



Avaliação da intensidade e desconforto da sede perioperatória

Evaluation of the intensity and discomfort of perioperative thirst

Evaluación de la intensidad e incomodidad de la sed perioperatoria

Isadora Pierotti¹

Isabela Fernanda Larios Fracarolli¹

Lígia Fahl Fonseca¹

Patrícia Aroni¹

1. Universidade Estadual de Londrina.
Londrina, PR, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a intensidade e o desconforto da sede perioperatória e fatores associados durante a recuperação anestésica. **Método:** Estudo quantitativo, transversal, descritivo. **Resultados:** Dos 203 participantes, 182 (89,6%) sentiram sede. A intensidade média da sede foi 6,9, avaliada em escala numérica analógica e a de seus desconfortos, 7,3, em escala de 0 a 14. Todos os atributos avaliados pela escala foram citados: boca seca e vontade de beber água (87,3%), lábios ressecados (79,1%), língua grossa (43,4%), saliva grossa (56,5%), garganta seca (75,2%), gosto ruim na boca (63,1%). Houve correlação positiva entre intensidade da sede e pontuação dos desconfortos avaliados pela escala (Spearman=0,474/p=<0,05). Não houve correlação entre idade, tempo de jejum e utilização de opioides com intensidade de sede e seus desconfortos. **Conclusão e implicação para a prática:** Desconfortos advindos dos atributos da sede são evidenciados à medida que a intensidade da sede aumenta.

Palavras-chave: Sede; Enfermagem; Assistência Perioperatória; Período Pós-Operatório.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the intensity and discomfort of perioperative thirst and related factors during anesthesia recovery. **Method:** This is a quantitative, cross-sectional, descriptive study. **Results:** Of the 203 participants, 182 (89.6%) reported they were thirsty. The mean intensity of thirst was 6.9 measured using a verbal numerical scale of 0 to 10 and discomfort was 7.3 on a scale of 0 to 14. All attributes evaluated by the scale were cited including dry mouth and desire to drink water (87.3%), dry lips (79.1%), thick tongue feeling (43.4%), thick saliva (56.5%), dry throat (75.2%) and bad taste in the mouth (63.1%). There was a positive correlation between the intensity of thirst and discomfort assessed by the scale (Spearman coefficient: 0.474; p-value: <0.05). No correlation was found between age, length of fasting and use of opioids with the intensity of thirst and discomfort. **Conclusion and implication in the clinical practice:** Discomfort arising from the attributes of thirst is evidenced as the intensity of thirst increases.

Keywords: Thirst; Nursing; Perioperative Care; Postoperative Period.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar intensidad e incomodidad de la sed perioperatoria y los factores asociados durante la recuperación anestésica. **Método:** Estudio cuantitativo, transversal, descriptivo. **Resultados:** De los 203 participantes, 182 (89,6%) sintieron sed. La intensidad media de la sed fue 6,9, evaluada en escala numérica analógica; sus incomodidades, 7,3, en escala de 0 a 14. Todos los atributos evaluados fueron citados: boca seca y ganas de beber agua (87,3%), labios resecaos (79,1%), lengua gruesa (43,4%), saliva gruesa (56,5%), garganta seca (75,2%), gusto malo en la boca (63,1%). Se observó correlación positiva entre intensidad de la sed y puntuación de las molestias evaluadas por la escala (Spearman=0,474/p=<0,05). No hubo correlación entre edad, tiempo de ayuno y utilización de opioides con intensidad de sed y sus incomodidades. **Conclusión e implicación para la práctica:** Incomodidad proveniente de los atributos de la sed se evidencia a medida que la intensidad de la sed aumenta.

Palabras clave: Sed; Enfermería; Atención Perioperatoria; Periodo Posoperatorio.

Autor correspondente:

Isadora Pierotti.

E-mail: isa_pierotti@hotmail.com

Recebido em 11/12/2017.

Aprovado em 21/03/2018.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0375

INTRODUÇÃO

Descrita como um sintoma multifatorial, a sede apresenta elevada prevalência no período pós-operatório imediato (POI), chegando a 75% entre os pacientes adultos.¹ Está relacionada às sensações que geram desconforto intenso como boca seca, saliva viscosa e fadiga corporal.²⁻⁵ A presença deste sintoma envolve respostas motivacionais como a agradabilidade da ingestão hídrica durante as refeições e estados emocionais, como a ansiedade que desencadeia a redução da produção salivar. Esses fatores impelem o ser humano a buscar por líquidos e são influenciados por condições do ambiente, de saúde e de doença. Sua percepção passa tanto por fatores fisiológicos controlados por um complexo mecanismo regulatório, como também por hábitos pessoais.^{4,5}

A sede é usualmente mensurada na prática clínica e em pesquisas por meio de escalas de autoavaliação. Foram encontradas altas correlações entre a intensidade da sede com os seus atributos³ e com as alterações de osmolaridade e a liberação do hormônio antidiurético (ADH).⁶ Isso demonstra que a avaliação subjetiva da intensidade da sede pode representar um indicativo das alterações fisiológicas causadas por ela.

Pode-se avaliar a intensidade da sede através de escalas análogas às de mensuração da dor, como: escala visual analógica (EVA), escala verbal numérica (EVN), escala de descritores verbais (EDV) e escala de faces (EF) da dor.⁷⁻⁹

A sede é considerada um dos maiores distressores para o paciente no POI.¹⁰ Na tentativa de descrever a magnitude do desconforto que ela causa nesse período, os pacientes utilizam figuras de linguagem, identificando-se como "um camelo atravessando o deserto" ou verbalizando que têm, "a sensação de ter ingerido um tubo de cola". Acresce-se que as sensações descritas pelo paciente cirúrgico diante da falta de perspectiva de saciar a sua sede, devido ao jejum mandatório que envolve o período cirúrgico, são de desespero e até de pensamentos de morte.¹¹ Paradoxalmente para a equipe de enfermagem e anestesiologia, a sede do paciente cirúrgico ainda é um sintoma de menor relevância.^{12,13}

Entre as várias necessidades fisiológicas, uma das mais primárias do ser humano e essencial para a manutenção de seu estado de conforto é a de ingestão de água. Por outro lado, o termo conforto é relacionado com a satisfação de alguma necessidade humana básica, como, por exemplo, o resultado da ausência ou controle da dor, do sofrimento e de preocupação, proporcionando um estado de equilíbrio. Já a presença desses fatores pode se associar ao sentido da palavra desconforto.¹⁴ O paciente cirúrgico, em presença da sede, fica em desequilíbrio que se manifesta por sinais e sensações subjetivas e por atributos como boca seca, garganta seca, vontade de beber água, entre outros.^{2,3,8}

Com o propósito de avaliar, de modo intencional, os atributos relacionados à sede no período perioperatório, desenvolveu-se e validou-se uma escala denominada Escala de Desconforto da Sede Perioperatória (EDESP),⁸ que apresentou altos índices de validade e fidedignidade no tocante ao paciente cirúrgico.

O índice de validade de conteúdo dessa escala foi de 0,98 e o de fidedignidade inter-avaliadores foi de 1. O instrumento mostrou-se confiável, com o coeficiente de kappa ponderado de 1 para os itens e alfa de Cronbach de 0,91 para a escala.⁸

A EDESP avalia os atributos: boca seca, lábios ressecados, língua grossa, saliva grossa, garganta seca, gosto ruim na boca e vontade de beber água em uma escala *Likert* de três pontos, de fácil utilização no período perioperatório, principalmente quando o paciente está se recuperando da anestesia.⁸ Estudos a respeito da sede enfocam, via de regra, a intensidade, mas falham em identificar e analisar a presença e intensidade dos desconfortos que ela provoca.

Dentre os fatores considerados preditores para a presença de sede no período perioperatório encontra-se o uso de medicamentos anestésicos, sobretudo opioides e anticolinérgicos e o tempo de jejum pré-operatório.^{15,16} Há escassez de dados sobre as associações entre essas variáveis predictoras com o desconforto relacionado à sede.

A mensuração da intensidade da sede apresenta correlação positiva com as alterações osmolares e plasmáticas que deflagram a liberação do hormônio antidiurético (ADH), considerado um dos principais hormônios que regulam a sede.⁶ Dessa forma, embora a avaliação da intensidade por meio de escalas visuais numéricas e analógicas seja subjetiva, ela reflete um estado de alterações sanguíneas que controlam a gênese e a saciedade da sede. Mensurá-la subjetivamente, portanto, é um método prático e largamente utilizado nos estudos laboratoriais e clínicos de avaliação da sede humana.³

Todavia, por ser um sintoma multifatorial não pode ser mensurada, apenas, por sua intensidade. Existe uma lacuna nos estudos que investiguem a relação dessa intensidade com o desconforto que a sede propicia e seus fatores associados no paciente cirúrgico. Esta análise pode ampliar a compreensão sobre esse complexo sintoma, tornando explícitos quais atributos da sede mais incomodam este grupo de pacientes. Desta forma, espera-se responder a seguinte questão: Há relação entre a intensidade de sede e seus desconfortos com os fatores associados à presença deste sintoma no POI?

Este estudo teve, portanto, como objetivo avaliar a intensidade e o desconforto da sede perioperatória e fatores associados durante a recuperação anestésica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, descritivo. A população pesquisada compreendeu pacientes cirúrgicos no POI, internados no hospital selecionado para o estudo. A amostra foi não probabilística totalizando 203 participantes. Para o tamanho amostral, não foi realizado o cálculo de amostra mínima, utilizando-se como critério o tempo estabelecido de quatro meses para a coleta.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: pacientes de ambos os sexos com idade superior a 18 anos, submetidos à cirurgias eletivas, de urgência e emergência, que estivessem no POI na Sala de Recuperação Anestésica (SRA), orientados

quanto ao tempo e espaço e que verbalizassem sede espontaneamente ou quando questionados. Participaram do estudo, adultos e idosos. No entanto, houve menor participação da população idosa uma vez que a maioria destes pacientes é encaminhada da sala de cirurgia para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ao invés da SRA, local onde ocorreu a coleta dos dados. O critério de exclusão foi o relato de dor no momento da coleta, pois esse sintoma pode influenciar na avaliação da sede pelo próprio paciente.

O estudo foi realizado na SRA de um hospital universitário de nível terciário, no estado do Paraná, no período de fevereiro a maio de 2016. Trata-se de um hospital público com 316 leitos, referência regional para atendimento de queimados, transplante de medula óssea, gravidez de alto risco e trauma. Comporta um Centro Cirúrgico (CC) com sete salas operatórias, sendo uma delas específica para cirurgias de urgência/emergência e uma SRA com seis leitos. O CC em questão realiza uma média mensal de 500 cirurgias.

Para a coleta de dados, utilizou-se um roteiro com informações sobre a identificação pessoal e o ato anestésico-cirúrgico, a EVN e a EDESP. Os pacientes eram convidados a participar da pesquisa assim que chegavam à sala de preparo pré-operatório do centro cirúrgico, onde aguardaram até o momento de serem encaminhados à sala cirúrgica. Após o aceite, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Já no POI, na SRA, a coleta de dados iniciou-se após avaliação dos participantes sendo que deveriam estar, sem auxílio de oxigenoterapia, conscientes e alertas, em condições de responder às perguntas. No primeiro momento, foram questionados quanto à presença de sede e à sua intensidade, por meio da EVN com pontuação de 0 a 10, em que 0 representou a sua ausência e 10 a pior sede. Na presença de sede, procedeu-se à avaliação do desconforto pela EDESP. Aplicou-se a escala perguntando-se ao participante o quanto aquele atributo o incomodava, sendo 0 "nada incomodado(a)", 1 "um pouco incomodado(a)" e 2 "muito incomodado(a)". A pontuação da escala vai de 0 a 14 e quanto maior a pontuação, maior o incômodo.

A coleta foi realizada por duas autoras deste estudo, integrantes do Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede (GPS) da instituição em questão, com conhecimento sobre o tema e experiência no cuidado do paciente em POI. Realizou-se um teste piloto com cinco participantes para refinamento do roteiro, sendo que não houve necessidade de alterações. Os participantes do teste piloto foram excluídos desse estudo.

Os dados passaram por dupla digitação em planilha de Excel e foram analisados pelo *software Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20.0. As variáveis qualitativas investigadas (sexo, clínica cirúrgica, classificação do risco cirúrgico pela *American Society of Anaesthesiologists* (ASA), técnica anestésica, utilização de opioides, anticolinérgico, caráter de atendimento, presença de sede e queixa espontânea) foram descritas pela frequência de distribuição dos participantes entre as categorias existentes.

As distribuições de normalidade das variáveis envolvidas no estudo foram determinadas pelo teste de Shapiro-Wilk. As

variáveis numéricas foram apresentadas por meio de média e intervalo interquartil: idade, tempo de jejum pré-operatório de sólidos e líquidos, intensidade da sede e pontuação da EDESP. Como os dados não apresentaram distribuição normal, para correlacionar idade, tempo de jejum pré-operatório e uso de opioide com a intensidade da sede e seus desconfortos, foi utilizado o teste ρ (rho) de Spearman para amostras independentes. A significância foi estipulada em 5% ($p \leq 0,05$).

O estudo atendeu aos requisitos formais contidos nos padrões regulatórios nacionais e internacionais de pesquisa envolvendo seres humanos e iniciou-se após a leitura e a assinatura do TCLE pelos participantes. O projeto recebeu a aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa em fevereiro de 2016, CAAE número: 51012415.3.0000.5231.

RESULTADOS

Dos 203 participantes, 182 apresentaram sede, representando uma prevalência de 89,6%. Destes, 63,7% pertenciam ao sexo feminino. A média de idade foi 41,5 (dp 15,8). Em relação ao caráter de atendimento, 60,9% foram cirurgias eletivas e 39,1% de urgência. As clínicas cirúrgicas mais frequentes foram ginecologia e obstetrícia (31,8%), seguidas da ortopedia (23%) e urologia (15,9%). A maioria dos participantes (52,7%) foi classificada como ASA II. A técnica anestésica mais utilizada foi a raquianestesia (52,7%); 95% dos participantes receberam opioides e 32,4% anticolinérgicos. A Tabela 1 apresenta as variáveis de caracterização da amostra dos pacientes que apresentaram sede.

Nos resultados da Tabela 2, encontram-se distribuídos os participantes que apresentaram sede e relataram-na espontaneamente, o tempo de jejum pré-operatório para líquidos e sólidos, a intensidade da sede e a do desconforto.

Os dados apresentados mostram que dos 182 participantes que apresentaram sede, apenas 22 (12%) verbalizaram-na espontaneamente. Encontrou-se elevado tempo de jejum pré-operatório para líquidos, com média de 16,2 horas, assim como para sólidos, com média de 17,3 horas. A intensidade média de sede foi de 6,9 (dp 2,4), enquanto que a intensidade dos desconfortos apresentados teve média de 7,3 (dp 3,7).

Na Tabela 3 estão discriminados os atributos avaliados pela EDESP e sua intensidade de desconfortos. Com respeito a esses, pode-se observar que os sete atributos avaliados foram citados pelos pacientes. Boca seca e vontade de beber água foram os mais prevalentes (87,3%), seguidos por lábios ressecados (79,1%), garganta seca (75,2%), gosto ruim na boca (63,1%), saliva grossa (56,5%) e língua grossa (43,4%).

A Tabela 4 apresenta a correlação de fatores relacionados à presença de sede com sua intensidade e a de seus desconfortos.

Não houve relação estatisticamente significativa entre as variáveis idade, tempo de jejum, uso de opioides e anticolinérgicos com a intensidade de sede e seus desconfortos. Porém, esse estudo apresentou correlação positiva e moderada (Spearman = 0,474) entre a intensidade da sede e a pontuação da EDESP.

Tabela 1. Caracterização dos pacientes cirúrgicos que apresentaram sede na Sala de Recuperação Anestésica de acordo com as variáveis clínico-cirúrgicas.

Variáveis	Média	Dp
Idade em anos	41,5	15,8
	N	%
Sexo		
Feminino	116	63,7
Masculino	66	36,3
Clínica cirúrgica		
Ginecologia e Obstetrícia	58	31,8
Ortopedia	42	23,0
Urologia	29	15,9
Outras	53	29,3
Classificação do risco cirúrgico (ASA)*		
I	81	44,5
II	96	52,7
III	5	2,8
Caráter de atendimento		
Cirurgias Eletivas	111	60,9
Urgências	71	39,1
Uso de Opioide		
Sim	173	95,0
Não	9	5,0
Uso de Anticolinérgico		
Sim	59	32,4
Não	123	67,6
Técnica Anestésica		
Raqui anestesia	96	52,7
Geral Balanceada	46	25,2
Raqui anestesia + Geral	2	1,0
Bloqueio Peridural + Geral	15	8,2
Outras	23	12,9

* Classificação do risco cirúrgico segundo a *American Society of Anaesthesiologists*.

DISCUSSÃO

A relevância deste estudo evidencia-se pelo olhar intencional para averiguar a presença e intensidade da sede no paciente cirúrgico no POI e, ainda, para discriminar os atributos que compõem esse desconforto. Na presente pesquisa, observou-se que todos os atributos mensurados pela EDESP foram identificados pelos pacientes, o que indica que essa escala pode ser um instrumento útil para identificar o desconforto causado pela sede perioperatória. Além disso, não foi avaliada, unicamente, a intensidade da sede - usualmente investigada em estudos sobre

Tabela 2. Caracterização de pacientes cirúrgicos na Sala de Recuperação Anestésica quanto à presença, intensidade e desconfortos da sede.

Variáveis	N	%
Presença de Sede		
Sim	182	89,6
Não	21	10,4
Relato Espontâneo		
Sim	22	12,0
Não	160	88,0
	Média	DP
Tempo de jejum pré-operatório para líquidos (em horas)	16,2	8,7
Tempo de jejum pré-operatório para sólidos (em horas)	17,3	9,0
Intensidade de Sede (pontos)*	6,9	2,4
Intensidade do Desconforto (pontos)**	7,3	3,7

* Escala verbal numérica, pontuação de 0 a 10; ** Escala de Desconforto da Sede Perioperatória, pontuação de 0 a 14.

esse tema - mas também a correlação entre essa intensidade e a mensuração dos atributos referentes ao desconforto provocados por ela, que impactam de forma considerável o momento de recuperação de uma cirurgia.

A sede pode ser definida como o desejo consciente de beber água.¹⁷ Sua percepção e o comportamento de ingestão hídrica podem ser motivados por diferentes fatores, dentre os quais aspectos fisiológicos, diferenças individuais, desejo de interromper a sensação de boca seca e características pessoais relacionadas a enterocepção.^{4,5,18}

O paciente cirúrgico vivencia a sede enquanto um fator distrator de acordo com sua cultura, conhecimento, orientações pré-operatórias, experiências anteriores, entre outros fatores.⁵ A sua percepção, como resultado de estímulos hormonais e neurais, assim como a percepção da dor, apresenta um limiar que varia de acordo com a particularidade de cada indivíduo e com a experiência que vivencia.⁵

A prevalência da sede foi elevada neste estudo sendo maior que em outra pesquisa em sala de recuperação anestésica.¹ A magnitude deste problema, portanto, é grande e merece ser olhada com intencionalidade. Alguns desafios precisam ser superados ao se avaliar a sede, sendo o primeiro deles a relevância conferida a esse sintoma por parte da equipe. No momento da recuperação anestésica, considera-se que outros sintomas como dor, náusea e hipotermia requerem maior atenção por indicar possíveis complicações.^{12,13}

A prevalência da sede neste estudo e os relatos do próprio paciente demonstram o quanto esse sintoma pode ser perturbador no POI. Considerada um sintoma multifatorial, a sede pode ser desencadeada por fatores individuais, emocionais e fisiológicos.^{4,19} Destaca-se que o tempo em que o paciente permanece

Tabela 3. Atributos avaliados pela EDESP* e sua intensidade de desconforto em pacientes cirúrgicos na Sala de Recuperação Anestésica.

Atributos da EDESP*	N	%	Intensidade de Desconforto		
			Nada	Pouco	Muito
			N	N	N
Boca seca	159	87,3	23	79	80
Lábios ressecados	144	79,1	38	78	66
Língua Grossa	79	43,4	103	53	26
Saliva grossa	103	56,5	79	61	42
Garganta seca	137	75,2	45	72	65
Gosto ruim na boca	115	63,1	67	51	64
Vontade de beber água	159	87,3	23	55	104

* Escala de Desconforto da Sede Perioperatória.

Tabela 4. Correlação entre idade e tempo de jejum para líquidos e sólidos com intensidade da sede e intensidade dos desconfortos da EDESP* em pacientes cirúrgicos na Sala de Recuperação Anestésica.

Variáveis	Intensidade de sede		Intensidade de desconforto	
	Coefficiente**	p valor	Coefficiente**	p valor
Idade	-,122	,101	-,129	,083
Tempo de jejum pré-operatório para líquidos	,101	,174	,028	,704
Tempo de jejum pré-operatório para sólidos	,076	,309	,077	,300
Uso de opióides	,020	,793	-,044	,553
Uso de anticolinérgico	-,010	,987	,057	,447

* Escala de Desconforto da Sede Perioperatória; ** Teste ρ (rho) de Spearman.

em jejum operatório, o uso de opioides e anticolinérgicos podem estar associados aos mecanismos que deflagram a sede em pacientes cirúrgicos.^{15,16}

Estudos realizados com pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas em UTI citaram a sede como importante estressor. É considerada por eles angustiante e estressora, interferindo em sua recuperação.²⁰ Esse grupo de pacientes classificou "ter sede" como o primeiro estressor dentre os 50 avaliados.¹⁰

O jejum pré-operatório foi uma variável avaliada neste estudo. Essa conduta é indicada para prevenir a aspiração pulmonar do conteúdo gástrico, devido à perda de reflexos protetores da via aérea em consequência dos medicamentos anestésicos.^{21,22} A aspiração pulmonar é uma complicação temida pela equipe cirúrgica e este pode ser outro fator associado ao elevado tempo de jejum usualmente praticado. No entanto, esta não é uma conduta adequada, pois o jejum prolongado aumenta a produção de suco gástrico e diminui ainda mais seu pH, resultando em maior risco de complicações como broncoaspiração.²²

A recomendação de jejum para procedimentos cirúrgicos é de duas horas para líquidos claros e de seis horas para alimentos sólidos não gordurosos.²¹ No presente estudo não foi evidenciado qualquer correlação entre tempo de jejum e intensidade e o desconforto da sede. No entanto, obteve-se como resultado uma média de jejum muito acima da recomendada,

cerca de 14 horas a mais para líquidos e 11 horas a mais para alimentos sólidos.

Todos os participantes, portanto, apresentaram um mínimo de oito horas de jejum, podendo esse ser um dos fatores que dificultou a análise das variáveis em relação ao tempo de jejum menor. Esse achado corrobora os resultados de estudo anterior em que foi encontrado uma variação de 8 a 37 horas de jejum pré-operatório.¹ Dentre os fatores que podem ter contribuído para os resultados em relação ao jejum no presente estudo, é que a coleta de dados realizou-se em um hospital escola com elevadas taxas de suspensão cirúrgica,²³ o que resulta na manutenção do jejum por períodos prolongados.

Outra variável avaliada foi a utilização de opioides e anticolinérgicos. Um dos efeitos adversos desses medicamentos é o desencadeamento da sede por diminuição da produção de saliva, que resulta no ressecamento da cavidade oral.^{15,16} Neste estudo não houve correlação significativa entre o uso de anticolinérgicos e opioides com a intensidade da sede e seus desconfortos. Sugere-se que outras investigações comparativas sejam conduzidas entre grupos semelhantes, grupo controle e experimental, para avaliar de maneira fidedigna se há associação de seu uso com a intensidade da sede e seus desconfortos, assim como para investigar se há relação dose-dependente na associação desses fatores.

Dentre as condições individuais que possam influenciar na sensação de sede, tem-se a idade do participante. O envelhecimento altera a percepção da sede,⁴ uma vez que, em condições de calor, exercício e trauma, idosos relatam menos sede e demandam tempo maior para recuperar o equilíbrio de fluidos.²⁴ Mesmo em situações em que é permitido beber livremente, os idosos ingerem menor quantidade de água. Esse fato pode acontecer devido ao medo de incontinência, à inacessibilidade aos banheiros e imobilidade.³ Neste estudo, não houve associação estatística da idade e intensidade da sede e seus desconfortos. Para melhor compreensão dessa variável, são necessários estudos com cálculo de tamanho amostral que permita elucidar essa questão. Nesta pesquisa, devido à amostra pequena de idosos, não foi possível analisar a sede em pessoas com mais idade.

Observou-se que a intensidade de sede foi elevada. Em outro estudo em que os autores avaliaram a utilização de picolé de gelo em comparação com a água em temperatura ambiente para alívio da sede em sala de recuperação anestésica, a intensidade média de sede entre os grupos estudados foi de 6,7 e 6,3 para o grupo experimental e controle,²⁵ assemelhando-se aos achados dessa pesquisa.

Dentre os fatores que contribuem para a elevada intensidade da sede no paciente cirúrgico estão os aspectos emocionais como a ansiedade, presente desde o pré-operatório. Como consequência, ocorre a diminuição do fluxo salivar e ressecamento da cavidade oral, contribuindo para o desencadeamento da sede.⁵ Adicionalmente, desequilíbrios osmóticos e volêmicos inerentes ao ato cirúrgico, contribuem para que o paciente cirúrgico componha o grupo de maior risco para o desenvolvimento de sede. Este quadro é, portanto, evidenciado por meio de sede intensa quando o paciente recupera-se da anestesia.⁵

Neste estudo, os atributos avaliados pela EDESP evidenciaram que boca seca e vontade de beber água são os mais presentes e resultam em maior incômodo para o paciente, corroborando os fatores mais incidentes relacionados à sede e apresentados pela literatura. Indivíduos que experienciam-na descrevem a boca seca como o fator mais aversivo⁴ e sua percepção é um dos atributos mais frequentemente associados a ela.^{3,18,26}

A escala que avalia o desconforto, EDESP, foi criada e validada recentemente, seu uso ainda não foi amplamente divulgado na literatura. Por esse motivo, não foram encontradas pesquisas que corroborassem os presentes achados, dificultando discussões comparativas. Estes resultados, no entanto, são relevantes pois explicitam atributos que os paciente cirúrgicos realmente experienciam. Essa perspectiva amplia o olhar em relação a mensuração da sede, indo além da intensidade como único fator de identificação.

A relação positiva entre a intensidade de sede e a pontuação nos desconfortos avaliados pela EDESP indicou que há uma correlação entre a intensidade relatada pelo paciente por meio da EVN e a EDESP. Um estudo de revisão⁶ reuniu ensaios clínicos relacionando a sede com os principais fatores fisiológicos e medidores. Em todos os ensaios analisados, houve estreita

associação do escore obtido nas escalas de avaliação da sede com o aumento dos níveis de osmolaridade e vasopressina, que estão relacionados à fisiologia da sede. Portanto a EVN pode, de alguma maneira, representar as alterações osmóticas do paciente e, por meio da EDESP, é possível constatar o aumento do desconforto causado pela sede no paciente cirúrgico, tornando explícitos os atributos que mais o incomodam.

Diante da magnitude da sede e dos desconfortos dela decorrentes, evidencia-se a importância do cuidado prestado pela equipe de enfermagem ao paciente cirúrgico. O cuidado integra a essência da enfermagem, particularmente em uma área tão sensível para o ser humano.

A sede é um dos sintomas que refletem uma das necessidades primárias do indivíduo.¹⁴ Portanto, não estamos atentando para suas necessidades ao permitir que o paciente permaneça com esse intenso desconforto no POI sem que haja um cuidado intencional, visando mensurar e aliviar esse sintoma. Estratégias efetivas para manejo da sede^{25,27} e protocolo que avalia a segurança²⁸ para sua utilização já estão disponíveis para a prática clínica permitindo o seu alívio e dos seus desconfortos, particularmente na SRA.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A prevalência da sede e de seus desconfortos, assim como sua intensidade, foi elevada nos pacientes que estavam no POI, na SRA. Houve relação positiva entre essa intensidade e a pontuação na EDESP, permitindo observar que, quanto maior a pontuação da intensidade da sede, mais o paciente percebe os desconfortos dela provenientes. Isso mostra quão prevalente e intenso esse sintoma é vivenciado, sobretudo por este grupo de pacientes.

Todos os atributos relacionados à sede, presentes na EDESP, foram evidenciados permitindo-se inferir que este instrumento consegue medir, adequadamente, tais atributos. A sede precisa ser olhada de maneira intencional pela equipe de saúde que atua na SRA, com a finalidade de ser mensurada e apropriadamente tratada.

Uma das limitações dessa investigação compreendeu a não realização de cálculo de tamanho amostral, o qual poderia elucidar a relação das variáveis preditoras e o desfecho. Outra limitação foi o pequeno número de idosos, o que não possibilitou que essa faixa etária pudesse ser avaliada separadamente.

Entretanto, o estudo revelou dados pouco conhecidos sobre os desconfortos que a sede causa, suas características e a relação com a intensidade relatada em um período quando usualmente nem é considerada como parte do cuidado. Espera-se que as informações evidenciadas favoreçam a ampliação das reflexões sobre a prática realizada em recuperação anestésica, visando a melhoria na assistência prestada ao paciente cirúrgico. Incluir a verificação da sede como necessidade básica do ser humano, contribuirá, portanto, para a humanização do cuidado ao paciente cirúrgico.

REFERÊNCIAS

1. Aroni P, Nascimento LA, Fonseca LF. Assessment strategies for the management of thirst in the post-anesthetic recovery room. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012; [cited 2018 Apr 27]; 25(4):530-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400008&lng=en&nrm=iso&tng=en
2. Rolls BJ, Wood RJ, Rolls ET, Lind H, Lind W, Ledingham JG. Thirst following water deprivation in humans. *Am J Physiol* [Internet]. 1980 Nov; [cited 2018 Apr 27]; 239(5):R476-82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7001928>
3. Arai S, Stotts N, Puntillo K. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. *Am J Crit Care* [Internet]. 2013 Jul; [cited 2018 Apr 27]; 22(4):328-35. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Thirst+in+critically+ill+patients%3A+from+physiology+to+sensation.+Am+J+Crit+Care.+2013%3B22\(4\)%3A328-35](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Thirst+in+critically+ill+patients%3A+from+physiology+to+sensation.+Am+J+Crit+Care.+2013%3B22(4)%3A328-35)
4. Stevenson RJ, Mahmut M, Rooney K. Individual differences in the interoceptive states of hunger, fullness and thirst. *Appetite* [Internet]. 2015 Dec; [cited 2018 Apr 27]; 95:44-57. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Individual+differences+in+the+interoceptive+states+of+hunger%2C+fullness+and+thirst.+Appetite.+2015%3B95%3A44-57>
5. Conchon MF, Nascimento LA, Fonseca LF, Aroni P. Sede perioperatória: uma análise sob a perspectiva da Teoria de Manejo de Sintomas. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015; [cited 2018 Apr 27]; 49(1):122-8. Available from: http://www.scielo.org.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0122.pdf
6. Arai SR, Butzlaff A, Stotts NA, Puntillo KA. Quench the thirst: lessons from clinical thirst trials. *Biol Res Nurs* [Internet]. 2014 Oct; [cited 2018 Apr 27]; 16(4):456-66. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Quench+the+thirst%3A+lessons+from+clinical+thirst+trials>
7. Martins PR, Fonseca LF. Avaliação das dimensões da sede: revisão integrativa. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2017; [cited 2018 Feb 15]; 19:1-13. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.40288>
8. Martins PR, Fonseca LF, Rossetto EG, Mai LD. Developing and validating the Perioperative Thirst Discomfort Scale. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017 Jul; [cited 2018 Apr 27]; 51:e03240. Available from: http://www.scielo.org.br/scielo.php?pid=S0080-62342017000100436&script=sci_arttext
9. Fortunato JGS, Furtado MS, Hirabae LFA, Oliveira JA. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto* [Internet]. 2013 Jul/Sep; [cited 2018 Apr 27]; 12(3):110-7. Available from: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=426
10. Dessotte CAM, Rodrigues HF, Furuya RK, Rossi LA, Dantas RAS. Estressores percebidos por pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016; [cited 2018 Apr 27]; 69(4):694-703. Available from: <http://www.scielo.org.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0741.pdf>
11. Silva LCJR, Silva R, Aroni P, Fonseca LF. Tenho sede! Vivência do paciente cirúrgico no período perioperatório. *Rev SOBECC* [Internet]. 2016; [cited 2018 Apr 27]; 21(2):75-81. Available from: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/21>
12. Pavani MM, Fonseca LF, Conchon MF. Sede do paciente cirúrgico: percepções da equipe de enfermagem nas unidades de internação. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2016 Sep; [cited 2018 Apr 27]; 10(9):3352-60. Available from: <file:///C:/Users/susana/Downloads/11416-26192-1-PB.pdf>
13. Garcia ACKA, Nascimento LA, Conchon MFC, Garcia AKAG, Fonseca LF. Perspectiva do anestesiológista em relação à sede no pós-operatório imediato. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2017 Jul/Sep; [cited 2018 Apr 27]; 16(3):1-7. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/37241/21583>
14. Kolcaba KY. A theory of holistic comfort for nursing. *J Adv Nurs* [Internet]. 1994 Jun; [cited 2018 Apr 27]; 19(6):1178-84. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=14.%09Kolcaba+KY.+A+theory+of+holistic+comfort+for+nursing.+J+Adv+Nurs>
15. Guggenheimer J, Moore PA. Xerostomia: etiology, recognition and treatment. *J Am Dent Assoc* [Internet]. 2003 Jan; [cited 2018 Apr 27]; 134(1):61-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12555958>
16. Orteni AV. Medicação pré-anestésica. In: Cangiani LM, Posso IP, Potério GMB, Nogueira CS. *Tratado de Anestesiologia: SAESP*. 6ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006.
17. Leiper J. Thirst. In: Caballero B, Allen L, Prentice A, eds. *Encyclopedia of human nutrition*. 2nd ed. University of Aberdeen, UK: Elsevier Academic Press; 2005. p.278-86.
18. Armstrong LE, Ganio MS, Klau JF, Johnson EC, Casa DJ, Maresh CM. Novel hydration assessment techniques employing thirst and a water intake challenge in healthy men. *Appl Physiol Nutr Metab* [Internet]. 2012 Feb; [cited 2018 Apr 27]; 39(2):138-44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Novel+hydration+assessment+techniques+employing+thirst+and+a+water+intake+challenge+in+healthy+men>
19. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs* [Internet]. 2001 Mar; [cited 2018 Apr 27]; 33(5):668-76. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=19.+Dodd+M%2C+Janson+S%2C+Facione+N%2C+Faucett+J%2C+Froelicher+ES%2C+Humphreys+J%2C+et+al.+Advancing+the+science+of+symptom+management>
20. Lisboa Gois FC, Maimoni Aguiar SV, Llapa Rodriguez EO. Fatores estressantes para o paciente submetido a cirurgia cardíaca. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2012; [cited 2018 Apr 27]; 30(3):312-9. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-53072012000300003&lng=pt&nrm=iso&tng=pt
21. Andrew-Romit JJ, van de Mortel TF. Ritualistic preoperative fasting: is it still occurring and what can we do about it? *ACORN J Perioper Nurs Australia* [Internet]. 2011; [cited 2018 Apr 27]; 24(1):14-9. Available from: https://epubs.scu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=2013&context=hahs_pubs
22. de Aguiar-Nascimento JE, Dock-Nascimento DB. Reducing preoperative fasting time: A trend based on evidence. *World J Gastrointest Surg* [Internet]. 2010 Mar; [cited 2018 Apr 27]; 2(3):57-60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Reducing+preoperative+fasting+time%3A+a+trend+based+on+evidence>
23. Nascimento LA, Fonseca LF, Garcia ACKA. Suspensão cirúrgica: perspectiva do residente de medicina em clínicas cirúrgicas. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2014; [cited 2018 Apr 27]; 38(2):205-12. Available from: http://www.scielo.org.br/scielo.php?pid=S0100-55022014000200007&script=sci_abstract&tng=es
24. Kenney WL, Chiu P. Influence of age on thirst and fluid intake. *Med Sci Sports Exerc* [Internet]. 2001 Sep; [cited 2018 Apr 27]; 33(9):1524-32. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Influence+of+age+on+thirst+and+fluid+intake.+Med+Sci+Sports+Exerc.+2001%3B33\(9\)%3A1524-32](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Influence+of+age+on+thirst+and+fluid+intake.+Med+Sci+Sports+Exerc.+2001%3B33(9)%3A1524-32)
25. Conchon MF, Fonseca LF. Efficacy of an Ice Popsicle on Thirst Management in the Immediate Postoperative Period: A Randomized Clinical Trial. *J Perianesth Nurs* [Internet]. 2018; [cited 2018 Apr 27]; 33(2):153-61. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1089947216302489>. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.03.009>
26. Thornton SN. Thirst and hydration: physiology and consequences of dysfunction. *Physiol Behav* [Internet]. 2010 Apr; [cited 2018 Apr 27]; 100(1):15-21. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Thirst+and+hydration%3A+physiology+and+consequences+of+dysfunction.+Physiol+Behav.+2010%3B100\(1\)%3A15-21](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Thirst+and+hydration%3A+physiology+and+consequences+of+dysfunction.+Physiol+Behav.+2010%3B100(1)%3A15-21)
27. Garcia AKA, Fonseca LF, Aroni P, Galvão CM. Estratégias para o alívio da sede: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016; [cited 2018 Apr 27]; 69(6):1215-22. Available from: http://www.scielo.org.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000601215&script=sci_abstract&tng=pt
28. Nascimento LA, Fonseca LF, Rossetto EG, Santos CB. Development of a safety protocol for management thirst in the immediate postoperative period. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 Oct; [cited 2018 Apr 27]; 48(5):834-43. Available from: http://www.scielo.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000500834