarified because in general, when this is not done, there are conflict situations or increased morbidity-mortality in this age bracket. Among these issues, there is timing and importance of preoperative fasting, which is always a stressing factor for both parents and children.

Our survey has observed that only 85 (37%) respondents were explained about the importance of preoperative fasting and of fasting period. There is no information or misinformation about this topic. It is not uncommon to find children with too long or too short fasting period, with surgery postponing when parents cannot determine which food to give to children and in which time period. Understanding should start with an understandable explanation about increased morbidity if there is aspiration pneumonia and that fasting period is related to children's age and type of food¹⁷.

Our study has observed that explanation about preoperative fasting period was given to 77.4% of respondents and that the importance of this measure was only explained to 37%.

On the other hand, questions related to concurrent diseases were more satisfactorily explained to more than 80% of cases. This might be because there is more concern with diseases, which are objective facts, than with whether a prolonged fasting period would make children cry and become more anxious.

In analyzing the anesthetic period, it is alarming to observe that in 52.6% of cases, relatives were not informed about the type of anesthesia to be used to their children. In the era of written consent, which in Brazil is still not a routine, we do not have the habit of informing about anesthetic technique risks and alternatives and of asking about relatives and/or patients' preferences.

Written and informed consent offering people the opportunity to know, within their level of understanding, the procedures to be performed has been widely discussed, because it seems to increase their satisfaction with regard to medical treatment.

Leaflets explaining the anesthetic process children will go through, associated to oral information, may help achieving written consent after information and improve parental satisfaction⁸.

Stiles et al.¹⁸ have observed higher patients' satisfaction if they could further express their anxieties during preoperative evaluation and if the physician would further explain the procedures.

Other authors have shown that parents would like to more actively participate in decisions involving their children's anesthesia and that when this happens, they feel happier with anesthetic care⁹.

Patients' satisfaction may reflect many facets of their care, such as compassion, efficiently meeting their needs, their participation in decisions concerning them, and adequate information and communications. Patients' satisfaction - and patients are customers - is being considered the endpoint of care and the indicator of quality of anesthetic management¹⁹.

Adequate communication with children's tutors is of paramount importance. If children are able to understand, they should participate in the explanation. Coté¹⁷ has a good example of this issue. He tells that he starts talking to the child, identifying himself, explaining who is the anesthesiologist, what is Anesthesiology, what type of sleep will be induced by anesthesia and that at the end he/she will awaken and return to his/her parents. He also reports that children have the

same anxieties as adults, however very often they are unable to express them. After being informed about anesthesia they know that they will not feel anything, will not remember anything and will awaken after the surgery. These attitudes aim at decreasing parents and children's anxiety.

Several studies have shown that more than 60% of children undergoing surgery may present some negative behavior up to two weeks after²⁰⁻²², such as enuresis, difficult feeding, apathy and sleep disorders. In addition, preoperative anxiety activates responses to stress, releasing serum cortisol and adrenaline, and interfering with cell killer activity^{22,23}. There are evidences of two-way communications between neuroendocrine and immune systems, increasing susceptibility to infections and neoplastic diseases²⁴.

When asked about pre, intra and postoperative concerns, most respondents reported no concern, followed by fear of children not awakening after surgery. Another frequent concern before surgery was fear of general anesthesia and during surgery was the possibility of surgical problems.

When these data were crossed with children's gender and age, and parental education, there has been no difference in most frequent concerns for both genders, and no concern had the highest incidence.

When pre, intra and postoperative concerns were correlated to children's age, there has been a higher number of concerns related to children above one year of age.

Medical literature reports higher incidence of complications in children below one year of age, especially due to systems' immaturity²⁵. However, this is not known by parents. What they see, and which probably increases their anxiety and concern, is that children cry and become anxious when being taken away from parents. Children up to six month of age may be gently separated from parents or relatives. After 7-8 months, and also in the pre-school age, this separation is more traumatic²¹⁻²⁶.

When correlating concerns to education in all studied periods, it has been observed that less educated tutors had more concerns as compared to more educated ones. It could be assumed that the more educated group, exactly for being more informed, have more concrete concerns and are more confident on the professional dealing with their child.

As to PACU evaluation, it has been observed that most respondents were not informed about its importance and length of stay. However, 70% of respondents were informed that the child was already in the PACU, in addition to his/her health status.

The anesthesiologist has identified him/herself as responsible for information supplied during PACU stay in very few cases (22%). Another important data was that in 67.9% of cases the respondent had to go after information about the child. If good preoperative communication is important, it is extremely important that it continues in the postoperative period.

Sikich et al.²⁷ have carried out a study with parents about expectations and preferences during children's anesthetic recovery. Interestingly, they have observed that they were not comfortable when children had a too short recovery time be-

cause the hospital environment would bring them further comfort.

The postoperative period is a source of parental stress, especially with regard to what children may eat or drink and when²⁸, although the vast majority is concerned with pain, nausea and vomiting. This issue should be explained and, in case of outpatient procedure, parents should have access to a contact phone number to notify possible complications at home.

The Anesthesiology Department was scored 10 by 68.6% of respondents. Notwithstanding the lack of major explanations for tutors, both related to pre and intra and postoperative periods, evaluation was satisfactory. Most respondents have scored above 7 (97.4%). It is possible that when answering postoperative questions, parental anguishes had already decreased.

CONCLUSION

One may consider that in spite of the satisfactory evaluation of the Anesthesiology Department, by parents and tutors of children and adolescents referred to HC, Faculdade de Medicina, Botucatu, there were communication failures between those in charge of preanesthetic evaluations and tutors of children and adolescents. Problems are easy to solve and depend more on the willingness of the department than on scientific knowledge. They do not incur additional costs, complex monitoring devices, but rather simply a deeper involvement with relatives and children.

In addition, this information should be conveyed to graduating students and residents who should also observe them, because example is the best way of learning.

REFERÊNCIAS - REFERENCES

1. Lee JA - The anaesthetic out-patient clinic. *Anaesthesia*, 1949;4:164-74.
2. Machado PRD - Relação médico-paciente em Anestesiologia. Melhor Momento. Dissertação de Mestrado. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 1998.
3. Machado PRD - Qualidade em anestesia. Uma visão do paciente. Tese Doutorado. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2003.
4. Kain ZN, Mayes LC, Caramico LA - Preoperative preparation in children: a cross-sectional study. *J Clin Anesth*, 1996;8:508-514.
5. Kain ZN, Caramico LA, Mayes L et al - Preoperative preparation programs in children: a comparative examination. *Anesth Analg*, 1998;87:1249-1255.
6. Hatava P, Olsson GL, Lagerkranser M - Preoperative psychological preparation for children undergoing ENT operation: a comparison of two methods. *Paediatr Anaesth*, 2000;10:477-486.
7. Bellew M, Atkinson KR, Dixon G et al - The introduction of a paediatric anaesthesia information leaflet: an audit of its impact on parental anxiety and satisfaction. *Paediatr Anaesth*, 2002;12:124-130.
8. Koinig H - Preparing parents for their child's surgery: preoperative parental information and education. *Paed Anaesth*, 2002;12:107-109.

09. Tait AR, Voepel-Lewis T, Munro HM et al Parents preferences for participation in decisions made regarding their child's anaesthetic care. *Paediatr Anaesth*, 2001;11:283-290.
10. Kopp VJ, Shafer A - Anesthesiologists and perioperative communication. *Anesthesiology*, 2000;93:548-555.
11. Hepner DL, Bader AM - The perioperative physician and professionalism: the two must go together! *Anesth Analg*, 2001;93:1088-1090.
12. Lopes CA, Machado PRA, Castiglia YMM - O que pensa o paciente sobre o binômio anestesiologista-anestesia. *Rev Bras Anesthesiol* 1993;43:335-340.
13. Hadjistavropoulos HD, Dobson J, Boisvert JA - Information provision, patient involvement and emotional support: prospective areas for improving anesthetic care. *Can J Anesth*, 2001;48:864-870.
14. Klock PA, Roizen MF - More and better-educating the patient about the anesthesiologist's role as perioperative physician. *Anesth Analg*, 1996;83:671-672.
15. Jeske HC, Lederer W, Lorenz I - The impact of business cards on physician recognition following general anesthesia. *Anesth Analg*, 2001;93:1262-1264.
16. Chan CS, Molassiotis A - The effects of an educational programme on the anxiety and satisfaction level of parents having parent present induction and visitation in a postanesthesia care unit. *Paediatr Anaesth*, 2002;12:131-139.
17. Cote CH - Pre-operative preparation. In: Lindahl SGE. *Balliere's Clin Anesthesiol - Paed Anaesth*. Philadelphia: WB Saunders, 1996;10:605-626.
18. Stiles WB, Putnam SM, James SA et al - Dimensions of patient and physician roles in medical screening interviews. *Soc Sci Med*, 1979;13A:335-341.
19. Fung D, Cohen M - Measurement of patient satisfaction. *Anesth Analg*, 1999;89:255.
20. Kotiniemi LH, Ryhanen PT, Moilanen IK - Behavioural changes in children following day-case surgery: a 4 - week follow-up of 551 children. *Anaesthesia*, 1997;52:970-976.
21. McCann ME, Kain ZN - The management of preoperative anxiety in children: an update. *Anesth Analg*, 2001;93:98-105.
22. Kain ZN, Mayes LC, O'Connor TZ et al - Preoperative anxiety in children. Predictors and outcomes. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 1996;150:1238-1245.
23. Kain Z, Sevarino F, Rinder C - The preoperative behavioral stress response: does it exist? *Anesthesiology*, 1999;91:A742.
24. Ader R, Cohen N, Felten D - Psychoneuroimmunology: interactions between the nervous system and the immune system. *Lancet*, 1995;345:99-103.
25. Holzman RS - Morbidity and mortality in pediatric anesthesia. *Pediatr Clin North Am*, 1994;41:239-256.
26. Meursing AEE, Bezstarosti-VanEdden - Working with parents. *Ballière's Clin Anesthesiol*, 1996;10:627-631.
27. Sikich N, Carr AS, Lerman J - Parental perceptions expectations and preferences for the postanaesthetic recovery of children. *Paediatr Anaesth*, 1997;7:139-142.
28. Dawson KP, Mogridge N - Parental perceptions of paediatric inpatient care. *N Z Med J*, 1991;104:12-13.

RESUMEN

Aguiar AS, Módolo NSP, Castiglia YMM, Bruschi BAM - Evaluación del Servicio Anestésico del Niño y del Adolescente en un Hospital Universitario

JUSTIFICATIVA Y OBJETIVOS: *Calidad en anestesia y satisfacción de los pacientes han tenido acentuado destaque. Nuestro objetivo fue evaluar el servicio anestésico de niños y adolescentes de nuestro Hospital, entrevistando sus responsables.*

MÉTODO: *Fueron entrevistados 230 responsables de niños y adolescentes sometidos a la anestesia en el período comprendido entre abril y diciembre de 2003. Se realizó entrevista en la visita pos-operatoria a través de un cuestionario con cuatro partes: identificación de los niños y adolescentes y sus responsables (parte 1); aclaraciones en la visita pre-anestésica (parte 2), referente a la anestesia (parte 3) y a la recuperación pos-anestésica (SRPA) (parte 4), determinándose quien daría las informaciones a los entrevistados y se hubiese complicación en el pos-anestésico. El responsable atribuyó nota de 0 a 10 al Servicio de Anestesiología.*

RESULTADOS: *La pesquisa fue respondida por la madre en 189 (82,2%) casos. La mayoría de los entrevistados, 114 (75,6%), tenía entre 20 y 39 años, era casada (148 a 64,3%) y 140 (60,9%) no tenían ocupación. Para 89%, anesthesiologista se identificó; para 37% y 77,4%, aclaró sobre la importancia y tiempo del ayuno; 82%, sobre anemia; 90%, alergia; 46,8%, importancia de la SRPA; 42,2%, tiempo de permanencia; 72,9%, estado de salud de su niño. No hubo aprehensiones para 49%, 58% y 58%, respectivamente, en el pre, intra y pos-anestésico. Les gustaría haber estado con su niño/adolescente en la llegada a la SRPA, 78,9%. Fueron relacionadas preocupaciones en el período pre, intra y pos-anestésico con el sexo y la edad del paciente - no haber tenido ninguna preocupación - mayoría de los entrevistados - y con la escolaridad del entrevistado - cuanto más completa, menor fue el número y la variedad de las preocupaciones relatadas. Las anotaciones atribuidas al Servicio de Anestesiología tuvieron mayor frecuencia entre 7 y 10 (97,4%).*

CONCLUSIONES: *Se considera que el Servicio de Anestesiología desarrolla un buen trabajo, a pesar de fallos en la comunicación, que son de fácil solución y dependen más de la voluntad del Servicio que de su conocimiento científico.*