



Elaboração e validação de Escala de Desconforto da Sede Perioperatória*

Developing and validating the Perioperative Thirst Discomfort Scale

Elaboración y validación de escala de incomodidad de la sed perioperatoria

Pamela Rafaela Martins¹, Lígia Fahl Fonseca¹, Edilaine Giovanini Rossetto¹, Lilian Denise Mai²

Como citar este artigo:

Martins PR, Fonseca LF, Rossetto EG, Mai LD. Developing and validating the Perioperative Thirst Discomfort Scale. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03240. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016029003240>

* Extraído da dissertação "Elaboração e validação de uma Escala de Desconforto da Sede Perioperatória", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina, 2016.

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

² Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

ABSTRACT

Objective: Developing and validating a scale to assess perioperative thirst discomfort. **Method:** A methodological research conducted in 2014 and 2015 at the surgical center of a public hospital in the north of Paraná, Brazil. The scale was developed after literature review, followed by face and content validation, and reliability assessment through its internal consistency and inter-observer equivalence. **Results:** Seven items make up the scale: dry mouth; dry lips; thick tongue; thick saliva; dry throat, bad taste and desire to drink water. The content validity index for attributes and items was 0.98, and the reliability index was 1 for the scale attributes and items. Internal consistency assessed by Cronbach's alpha was 0.91 and inter-rater equivalence was 1, as measured by weighted kappa coefficient. **Conclusion:** The Perioperative Thirst Discomfort Scale showed high content and reliability indexes.

DESCRIPTORS

Thirst; Scales; Evaluation; Perioperative Nursing; Validation Studies.

Autor correspondente:

Pamela Rafaela Martins
Universidade Estadual de Londrina
Av. Robert Koch, 60 - Vila Operária
CEP 86038-440 - Londrina, PR, Brasil
pammartins253@gmail.com

Recebido: 01/08/2016

Aprovado: 21/03/2017

INTRODUÇÃO

A sede é descrita como a vontade de beber água, influenciada por fatores fisiológicos e hábitos de vida do indivíduo⁽¹⁾. Quando não atendida por meio da ingestão hídrica, torna-se uma sensação desagradável tão imperiosa que pode sobrepujar todas as outras⁽²⁾.

O paciente cirúrgico integra um grupo com alto risco de desenvolver tanto a sede osmótica quanto a hipovolêmica^(1,3). No perioperatório, ele está exposto a diversos fatores que o predis põem ao sintoma sede, como jejum pré-operatório prolongado, medicações do ato anestésico-cirúrgico, entubação orotraqueal e perdas sanguíneas⁽¹⁻⁴⁾. Somem-se a isso ansiedade, irritabilidade, estresse e temor da anestesia e cirurgia^(2,4-5), configurando um quadro em que a confluência desses elementos torna a sede um dos aspectos mais distressores para o paciente.

A sede é uma experiência subjetiva que excede os limites físicos, abrangendo a dimensão psicológica, social, espiritual e ambiental da pessoa⁽⁶⁾. Relatos de pacientes sobre a vivência da sede no perioperatório a descrevem como sofrimento intenso, com alusões a pensamentos de desespero e até de morte⁽⁷⁾. Paradoxalmente, a sede permanece subvalorizada, submensurada e subtratada na prática clínica^(1,8).

Partindo do pressuposto de que o cuidado é o principal objeto de trabalho da enfermagem, a busca pelo conforto é um alvo a ser alcançado, integrado numa dimensão maior, em meio a processos, experiências e conceitos dinâmicos, como qualidade de vida, esperança, controle, revitalização e equilíbrio. A sede, como toda situação de desequilíbrio, desencadeia mudanças no cenário do paciente submetido à cirurgia, transformando a experiência em desconforto, com repercussões para sua recuperação⁽⁹⁾.

Criar uma esfera de conforto para o paciente torna-se, portanto, um desafio complexo⁽⁶⁾, e o primeiro passo para fundamentar a adoção de medidas de alívio é a mensuração da sede.

Diversos mecanismos identificam e mensuram a sede, como o mapeamento cerebral por tomografia e ressonância, alterações osmóticas e hormonais. Utiliza-se, da mesma forma, da percepção do próprio indivíduo por meio de escalas visuais analógicas (EVA) e escalas verbais numéricas (EVN), extensivamente empregadas na avaliação da dor, com indícios de fidedignidade também para avaliar a intensidade da sede por alterações osmóticas. Há evidências de que os escores obtidos por EVA e EVN se correlacionaram positivamente com os altos níveis do hormônio antidiurético e com a osmolaridade do sangue⁽¹⁰⁾.

O caráter subjetivo da sede dificulta sua valorização, reconhecimento e mensuração, sobretudo quando envolve pacientes com *deficit* de comunicação⁽¹⁾. Dentre os principais sintomas vivenciados por pacientes em unidade de terapia intensiva (UTI), a sede foi o segundo sintoma mais intenso, desconfortável e incidente⁽¹¹⁾.

Uma Escala de Desconforto da Sede foi submetida a teste com 247 pacientes em hemodiálise, avaliando-se a intensidade da sede por EVA⁽¹²⁾. Também um *checklist* com 18 itens mostrou-se válido e confiável para mensurar a sede em pacientes com demência avançada, os quais não conseguiam verbalizar a vontade de beber água⁽¹³⁾. Validou-se, ainda, a fidedignidade de um Inventário de Xerostomia, com 11 itens relacionados às condições impostas pelo ressecamento da cavidade oral⁽¹⁴⁾.

No entanto, as escalas de avaliação, mensuração e desconforto da sede existentes destinam-se a pacientes críticos ou submetidos à hemodiálise, predispostos, pela cronicidade das condições clínicas, ao desenvolvimento da sede ou de seus sintomas periféricos. Esses instrumentos consideram itens inapropriados ao paciente cirúrgico: são extensos, avaliam construtos difíceis de o paciente cirúrgico pontuar e não discriminam componentes e dimensões que compõem a experiência de estar com sede no contexto perioperatório.

Apesar de os pacientes cirúrgicos apresentarem sede intensa e altamente incidente, não se encontram estudos, especificamente neste contexto, que tenham desenvolvido instrumentos para mensuração das características e intensidade desse desconforto, sobretudo por sua subjetividade inerente^(7,15). Em vista disso, é imprescindível ter à disposição um instrumento válido e confiável para avaliar a magnitude do desconforto da sede perioperatória e propor adoção de medidas de alívio.

Os instrumentos de medida devem ter validade e fidedignidade em sua aplicação, para que os resultados tenham credibilidade e legitimidade⁽¹⁶⁾. Este estudo teve, então, como objetivo desenvolver e validar uma escala para avaliação do desconforto da sede perioperatória.

MÉTODO

Fez-se um estudo metodológico, ideal para investigar métodos de obtenção, organização e análise de dados que resultem na validação de instrumentos e técnicas de pesquisa, com alto nível de fidedignidade e reprodutibilidade⁽¹⁷⁾.

Esta pesquisa foi realizada em 2014 e 2015, no centro cirúrgico de um hospital público do norte do Paraná, credenciado ao Sistema Único de Saúde. Desenvolveu-se segundo os pressupostos de Pasquali⁽¹⁸⁾ para a elaboração de instrumentos psicológicos, com base na lista de verificação COSMIN (*Consensus-based Standards for the selection of health status Measurement Instruments*)⁽¹⁹⁾, concretizando-se em três procedimentos: teóricos, experimentais ou empíricos, e analíticos ou estatísticos⁽¹⁸⁾.

A etapa dos procedimentos teóricos consistiu na elaboração da escala a partir do construto “desconforto da sede”, na validação aparente e de conteúdo por especialistas.

O construto e seus atributos, que compreendem a multifatorialidade de sinais da sede, foram definidos depois de extensa revisão bibliográfica na literatura, além da utilização do banco de artigos do Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede (GPS) da Universidade Estadual de Londrina.

Para compor a escala, elencaram-se os atributos mais representativos. Participaram dessa análise quatro integrantes do GPS e uma professora pesquisadora não familiarizada com a temática sede, visando atribuir um olhar neutro à seleção dos atributos.

Procedeu-se, então, à definição constitutiva. O objeto desconforto da sede representou o universo de interesse, e a explicitação das propriedades e atributos representou a delimitação desse universo. A seguir, definiu-se a dimensionalidade do desconforto, conceituando-se detalhadamente tanto o objeto como seus atributos, levando em conta a literatura pertinente, os peritos na área e a própria experiência do pesquisador. Estabeleceu-se, por fim, a definição operacional dos itens⁽¹⁸⁾.

Para quantificar esses itens, determinou-se uma escala tipo Likert de três pontos, em que zero significava “nada desconfortável”; um “pouco desconfortável” e dois “muito desconfortável”, obtendo-se uma pontuação de zero a 14, em que 14 correspondia à maior intensidade de desconforto referida. Foram observados os três axiomas básicos de escalas numéricas: identidade, ordem e aditividade⁽¹⁸⁾. Optou-se pela escala de três pontos por se considerar que o paciente cirúrgico, ainda em fase de recuperação anestésica, poderá compreender e responder às questões com maior acurácia, uma vez que outros instrumentos e inventários que mensuram a sede são excessivamente extensos e complexos para serem utilizados nesse momento.

O instrumento finalizado foi submetido à análise teórica em duas etapas distintas: validação aparente e de conteúdo. Na validação aparente, participaram quatro enfermeiros doutores, quatro enfermeiros recém-formados e oito pacientes (quatro com ensino fundamental e quatro com educação superior). A enfermeira pesquisadora, depois de aplicar a escala, questionava cada um dos participantes sobre a clareza e a compreensão dos itens.

A validação de conteúdo da escala coube a 11 especialistas com experiência em enfermagem perioperatória, na temática sede ou na validação de instrumentos. O contato com os especialistas ocorreu por e-mail. Eles receberam quatro instrumentos: validação dos atributos do desconforto da sede; validação dos itens da escala; manual operacional para validação das definições constitutivas e operacionais dos atributos e um instrumento de caracterização dos especialistas. Para a coleta dos dados, utilizou-se da técnica Delphi em duas rodadas.

Os dados obtidos foram organizados e analisados em uma planilha no programa Excel 2007. Para os cálculos, adotou-se o índice de validade de conteúdo (*Content Validity Index* – CVI) e o índice de fidedignidade ou concordância interavaliadores (*Interrater Agreement* – IRA). O CVI demonstra a proporção de especialistas que julgaram o item da escala válido ou não, sendo ele concedido a cada atributo, a cada item da escala e ao instrumento na íntegra. Calculou-se o CVI para os itens da escala e atributos com base na razão do quantitativo de especialistas que consideraram válidos o item da escala e o atributo (pontuação de três ou quatro) pelo número de especialistas. Para a escala, o CVI baseou-se na média dos valores atribuídos aos itens e atributos. Utilizou-se do IRA para identificar a extensão em que os especialistas foram confiáveis em suas respostas. Obteve-se o IRA da razão entre o quantitativo de itens da escala que obtiveram valor acima de 80% pelo número total de itens da escala ou atributos. O ideal é que ambos os índices sejam maiores que 80%⁽²⁰⁾.

Na etapa dos procedimentos empíricos, submeteu-se a escala a um teste-piloto com dez pacientes. Esse teste norteou a identificação de problemas com os itens incluídos na escala e as mudanças para melhor clareza e entendimento. Os resultados não foram incluídos no presente relato.

A última etapa, correspondente aos procedimentos analíticos, consistiu em verificar a fidedignidade da escala. Uma das enfermeiras pesquisadoras e uma enfermeira residente, atuante no local de estudo, ambas com experiência prévia em enfermagem perioperatória, conduziram a equivalência interobservadores. A dupla aplicou a escala simultaneamente, mas

de forma independente: apenas uma das enfermeiras se comunicava com o paciente; a outra observava e fazia anotações. A coleta dos dados durou 3 meses, e o instrumento de coleta contemplou, além da escala, dados clínicos e de caracterização.

Para o cálculo da amostra, adotou-se o que preconiza Pasquali⁽¹⁸⁾: para cada item da escala são necessários dez sujeitos, perfazendo uma amostra de 70 pacientes. Incluíram-se pacientes na fase pré e pós-cirúrgica imediata em sala de recuperação anestésica. Os critérios foram: idade entre 18 e 65 anos; referir sede; pontuação na EVN de sede maior ou igual a três; estar consciente, alerta e orientado no tempo e espaço no momento da coleta.

Os dados coletados foram organizados em uma planilha do programa Excel 2007, e utilizou-se do software SAS 9.0 para a análise descritiva e inferencial. Selecionaram-se duas técnicas de verificação da fidedignidade: o alfa de Cronbach e a equivalência interobservadores, com o cálculo do coeficiente de kappa ponderado. Ambos os coeficientes variam entre zero e um: quanto mais próximo de um, mais exata é a medida e maior é a fidedignidade do instrumento⁽¹⁷⁾.

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da instituição de estudo aprovou a pesquisa (CAAE: 02299412.6.0000.5231), sob as orientações da Resolução nº 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A partir do construto “desconforto da sede”, definiram-se 30 atributos representativos: boca amarga, boca áspera, boca irritada, boca seca, cansaço, cavidade oral friável, dificuldade de deglutição, dor de cabeça, fácil sangramento da cavidade oral, garganta amarga, garganta áspera, garganta seca, gosto ruim na boca, hipossalivação, lábios ressecados, lábios rachados, língua grossa, língua seca, mau hálito, olhos ressecados, olhos secos, perda de apetite, queimação na garganta, queimação no estômago, saliva grossa, sonolência, tontura, vontade de beber água, vontade de engolir e xerostomia.

Reduziram-se os 30 atributos aos sete mais representativos do construto: boca seca, lábios ressecados, língua grossa, saliva grossa, garganta seca, gosto ruim e vontade de beber água. Com base na operacionalização dos atributos, obtiveram-se sete itens correspondentes: minha boca está seca; meus lábios estão ressecados; sinto que minha língua está grossa; minha saliva está grossa; minha garganta está arranhando; sinto um gosto ruim na boca e tenho vontade de beber água.

VALIDAÇÃO APARENTE E DE CONTEÚDO

A validação aparente demonstrou que a Escala de Desconforto da Sede Perioperatória (EDESCP) foi de fácil compreensão para todos os estratos.

Dos 11 especialistas convidados para a validação de conteúdo, oito residiam em Londrina; os demais eram de Maringá, Ribeirão Preto e São Paulo. Entre eles havia um pós-doutor em enfermagem, oito doutores e dois mestres; quatro (45,4%) atuavam na área por 25 a 30 anos, 45,4% exerciam suas atividades predominantemente na graduação e 81,8% trabalhavam em instituições públicas, 54,5% dos quais em instituições públicas de grande porte.

O julgamento dos especialistas norteou as alterações realizadas na escala: o item “sinto que minha língua está grossa”

mudou para “minha língua está grossa”, a fim de padronizar; o item “minha garganta está arranhando” mudou para “minha garganta está seca”, pois o paciente geralmente associava sensação de garganta arranhando com entubação no ato anestésico. Os critérios para qualificar a avaliação do desconforto da sede alteraram-se segundo o julgamento dos especialistas e o teste-piloto da escala com dez pacientes: em lugar de “nada

desconfortável”, “pouco desconfortável” e “muito desconfortável”, adotou-se o zero para “nada incomodado”, um para “um pouco incomodado” e dois para “muito incomodado” (Quadro 1), para proporcionar aos pacientes melhor compreensão e caracterização do sistema de pontuação dos itens da escala; a periodicidade da avaliação passou a incluir, além da queixa espontânea, questionar o paciente sobre sua sede.

Quadro 1 – Escala de Desconforto da Sede Perioperatória – Londrina, PR, Brasil, 2015.

Escala de Desconforto da Sede Perioperatória – EDESP			
Paciente está com sede?	() Sim () Não		
Queixa espontânea?	() Sim () Não		
Estou incomodado(a) porque:			
	Nada incomodado(a)	Um pouco incomodado(a)	Muito incomodado(a)
Minha boca está seca	0	1	2
Meus lábios estão ressecados	0	1	2
Minha língua está grossa	0	1	2
Minha saliva está grossa	0	1	2
Minha garganta está seca	0	1	2
Sinto um gosto ruim na boca	0	1	2
Tenho vontade de beber água	0	1	2
Pontuação final:			

Nas Tabelas 1 e 2 estão os resultados da análise dos dados do CVI e do IRA. Índices de concordância abaixo de 80% ocorreram apenas na primeira rodada de validação de conteúdo, ao passo que na segunda todos os atributos e itens alcançaram os níveis estabelecidos neste estudo. Para o item “minha saliva está grossa”, houve índices baixos na apreciação do instrumento para a validação dos itens da escala, com CVI de 77% e IRA de 57%.

Os resultados obtidos com a validação dos atributos e do manual operacional estão apresentados na Tabela 2. O IRA para o atributo “língua grossa”, em seu julgamento no primeiro instrumento, foi de 71% na primeira rodada. A

validação de conteúdo do manual operacional resultou em valores baixos do IRA para os atributos “lábios ressecados” (0,50), “língua grossa” (0,50) e “garganta seca” (0,75). Ambos os índices ficaram abaixo do valor ideal para os atributos “saliva grossa” e “gosto ruim”.

Os valores abaixo de 80% dos índices obtidos na validação de conteúdo do manual operacional resultaram da não concordância dos especialistas em relação à periodicidade de avaliação e critérios de qualificação dos itens da escala na primeira rodada da avaliação. Feitas as correções, a escala apresentou, na segunda rodada, CVI e IRA de 100% para todos os itens.

Tabela 1 – Resultados da validação de conteúdo dos itens da Escala de Desconforto da Sede Perioperatória – Londrina, PR, Brasil, 2015.

Itens avaliados	CVI*	CVI**	IRA***	CVI*	CVI**	IRA***
	1ª rod	1ª rod	1ª rod	2ª rod	2ª rod	2ª rod
Minha boca está seca	0,97		1,00	0,98		1,00
Meus lábios estão ressecados	0,97		1,00	0,98		1,00
Minha língua está grossa	0,85		0,86	0,98		1,00
Minha saliva está grossa	0,77	0,91	0,57	0,98	0,98	1,00
Minha garganta está seca	0,84		0,85	0,98		1,00
Sinto um gosto ruim na boca	1,00		1,00	0,98		1,00
Tenho vontade de beber água	0,97		1,00	0,98		1,00

*Content Validity Index (Índice de Validade de Conteúdo) – CVI do item da escala; ** Content Validity Index – CVI da escala na íntegra; ***Interrater Agreement (Índice de Fidedignidade ou Concordância Interavaliadores) – IRA por item da escala.

Tabela 2 – Resultados da validação de conteúdo dos atributos da Escala de Desconforto da Sede Perioperatória – Londrina, PR, Brasil, 2015.

Atributos avaliados	CVIa*		CVIa**		IRAa***		CVIb*		CVIb**		IRAb***	
	1ª rod	2ª rod	1ª rod	2ª rod	1ª rod	2ª rod	1ª rod	2ª rod	1ª rod	2ª rod	1ª rod	2ª rod
Boca seca	0,97	0,98			1,00	1,00	0,88	1,00			1,00	1,00
Lábios ressecados	0,91	0,98	0,91	0,98	1,00	1,00	0,81	1,00	0,83	1,00	0,50	1,00

continua...

...continuação

Atributos avaliados	CVIa*		CVIa**		IRAa***		CVIb*		CVIb**		IRAb***	
	1ª rod	2ª rod	1ª rod	2ª rod	1ª rod	2ª rod	1ª rod	2ª rod	1ª rod	2ª rod	1ª rod	2ª rod
Língua grossa	0,83	0,98			0,71	1,00	0,83	1,00			0,50	1,00
Saliva grossa	0,91	0,98			1,00	1,00	0,79	1,00			0,50	1,00
Garganta seca	0,91	0,98			1,00	1,00	0,81	1,00			0,75	1,00
Gosto ruim	0,91	0,98			1,00	1,00	0,79	1,00			0,50	1,00
Vontade de beber água	0,91	0,98			1,00	1,00	0,92	1,00			1,00	1,00

*Content Validity Index (Índice de Validade de Conteúdo) - CVI do atributo; ** Content Validity Index - CVI da escala na íntegra; ***Interrater Agreement (Índice de Fidedignidade ou Concordância Interavaliadores) - IRA por item da escala. a - Validação de Conteúdo dos Atributos; b - Validação de Conteúdo do Manual Operacional.

FIDEDIGNIDADE

Na última etapa, determinou-se uma amostra de 70 pacientes para a avaliação da fidedignidade da EDESP. A amostra compôs-se de 36 homens e 34 mulheres, com média de idade de 38,3 anos (md=36,0 e dp=14,4). O nível de escolaridade predominante foi o médio (61,4%); 32,9% apresentaram nível fundamental e 5,7%, superior. As principais especialidades cirúrgicas foram Ortopedia (35,7%) e Ginecologia (27,1%), sendo a cesárea (15,7%) o procedimento cirúrgico de maior incidência. Não houve diferenças no período de jejum de líquidos e sólidos. Permaneceram em jejum por pelo menos 12 horas 38,6% dos pacientes; 55,7% entre 12 e 24 horas, e 5,7% em período maior que 24 horas. As cirurgias duraram em média 1 hora e 59 minutos (md=1 hora e 40 minutos e dp=1 hora e 23 minutos).

Os pacientes foram submetidos predominantemente às anestésias raquidiana (58,6%) e geral (28,6%), cuja duração média foi de 2 horas e 24 minutos (md=2 horas e dp=1 hora e 30 minutos). Dos 70 pacientes, 23 (32,9%) foram entubados, e 37 (52,9%) eram ASA II, dentro da classificação para risco anestésico conforme o estado geral.

Oito pacientes referiram sede espontaneamente, e a pontuação média da EVN de sede de zero a dez foi de 6,7 (md=6 e dp=2,3). Quatro pacientes receberam alguma medicação anticolinérgica, e em 71% deles administrou-se medicamento opioide durante a cirurgia.

Todos os itens da escala obtiveram coeficiente de kappa ponderado de 1, com exceção do item "tenho vontade de beber água", que obteve 0,97. A consistência interna da EDESP, verificada pelo cálculo do alfa de Cronbach da escala geral, foi de 0,91. A exclusão de qualquer um dos itens da escala não aumentou o valor do coeficiente, mantendo-se, portanto, os sete itens previamente definidos (Tabela 3).

Tabela 3 – Comportamento do alfa de Cronbach na exclusão de algum item da Escala de Desconforto da Sede Perioperatória – Londrina, PR, Brasil, 2015.

Item	Valor do coeficiente
Minha boca está seca	0,90
Meus lábios estão ressecados	0,89
Minha língua está grossa	0,90
Minha saliva está grossa	0,90

continua...

...continuação

Item	Valor do coeficiente
Minha garganta está seca	0,89
Sinto um gosto ruim na boca	0,90
Tenho vontade de beber água	0,90

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram que a avaliação da sede não se esgota na dimensão intensidade, pois o autorrelato traz à tona a percepção de desconfortos específicos e expressivos, compondo atributos periféricos da sede que não podem ser ignorados.

Os 30 atributos identificados quanto ao desconforto da sede nos pacientes cirúrgicos e a EDESP são um recorte dos principais sintomas periféricos desconfortáveis vivenciados na fase perioperatória, muitos usualmente nem sequer percebidos pela equipe de enfermagem. Iniciando pela caracterização e operacionalização dos atributos mais representativos do desconforto da sede, pôde-se elaborar, validar e verificar a fidedignidade da escala.

Até o presente momento, não tinha sido encontrada na literatura escala validada para mensurar o desconforto da sede em pacientes cirúrgicos, o que confere importância, utilidade e ineditismo do produto desta pesquisa. A escassez de estudos dificultou tanto os processos de fundamentação teórica dos componentes da sede perioperatória e seu desconforto quanto o norteamo da elaboração e validação de instrumentos de avaliação.

Os instrumentos encontrados na literatura avaliaram a sede em pacientes em UTI⁽¹¹⁾ ou submetidos à hemodiálise^(12,14), cujo interesse, nesses casos, decorre das modificações que a doença renal crônica e fatores associados impõem ao organismo^(12,14).

Na Escala de Desconforto da Sede (*Thirst Distress Scale*) para pacientes em hemodiálise, observaram-se três dimensões: desconforto, frequência e duração. Ao final de dez entrevistas com pacientes, revisão de literatura e definições teóricas, levantaram-se 12 itens para avaliação do domínio desconforto, três itens para duração e 16 para frequência⁽¹²⁾.

Também se elaborou um instrumento para avaliar a incidência de sede (*Dialysis Thirst Inventory*) em pacientes submetidos à hemodiálise. No questionário com sete itens, indagava-se sobre o período do dia em que a vontade de beber água era mais incidente, correlacionando a percepção da sede antes, durante e depois das sessões de hemodiálise⁽²¹⁾.

Apesar de vários estudos investigarem um conjunto de sintomas relacionados ao ressecamento das mucosas, invariavelmente associados à sede, não havia na literatura um instrumento para avaliá-los, até a publicação do Inventário de Xerostomia (*Xerostomia Inventory*). Esse inventário compõe-se de 11 itens fundamentados em extensiva revisão de literatura e em outros estudos em que se avaliou a xerostomia⁽¹⁴⁾.

Apesar de validadas e confiáveis, essas escalas são muito extensas e contemplam dimensões de difícil caracterização e percepção pelo paciente no pós-operatório imediato, como a duração do sintoma. São inadequadas para avaliar o desconforto da sede em pacientes cirúrgicos, expostos a fatores que elas não consideram⁽²²⁾.

O sistema de pontuação de uma escala é um fator importante que também interfere na mensuração da sede. Os critérios de qualificação da EDESP foram analisados pelos especialistas no terceiro instrumento da validação de conteúdo, consistindo em uma escala tipo Likert de três pontos. Em instrumentos anteriores^(12,14,21), utilizou-se da escala Likert de cinco pontos. Na Escala de Desconforto da Sede para pacientes em hemodiálise, o respondente dizia se concordava (pontuação cinco) ou não (pontuação um) com o item em avaliação⁽¹²⁾; no Inventário de Xerostomia⁽¹⁴⁾ e Sede⁽²¹⁾, “nunca” corresponde à pontuação um, e “sempre” à pontuação cinco, em relação à periodicidade do aspecto avaliado.

No Inventário de Xerostomia, um escore final individual de 11 significa que a “boca não está seca”, e 55, que a “boca está extremamente seca”⁽¹⁴⁾, enquanto no Inventário de Sede pontuação 7 significa estar “sem sede”, e 35, estar “com muita sede”⁽²¹⁾. Esse inventário pode não ser prático para utilizar com paciente cirúrgico por conter um grande número de itens com pontuação extensa, de difícil compreensão para o paciente nesse período.

Um dos especialistas sugeriu que os critérios de avaliação da EDESP fossem baseados em uma escala tipo Likert de quatro pontos. Visando à compreensão de pacientes recuperando-se de um procedimento cirúrgico, optou-se pela escala tipo Likert de três pontos, cuja aplicação é mais fácil e objetiva. Critério semelhante foi adotado em ensaio clínico randomizado para avaliação da intensidade do desconforto da sede com pacientes em UTI, ao se utilizar da Escala Visual Numérica de três pontos, embora sem explicitação de seus atributos⁽¹¹⁾. Dessa forma, na EDESP, a pontuação final varia de zero a 14, onde 14 corresponde ao desconforto mais intenso dos sintomas relacionados com a sede perioperatória.

No processo de validação de conteúdo com os juízes, os atributos “língua grossa” e “minha saliva está grossa” não obtiveram índices de concordância elevados na primeira rodada. Os pesquisadores optaram, contudo, por não retirar esses itens da escala, apoiados em sua experiência clínica com pacientes com sede. Na avaliação da fidedignidade, verificou-se a relevância também desses atributos dentro da escala, demonstrando que os pacientes realmente percebem a língua e a saliva grossas como eventos desconfortáveis, atributos também identificados em outras investigações com pacientes com sede^(1,7,13,22).

A variabilidade na percepção individual quanto à fome, à sede e à plenitude gástrica tem sido investigada, uma vez que é influenciada por características pessoais, fatores

motivacionais e afetivos⁽²²⁾. A sede também é afetada por fatores fisiológicos, ambientais e relacionados ao processo saúde-doença, sendo considerada um sintoma multifatorial^(2,22). A EDESP busca avaliar essas diferenças individuais de percepção da sede porque permite discriminar a intensidade do desconforto causado por seus diferentes atributos, o que as escalas que mensuram exclusivamente a intensidade da sede não conseguem diferenciar.

Ao atingir índices quase perfeitos na segunda rodada de avaliação do coeficiente de kappa ponderado e alfa de Cronbach, a EDESP se mostrou confiável para ser reproduzida em estudos com pacientes em fase cirúrgica, pois a produção de erros aleatórios em repetidas mensurações foi praticamente nula. O alfa de Cronbach geral de 0,91 revelou adequada consistência interna do instrumento, indicando que todos os itens incluídos na escala representaram realmente o construto “desconforto da sede”. Outros estudos obtiveram valores menores (0,78⁽¹²⁾, 0,52⁽¹³⁾) e uma escala obteve alfa semelhante (0,87⁽²¹⁾). O índice obtido pela EDESP está dentro dos valores ideais para o alfa de Cronbach, pois, se fosse superior ao encontrado, indicaria redundância ou duplicação dos itens, ou seja, vários estariam medindo exatamente o mesmo elemento do construto desconforto da sede⁽²³⁾.

Esse procedimento é importante para avaliar a adequação dos itens elencados para compor um instrumento. Por exemplo, na avaliação da fidedignidade de uma escala para determinar o desconforto da sede em pacientes em hemodiálise⁽¹²⁾, identificou-se a necessidade de excluir todos os itens relacionados com a mensuração da duração e frequência por efetivamente não medirem o construto proposto.

A validação da EDESP seguiu três importantes etapas: validação aparente, de conteúdo e índice de fidedignidade – sendo este último um procedimento menos empregado na validação de instrumentos similares⁽¹⁴⁾. Não obstante seu rigor metodológico, é importante ressaltar que não se deve confirmar a validade de um instrumento apenas por meio de um só estudo⁽¹⁸⁾. O construto requer um padrão de descobertas consistentes, com envolvimento de diferentes pesquisadores por um significativo período de tempo, respeitando uma variedade de aspectos relevantes⁽²⁴⁾, como bem apontaram os autores do Inventário de Xerostomia⁽¹⁴⁾.

Futuros estudos em outras realidades poderão ajudar a interpretar a pontuação obtida com a aplicação da EDESP e, da mesma forma, nortear a proposição e o planejamento de estratégias de manejo e alívio da sede de acordo com o grau de desconforto autorreferido.

O conceito de cuidado direcionado ao conforto define-o como holístico e individualizado, visando à satisfação das necessidades humanas básicas e promoção de alívio aos fatores estressantes em situações de doença⁽⁶⁾. Acredita-se que a EDESP, como um novo instrumento de cuidado, possa incentivar a promoção do conforto a partir da identificação intencional dos sintomas desconfortáveis da sede, tão incidentes no paciente cirúrgico. Sua utilização pode ser o passo inicial em direção à implementação de medidas para o alívio da sede e ao aprimoramento da qualidade da assistência perioperatória.

CONCLUSÃO

A presente escala atingiu índices elevados de validade e fidedignidade e, com uma gama numerosa de possibilidades de atributos para avaliar o desconforto da sede, identificou os sete mais representativos do construto: minha boca está seca, meus lábios estão ressecados, minha língua está grossa, minha saliva está grossa, minha garganta está seca, sinto um gosto ruim na boca e tenho vontade de beber água.

A validação aparente demonstrou que a escala é de fácil compreensão e apropriada para utilização no período

perioperatório. A validação de conteúdo por especialistas proporcionou os níveis ideais preconizados do índice de validade de conteúdo (CVI) e do índice de fidedignidade ou concordância interavaliadores (IRA). Dispor de uma escala com alto índice de confiabilidade aumenta a segurança para sua utilização na prática clínica.

A utilização da EDESP deve ser reproduzida em estudos posteriores com pacientes cirúrgicos e utilizada em diferentes realidades, com maior número de pacientes e por períodos prolongados. Isso pode fortalecer e corroborar a validade obtida pela presente pesquisa.

RESUMO

Objetivo: Elaborar e validar uma escala para avaliação do desconforto da sede perioperatória. **Método:** Pesquisa metodológica realizada em 2014 e 2015, no centro cirúrgico de um hospital público do norte do Paraná. A escala foi elaborada após revisão bibliográfica, seguida de validação aparente e de conteúdo e avaliação da fidedignidade através de sua consistência interna e da equivalência interobservadores. **Resultados:** Sete itens compuseram a escala: boca seca; lábios ressecados; língua grossa; saliva grossa; garganta seca; gosto ruim e vontade de beber água. O índice de validade de conteúdo para atributos e itens foi de 0,98, e o índice de fidedignidade foi de 1 para os atributos e itens da escala. A consistência interna avaliada pelo alfa de Cronbach foi de 0,91, e a equivalência interobservadores foi de 1, medida pelo coeficiente de kappa ponderado. **Conclusão:** A escala de desconforto da sede perioperatória demonstrou altos índices de validade de conteúdo e fidedignidade.

DESCRITORES

Sede; Escalas; Avaliação; Enfermagem Perioperatória; Estudos de Validação.

RESUMEN

Objetivo: Elaborar y validar una escala para evaluación de la incomodidad de la sed perioperatoria. **Método:** Investigación metodológica realizada en 2014 y 2015, en el quirófano de un hospital público del norte de Paraná. La escala fue elaborada tras revisión bibliográfica, seguida de validación aparente y de contenido y evaluación de la credibilidad mediante su consistencia interna y la equivalencia entre los observadores. **Resultados:** Siete puntos compusieron la escala: boca seca; labios ressecos; lengua gruesa; saliva gruesa; garganta seca; gusto malo y deseo de beber agua. El índice de validez de contenido para atributos indicadores fue de 0,98 y el índice de credibilidad fue de 1 para los atributos y puntos de la escala. La consistencia interna evaluada por el alfa de Cronbach fue de 0,91 y la equivalencia entre observadores fue de 1, medida por el coeficiente de kappa ponderado. **Conclusión:** La escala de incomodidad de la sed perioperatoria demostró altos índices de validez de contenido y credibilidad.

DESCRIPTORES

Sed; Escalas; Evaluación; Enfermería Perioperatoria; Estudios de Validación.

REFERÊNCIAS

1. Arai S, Stotts N, Puntillo K. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. *Am J Crit Care* [Internet]. 2013 [cited 2015 Oct 2];22(4):328-36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3718499/>
2. Conchon MF, Nascimento LA, Fonseca LF, Aroni P. Perioperative thirst: an analysis from the perspective of the Symptom Management Theory. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2015 Sept 24];49(1):120-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/0080-6234-reeusp-49-01-0122.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342015000100016>
3. Millard-Stafford M, Wendland DM, O'Dea NK, Norman TL. Thirst and hydration status in everyday life. *Nutr Rev* [Internet]. 2012 [cited 2015 Oct 5];70 Suppl 2:S147-51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23121351>
4. Tosun B, Yava A, Açikel C. Evaluating the effects of preoperative fasting and fluid limitation. *Int J Nurs Pract*. 2015;21(2):156-65.
5. Dessotte CAM, Rodrigues HF, Furuya RK, Rossi LA, Dantas RAS. Estressores percebidos por pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(4):741-50.
6. Kolcaba KY. *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer, 2003.
7. Silva LCJR, Aroni P, Fonseca LF. Tenho sede! Vivência do paciente cirúrgico no período perioperatório. *Rev SOBECC* [Internet]. 2016 [citado 2016 out. 18];21(2):75-81. Disponível em: <http://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/21>
8. Pavani MM, Fonseca LF, Conchon MF. Sede do paciente cirúrgico: Percepções da equipe de enfermagem nas unidades de internação. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2016 [citado 2016 out. 20];10(9):3352-60. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11416>
9. Apóstolo JLA, Antunes M, Mendes A, Castro I. Conforto/Desconforto em doentes internados em Clínica Psiquiátrica. *Rev Port Enferm Saúde Mental* [Internet]. 2012 [citado em 23 out. 2015];(7):33-8. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n7/n7a06.pdf>
10. Arai SR, Butzlaff A, Stotts NA, Puntillo KA. Quench the thirst: lessons from clinical thirst trials. *Biol Res Nurs* [Internet]. 2014 [cited 2015 nov. 19];16(4):456-66. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3989478/>

11. Puntillo KA, Arai S, Cohen NH, Gropper MA, Neuhaus J, Paul SM, et al. Symptoms experienced by intensive care patients at high risk of dying. *Crit Care Med* [Internet]. 2010 [cited 2015 Oct 5];38(11):2155-60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3377582/>
12. Welch JL. Development of the thirst distress scale. *Nephrol Nurs J*. 2002;29(4):337-42.
13. Yang YP, Wang CJ, Wang JJ. The initial development of a checklist for assessing thirst in patients with advanced dementia. *J Nurs Res*. 2016;24(3):224-31.
14. Thomson WM, Chalmers JM, Spencer AJ, Williams SM. The xerostomia inventory: a multi-item approach to measuring dry mouth. *Community Dent Health*. 1999; 16(1):12-7.
15. Aroni P, Nascimento LA, Fonseca LF. Avaliação de estratégias no manejo da sede na sala de recuperação pós-anestésica. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2015 abr. 30];24(4):530-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/08.pdf>
16. Medeiros RKS, Júnior MAF, Pinto DPSR, Vitor AF, Santos VEP, Barichello E. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em enfermagem. *Rev Enf Ref* [Internet]. 2015 Fev. [citado em 19 nov. 2015];IV(4):127-35. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn4/serIVn4a14.pdf>
17. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
18. Pasquali L. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM; IBAPP; 1999.
19. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DJ, et al. International consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties: results of the Cosmin study. *J Clin Epidemiol*. 2010;63:737-45.
20. Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. *Soc Work Res*. 2003; 27(2): 94-104.
21. Bots CP, Brand HS, Veerman ECI, Valentijn-Benz M, Amerongen BMV, Valentijn RM, et al. Interdialytic weight gain in patients on hemodialysis is associated with dry mouth and thirst. *Kidney Int* [Internet]. 2004 [cited 2015 Oct 20];66(4):1662-8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S008525381550238X>
22. Stevenson RJ, Mahmut M, Rooney K. Individual differences in the interoceptive states of hunger, fullness and thirst. *Appetite*. 2015;95:44-57.
23. Streiner DL. Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *J Pers Assess*. 2003;80(1):99-103.
24. Pasquali L. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? *Psic Teor e Pesq* [Internet]. 2007 [citado 2015 out. 28];23(n.esp):99-107. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23nspe/18>

