

Análise de conceito da Sede Perioperatória para o desenvolvimento de um novo diagnóstico de enfermagem

Concept analysis of Perioperative Thirst for the development of a new nursing diagnosis

Análisis conceptual de la Sede Perioperatoria para el desarrollo de un nuevo diagnóstico de enfermería

Leonel Alves do Nascimento¹

ORCID: 0000-0002-9590-6360

Aline Korki Arrabal Garcia¹

ORCID: 0000-0001-8648-9887

Marília Ferrari Conchon¹

ORCID: 0000-0003-0393-1559

Marcos Venícios de Oliveira Lopes^{II}

ORCID: 0000-0001-5867-8023

Lígia Fahl Fonseca¹

ORCID: 0000-0001-7550-9141

RESUMO

Objetivos: analisar o conceito de sede perioperatória para o desenvolvimento de uma nova estrutura diagnóstica segundo a NANDA Internacional. **Métodos:** estudo de análise de conceito baseado no referencial proposto por Walker e Avant, instrumentalizada por meio de uma revisão integrativa da literatura nas bases SCOPUS, CINAHL, PUBMED, LILACS e WOS. A elaboração da estrutura diagnóstica seguiu as diretrizes da NANDA Internacional. **Resultados:** foram analisados 41 estudos revelando que a sede perioperatória é prevalente e intensa, tendo como núcleo do conceito atributos viscerais e comportamentais. Antecedentes indicam que o paciente cirúrgico é vulnerável à sede, e como consequentes, 16 sinais e sintomas foram organizados e casos modelo foram desenvolvidos. Foi desenvolvido uma estrutura diagnóstica para a sede perioperatória. **Considerações Finais:** a análise de conceito permitiu a padronização da linguagem que descreve o paciente com sede, auxiliando a identificação, planejamento de ações e comunicação da assistência de enfermagem perioperatória.

Descritores: Sede; Diagnóstico de Enfermagem; Assistência Perioperatória; Terminologia Padronizada em Enfermagem; Formação de Conceito.

ABSTRACT

Objectives: to analyze the perioperative thirst concept for the development of a new diagnostic structure according to NANDA International. **Methods:** a concept analysis study based on the framework proposed by Walker and Avant, instrumentalized through an integrative literature review based on SCOPUS, CINAHL, PUBMED, LILACS, and WOS. The elaboration of the diagnostic structure followed NANDA International guidelines. **Results:** 41 studies were analyzed revealing that perioperative thirst is prevalent and intense, having visceral and behavioral attributes as the core of the concept. Antecedents indicate that surgical patients are vulnerable to thirst; and consequents 16 signs and symptoms were organized and model cases were developed. A diagnostic structure has been developed for perioperative thirst. **Final Considerations:** concept analysis allowed language standardization that describes thirsty patients, helping the identification, planning of actions and communication of perioperative nursing care.

Descriptors: Thirst; Nursing Diagnosis; Perioperative Care; Standardized Nursing Terminology; Concept Formation.

RESUMEN

Objetivo: analizar el concepto de asiento perioperatorio para el desarrollo de una nueva estructura diagnóstica según NANDA International. **Método:** estudio de análisis de conceptos basado en el marco propuesto por Walker y Avant, instrumentalizado a través de una revisión integradora de la literatura basada en SCOPUS, CINAHL, PUBMED, LILACS y WOS. La elaboración de la estructura de diagnóstico siguió los lineamientos de NANDA International. **Resultados:** Se analizaron 41 estudios que revelaron que la sed perioperatoria es prevalente e intensa, teniendo atributos viscerales y conductuales como núcleo del concepto. Los antecedentes indican que el paciente quirúrgico es vulnerable a la sed y como consecuencia, se organizaron 16 signos y síntomas y se desarrollaron casos modelo. Se ha desarrollado una estructura de diagnóstico para el asiento perioperatorio. **Consideraciones finales:** el análisis de concepto permitió estandarizar el lenguaje que describe al paciente sediento, ayudando a la identificación, planificación de acciones y comunicación de los cuidados perioperatorios de enfermería.

Descriptorios: Sed; Diagnóstico de Enfermería; Atención Perioperatoria; Terminología Normalizada de Enfermería; Formación de Concepto.

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

^{II}Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Como citar este artigo:

Nascimento LA, Garcia AKA, Conchon MF, Lopes MVO, Fonseca LF. Concept analysis of Perioperative Thirst for the development of a new nursing diagnosis. Rev Bras Enferm. 2021;74(1):e20200065. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0065>

Autor Correspondente:

Leonel Alves do Nascimento
E-mail: leonel_lan@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa
EDITOR ASSOCIADO: Mitzy Reichembach

Submissão: 14-04-2020 **Aprovação:** 13-09-2020

INTRODUÇÃO

Estímulos viscerais, como boca seca, associados a fatores motivacionais, como vontade de beber água, fazem com que o paciente apresente sede. Resposta fisiológica essencial para a manutenção da vida, a sede se inicia primordialmente pela diminuição de fluidos corporais e/ou aumento da osmolaridade sanguínea⁽¹⁻³⁾.

A sede no paciente cirúrgico tem se tornado foco de diversas pesquisas na Enfermagem, nas quais se encontrou prevalência de 78%⁽⁴⁾ a 89,6%⁽⁵⁾ em adultos, também acometendo crianças⁽⁶⁾ durante o pós-operatório imediato (POI). Apresenta-se como sintoma desagradável, de elevada intensidade desde o pré-operatório até a liberação da dieta no POI⁽⁶⁻¹⁰⁾.

O processo de enfermagem subsidia o desenvolvimento de atividades diárias do enfermeiro, visto o aumento contínuo da complexidade de sua prática clínica⁽¹¹⁾. O diagnóstico de enfermagem (DE) é etapa relevante na implementação de uma assistência sistematizada. É fundamental incorporar a sede perioperatória como DE, por ela ser uma resposta humana, prevalente na prática clínica, passível de intervenção pelos profissionais de enfermagem e já relatada na literatura⁽¹⁰⁾. Apesar disso, a 11ª edição, de 2018-2020, da NANDA Internacional, não contempla a descrição deste DE. A análise de conceito é o primeiro passo para se propor um novo DE, tornando claros e explícitos seus atributos e significados⁽¹¹⁻¹²⁾.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) apresenta o termo "sede", definindo-a como "Percepção: Sensação de desejo para beber água ou outro líquido, referida à boca e garganta; membrana mucosa seca na boca e garganta"⁽¹³⁾. Em contrapartida, não descreve informações importantes para a prática do enfermeiro, como os atributos essenciais da sede, suas características clínicas e fatores relacionados.

O paciente cirúrgico faz parte de um grupo com elevado risco de desenvolver sede, e, mesmo com essa relevância clínica, ela ainda não é abordada de forma completa e sistemática por associações de especialistas em perioperatório⁽⁷⁻⁸⁾. Neste contexto, a proposição da sede perioperatória como uma etiqueta diagnóstica é importante, porque acontece de forma frequente e é passível de alta resolutividade, pois as intervenções para este diagnóstico são relativamente simples e não invasivas. A sede pode passar despercebida pelo enfermeiro em seu planejamento de cuidado se uma etiqueta diagnóstica bem definida não for incorporada ao conjunto terminológico da profissão.

Existem dois diagnósticos presentes na taxonomia da NANDA Internacional que podem estar relacionados a esta condição clínica, embora sejam diferentes do diagnóstico de sede perioperatória. O primeiro, denominado Volume de Líquidos Deficiente (0027), tem como definição a diminuição do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular, perda de água e estado de desidratação. Este diagnóstico, presente no domínio 2 (nutrição) e na classe 5 (hidratação), indica, em suas características definidoras, sinais e sintomas de desidratação, inclusive a sede⁽¹²⁾.

O segundo se refere ao diagnóstico Risco para Boca Seca (00261), e tem como definição a suscetibilidade a desconforto ou dano à mucosa oral devido à quantidade reduzida ou à qualidade da saliva para hidratar a mucosa, que pode comprometer a saúde⁽¹²⁾. Este diagnóstico presente no domínio 11 (segurança) e na classe 2 (lesão física) se refere à possibilidade de o paciente

apresentar boca seca, tendo a desidratação como um dos fatores de risco, além de algumas condições associadas que podem ser atribuídas ao paciente cirúrgico, como a utilização de agentes farmacêuticos, oxigenoterapia e a restrição hídrica⁽¹²⁾.

No entanto, apesar de esses dois diagnósticos apresentarem uma associação com a sede perioperatória, nenhum deles contempla integralmente o fenômeno em questão. Recentes avanços no estudo do funcionamento do mecanismo de sede identificaram que a sede não é apenas regulada pelos clássicos estímulos realizados pela homeostase e osmolaridade, mas inclui também sinais antecipatórios provenientes de receptores orofaríngeos, gástricos e de gosto de água presentes na língua. Esses estímulos convergem para os mesmos neurônios que são ativados em situações de hipovolemia e hiperosmolaridade⁽¹⁴⁾. Este aspecto tem grande significância na assistência ao paciente cirúrgico, porque, embora receba continuamente líquidos intravenosos, apresenta alta prevalência e intensidade de sede pré e pós-operatória, demonstrando que o manejo da sede não pode se restringir à reposição volêmica e hidroeletrólítica⁽⁷⁾.

Uma vez que os fatores que deflagram a sede atuam concomitantemente e de forma coordenada, o paciente cirúrgico reúne características que aumentam o risco de apresentar sede, incluindo a ação de diferentes medicamentos utilizados neste período, além, claro, do processo de intubação, que provoca ressecamento da cavidade oral pela permanência do tubo orofaríngeo. A introdução deste diagnóstico na classificação da NANDA Internacional alertará o enfermeiro sobre os riscos de o paciente sentir sede no perioperatório, auxiliando-o na identificação e no planejamento de ações para amenizar esse desconforto.

OBJETIVOS

Analisar o conceito de sede perioperatória para o desenvolvimento de uma nova estrutura diagnóstica segundo a NANDA Internacional.

MÉTODOS

A análise de conceito é um exame cuidadoso da descrição de uma palavra ou termo cujo uso no idioma é explicitado juntamente com a elucidação de como se associam ou não a outras palavras ou termos relacionados. A preocupação está nos usos reais e possíveis de palavras que transmitem significados de conceito⁽¹¹⁾.

Esta análise de conceito seguiu o referencial metodológico proposto por Walker e Avant⁽¹¹⁾, que é estruturado em oito etapas: seleção do conceito, objetivo da análise, exploração dos usos do conceito, determinação dos atributos, construção de um caso modelo, construção de um caso contrário, identificação dos antecedentes e consequentes, e definição dos referenciais empíricos⁽¹¹⁾.

A determinação dos atributos críticos, um dos pontos principais na análise de conceito, consiste em apresentar quais atributos ou grupo de atributos são frequentemente associados ao conceito, permitindo maior compreensão dele, diferenciando-o, inclusive, de conceitos similares ou relacionados. Antecedentes são eventos ocorridos antes da identificação do evento em si, para cuja ocorrência contribuem. Já os consequentes se referem a um conjunto de fatores desencadeados assim que confirmado o fenômeno em questão⁽¹¹⁾.

Os casos modelo são uma construção real ou fictícia que exemplificam melhor a ocorrência do conceito. Nessa etapa, construíram-se três casos: modelo, *borderline* e contrário⁽¹¹⁾.

A revisão integrativa seguiu as cinco etapas sugeridas: identificação de tema ou questionamento da revisão integrativa, amostragem ou busca na literatura, avaliação dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados na revisão⁽¹⁵⁾.

Para a elaboração da questão de pesquisa, utilizou-se a estratégia PICO (acrônimo para *patient, intervention, comparison, outcomes*)⁽¹⁶⁾. O primeiro elemento da estratégia (P) se refere a paciente cirúrgico, de todas as idades, sem limitação de clínica, procedimento cirúrgico ou patologia de base; o segundo (I) se refere a período perioperatório; quarto elemento (O) se refere à sede. Neste estudo, não se utilizou o elemento comparação (C). Com a estratégia, elaborou-se a seguinte questão norteadora: qual o conceito, atributos, antecedentes e consequentes da sede para o paciente cirúrgico no período perioperatório?

Os critérios de inclusão estabelecidos foram relatos de pesquisa teóricos e empíricos, qualitativos e quantitativos, que respondessem à questão norteadora, disponíveis na íntegra nos idiomas português, inglês ou espanhol. Após a leitura dos artigos selecionados, fez-se busca manual de contrarreferência e inclusão de pesquisas teóricas e livros que explicam a fisiologia da sede. Teses, dissertações, cartas-resposta e editoriais foram excluídos da amostra, pois se considerou que os artigos resultantes da busca responderiam de forma adequada à questão norteadora. Não houve limitação de data de publicação, e quando o mesmo artigo foi encontrado em mais de uma base de dados, selecionou-se o artigo da base que possuía maior número de artigos, excluindo-se o artigo repetido da outra base.

Adotaram-se os seguintes descritores controlados do *Medical Subject Heading (MeSH)*: *thirst, postoperative period, perioperative period, preoperative period, recovery room, mouth dryness*, e nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): sede, período pré-operatório, período pós-operatório, período perioperatório, sala de recuperação. Foram utilizados os seguintes descritores não controlados (palavras-chave): boca seca, fluxo salivar, lábios ressecados, *saliva flow, dry lips*. Para os cruzamentos dos descritores, utilizaram-se operadores booleanos (*AND* e *OR*). Não foram selecionados filtros nas buscas.

A busca dos artigos ocorreu no dia 28 de julho de 2018, respeitando-se os critérios e particularidades das seguintes bases de dados: SCOPUS, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, *National Library of Medicine (MEDLINE via PubMed)*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Web of Science (WOS)*. O acesso a essas bases se deu por meio do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), para aumentar a disponibilidade de artigos na íntegra.

Na MEDLINE, via PubMed, os resultados da busca podem ser observados na Tabela 1.

A seleção dos estudos se fez de forma independente por dois pesquisadores que, em um primeiro momento, leram os títulos e resumos dos estudos, selecionando-os para leitura na íntegra conforme os critérios de elegibilidade. Em caso de discordância, solicitou-se avaliação de um terceiro revisor.

Tabela 1 - Resultados da busca no MEDLINE, via PubMed

Descritores	Número de Registros Obtidos	Artigos selecionados	Artigos analisados
<i>thirst AND postoperative period</i>	639	4	1
<i>thirst AND perioperative period</i>	215	7	5
<i>thirst AND preoperative period</i>	357	4	1
<i>thirst AND nursing, recovery room</i>	293	1	1
<i>thirst AND mouth dryness</i>	681	0	0
<i>thirst AND saliva flow</i>	393	0	0
<i>thirst AND dry lips</i>	1071	0	0
Total	3649	16	8

A extração dos dados se fez por um instrumento composto por itens relacionados à identificação do estudo, características metodológicas, resultados da pesquisa, conclusões da pesquisa e nível de evidência do estudo. Procurou-se levantar informações relacionadas à utilização do conceito, seu significado, quais os atributos, antecedentes e consequentes relatados pelos estudos em relação à sede no período perioperatório.

Após essa etapa, foi possível estruturar a organização do DE de sede perioperatória. A escolha dos componentes para a estrutura diagnóstica foi baseada nos achados da revisão e no conhecimento dos pesquisadores sobre o fenômeno em estudo. Características definidoras são indicadores que se agrupam como manifestações de um DE. Os consequentes na análise de conceito são transpostos como características definidoras, ao se estruturar um DE. Fatores relacionados apresentam relação etiológica com a ocorrência do diagnóstico, e, juntamente com as condições associadas e populações em risco, são desenvolvidos a partir dos antecedentes resultantes da análise de conceito⁽¹¹⁻¹²⁾.

Referenciais empíricos para estudos de diagnósticos de enfermagem se referem às definições operacionais desenvolvidas para cada fator relacionado e características definidoras. Apesar de terem sido elaborados nesta análise, não foram apresentadas, neste estudo, por restrições de tamanho permitido para publicação.

RESULTADOS

A amostra foi distribuída em 19 países, destacando-se pela frequência de produção: Brasil (9), Estados Unidos (6), Reino Unido (3), Turquia (3), e Alemanha, China, Finlândia, Japão, Canadá com duas publicações cada. Com uma publicação, a Austrália, Etiópia, França, Quênia, Índia, Irlanda, Sri Lanka, Suécia, Dinamarca e Rússia.

Entre os estudos avaliados, destacaram-se delineamentos não experimentais (31,7%), experimentais (26,8%), qualitativos (9,7%) e quase experimentais (7,3%). A busca manual por estudos de fisiologia resultou em estudos experimentais (9,7%), revisões narrativas da literatura (9,7%) e capítulo de livros e *guidelines* (4,9%). Os artigos publicados datam de 1995 a 2018. Nos últimos cinco anos, foram publicados 68,3% dos artigos incluídos, demonstrando o recente interesse nesta temática. Artigos publicados em inglês compuseram 85,4% da amostra. A Figura 1 mostra o fluxo de seleção dos artigos incluídos.

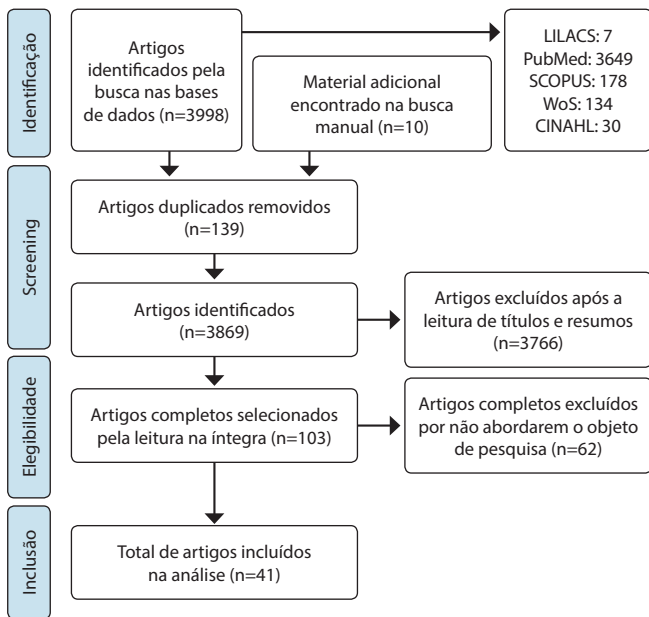


Figura 1 - Diagrama de seleção dos artigos incluídos nesta revisão integrativa

Antecedentes e Consequentes

Fatores osmóticos ou hipovolêmicos podem levar um paciente cirúrgico a ter sede. Pequenas mudanças na concentração osmótica sanguínea já ativam os mecanismos que geram a sede. Alterações no volume sanguíneo também a ativam, porém de modo menos sensível que a osmolaridade⁽¹⁷⁾.

O principal fator é o tempo de jejum pré e pós-operatório, sobretudo quando excede o recomendado pela literatura^(6,9,18-37). Cenário semelhante é encontrado com pacientes pediátricos⁽³⁸⁾, com períodos acima do recomendado por protocolos internacionais⁽³⁹⁾. No paciente cirúrgico, diversos fatores convergem para estímulos na cavidade oral, que são identificados na região do hipotálamo, para a modulação de sede e liberação de vasopressina.

Observou-se que a sede está diretamente ligada ao estado de desconforto do paciente em sua experiência cirúrgica^(9,22,27,37,40-44). Os atributos críticos, antecedentes e consequentes relacionados com a sede perioperatória são apresentados no Quadro 1.

O Quadro 2 demonstra a estrutura diagnóstica desenvolvida para a sede perioperatória, com base nos resultados da análise de conceito. Nele, observa-se a inclusão de 16 possíveis características definidoras e 10 fatores relacionados oriundos da análise de antecedentes e consequentes obtidos a partir da análise de conceito.

Quadro 1 - Atributos críticos, antecedentes e consequentes para o conceito de sede perioperatória, 2019

Atributos críticos	Fontes
Atributos viscerais	(5)(6)(8) (27) (35) (36)(36)
Atributos comportamentais	(2) (5)(6) (14) (36) (45) (46) (47)
Antecedentes	Fontes
Respiração oral	(29)
Desidratação	(17) (40)
Diabetes insipitus após cirurgia da pituitária	(29)

Continua

Continuação do Quadro 1

Tempo de jejum pré e pós-operatório prolongado	(5) (6) (8) (9)(18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (30) (31) (32) (33) (34) (35)(37)(39)
Utilização de opioides e anticolinérgicos	(5)
Paciente cirúrgico	(36)
Controle hídrico	(9) (41) (46)
Boca seca	(1) (8) (19) (20) (28)
Perda insensível de hidratação pela utilização de gases anestésicos não umidificados	(40)
Agentes anestésicos causam vasodilatação e induzem a estados de relativa hipovolemia	(41) (45)
Hipovolemia	(17)
Fatores ambientais e físicos, como calor	(6)
Hábito de beber água	(6)
Uso de tampão nasal	(6)
Intubação	(6)
Desejo de beber algo refrescante	(1)
Mudanças na homeostase sanguínea, osmolaridade aumentada	(3) (14) (17)(45) (47)
Ansiedade	(8)
Drogas como atropina, escopolamina, biperideno causam boca seca	(48)
Rápida desidratação em crianças	(6)
Consequentes	Fontes
Boca seca	(5) (6)(8) (27)(35) (36)
Vontade de beber água	(5)(36)
Lábios ressecados	(5) (6) (8) (36)
Garganta seca	(5) (36)
Gosto ruim na boca	(5) (36)
Língua grossa	(5) (8)(36)
Boca amarga	(36)
Boca áspera	(36)
Boca irritada	(36)
Cansaço	(36)
Cavidade oral friável	(36)
Dificuldade de deglutição	(36)
Dor de cabeça	(36)
Fácil sangramento da cavidade oral	(36)
Garganta amarga	(36)
Garganta áspera	(36)
Hipossalivação, saliva grossa	(5) (8)(36)
Lábios rachados	(8)(36)
Língua seca	(36)
Mau hálito	(36)
Olhos ressecados, secos	(36)
Perda de apetite	(36)
Queimação na garganta	(36)
Queimação no estômago	(36)
Sonolência	(36)

Continua

Continuação do Quadro 1

Tontura	(36)
Vontade de engolir	(36)
Xerostomia	(36)
Choro, agitação	(6)
Relato do cuidador é importante com crianças e pacientes com dificuldades de comunicação	(6)
Lábios esbranquiçados	(6)
Dor na garganta	(6)
Constante deglutição de saliva	(6)
Comportamento de busca por água	(2)(6) (14) (45) (46) (47)

Quadro 2 - Estrutura do novo diagnóstico de enfermagem sede perioperatória segundo a NANDA-I, 2019

Definição	
Experiência sensorial, fisiológica e subjetiva que se refere ao desejo de ingerir água visando restabelecer a homeostase dos líquidos corporais, gerando intenso desconforto quando não atendido.	
Características Definidoras	
Boca seca ^(5,6,8,27,35-36) Constante deglutição de saliva ⁽⁶⁾ Garganta seca ^(5,36) Lábios esbranquiçados ⁽⁶⁾ Lábios ressecados ^(5,6,8,36) Língua grossa ^(5,8) Halitose ⁽³⁶⁾ Saliva grossa ^(5,8,36)	Boca amarga ⁽³⁶⁾ Boca áspera ⁽³⁶⁾ Cavidade oral friável ⁽³⁶⁾ Comportamento de busca de água ^(2,6,14,45-47) Gosto ruim na boca ^(5,36) Queimação na garganta ⁽³⁶⁾ Relato do cuidador ⁽⁶⁾ Vontade de beber água ^(5,36)
Fatores Relacionados	
Jejum pré e pós-operatório prolongado ^(5,6,8-9,18-28,30-35,37,39) Respiração oral ⁽²⁹⁾ Osmolaridade aumentada ^(3,14,17,45,47) Desidratação ^(17,40) Perda insensível de hidratação pela respiração, incrementada pela utilização de gases anestésicos não umidificados ⁽⁴⁰⁾	Hipovolemia ⁽¹⁷⁾ Boca seca ^(1,8,19-20,28) Hábito de beber água ⁽⁶⁾ Rápida desidratação em crianças ⁽⁶⁾ Calor ⁽⁶⁾
Populações em Risco	
Extremos de idade Necessidade de jejum Pacientes portadores de diabetes <i>mellitus</i>	
Condições Associadas	
Diabetes <i>insiptus</i> após cirurgia na hipófise ⁽²⁹⁾ Anestésicos que causam vasodilatação e induzem estados de hipovolemia ^(41,45) Intubação ⁽⁶⁾	Restrição hídrica ^(9,41,46) Utilização de anticolinérgicos muscarínicos e nicotínicos ^(5,48) Tampão nasal ⁽⁶⁾

Identificação de caso modelo, caso *borderline* e caso contrário

A seguir, são apresentados três casos fictícios elaborados pelos autores:

Caso modelo

Amélia, 69 anos, internada para a realização de prótese de quadril, sob anestesia raquimedular. No segundo dia de internação,

iniciou o jejum pré-operatório a partir da meia-noite e ficou em jejum até as 14 horas do terceiro dia de internação. Durante o procedimento, houve conversão da técnica anestésica para anestesia geral por intercorrência no bloqueio raquimedular. Não apresentou outras complicações durante a cirurgia, de porte médio de sangramento. Utilizou-se atropina para a extubação. Avaliada na sala de recuperação anestésica, relatou sede com intensidade oito em escala visual numérica de 0-10. Aplicada a Escala de Desconforto da Sede Perioperatória (EDESP)⁽³⁶⁾, obtendo escore total de 11: minha boca está seca (2), lábios ressecados (2), língua está grossa (1), saliva está grossa (1), garganta seca (2), gosto ruim na boca (1) e tenho vontade de beber água (2). Após ser aprovada pelo Protocolo de Segurança no Manejo da Sede, recebeu um picolé de gelo de 10 ml e hidratante labial mentolado, tendo sua sede aliviada após duas administrações do picolé.

Caso *borderline*

Fátima, 40 anos, no primeiro dia de internação se submeteu à colecistectomia por videolaparoscopia, sob anestesia geral. No pré-operatório, fez jejum de líquidos e sólidos por quatro horas. Fez-se o procedimento sob analgesia com morfina (4 mg/EV), duração de duas horas, sangramento intraoperatório pequeno. Utilizou-se atropina para a extubação. Durante a recuperação pós-anestésica, referiu estar com a boca seca, mas disse que não estava com sede. A enfermeira lhe informou que boca seca é um sinal que pacientes com sede apresentam e que ela não precisaria sofrer este desconforto em sua recuperação da cirurgia. Aceitou o picolé de gelo oferecido depois de ser aprovada no Protocolo de Segurança no Manejo da Sede. Na avaliação seguinte, a paciente não referiu estar com sede, nem boca seca.

Caso contrário

Gerônimo, 53 anos, internado para a realização de osteossíntese de tibia direita, recebeu, no primeiro dia de internação, um picolé mentolado de 30 ml duas horas antes do procedimento cirúrgico. Fez-se o procedimento sob anestesia raquimedular com sedação, duração de duas horas e meia, sangramento pequeno, sem intercorrências. Na sala de recuperação, negou desconforto e sede, ao ser questionado. Recebeu alta dali e foi encaminhado à enfermaria. Teve a dieta liberada dentro da primeira hora, pois estava bem acordado e sem náusea/vômito.

DISCUSSÃO

Esta análise do conceito de sede perioperatória é inédita e necessária para o fortalecimento da enfermagem perioperatória. A análise de conceito encoraja a comunicação, pois a discussão do fenômeno, seus atributos e significados facilitam a padronização e o reconhecimento do conceito no trabalho da enfermagem⁽¹¹⁾.

O desconforto da sede é frequentemente observado e relatado na literatura médica^(25,33,37,40,42,44,49-50), pela alta prevalência em pacientes cirúrgicos^(33,37,42,44,50), acometendo adultos e crianças^(6,24,31,44), gerando intenso sofrimento^(25,33,42,44,48), estresse^(9,37,40), sentimentos de morte⁽⁹⁾, ansiedade^(6,25), influenciando o hábito de ingestão do paciente e do seu acompanhante⁽⁶⁾.

Ainda assim, a equipe pode ignorar este sintoma e dizer ao paciente que é um desconforto comum e que o jejum deve ser mantido^(8,37). Entretanto, vivenciar o desconforto da sede repercute negativamente na satisfação do paciente com o procedimento cirúrgico^(22,48).

Atributos críticos que compreendem o núcleo do conceito de sede perioperatória incluem atributos viscerais e comportamentais. Esses atributos são presentes em todos os casos observados do fenômeno, sendo interpretados pelo organismo em razão da interocepção.

Interocepção é a capacidade do corpo em perceber o estado interno, trazendo à consciência as necessidades fisiológicas, comumente funções primordiais para a manutenção do corpo humano. As áreas cerebrais envolvidas para gerar a sede são filogeneticamente antigas^(3,14,45). A sede é um fenômeno complexo, provocado por sinais viscerais periféricos, como boca seca⁽³⁶⁾, alterações neuroendócrinas, como o aumento da osmolaridade plasmática⁽²⁾, e comportamentais, como a vontade de beber algo⁽⁴⁶⁾. Pode ou não estar ligada a uma necessidade fisiológica de ingestão de água iniciada por hábito, costume, gosto, nutrição, ânsia por álcool, cafeína ou outra droga em uma bebida, ou um desejo de ingerir uma bebida para se aquecer ou resfriar. Muito da percepção da sede é apreendida ou é um processo condicionado a fatores culturais ou hábitos⁽⁴⁶⁾.

Antecedentes são transpostos como fatores relacionados no desenvolvimento de um DE. O tempo de jejum pré e pós-operatório foi o fator com maior número de citações. Muitos hospitais permanecem com a orientação de “nada pela boca após a meia-noite” no preparo do paciente para o procedimento cirúrgico, ainda que fortes evidências contraindiquem essa conduta. A sede é um dos principais desconfortos resultantes desta prática^(18,21).

Outros fatores relacionados incluem mudanças na homeostase sanguínea. A desidratação, a osmolaridade aumentada e a hipotensão estão presentes no paciente cirúrgico. A lâmina terminal, cuja estrutura é formada por três pequenos núcleos – *subfornicalorgan* (SFO), *vasculosumorganum* da lâmina terminal (OVLT) e *mediam preopticonucleus* (MnPO) –, é responsável por detectar alterações da osmolaridade do plasma e integrar tais informações com outras áreas cerebrais, como o hipotálamo, responsável pela produção de vasopressina (AVP). Todo esse mecanismo tem a finalidade de restabelecer o equilíbrio dos fluidos celulares, em circunstâncias de privação de água^(45,47).

Os consequentes são atributos posteriores à ocorrência do conceito, e, na estrutura diagnóstica, representam as características definidoras⁽¹¹⁻¹²⁾. Diversos atributos compreendem o ressecamento da cavidade oral e as estruturas adjacentes. A variedade de citações resultantes desse ressecamento demonstra a importância que os pacientes conferem a estes sinais quando questionados sobre a sede.

O caso *borderline* demonstra que é comum o paciente responder que não está com sede, mas que sua boca está seca. A equipe deve atentar para o fato de a boca seca ser um dos principais atributos apresentados; aconselha-se, portanto, verificar a presença de outros

sinais e considerar que este paciente está com sede. É fundamental educar e orientar o próprio paciente sobre as características que ele pode apresentar quando está com sede, para que compreenda seu desconforto e aceite as medidas de alívio disponíveis. A sede é deflagrada por um complexo neuroanatômico que não pode ser analisado isoladamente, já que compreende estímulos viscerais e motivacionais⁽⁴⁶⁾.

Considerar a sede perioperatória à luz da análise de conceito possibilitou a organização de uma estruturação diagnóstica deste fenômeno, promovendo a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP).

Limitação do estudo

Uma possível limitação desta pesquisa foi a impossibilidade de incluir na revisão a base de dados Embase, por seu acesso não ser gratuito.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

O artigo promove o entendimento da sede perioperatória pela equipe que assiste o paciente. A análise de conceito possibilita incluir o fenômeno em programas de formação e educação permanente da equipe de enfermagem. A padronização da linguagem facilita a compreensão de enfermeiros em diferentes realidades, possibilitando que a equipe multidisciplinar trabalhe para amenizar este desconforto. O esforço em analisar o conceito consiste no primeiro passo para organizar uma estrutura diagnóstica, ampliando a SAEP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do conceito de sede perioperatória permitiu lhe dar uma estrutura diagnóstica. Os atributos críticos do conceito são descritos como viscerais (boca seca) e motivacionais (vontade de beber água). Os antecedentes avaliados indicam que o paciente cirúrgico é vulnerável a este diagnóstico, principalmente pelas condições específicas a que é submetido como parte do processo cirúrgico. Como consequentes, 16 sinais e sintomas puderam ser observados como resultado direto da sede, além de aspectos qualitativos que interferem de modo negativo na experiência anestésico-cirúrgica.

Este estudo representa um avanço para a literatura, por fomentar e aprimorar o uso de estruturas diagnósticas em enfermagem na assistência perioperatória.

AGRADECIMENTO

Ao Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede da Universidade Estadual de Londrina pelo apoio e formação do conhecimento em relação a este importante desconforto cirúrgico.

REFERÊNCIAS

1. Kjeldsen CL, Hansen MS, Jensen K, Holm A, Haahr A, Dreyer P. Patients' experience of thirst while being conscious and mechanically ventilated in the intensive care unit. *Nurs Crit Care*. 2018;23(2):75–81. doi: 10.1111/nicc.12277
2. Zimmerman CA, Leib DE, Knight ZA. Neural circuits underlying thirst and fluid homeostasis. *Nature Rev Neurosci*. 2017;18(8):459–469. doi: 10.1038/nrn.2017.71

3. Stevenson RJ, Mahmut M, Rooney K. Individual differences in the interoceptive states of hunger, fullness and thirst. *Appetite*. 2015;95:44–57. doi: 10.1016/j.appet.2015.06.008
4. Nascimento LA, Nakaya TG, Conchon MF, Garcia AKA, Pierotti I, Serato VM, et al. Prevalence, intensity and discomfort of thirst in surgical patients in the immediate post-operative period. *Rev SOBECC*. 2019;24(2):85–90. doi: 10.5327/Z1414-4425201900020006
5. Pierotti I, Fracarolli IFL, Fonseca LF, Aroni P, Pierotti I, Fracarolli IFL, et al. Evaluation of the intensity and discomfort of perioperative thirst. *Esc Anna Nery*. 2018;22(3):1–7. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2017-0375
6. Campana MC, Fonseca LF, Lopes DFM, Martins PR. Perceptions of caregivers about surgical children's thirst. *Rev Rede Enferm Nordeste*. 2015;16(6):799–808. doi: 10.15253/2175-6783.2015000600005
7. Conchon MF, Nascimento LA, Fonseca LF, Aroni P. Perioperative thirst: An analysis from the perspective of the Symptom management theory. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(1):122–8. doi: 10.1590/S0080-623420150000100016
8. Silva LCJR, Aroni P, Fonseca LF. I am thirsty! experience of the surgical patient in the perioperative period. *Rev SOBECC*. 2016;21(2):75. doi: 10.5327/Z1414-4425201600020003
9. Gois CFL, Aguilar OM, Santos V, Rodríguez EOL. Stress factors for patients undergoing cardiac surgery. *Invest Educ Enferm [Internet]*. 2012 [cited 2019 Jul 5];30(3):312–9. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v30n3/v30n3a03.pdf>
10. Garcia AKA, Fonseca LF, Aroni P, Galvão CM. Strategies for thirst relief: integrative literature review. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(6):1215–22. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0317
11. Walker LO, Avant KC. *Strategies for theory construction in nursing*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2011. 243 p.
12. Herdman TH, Kamitsuru S. *Nursing diagnoses: definitions and classification, 2018–2020*. 11th ed. New York: Thieme; 2017. 512 p.
13. Garcia TR. CIPE, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem : versão 2017. Porto Alegre: Artmed; 2017. 264p.
14. Bichet DG. Vasopressin and the Regulation of Thirst. *Ann Nutr Metab*. 2018;72(2):3–7. doi: 10.1159/000488233
15. Whittemore R., Knafk, K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546–53. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
16. Galvão TF, Pereira MG. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014;23(1):183-4. doi: 10.5123/S1679-49742014000100018
17. Hughes F, Ng SC, Mythen M, Montgomery H. Could patient-controlled thirst-driven fluid administration lead to more rapid rehydration than clinician-directed fluid management? an early feasibility study. *Br J Anaesth*. 2018;120(2):284–90. doi: 10.1016/j.bja.2017.11.077
18. Aguilar-Nascimento JE, Almeida DAL, Dock-Nascimento DB, Correia MITD, Campos ACL, Portari-Filho PE, et al. Actual preoperative fasting time in Brazilian hospitals: The BIGFAST multicenter study. *Ther Clin Risk Manag*. 2014;10(1):107–12. doi: 10.2147/TCRM.S56255
19. Jian WL, Zhang YL, Xu JM, Xia SY, Zeng H, Dai RP, et al. Effects of a carbohydrate loading on gastric emptying and fasting discomfort: An ultrasonography study. *Int J Clin Exp Med*. [Internet]. 2017 [cited 2019 Jul 5];10(1):788–94. Available from: <http://www.ijcem.com/files/ijcem0040776.pdf>
20. Helminen H, Viitanen H, Sajanti J. Effect of preoperative intravenous carbohydrate loading on preoperative discomfort in elective surgery patients. *Eur J Anaesthesiol*. 2009;26(2):123–7. doi: 10.1097/eja.0b013e328319be16
21. De Jonghe B, Fajardy A, Mérian-Brosse L, Fauconnier A, Chouillard E, Debit N, et al. Reducing pre-operative fasting while preserving operating room scheduling flexibility: feasibility and impact on patient discomfort. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2016;60(9):1222–9. doi: 10.1111/aas.12756
22. Bopp C, Hofer S, Klein A, Weigand MA, Martin E, Gust R. A liberal preoperative fasting regimen improves patient comfort and satisfaction with anesthesia care in day-stay minor surgery. *Minerva Anestesiol [Internet]*. 2011 [cited 2019 Jul 5];77(7):680–6. Available from: <https://www.minervamedica.it/en/freedownload.php?cod=R02Y2011N07A0680>
23. Çakar E, Yılmaz E, Çakar E, Baydur H. The effect of preoperative oral carbohydrate solution intake on patient comfort: a randomized controlled study. *J Perianesthesia Nurs*. 2017;32(6):589–99. doi: 10.1016/j.jopan.2016.03.008
24. Klemetti S, Kinnunen I, Suominen T, Antila H, Vahlberg T, Grenman R, et al. The effect of preoperative fasting on postoperative thirst, hunger and oral intake in paediatric ambulatory tonsillectomy. *J Clin Nurs*. 2010;19(3–4):341–50. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03051.x
25. Tosun B, Yava A, Açikel C. Evaluating the effects of preoperative fasting and fluid limitation. *Int J Nurs Pract*. 2015;21(2):156–65. doi: 10.1111/ijn.12239
26. Yildiz H, Gunal SE, Yılmaz G, Yucel S. Oral carbohydrate supplementation reduces preoperative discomfort in laparoscopic cholecystectomy. *J Investig Surg*. 2013;26(2):89–95. doi: 10.3109/08941939.2012.699998
27. Power S, Kavanagh DO, McConnell G, Cronin K, Corish C, Leonard M, et al. Reducing preoperative fasting in elective adult surgical patients: a case-control study. *Ir J Med Sci*. 2012;181(1):99–104. doi: 10.1007/s11845-011-0765-6
28. Gunawardhana AI. Knowledge, attitudes and practice of preoperative fasting guidelines in the National Hospital of Sri Lanka. *Sri Lankan J Anaesthesiol*. 2012;20(2):92. doi: 10.4038/slja.v20i2.4259
29. Takeuchi K, Nagatani T, Okumura E, Wakabayashi T. A novel method for managing water and electrolyte balance after transsphenoidal surgery: preliminary study of moderate water intake restriction. *Nagoya J Med Sci [Internet]*. 2014 [cited 2019 Jan 17];76(1–2):73–82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4345719/>

30. Engelhardt T, Wilson G, Horne L, Weiss M, Schmitz A. Are you hungry? are you thirsty?: fasting times in elective outpatient pediatric patients. *Paediatr Anaesth*. 2011;21(9):964–8. doi: 10.1111/j.1460-9592.2011.03573.x
31. Gebremedhn EG, Nagaratnam VB. Audit on preoperative fasting of elective surgical patients in an African academic medical center. *World J Surg*. 2014;38(9):2200–4. doi: 10.1007/s00268-014-2582-3
32. Imbelloni L, Gomes D, Braga R, Morais Filho G, Silva A. Clinical strategies to accelerate recovery after surgery orthopedic femur in elderly patients. *Anesth Essays Res*. 2014;8(2):156. doi: 10.4103/0259-1162.134490
33. Francisco SC, Batista ST, Pena GG. Fasting in elective surgical patients: comparison among the time prescribed, performed and recommended on perioperative care protocols. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2015;28(4):250–4. doi: 10.1590/s0102-6720201500040008
34. Njoroge G, Kivuti-Bitok L, Kimani S. Preoperative fasting among adult patients for elective surgery in a Kenyan Referral Hospital. *Int Sch Res Not*. 2017;2017:1–8. doi: 10.1155/2017/2159606
35. Itou K, Fukuyama T, Sasabuchi Y, Yasuda H, Suzuki N, Hinenoya H, et al. Safety and efficacy of oral rehydration therapy until 2h before surgery: a multicenter randomized controlled trial. *J Anesth*. 2012;26(1):20–7. doi: 10.1007/s00540-011-1261-x
36. Martins PR, Fonseca LF, Rossetto EG, Martins PR, Fonseca LF, Rossetto EG. Developing and validating the Perioperative Thirst Discomfort Scale. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51(0). doi: 10.1590/s1980-220x2016029003240
37. Aroni P, Nascimento LA, Fonseca LF. Assessment strategies for the management of thirst in the post-anesthetic recovery room. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(4):530–6. doi: 10.1590/S0103-21002012000400008
38. Brunet-Wood K, Simons M, Evasiuk A, Mazurak V, Dicken B, Ridley D, et al. Surgical fasting guidelines in children: are we putting them into practice? *J Pediatr Surg*. 2016;51(8):1298–302. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2016.04.006
39. Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. *Anesthesiology*. 2017;126(3):376–93. doi: 10.1097/ALN.0000000000001452
40. Yogendran S, Asokumar B, Cheng DC, Chung F. A prospective randomized double-blinded study of the effect of intravenous fluid therapy on adverse outcomes on outpatient surgery. *Anesthesia Analgesia*. 1995;80:682–6. doi: 10.1097/0000539-199504000-00006
41. Ashok V, Bala I, Bharti N, Jain D, Samujh R. Effects of intraoperative liberal fluid therapy on postoperative nausea and vomiting in children: a randomized controlled trial. *Paediatr Anaesth*. 2017;27(8):810–5. doi: 10.1111/pan.13179
42. Puntillo KA, Arai S, Cooper B, Stotts N, Nelson J. A randomized clinical trial of an intervention to relieve thirst and dry mouth in intensive care unit patients. *Intensive Care Med*. 2014;40(9):1295–302. doi: 10.1007/s00134-014-3339-z
43. Hahn R. Renal water conservation determines the increase in body weight after surgery: a randomized, controlled trial. *Saudi J Anaesth*. 2017;11(2):144. doi: 10.4103/1658-354X.203018
44. Perrott C, Lee CA, Griffiths S, Sury MRJ. Perioperative experiences of anesthesia reported by children and parents. *Paediatr Anaesth*. 2018;28(2):149–56. doi: 10.1111/pan.13300
45. Zimmerman CA, Lin Y-C, Leib DE, Guo L, Huey EL, Daly GE, et al. Thirst neurons anticipate the homeostatic consequences of eating and drinking. *Nature*. 2016;537(7622):680–4. doi: 10.1038/nature18950
46. Leiper JB. Thirst. In: Caballero B, Allen L, Prentice A, editors. *Encyclopedia of Human Nutrition*. 2nd ed. Oxford: Elsevier/Academic Press; 2005. p. 4:278.
47. Allen WE, DeNardo LA, Chen MZ, Liu CD, Loh KM, Fenno LE, et al. Thirst-associated preoptic neurons encode an aversive motivational drive. *Science*. 2017;357(6356):1149–55. doi: 10.1126/science.aan6747
48. Lakstygala AM, Kolesnikova TO, Khatsko SL, Zabegalov KN, Volgin AD, Demin KA, et al. DARK Classics in Chemical Neuroscience: Atropine, Scopolamine, and Other Anticholinergic Deliriant Hallucinogens. *ACS Chem Neurosci*. 2019;10(5):2144–2159. doi: 10.1021/acscchemneuro.8b00615
49. Bauer M, Böhrer H, Aichele G, Bach A, Martin E. Measuring patient satisfaction with anaesthesia: Perioperative questionnaire versus standardised face-to-face interview. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2001;45(1):65–72. doi: 10.1034/j.1399-6576.2001.450111.x
50. Yin X, Ye L, Zhao L, Li L, Song J. Early versus delayed postoperative oral hydration after general anesthesia: A prospective randomized trial. *Int J Clin Exp Med [Internet]*. 2014 [cited 2018 Feb 8];7(10):3491–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4238515/>