



Sede perioperatória: uma análise sob a perspectiva da Teoria de Manejo de Sintomas*

Perioperative thirst: an analysis from the perspective of the Symptom Management Theory
Sed perioperatoria: un análisis bajo la perspectiva de la Teoría del Manejo de Síntomas

Marília Ferrari Conchon¹, Leonel Alves do Nascimento², Lígia Fahl Fonseca³, Patrícia Aroni⁴

* Extraído da dissertação “Eficácia do picolé de gelo para manejo da sede no pós-operatório imediato: ensaio clínico randomizado”, Programa de Mestrado em Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina, 2014.

¹ Mestranda, Programa de Mestrado em Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

² Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

³ Professora Adjunta, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

⁴ Professora Colaboradora, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

ABSTRACT

A theoretical study aimed to analyze the existing knowledge in the literature on the perioperative thirst symptom from the perspective of Symptom Management Theory, and supplemented with the experience of the study group and thirst research. Thirst is described as a very intense symptom occurring in the perioperative period, and for this reason it cannot be ignored. The Symptom Management Theory is adequate for understanding the thirst symptom and is a deductive theory, focused on the domains of the Person, Environment and Health / Illness Status, as well as on the dimensions of Experience, Management Strategies and Symptom Outcomes. Using the theory leads us to consider perioperative thirst in its multifactorial aspects, analyzing the interrelation of its domains and dimensions in order to draw attention to this symptom that has been insufficiently valued, recorded and treated in clinical practice.

DESCRIPTORS

Thirst; Signs and Symptoms; Perioperative Nursing; Nursing Theory.

Autor Correspondente:

Marília Ferrari Conchon
Av. Robert Koch, 60 - Vila Operária
CEP 86038-440 – Londrina, PR, Brasil
E-mail: lili_conchon@hotmail.com

Recebido: 13/06/2014
Aprovado: 16/09/2014

INTRODUÇÃO

A sede é um sintoma tão poderoso que sobrepuja todas as outras sensações. Em presença de sede, o anseio por água é tão imperioso que não pode ser ignorado. Descrita pelos pacientes como um desconforto intenso, repercute de forma negativa na experiência cirúrgica e possui elevada incidência no pós-operatório imediato (POI), chegando a 75%⁽¹⁾. Mesmo assim, no período perioperatório, a avaliação, mensuração e adoção de estratégias de alívio da sede – quando realizadas – ocorrem de forma descontinuada, não padronizada e não baseada em evidências científicas⁽¹⁾.

Observa-se escassez de estudos que avaliem este desconforto e proponham métodos para seu manejo. Associações nacionais e internacionais de anesthesiologistas e de enfermeiros especialistas em enfermagem perioperatória ainda desconsideram este construto em seus manuais de práticas recomendadas – ele nem mesmo consta nas classificações de diagnósticos de enfermagem.

Para responder ao desafio da falta de conhecimento sobre este desconforto no paciente cirúrgico, formou-se, na Universidade Estadual de Londrina, o Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede no Perioperatório (GPS), com o objetivo de realizar pesquisas que auxiliem a construção e sistematização de conhecimentos referentes à sede, assim como o desenvolvimento de estratégias para seu manejo.

Por ser um sintoma complexo e multifatorial, não se pode considerar a sede de forma independente e isolada. Assim, esta reflexão teórica objetiva analisar, dentro da perspectiva da Teoria de Manejo de Sintomas, o que existe na literatura sobre o sintoma sede perioperatória acrescido da experiência do GPS.

TEORIA DE MANEJO DE SINTOMAS

A Teoria de Manejo de Sintomas constitui-se no referencial teórico deste estudo por possibilitar a abordagem do manejo dos sintomas como um processo multidimensional. Desenvolveu-se inicialmente com o esforço de diversos pesquisadores, membros da *University of California at San Francisco School of Nursing – Symptom Management Faculty Group*, em 1994⁽²⁾. Com base em experiências em diversos agravos, construiu-se um modelo de manejo de sintomas dedutivo focado em três dimensões interativas do manejo de sintomas: experiência do sintoma, estratégias do manejo de sintomas e repercussões do sintoma, com a premissa de que o manejo efetivo de um sintoma deve contemplar essas três dimensões⁽³⁾.

Revisou-se o modelo em 2001 (Figura 1), e acrescentaram-se ao seu contexto os seguintes domínios da Enfermagem: pessoa, ambiente e estado de saúde/doença⁽³⁾.

Em 2008 o modelo passou por nova revisão e consolidou-se como a Teoria de Manejo de Sintomas⁽²⁾. A escolha desta teoria para a análise da sede no perioperatório justifica-se por seus pressupostos básicos, que podem ser aplicados ao estudo e à compreensão do construto sede: (a) baseia-se na percepção do indivíduo que experimenta o sintoma e no seu autorrelato: a detecção de sede no pe-

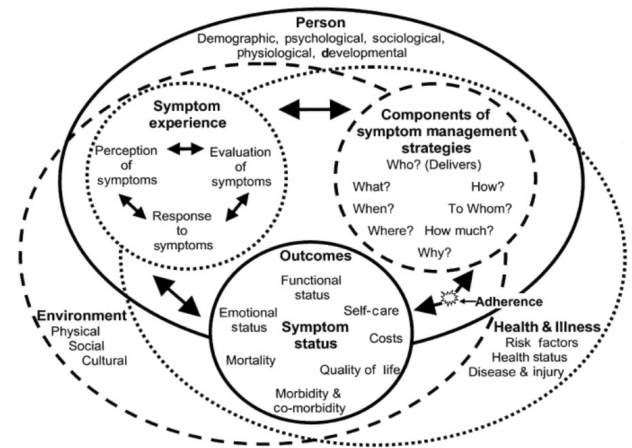


Figura 1 – Modelo revisado do UCFs Symptom Management Model. Fonte: Dodd M, et al.⁽³⁾

rioperatório apoia-se, primordialmente, no relato verbal do paciente; (b) não é necessário que o indivíduo apresente o sintoma para que se aplique esta teoria, basta estar sob o risco de desenvolvê-lo: sabendo-se que o paciente cirúrgico possui alto risco para desenvolver o sintoma sede, podem-se planejar e implementar ações de prevenção, avaliação e manejo com antecedência; (c) quando o paciente apresenta alguma dificuldade de comunicação, pode-se considerar o relato dos pais ou do cuidador, fonte fidedigna de informações para a avaliação e intervenção diante do sintoma: em relação à sede, essa premissa pode aplicar-se a crianças, pacientes com necessidades especiais e idosos, pois, neste caso, quem cuida percebe e reconhece mais facilmente os comportamentos de desconforto; (d) todos os sintomas desconfortáveis precisam ser atendidos: sinais e sintomas indicativos de sede, como lábios ressecados/rachados, boca/garganta seca, precisam ser avaliados e abordados de forma integrada; (e) pode-se direcionar a estratégia ao indivíduo, ao grupo, à família ou ao ambiente de trabalho: para evitar o desconforto da sede, uma vez que pacientes cirúrgicos constituem grupo de risco para esse sintoma, devem-se implementar ações a partir de protocolos de avaliação e manejo do sintoma; (f) é um processo dinâmico em que as repercussões do sintoma, por um lado, são individuais, por outro, dependem das influências dos domínios de Enfermagem-pessoa, ambiente e estado de saúde/doença: a percepção da sede, verbalização e responsividade às estratégias de seu manejo são individuais, em conformidade com as características biopsicossociais, as quais sofrem influência dos três domínios⁽³⁾.

De acordo com esta teoria, um sintoma é “uma experiência subjetiva que reflete alterações no funcionamento físico, nas sensações ou na cognição de um indivíduo”⁽³⁾.

Reconhecida como um processo multidimensional, a teoria exige a consideração de todos os elementos para ser eficaz⁽³⁾. Analisaremos, a seguir, a sede perioperatória na perspectiva dos Domínios (*Pessoa e sede; Ambiente e sede e Estado de Saúde/Doença e sede*) e das Dimensões (*Experiência, Estratégias de Manejo e Repercussões do Sintoma*) da Teoria de Manejo de Sintomas.

DOMÍNIOS DA CIÊNCIA DA ENFERMAGEM

O DOMÍNIO PESSOA E A SEDE

A análise da sede dentro do domínio pessoa elucida alguns dos múltiplos fatores individuais que interferem no surgimento e na percepção deste sintoma. Variáveis pessoais, como fatores demográficos, psicológicos, sociológicos e fisiológicos, são intrínsecas ao modo pelo qual o indivíduo visualiza a experiência de um sintoma e a ela responde (Figura 1)⁽³⁾. Nessa perspectiva, a ingesta voluntária de líquidos é um comportamento afetado por fatores sociais e psicológicos⁽⁴⁾, e a percepção da sede se dá conforme os grupos etários.

Em idosos, os mecanismos de controle fisiológico associados à sede estão alterados pela redução na sensibilidade dos receptores de volume do organismo, além de haver possíveis disfunções cerebrais corticais e alterações na liberação de hormônio antidiurético (ADH). Quando expostos a estímulos hiperosmóticos e/ou hipovolêmicos, os idosos apresentam grandes aumentos na osmolaridade plasmática, na concentração de sódio e nos níveis de ADH⁽⁵⁾. Em contrapartida, a osmolaridade urinária apresenta-se menor, eles relatam menos sensação de sede e, mesmo quando há livre acesso à água, ingerem menores volumes, o que pode ocorrer por temor de incontinência, inacessibilidade a banheiros e imobilidade⁽⁶⁾.

O controle dos mecanismos de sede também mostra comportamento diferenciado em crianças, que, não raro, apresentam desidratação após pequenos esforços físicos; sua reidratação normalmente é inadequada e a ausência de sede pode dar-se por períodos prolongados⁽⁵⁾. Faltam evidências científicas que abordem a correlação entre sede e população infantil considerando aspectos fisiológicos, osmorregulatórios e seu adequado manejo.

Quanto ao gênero, evidências incipientes mostram que meninas apresentam atitude mais favorável para hidratar-se do que os meninos, e mulheres, uma diminuição do tempo de reação verbal quando comparadas a homens expostos às mesmas condições de desidratação por privação de ingesta hídrica durante um período de 24 horas⁽⁷⁾. Ainda não há estudos que avaliem a influência do gênero no desencadeamento da sede.

Em se tratando de fatores psicológicos, alguns dos sentimentos recorrentemente atrelados ao período perioperatório são medo, insegurança, estresse e ansiedade⁽⁸⁾. O estresse cirúrgico, a náusea e a hipoglicemia estimulam a secreção de ADH e, por conseguinte, também desencadeiam sensação de sede.

No que diz respeito a seus aspectos fisiológicos, a sede, no ser humano, é motivada por alterações osmóticas e volêmicas que, quase sempre, ocorrem após a perda de soluto e água, denominadas respectivamente de sede osmótica e sede hipovolêmica⁽⁹⁾.

A sede osmótica, ou desidratação intracelular, surge em resposta a um desequilíbrio entre aumento de tonicidade celular e insucesso de mecanismos compensatórios na conservação de fluidos corporais⁽⁹⁾. Essas alterações de osmolaridade são facilmente detectadas por osmorreceptores nos órgãos circunventriculares cerebrais⁽¹⁰⁾ e por células da mesma região cerebral, que sintetizam dois peptídeos neu-

ro-hipofisários importantes no mecanismo de regulação de sede: o ADH e o hormônio natriurético⁽¹¹⁾. Existem ainda osmorreceptores periféricos ou viscerais atuantes na regulação dos fluidos que podem ser detectados nas regiões do trato gastrointestinal, na região orofaríngea, no mesentério esplânico, na veia porta hepática e também no fígado⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

A osmolaridade normal do plasma é mantida dentro de um intervalo estreito, e uma variação de 1% a 2% a mais do que o normal é responsável por 70% dos estímulos para desencadear a sede, liberando ADH em poucos minutos⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Por outro lado, uma diminuição proporcional na osmolaridade leva à diluição osmótica, desencadeando o chamado apetite por sal, pela carência de sódio decorrente da perda de fluido extracelular. Isso, por vezes, é percebido como sede, só que não há alívio com a simples ingestão de água: requer também a reposição de soluto⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Já na sede hipovolêmica, as oscilações no volume e na pressão intravascular são menos sensíveis que as alterações osmóticas, sendo necessária uma diminuição de aproximadamente 10% do volume de plasma para desencadear-la⁽¹¹⁾. Tal fato é relevante quando se considera que o paciente cirúrgico fica exposto a alterações volêmicas consideráveis – pela perda sanguínea que pode decorrer do ato cirúrgico –, bem como a alterações na pressão intravascular em consequência da hipovolemia ou do uso de drogas de efeito vasoativo durante o ato anestésico.

As grandes alterações volêmicas ativam um complexo de neuro-hormônios que liberam ADH, corticotropina e glicocorticoides, ativando o sistema renina-angiotensina-aldosterona e os agonistas adrenérgicos de epinefrina e norepinefrina, com o objetivo de restabelecer a volemia⁽⁹⁾.

Por sua vez, os barorreceptores localizados nas paredes dos grandes vasos ativam a liberação de peptídeo atrial natriurético, inibindo a secreção de renina, ADH e aldosterona, diminuindo a procura por água⁽¹¹⁾.

Quanto aos aspectos socioculturais envolvidos na sede perioperatória, ainda não se esclareceu sua possível correlação com os mecanismos mobilizadores de sede. O GPS vem realizando estudos com abordagem qualitativa com vistas a elucidar e aprofundar a compreensão dessas influências.

O DOMÍNIO AMBIENTE E A SEDE

O ambiente diz respeito à associação de condições ou ao contexto em que cada sintoma ocorre, incluindo variáveis físicas, sociais e culturais⁽³⁾. O ambiente cirúrgico impõe estressores específicos ao paciente, contribuindo para o agravamento de sua sede. A impossibilidade de receber água, a permanência em salas cirúrgicas climatizadas, a realização de procedimentos cirúrgicos abertos – que favorecem a desidratação tecidual – a administração de oxigenoterapia por períodos prolongados, no intra e pós-operatório e a permanência inevitável da abertura da cavidade oral pela entubação são fatores que intensificam exponencialmente a sede.

Em se tratando de aspectos culturais, discute-se que o paciente precisa ter a ousadia de expressar seu desconforto em relação à sede e confiar que seu sintoma será avaliado como algo importante. Um dos motivos que pode levar o paciente a não verbalizar espontaneamente sua sede é a in-

cessante afirmação da equipe sobre a necessidade do jejum pré-operatório.

Ainda se desconhece, contudo, a dimensão da interferência da cultura na percepção que o paciente tem da sede perioperatória e na sua disposição de comunicá-la à equipe.

O DOMÍNIO ESTADO DE SAÚDE/DOENÇA E A SEDE

Este domínio compreende variáveis peculiares ao estado de saúde ou doença de um indivíduo, incluídos os procedimentos realizados para o restabelecimento de sua condição clínica⁽³⁾.

De fundamental importância para a manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico do organismo, a sede age como estímulo regulatório para a ingestão de água. O paciente cirúrgico é exposto a uma confluência de fatores que o levam a sentir sede, como a necessidade da manutenção do jejum pré-operatório, o sangramento intraoperatório e as perdas insensíveis, como a respiração e sudorese^(1,9,11-12).

Fatores não regulatórios também se relacionam à sede no paciente cirúrgico. Além do medo, da ansiedade e da entubação orotraqueal, a utilização de drogas que reduzem a produção e secreção de saliva diminui a umidificação da cavidade oral, resultando no estímulo da sede⁽⁹⁾.

O jejum pré-operatório tem como objetivo prevenir a ocorrência de pneumonia aspirativa⁽¹²⁻¹³⁾. As sociedades de anesthesiologistas indicam duas horas de jejum para líquidos claros e seis horas para alimentos sólidos. No entanto, contrariando tais recomendações, encontram-se, na prática, períodos de jejum demasiadamente prolongados, variando de 8 a 37 horas^(1,12-13). O período de jejum prossegue durante o POI, aumentando, assim, a intensidade da sede⁽¹²⁾.

Abordam-se, a seguir, os componentes da Teoria de Manejo de Sintomas que contemplam as dimensões: *Experiência do sintoma, Estratégias de Manejo e Repercussões do Sintoma*.

DIMENSÕES DA TEORIA DE MANEJO DE SINTOMAS

EXPERIÊNCIA DO SINTOMA

PERCEPÇÃO DO SINTOMA

A experiência do sintoma inclui vivência individual, avaliação do significado e resposta ao sintoma (Figura 1)⁽³⁾. Já a percepção de um sintoma depende de funções neurofisiológicas internas e questiona-se até que ponto elas podem ser modificadas ou influenciadas pela condição da pessoa e pelo tratamento de seu sintoma⁽³⁾.

O paciente cirúrgico começa a ter percepção do sintoma sede à medida que recupera a propriocepção e a capacidade de identificar os estímulos do ambiente durante a recuperação anestésica. As atitudes do paciente, em face do estressor sede variam conforme a sua cultura, o seu conhecimento, as orientações pré-operatórias, entre outros fatores. Sua reação e expressão podem estar ancoradas em experiências anteriores – por exemplo, um caso clínico em que um paciente politraumatizado, com sede, foi informado de que não poderia ingerir água por estar em observação em razão de sangramento e possível procedimento cirúrgico. Numa situação posterior, ele associou a sede ao agravamento do estado clínico, o que interferiu em sua decisão de verbalizá-la.

Na prática clínica dos integrantes do GPS, observa-se que apenas 13% a 18% dos pacientes que sentem sede a verbalizam espontaneamente. O silêncio do paciente se deve a dois principais motivos: preocupação com o cancelamento da cirurgia por quebra do jejum pré-operatório e possível ocorrência de vômitos – esta veementemente reforçada pela equipe ao justificar a necessidade do jejum, tornando-se o fator preponderante para que o paciente se cale, mesmo após o procedimento cirúrgico.

Estudos que o GPS vem desenvolvendo demonstram que o incômodo causado pela sede no perioperatório é muito intenso ou maior que a dor, capaz de gerar angústia e incapacidade momentânea. Ao compará-la com a fome, os pacientes relatam enfaticamente que a sede é muito mais emergencial e sobrepuja todas as outras sensações.

Desconhecer estratégias que aliviam a sede sem colocar o paciente em risco contribui para que ele não a verbalize e a aceite como um desconforto inevitável.

AValiação DO SINTOMA

Compreende um complexo conjunto de fatores que caracterizam a experiência do sintoma: intensidade, localização, natureza temporal, frequência e impacto (Figura 1)⁽³⁾. Também inclui a avaliação da ameaça e periculosidade impostas pelo sintoma⁽³⁾.

Para avaliar o sintoma sede, devem-se escolher métodos de acordo com o que se quer investigar, contudo a literatura não revela nenhuma medida solidamente confiável quanto à sensação de sede⁽¹¹⁾.

Há pesquisas sendo conduzidas para a identificação, percepção e mensuração da sede com o objetivo de criar métodos para avaliá-la. Tem-se utilizado a escala visual analógica em razão de sua capacidade de mensurar sintomas subjetivos e autorrelatados^(1,4,14). Também já se validou a escala de avaliação da sede em pacientes dialíticos. Essa escala abrange três domínios: duração, frequência e desconforto⁽¹⁵⁾. A sede pode ser igualmente avaliada pela associação da análise laboratorial da osmolaridade com a percepção da sede, englobando aspectos como: intensidade percebida, desejo de ingerir água, percepção de boca seca, gosto na boca e saciedade gástrica⁽¹⁴⁾.

Em pesquisas clínicas para identificar as regiões cerebrais ativadas quando há sede e quando ela é saciada, utilizaram-se aparelhos de ressonância magnética funcional e de tomografia com emissão de pósitron. Foi possível registrar mudanças temporais no fluxo sanguíneo e mudanças na composição química das regiões do cérebro, como o cíngulo posterior^(11,16).

No POI, tem-se utilizado a escala visual analógica pela simplicidade de aplicação em um momento em que o paciente pode ter respostas comprometidas pelo nível de consciência rebaixado^(1,17).

RESPOSTA AO SINTOMA

Relaciona-se com aspectos fisiológicos, psicológicos, socioculturais e comportamentais (Figura 1)⁽³⁾. Pacientes com sede dão respostas variadas a esse desconforto.

O estímulo da sede já é deflagrado assim que se informa ao paciente que, para a realização da cirurgia, deve permanecer em jejum. Descreve-se a simples solicitação de jejum como um estímulo não regulatório para o início da sede⁽¹⁸⁾.

No pré-operatório, a intensidade da sede aumenta com o decorrer do tempo, e o paciente utiliza subterfúgios para aliviá-la. Ele pode recorrer ao sono numa tentativa de ignorar a sede, ingerir mais água do que o permitido ao tomar medicamentos orais, pensar em estratégias para ingerir água sem ser visto, realizar a higiene oral e gargarejos procurando minorar o estímulo⁽¹⁸⁾. Quando ousa verbalizar que está com sede, depara-se com uma equipe que reforça a necessidade da manutenção do jejum, não lhe oferecendo nenhuma outra estratégia de alívio.

Pacientes sedados também apresentam sede. Quando a sedação é superficial, utilizam a comunicação não verbal para indicá-la. Em caso de sedação profunda, observam-se movimentos de sucção durante a higiene oral, indicando que o paciente está com sede⁽¹⁹⁾.

No pós-operatório em Unidade de Terapia Intensiva, pacientes submetidos à cirurgia cardíaca contam que a sede é angustiante, aumentando o estresse e interferindo em

sua recuperação. Pelos relatos se percebe que estão atentos ao ambiente, e há quem diga que até o barulho produzido pela água na limpeza do chão gera *vontade de pular na água*⁽²⁰⁾.

Muitas vezes o paciente se apresenta hidratado no POI, com reposição hídrica por fluidos intravenosos. No entanto, observa-se grande incidência de sede e sinais, como boca seca, lábios ressecados e rachados, aparência ressecada da língua. Esses aspectos relacionam-se com a sede não regulatória, ou *falsa sede*, quando fatores comportamentais e psicológicos estimulados pelo ambiente influenciam o desejo de tomar água^(9,18).

ESTRATÉGIAS DE MANEJO DO SINTOMA

O manejo objetiva prevenir ou retardar um resultado negativo usando estratégias de alívio. Inicia-se com a avaliação da experiência individual, seguida da identificação de uma intervenção que deve direcionar-se a um ou mais componentes do sintoma (Figura 1)⁽³⁾.

Podem-se empregar diferentes estratégias no alívio da sede no POI. No Quadro 1 há um resumo dos estudos que comparam diferentes métodos de alívio e seus resultados.

Quadro 1 – Resumo dos estudos que apresentaram métodos de alívio da sede durante o pós-operatório imediato – Londrina, PR, Brasil, 2014.

Autor (Ano)	Método e Objetivo	Amostra e localização	Resultados
Aroni Nascimento, Fonseca (2012) ⁽¹⁾	Quasi-experimental; avaliar métodos de alívio da sede em pacientes no POI.	90 pacientes divididos em dois grupos, água em temperatura ambiente e gelo. Brasil	O grupo gelo apresentou diminuição na intensidade da sede, de 6,13 para 1,51, maior do que o apresentado pelo grupo água.
Yoon, Min (2011) ⁽²¹⁾	Pré-teste/Pós-teste; identificar os efeitos de gargarejos com água fria no alívio da sede e na condição da cavidade oral em pacientes da clínica ortopédica.	52 pacientes divididos em dois grupos. Coreia do Sul	O grupo que recebeu a intervenção apresentou diminuição da sede e melhor condição da cavidade oral.
Cho, Kim, Park (2010) ⁽¹⁷⁾	Quasi-experimental; examinar os efeitos do uso de gaze com solução salina gelada ou gelo no alívio da sede e da condição bucal em pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica.	53 pacientes receberam: gaze congelada com solução salina (n=17), gelo (n=18) ou gaze úmida (n=18). Coreia do Sul	O grupo que recebeu gaze congelada com solução salina apresentou diminuição significativa na intensidade da sede, de 7,88 (DP=1,22) para 2,41 (DP=1) p <0,001
Hur, Shin, Lee, Lee, Im, Kim (2009) ⁽²²⁾	Experimental; comparar o efeito hidratante da aplicação de gargarejos de água gelada, aplicação de gaze úmida e umidificação na redução da sede e secura da boca após cirurgias nasais.	57 pacientes fizeram gargarejos com água gelada e aplicação de gaze molhada; o grupo controle recebeu umidificação da cavidade oral. Coreia do Sul	Em três aplicações, a intensidade da sede do grupo que realizou gargarejos com água gelada foi de 7,63 (DP=1,12) e a final de 4,79 (DP=0,79 – p.000), tendo sido mais eficaz do que as outras estratégias.

De acordo com os resultados dos estudos mencionados no Quadro 1, as estratégias que empregam métodos com baixa temperatura apresentam maior eficácia no alívio da sede.

A saciedade da sede ocorre por dois mecanismos: saciedade pré-absorção e saciedade pós-absorção. Ocorrem, respectivamente, pela estimulação de receptores da orofaringe e pela diminuição da osmolaridade sanguínea. A ativação dos receptores da orofaringe produz um efeito psicológico prazeroso por causa da baixa temperatura e do alívio da sede^(9,16,23).

O mecanismo de ação envolvido se dá pela estimulação de receptores orofaríngeos denominados *Transient Receptor Potential Melastatin 8* (TRPM8), que são sensíveis a baixas temperaturas e também a substâncias mentoladas. Desencadeiam sensação de refrescância e saciedade, aliviando o

desconforto sem necessidade de ingestão de grandes volumes^(1,17,23). O risco de broncoaspiração é reduzido em volume gástrico menor que 50 mililitros, o que demonstra a viabilidade do uso de gelo e água até esse limite⁽²⁴⁾.

Essas duas estratégias, gelo e mentol em diversos formatos de utilização, abrem um novo patamar de possibilidades para a abordagem da sede no paciente cirúrgico, tanto no pré como no pós-operatório, mesmo necessitando de estudos mais aprofundados.

Apesar de as evidências indicarem a eficácia de estratégias de baixa temperatura no alívio da sede, estas ainda não são utilizadas na prática clínica no pré e no pós-operatório, prolongando, muitas vezes desnecessariamente, o sofrimento do paciente.

Definir a melhor estratégia de alívio da sede não é o único desafio para seu manejo no POI. Aspectos sobre a segurança na administração dos métodos ainda são incipientes na literatura. Uma das pesquisas desenvolvidas pelo GPS resultou na validação de um Protocolo de Segurança no Manejo da Sede (PSMS), cuja confiabilidade se testou com o objetivo de propiciar à equipe subsídios para avaliar a segurança na administração de métodos de alívio da sede. Agruparam-se os critérios selecionados (Nível de consciência, Proteção de vias aéreas e Ausência de náuseas e vômitos) em um algoritmo gráfico e, juntamente com os Procedimentos Operacionais e o Manual Operacional, avaliaram de forma sistemática, padronizada e intencional a segurança para a administração do método de alívio da sede⁽²⁵⁾.

REPERCUSSÕES DO SINTOMA

Oito fatores compõem a dimensão repercussões do sintoma na Teoria de Manejo de Sintomas: estado funcional, estado emocional, mortalidade, morbidade e comorbidade, qualidade de vida, custo, autocuidado e estado do sintoma (Figura 1)⁽³⁾.

O manejo da sede (avaliação, mensuração e adoção de estratégias de alívio) repercute positivamente no estado funcional do paciente no perioperatório. Estudos apontam que o distresse causado pela sede no perioperatório causa alterações emocionais consideráveis, levando o paciente ao desespero. Por outro lado, observamos que, após a administração de estratégias de manejo – especialmente o gelo –, ele relata conforto e alívio quase imediato, passando de um estado de excitação, irritabilidade e ansiedade a um profundo relaxamento, chegando a dormir após o alívio.

Quanto à avaliação do impacto das estratégias sobre os outros fatores que compõem a dimensão das repercussões do sintoma nesta teoria, ainda é necessário conduzir estudos, entre eles, a correlação da intensidade e duração da sede com o período de recuperação pós-operatória e sua

repercussão nos custos hospitalares e na qualidade de vida do paciente. Semelhantemente ainda não existem evidências que correlacionem sinais fisiológicos de estresse – como sudorese, alterações de pulso e pressão – com as estratégias utilizadas para o manejo da sede que causem impacto no estado funcional do paciente.

As inúmeras lacunas ainda existentes com relação à abordagem do sintoma sede e suas repercussões indicam a necessidade da utilização de protocolos de avaliação e manejo desse sintoma para que ele se torne reconhecido e valorizado na prática clínica dos serviços de saúde que atendem o paciente cirúrgico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O paciente cirúrgico pertence a um grupo com grande risco de desenvolver sede. A Teoria de Manejo de Sintomas nos leva a considerar a sede perioperatória nos seus aspectos multifatoriais, evidenciando a inter-relação dos domínios pessoa, ambiente, estado de saúde/doença e das dimensões experiência do sintoma, estratégias do manejo de sintomas e repercussões do sintoma.

Espera-se que essas reflexões nos estimulem a olhar com intencionalidade o sintoma sede do paciente cirúrgico na prática clínica e a pesquisar as inúmeras lacunas ainda existentes sobre o tema. Trata-se aqui de atender a uma necessidade humana imperiosa e vital.

Justifica-se, portanto, a importância do desenvolvimento de estratégias de reconhecimento, mensuração, alívio e registro desse sintoma que sejam pautadas em evidências científicas. Esse movimento busca valorizar a sede como sintoma relevante para o cuidado do paciente cirúrgico, fomentando sua introdução nos instrumentos de registro das instituições para atender com maior qualidade e humanização a gama representativa de pacientes que se encontrem no período perioperatório.

RESUMO

Estudo teórico com o objetivo de analisar, dentro da perspectiva da Teoria de Manejo de Sintomas, o conhecimento existente na literatura sobre o sintoma sede perioperatória, acrescido da experiência do Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede. Descreve-se a sede como um sintoma muito intenso e incidente no período perioperatório, por essa razão não pode ser ignorada. A Teoria de Manejo de Sintomas, adequada para a compreensão do sintoma sede, é uma teoria dedutiva, focada nos domínios Pessoa, Ambiente e Estado de Saúde/Doença e nas dimensões Experiência, Estratégias de Manejo e Repercussões do Sintoma. A utilização da teoria nos leva a considerar a sede perioperatória em seus aspectos multifatoriais, analisando a inter-relação de seus domínios e dimensões com o intuito de evidenciar esse sintoma que tem sido insuficientemente valorizado, registrado e tratado na prática clínica.

DESCRITORES

Sede; Sinais e Sintomas; Enfermagem Perioperatória; Teoria de Enfermagem.

RESUMEN

Estudio teórico con el fin de analizar, dentro de la perspectiva de la Teoría del Manejo de Síntomas, el conocimiento existente en la literatura acerca del síntoma de la sed perioperatoria, añadido de la experiencia del Grupo de Estudio e Investigación de la Sed. Se describe la sed como un síntoma muy intenso e incidente en el período perioperatorio, por esa razón no se la puede ignorar. La Teoría del Manejo de Síntomas, adecuada para la comprensión del síntoma sed es una teoría deductiva, enfocada en los dominios Persona, Entorno y Estado de Salud/Enfermedad y las dimensiones Experiencia, Estrategias de Manejo y Repercusiones del Síntoma. La utilización de la teoría nos lleva a considerar la sed perioperatoria en sus aspectos multifactoriales, analizando la interrelación de sus dominios y dimensiones con el fin de evidenciar ese síntoma que ha sido insuficientemente valorado, registrado y tratado en la práctica clínica.

DESCRIPTORES

Sed; Signos y Síntomas; Enfermería Perioperatoria; Teoría de Enfermería.

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 20 Nov 2013];25(4):530-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/en_08.pdf
2. Humphreys J, Lee KA, Carrieri-Kohlman V, Puntillo K, Faucett J, Janson S, et al. Theory of Symptom Management. In: Smith MJ, Liehr PR, editors. *Middle range theory for nursing*. 2nd ed. New York: Springer; 2008. p.145-58.
3. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*. 2001;33(5):668-76.
4. Millard-Stafford M, Wendland DM, O'Dea NK. Thirst and hydration status in everyday life. *Nutr Rev*. 2012;70 Suppl 2:S147-51.
5. Kenney WL, Chiu P. Influence of age on thirst and fluid intake. *Med Sci Sports Exerc*. 2001;33(9):1524-32.
6. Arai SR, Butzlaff A, Stotts NA, Puntillo KA. Quench the thirst: lessons from clinical thirst trials. *Biol Res Nurs* [Internet]. 2013 [cited 10 Mar 2014]. Available from: <http://brn.sagepub.com/content/16/4/456.long>
7. Szinnai G, Schachinger H, Arnaud MJ, Linder L, Keller U. Effect of water deprivation on cognitive-motor performance in healthy men and women. *Am J Physiol*. 2005;289(1):R275-80.
8. Medeiros VCC, Peniche ACG. The influence of anxiety in coping strategies used during the pre-operative period. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2006 [cited 2014 Feb 20];40(1):86-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a11v40n1.pdf>
9. Arai S, Stotts N, Puntillo K. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. *Am J Crit Care*. 2013;22(4):328-35.
10. Bourque CW. Central mechanisms of osmosensation and systemic osmoregulation. *Nat Rev Neurosci*. 2008;9(7):519-31.
11. Leiper J. Thirst. In: Caballero B, Allen L, Prentice A. *Encyclopedia of human nutrition*. 2nd ed. Aberdeen (UK): Elsevier; 2005. p. 278-86.
12. Aguilar-Nascimento JE, Dock-Nascimento DB. Reducing preoperative fasting time: a trend based on evidence. *World J Gastrointest Surg*. 2010;2(3):57-60.
13. 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 Aust*. 2011;24(1):14-9.
14. Rolls BJ, Wood RJ, Rolls ET, Lind H, Lind W, Ledingham JG. Thirst following water deprivation in humans. *Am J Physiol*. 1980; 239(5):R476-82.
15. Welch JL. Development of the thirst distress scale. *Nephrol Nurs J*. 2002;29(4):337-41.
16. Saker P, Farrell MJ, Adib FRM, Egan GF, McKinley MJ, Denton DA. Regional brain responses associated with drinking water during thirst and after its satiation. *Proc Natl Acad Sci*. 2014;111(14):5379-84.
17. Cho EA, Kim KH, Park JY. Effects of frozen gauze with normal saline and ice on thirst and oral condition of laparoscopic cholecystectomy patients: pilot study. *J Korean Acad Nurs*. 2010;40(5):714-23.
18. Woodtli AO. Thirst: a critical care nursing challenge. *Dimens Crit Care Nurs*. 1990;9(1):6-15.
19. Landström M, Rehn IM, Frisman GH. Perceptions of registered and enrolled nurses on thirst in mechanically ventilated adult patients in intensive care units- a phenomenographic study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2009;25(3):133-9.
20. Lisboa Gois FC, Aguillar OM, Santos V, Llapa Rodríguez OE. Fatores estressantes para o paciente submetido à cirurgia cardíaca. *Invest Educ Enferm*. 2012;30(3):312-9.
21. Yoon SY, Min HS. The effects of cold water gargling on thirst, oral cavity condition, and sore throat in orthopedics surgery patients. *Korean J Rehabil Nurs*. 2011;14(2):136-44.
22. Hur YS, Shin KA, Lee WJ, Lee JO, Im HJ, Kim YM. The comparison of moisturizing effect of cold water gargling, wet gauze application and humidification in reducing thirst and mouth dryness after nasal surgery. *J Korean Clin Nurs Res*. 2009;15(1):43-53.
23. Eccles R, Du-Plessis L, Dommels Y, Wilkinson JE. Cold pleasure: why we like ice drinks, ice-lollies and ice cream. *Appetite*. 2013;71:357-60.
24. Perlas A, Davis L, Khan M, Mitsakakis N, Chan VW. Gastric sonography in the fasted surgical patient: a prospective descriptive study. *Anesth Analg*. 2011;113(1):93-7.
25. Nascimento LA, Fonseca LF. Development of a safety protocol for management of thirst in the immediate postoperative period. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(5):834-43.