

Elaboração do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no Pós Operatório Imediato*

DEVELOPMENT OF A SAFETY PROTOCOL FOR MANAGEMENT OF THIRST IN THE IMMEDIATE POSTOPERATIVE PERIOD

DISEÑO DEL PROTOCOLO DE SEGURIDAD PARA EL MANEJO DE LA SEDE EN EL POSOPERATORIO INMEDIATO

Leonel Alves do Nascimento¹ Lígia Fahl Fonseca² Edilaine Giovanini Rosseto² Claudia Benedita dos Santos³

RESUMO

Objetivo: Elaborar um protocolo de segurança para o manejo da sede no pós-operatório imediato. **Método:** Pesquisa metodológica e aplicada, quantitativa, desenvolvida nos meses de abril a agosto de 2012. Para a elaboração do protocolo e seu manual operacional, efetuou-se uma extensa busca na literatura e consulta a especialistas. As análises teórica e semântica foram realizadas por juízes. **Resultados:** Os critérios de segurança elencados foram: avaliação do nível de consciência e dos reflexos de proteção de vias aéreas (tosse e deglutição) e ausência de náuseas e vômitos. Esses critérios foram agrupados e formatados num algoritmo gráfico, que conduz à interrupção do procedimento caso um critério de segurança não alcance avaliação esperada. **Conclusão:** A construção do protocolo visou suprir a falta de um modelo específico na literatura para padronizar as ações de enfermagem no manejo da sede no pós-operatório imediato com segurança.

DESCRITORES

Sede
Protocolos clínicos
Cuidados pós-operatórios
Enfermagem perioperatória

ABSTRACT

Objective: To develop a safety protocol for the management of thirst in the immediate postoperative period. **Method:** Quantitative, methodological, and applied study conducted in April-August 2012. An extensive literature search and expert consultation was carried out to develop the protocol and its operating manual. Theoretical and semantic analyzes were carried out by experts. **Results:** Assessment of level of consciousness, reflexes of protection of the airways (cough and swallowing), and absence of nausea and vomiting were selected as safety criteria. These criteria were grouped and formatted in a graph algorithm, which indicates the need to interrupt the procedure if a security criterion does not reach the expected standard. **Conclusion:** The protocol was elaborated to fill in the gap in the literature of a specific model concerning nursing actions in the safe management of thirst in the immediate postoperative period.

DESCRIPTORS

Thirst
Clinical protocols
Perioperative care
Perioperative nursing

RESUMEN

Objetivo: Diseñar un protocolo de seguridad para el manejo de la sede en el posoperatorio inmediato. **Método:** Investigación metodológica y aplicada, cuantitativa, desarrollada en los meses de abril a agosto de 2012. Para la confección del protocolo y su manual operacional, se llevó a cabo una extensa búsqueda en la literatura y consulta a expertos. El análisis teórico y el semántico los realizaron los jueces. **Resultados:** Los criterios de seguridad enlistados fueron: evaluación del nivel de conciencia y de los reflejos de protección de las vías aéreas (tos y deglución) y ausencia de náuseas y vómitos. Dichos criterios fueron agrupados y formatados en un algoritmo gráfico que conduce a la interrupción del procedimiento en caso de que un criterio de seguridad no alcance la evaluación esperada. **Conclusión:** La construcción del protocolo tuvo el fin de suplir la falta de un modelo específico en la literatura para estandarizar las acciones de enfermería en el manejo de la sede en el posoperatorio inmediato con seguridad.

DESCRIPTORES

Sed
Protocolos clínicos
Cuidados postoperatorios
Enfermería perioperatoria

* Extraído da dissertação "Elaboração, validação e fidedignidade de um Protocolo de Segurança para o Manejo da sede no Pós-Operatório Imediato", Universidade Estadual de Londrina, 2013. ¹ Mestrando, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil. ² Professora Adjunta, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil. ³ Professora Associada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A sede é um desconforto de alta incidência no pós-operatório imediato (POI) e causa sofrimento ao paciente durante sua recuperação anestésica. É definida como a vontade consciente de beber água, um mecanismo de compensação para o restabelecimento do equilíbrio hídrico no organismo, condicionada tanto por sinais e sintomas fisiológicos como por condições culturais, emocionais, hábitos e aspectos alimentares⁽¹⁾.

O paciente cirúrgico apresenta algumas condições que propiciam e potencializam o aparecimento da sede: jejum pré-operatório, medicações do processo anestésico-cirúrgico, entubação orotraqueal e perda sanguínea no intraoperatório⁽²⁾.

Pacientes durante o pós-operatório de cirurgias cardíacas relatam que *quase morreram de sede* quando questionados sobre a lembrança de sua recuperação anestésica⁽³⁾. Em pesquisa com 160 pacientes durante o POI, 43,8% apontaram a sede como o desconforto de maior incidência⁽⁴⁾. Em outros estudos, mencionam-se ocorrências que variam de 42,9% (n=91)⁽⁵⁾ a 75% (n=128)⁽⁶⁾. Nesse período também a intensidade da sede é elevada. Quando se utilizou a escala analógica numérica (de 1 a 10) para o paciente avaliar, a sede teve intensidade média de 6,1 (DP=2,18)⁽⁶⁾, 6,6 (DP=2,03)⁽⁵⁾ e 8,17 (DP=1,47)⁽⁷⁾.

Dentre as estratégias avaliadas para minorar o desconforto da sede durante a recuperação anestésica, a administração de lascas de gelo tem se mostrado mais eficaz para o alívio no manejo da sede⁽⁶⁻⁸⁾. A sede do paciente no perioperatório é um sinal e sintoma de desequilíbrio e desconforto intenso que deve ser valorizado e atendido pela equipe.

No entanto, mesmo diante de sua magnitude, a sede ainda é considerada uma complicação menor no perioperatório, e suas repercussões para o paciente são pouco estudadas. Permite-se, com excessiva frequência, que o paciente permaneça com sede por períodos prolongados tanto no pré quanto no pós-operatório. As intervenções, quando realizadas, são esporádicas e pontuais, quase sempre espontâneas e empíricas.

A abordagem para o manejo da sede, sobretudo no POI, encontra desafios específicos devido à contraindicação da reposição de grandes volumes líquidos por via oral, diante da possibilidade de aspiração pulmonar em razão do rebaixamento do nível de consciência pelas drogas anestésicas e da presença de náuseas e vômitos. O grande problema, portanto, seria encontrar maneiras seguras de aliviar a sede já instalada no perioperatório sem colocar em risco a segurança do paciente.

A ênfase conferida à segurança do paciente cirúrgico, inclusive por meio de detalhados protocolos da Organização Mundial de Saúde, a aplicação de planos estratégicos,

como o *Cirurgias Seguras Salvam Vidas*, tem diminuído significativamente os erros na assistência no transoperatório⁽⁹⁾. Dentre os critérios de segurança elencados por associações especializadas, há padrões para avaliação e liberação do paciente em recuperação anestésica com parâmetros como: nível de consciência, permeabilidade de vias aéreas, frequência respiratória, saturação de oxigênio, pressão sanguínea, presença de dor, náuseas e vômitos⁽¹⁰⁾. Não se encontrou na literatura, entretanto, nenhuma recomendação ou protocolo de avaliação que vise à segurança para a utilização de estratégias quando se identifica a sede, e isso faz com que ela continue não sendo avaliada, registrada e atendida. A equipe que assiste o paciente no POI não intervém em presença de sede, visto que não sabe como fazê-lo por falta de critérios e, conseqüentemente, pelo risco de complicações.

A elaboração de um Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede (PSMS) contribuirá para que se eleve o patamar de segurança no cuidado ao paciente com sede, permitindo que, pela avaliação sistemática da condição clínica, o profissional tenha subsídios para administrar ou não um método de alívio.

MÉTODO

Pesquisa metodológica de abordagem quantitativa, desenvolvida nos meses de abril a agosto de 2012, em associação com o Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede (GPS) da Universidade Estadual de Londrina, Sul do Brasil, que busca compreender e pesquisar a experiência da sede perioperatória em sua complexidade. A pesquisa metodológica caracteriza-se pelo desenvolvimento de instrumentos de coleta de dados, definição do constructo ou comportamento a ser medido, formulação dos itens da ferramenta e desenvolvimento das instruções para usuários e respondentes⁽¹¹⁾.

Para a construção do protocolo, utilizou-se o modelo teórico de elaboração de instrumentos para mensurar fenômenos subjetivos, proposto por Pasquali⁽¹²⁾, com destaque para os procedimentos teóricos, adotando-se neste estudo sua terminologia.

Embora a sede seja controlada por fatores neuro-hormonais complexos, a percepção e resposta a este estímulo é fortemente influenciada por fatores ambientais, culturais e psicológicos, sendo um sintoma multifatorial que se apresenta de forma individual e subjetiva⁽¹⁻²⁾. Diante da inexistência de um referencial específico para a construção de protocolos, a escolha do método proposto por Pasquali, pautado na psicometria, deu-se em virtude do rigor metodológico defendido pelo autor. A psicometria acena com a vantagem de representar o conhecimento da natureza com mais exatidão que o uso da linguagem comum para descrever a observação dos fenômenos naturais⁽¹²⁾.

Na elaboração de instrumentos psicológicos de medida, o polo teórico enfoca a questão que deve fundamentar todo empreendimento científico, no caso, a explicitação

da teoria sobre o constructo ou objeto psicológico para o qual se quer desenvolver um instrumento de medida, bem como da operacionalização do constructo em itens⁽¹²⁾. Esse polo esclarece a teoria do traço latente e os tipos ou categorias de comportamentos que constituem uma representação adequada do mesmo traço. Devem-se elaborar procedimentos teóricos para cada instrumento; para tanto, depende-se da literatura existente sobre o constructo psicológico que o instrumento pretende medir⁽¹²⁾.

Os procedimentos teóricos consistem em seis etapas: sistema psicológico, propriedades, dimensionalidade, definições, operacionalização e análise teórica e semântica. As três primeiras etapas dizem respeito à teoria do constructo; a quarta etapa contempla a teoria e também a construção do instrumento, e a quinta e sexta etapas se referem à construção do instrumento⁽¹²⁾. Elas podem ser visualizadas na Figura 1, assim como as atividades realizadas em cada etapa neste estudo.

Procedimentos Teóricos			
Referencial Teórico	1 - Sistema Psicológico Reflexão e Interesse Pasquali (1999)	2 - Definição da Propriedade Reflexão, interesse e consulta à literatura Pasquali (1999)	3 - Dimensionamento do Atributo e Definição dos Critérios de Segurança para o Manejo da Sede. Literatura, consulta a peritos e experiência dos pesquisadores Pasquali (1999)
Passos deste Estudo	Definição do Constructo; Sistematização do conhecimento existente Sistema Psicológico: "sede"	Definição da Propriedade ou Atributo Propriedade: "Segurança no manejo da sede"	Elaboração dos critérios de segurança para o manejo da sede
Referencial Teórico	4 - Definições Pasquali (1999)	5 - Operacionalização Categoria de comportamento, literatura, experiência e entrevistas Pasquali (1999)	6 - Análise Teórica e Semântica Pasquali (1999)
Passos deste Estudo	Definições Constitutivas Definições Operacionais	Construção dos itens Validação Aparente Elaboração do PSMS e do Manual Operacional	Análise Teórica por Juizes Análise Semântica

Figura 1 – Representação gráfica das atividades realizadas para a elaboração do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede, segundo a proposta de Pasquali⁽¹²⁾ no polo teórico - Sul do Brasil, 2013.

ETAPAS 1-2 – Sistema psicológico e definição da propriedade

A determinação do sistema psicológico e a definição da propriedade são fundamentais, pois são elas que tornam explícita a teoria sobre o constructo que se deseja construir⁽¹²⁾. Neste estudo, a reflexão sobre a temática nos estimulou a criar uma ferramenta que possibilitasse a mensuração de critérios de segurança para o manejo da sede no POI. Como resultado estabeleceu-se que *sede* remete ao sistema psicológico e *segurança no manejo da sede no POI* é o atributo de propriedade cuja mensuração é objeto deste estudo.

ETAPA 3 – Dimensionalidade do atributo e definição dos critérios de segurança para o manejo da sede

A dimensionalidade do atributo diz respeito à sua estrutura interna, semântica. Aqui se definem quais critérios de segurança no manejo da sede são componentes distintos a ser avaliados a fim de se garantir a segurança⁽¹²⁾.

A definição dos itens a serem avaliados pelo PSMS baseou-se nas seguintes fontes de informação: literatura científica, análise de fundamentos teóricos e evidências disponíveis; expertise dos pesquisadores no cuidado com

o paciente no POI, entrevistas com profissionais com experiência clínica e conhecimento agregado pelo Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede (GPS) da Universidade Estadual de Londrina.

Realizou-se ampla consulta nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), PubMed, EMBASE e *The Cochrane Library*, usando-se os descritores: sede, perioperatório, recuperação anestésica, náuseas e vômitos, deglutição, complicações pós-operatórias, retorno de reflexos de deglutição, complicações na manutenção de vias aéreas e respiração, gelo, água, avaliação no POI, permeabilidade das vias aéreas, hidratação de mucosa, hidratação oral e critérios de alta da Sala de Recuperação Anestésica (SRA). Os critérios de inclusão foram: publicações em livros e artigos indexados nas bases de dados selecionadas com os descritores em português, espanhol e inglês, a partir da década de 1980.

Para a definição dos critérios, consultaram-se, numa seleção por conveniência, 18 *experts*, entre eles anestesiológicos⁽¹³⁾, cirurgiões⁽³⁾ e enfermeiros doutores⁽²⁾,

tendo como critérios de inclusão possuir experiência no cuidado com o paciente no POI, atuar em hospitais públicos e privados de médio e grande porte na cidade de Londrina, serem acessíveis, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para tanto, responderam a seguinte questão: *Quais são os critérios que, em sua prática, você avalia para liberar a administração de um método de alívio ao paciente que refere sede na Sala de Recuperação Anestésica?* O número de entrevistas com anesthesiologistas foi propositalmente maior por ser o profissional que libera ou não a administração de um método de alívio da sede no POI.

O pensamento norteador para a seleção final dos critérios de segurança foi guiado pela seguinte pergunta: o que seria relevante avaliar durante a recuperação da anestesia que pudesse de fato comprometer a segurança do paciente? Agruparam-se as respostas por incidência de ocorrência, definindo-se categorias de segurança que foram confrontadas com a literatura pertinente e com a experiência dos pesquisadores. O conhecimento adquirido pelo Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede foi outra fonte relevante de dados na seleção dos critérios devido ao estado embrionário dos estudos desta temática.

ETAPA 4 – Definições constitutivas e operacionais

Feita a seleção dos critérios de segurança, é necessário conceituar detalhadamente esses constructos. Nesta etapa, o resultado é a conceituação clara e precisa dos fatores que importam na construção do instrumento de medida⁽¹²⁾.

Definição constitutiva é a que define um constructo por meio de outros. Ela caracteriza o constructo, dando-lhe as dimensões que deve assumir no espaço semântico da teoria em que está incluído⁽¹²⁾.

A definição operacional, por sua vez, marca a passagem do abstrato para o concreto, e são duas as suas principais preocupações: a primeira é que as definições devem ser efetivamente operacionais, para que possam ser reproduzidas por comportamentos físicos. A segunda preocupação é que deve ser a definição mais abrangente possível dos constructos. Elas provêm da literatura específica do assunto estudado, da opinião de peritos e do conhecimento do pesquisador. Quanto mais completa for a listagem de categorias comportamentais, mais simples será a construção do instrumento⁽¹²⁾.

ETAPA 5 – Operacionalização

Esta etapa está relacionada com a construção dos itens, com a expressão da representação comportamental do constructo, ou seja, são as tarefas que o usuário do instrumento deve realizar para avaliar a magnitude da presença do constructo⁽¹²⁾.

Para construir um instrumento de pesquisa, é necessário considerar os seguintes critérios: comportamento, objetividade, simplicidade, clareza, relevância, precisão,

variedade, modalidade, tipicidade, credibilidade, amplitude e equilíbrio⁽¹²⁾. Esses fundamentos nortearam a construção do protocolo em sua primeira versão, contando com seis indicadores de segurança e 16 itens de avaliação, distribuídos em um algoritmo gráfico.

A seguir, elaborou-se o Manual Operacional, que especifica as operações que o pesquisador deve realizar para coletar as informações exigidas, além de explicitar os critérios que devem ser utilizados para observar e mensurar a variável a ser avaliada⁽¹¹⁾. O Manual Operacional, que abrange cada critério de segurança indicado no protocolo, teve sua estrutura adaptada de um estudo em que se elaborou e validou um instrumento de mensuração da qualidade da assistência de enfermagem⁽¹³⁾. O manual é composto por: descritor, fundamentação científica, fontes de avaliação, procedimentos operacionais, critérios para a qualificação da avaliação e periodicidade da avaliação.

ETAPA 6 – Análise teórica e semântica

Com base nos itens, levanta-se a hipótese de que eles representam adequadamente o constructo. Em busca da pertinência dos seus itens, é necessária a análise teórica e semântica dos juízes.

Análise teórica por juízes

Os itens do protocolo foram submetidos à análise de três enfermeiros com formação em nível de doutorado e experiência no cuidado ao paciente no POI, que avaliaram que a estrutura do instrumento, a adequação da estrutura do instrumento e dos itens em cada categoria proposta eram adequadas.

Esses procedimentos garantiram que a escolha dos critérios de segurança fosse determinada pela sua pertinência, conferindo a *face validity* do PSMS. A validade aparente indica se a medida, à primeira vista, mede o que se propõe medir, e, mesmo não determinando com segurança a validade de uma escala de medida, é fundamental no processo de elaboração, possibilitando, assim, outros métodos de validação⁽¹²⁾. Com essa avaliação, espera-se que os itens sejam reduzidos, de acordo com o julgamento dos juízes⁽¹⁴⁾.

Análise Semântica do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede

Esta análise avalia a estrutura semântica dos itens e a compatibilidade da escrita para a população-alvo, conferindo se todos os itens são compreensíveis a todos os membros da população à qual o instrumento se destina⁽¹²⁾. O instrumento não deve exigir habilidades de leitura além das de um adolescente de 12 anos. Isso significa que os itens devem ser curtos e simples e não conter palavras difíceis nem termos de jargão⁽¹⁴⁾.

A análise foi realizada no Hospital Universitário de Londrina (HUL), instituição de nível terciário, público de ensino, referência para o Sistema Único de Saúde (SUS), com 313 leitos, Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação com sete leitos.

Foram convidados a participar oito profissionais divididos em dois grupos. O primeiro grupo foi composto por quatro auxiliares de enfermagem; do segundo, participaram dois enfermeiros mestrandos e dois doutores, ambos os grupos com experiência no cuidado ao paciente na SRA.

O PSMS foi apresentado verbalmente para os dois grupos em encontros separados, item por item, e após solicitou-se para os participantes reproduzir as ações ou conteúdo relatado, registrando-se as respostas em instrumento específico. Nesta etapa alguns ajustes de redação, assim como mudanças ortográficas, foram necessários. As alterações foram realizadas e após duas rodadas com os participantes foi possível concluir que o PSMS possui alta compreensão entre os grupos, não sendo necessária nenhuma outra alteração.

Procedimentos éticos

Todas as etapas deste trabalho obedeceram às diretrizes da Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996. Com o Parecer aprovado pelo Comitê de Ética da instituição pesquisada (CAAE: 02299412.6.0000.5231), todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Neste estudo, definiu-se *sede* como sistema psicológico, e *segurança no manejo da sede* como atributos de propriedades. A partir desse ponto foi possível estabelecer as dimensões e definições do protocolo. A consulta aos 18 profissionais com experiência no POI indicou os seguintes

critérios de segurança: avaliação do nível de consciência (n=15), proteção de vias aéreas (tosse e deglutição n=4), ausência de náuseas e vômitos (n=3), saturação de oxigênio (n=1), procedimento cirúrgico (n=5), quantificação da diurese (n=2), ruídos hidroaéreos (n=1), técnica anestésica (n=1) e pressão arterial (n=1).

Após extensa e rigorosa análise dos critérios sugeridos pelos experts, diante das evidências encontradas na literatura e da experiência dos autores, decidiu-se pelos seguintes itens de avaliação: Nível de Consciência, Proteção de Vias Aéreas (Tosse e Deglutição), Náuseas, Vômitos, Saturação de Oxigênio e Procedimento Cirúrgico. A seleção desses itens buscou atender aos requisitos máximos de segurança, simplicidade e facilidade de aplicação na prática clínica.

Análise por juízes

Com a análise do *face validity*, agruparam-se os indicadores Náuseas e Vômitos e excluíram-se Saturação de Oxigênio e Procedimento Cirúrgico. Permaneceram, então, 10 dos 16 itens de avaliação relacionados na primeira versão, que eram mais longa, menos objetiva e inespecífica.

Os critérios finais foram então dispostos num algoritmo gráfico (Figura 2), em que a avaliação favorável de todos os indicadores conduz à determinação da segurança para a administração do método de alívio da sede. Juntamente, elaborou-se o Manual Operacional, que fundamenta o profissional na avaliação de cada item de segurança (Anexo).

Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no Pós-Operatório Imediato (PSMS) Em presença de sede, realizar avaliação clínica seguindo os itens abaixo:

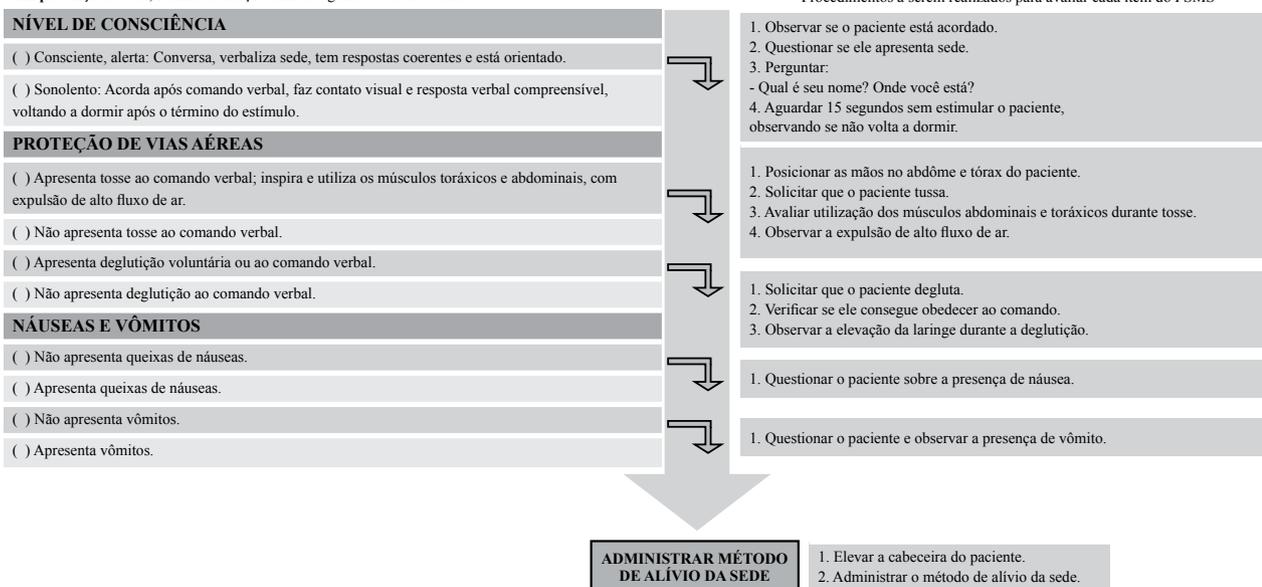


Figura 2 – Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede - Norte do Paraná, Brasil, 2013.

As linhas com tonalidade escura e instruções em negrito representam o indicador que está sendo avaliado (no PSMS elas possuem tonalidade verde-escura). A linha com tonalidade clara representa o critério de segurança

esperado para determinar que se continue a sequência de avaliação do protocolo (no PSMS, com tonalidade verde-clara). As linhas com tonalidade clara representam o critério de corte, indicando que o paciente não apresenta con-

dição clínica segura para a administração dos métodos de alívio (no PSMS, amarelo-claro). Ressalta-se que, durante a avaliação, a identificação de qualquer condição clínica que não seja a primeira estabelecida em cada critério de segurança sinaliza a interrupção do uso do protocolo. Deve-se, então, iniciar nova avaliação após um período que permita mudança no estado clínico do paciente.

Enquanto analisavam o protocolo, os juízes optaram por incluir uma sessão que descrevesse os passos necessários para sua aplicação. Elaboraram-se, assim, os Procedimentos Operacionais, que foram acrescidos ao protocolo visando à padronização da avaliação de cada critério. O protocolo final, depois da validação de conteúdo, realizada posteriormente e não descrita neste artigo, está apresentado na Figura 2.

Análise semântica

O grupo de enfermeiros e o grupo de auxiliares de enfermagem não encontraram nenhuma dificuldade na interpretação dos itens; apenas foram realizadas pequenas alterações na ordem das sentenças. Analisou-se o desenho esquemático do PSMS, suas cores e direcionalidade por setas, com boa compreensão por todos. O Manual Operacional é apresentado em anexo.

DISCUSSÃO

Por se tratar de um tema inédito, a elaboração de um protocolo que confira segurança ao paciente não foi uma tarefa fácil de ser realizada, mas espera-se que sua contribuição seja o início do manejo da sede baseado em evidências científicas. A definição de critérios de segurança e a construção de um protocolo com o objetivo de avaliar a condição clínica do paciente traz subsídios ao profissional para a administração de métodos para o alívio da sede.

A realização deste estudo permitiu constatar quão diversificados e subjetivos eram os critérios utilizados pelos profissionais responsáveis pela liberação de métodos de alívio da sede. Observou-se que os critérios relatados são amplos e, em grande parte, inespecíficos para avaliar a segurança no manejo da sede. Isso decorre, sobretudo, do estado do conhecimento sobre a sede perioperatória e das ainda incipientes evidências científicas para o seu manejo.

Diferentes profissionais emitiram opiniões ou convicções contraditórias em relação à possibilidade de liberação de métodos de alívio. Por vezes, defendiam que o tipo de procedimento e o sítio afetado condicionam a liberação de algum método de alívio da sede, como no caso de cirurgias abdominais, ocasião em que esta prática seria proibida. Em outras, consideravam que, independentemente do procedimento cirúrgico, a quantidade a ser administrada é pequena e não teria repercussão negativa para o paciente.

O débito urinário, o turgor da pele e a hipotensão estão relacionados com quadros de desidratação, por isso não constituem um critério de segurança propriamente dito. A necessidade de jejum prolongado no pós-operatório,

mesmo não sendo embasado em evidências científicas, tem como pressuposto que o repouso intestinal seria importante para a cicatrização de anastomoses digestivas com menor risco. No entanto, a alimentação precoce traz benefícios, como alta antecipada, menor incidência de complicações infecciosas e diminuição de custos⁽¹⁵⁾.

A avaliação do item Nível de Consciência, mencionado por 83% dos *experts* consultados, é imprescindível para se determinar a emergência do estado anestésico durante o POI. O nível de consciência está intimamente relacionado ao retorno dos reflexos protetores, como tosse e deglutição⁽¹⁶⁾. Na experiência clínica se observa que o paciente, mesmo sonolento, aparentemente responde de modo adequado aos outros critérios de segurança propostos pelo protocolo. Desejou-se, entretanto, estabelecer um critério elevado de corte visando instituir um padrão mais rígido de segurança nesse momento. Para a sequência do protocolo, o paciente deve, portanto, manter-se acordado e alerta, sem voltar a dormir.

O critério Proteção de Vias Aéreas, ao ser avaliado, assegura a verificação do retorno dos reflexos protetores de tosse e deglutição, que fazem parte de uma série de reflexos fisiológicos que impedem a aspiração broncopulmonar de secreções salivares e gástricas. É fundamental avaliar esse item, pois o paciente, durante sua recuperação anestésica, permanece em decúbito dorsal, podendo estar ainda sob efeito de medicações anestésicas e de relaxantes musculares. Esses reflexos indicam que o paciente é capaz de se defender contra uma possível aspiração broncopulmonar⁽¹⁷⁾.

Para a administração dos métodos de alívio da sede, é primordial a ausência de náuseas e vômitos. A ocorrência de náuseas e vômitos no pós-operatório é alta e varia entre 20% e 30% em anestesia geral. Náuseas e vômitos estão associados a resultados piores, aumento de custos, do tempo de internação e diversas outras complicações que interferem na recuperação do paciente cirúrgico⁽¹⁸⁾.

Observa-se, na prática, que diversos mitos interferem nas ações dos profissionais no manejo da sede. Acredita-se que o principal deles relacionado à necessidade da manutenção de jejum absoluto no POI, refere-se ao risco de vômitos e conseqüente aspiração pulmonar. Desse modo, o paciente permanece longos períodos em jejum absoluto, perpetuando o desconforto causado pela sede. A validação de um instrumento que permite intencionalmente avaliar a presença ou não de náuseas ou vômitos traz um avanço no cuidado ao paciente com sede.

Quanto ao tempo de procedimento e à técnica anestésica utilizada, não se encontraram evidências científicas que corroborem a indicação desses critérios dentro do protocolo. A liberação da administração do método de alívio da sede, proposta por este protocolo, está vinculada com a rigorosa avaliação do nível de consciência, dos reflexos protetores das vias aéreas e da ausência de náuseas e vômitos. Esses critérios são indicativos para avaliar se o paciente apresenta ou não condições seguras para o manejo da sede.

CONCLUSÃO

Os critérios de segurança selecionados para o PSMS foram: Avaliação do Nível de Consciência, Proteção de Vias Aéreas (Tosse e Deglutição) e Ausência de Náuseas e Vômitos. Esses critérios que permitem a avaliação visando à segurança do manejo da sede foram agrupados em um algoritmo gráfico de fácil entendimento. Elaborou-se o manual operacional com base em extensa revisão literária sobre cada critério escolhido. Além disso, indicaram-se procedimentos operacionais em cada fase do protocolo, padronizando sua aplicação. A análise dos especialistas e dos grupos em relação à análise

semântica e ao pré-teste apontou que o protocolo é de fácil compreensão e rápida aplicação.

Cabe aqui o registro de uma dificuldade que encontramos ao realizar este estudo: a quase inexistência de trabalhos para orientar na construção de protocolos de ação na área de enfermagem. Esta pesquisa serve de auxílio e incentivo para outros pesquisadores que objetivem elaborar um protocolo de ação.

A construção do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede traz consigo a possibilidade de aprofundar os estudos sobre o manejo de um desconforto tão comum e intenso, que é a sede no pós-operatório imediato.

REFERÊNCIAS

1. Leiper J, Thirst. In: Caballero B, Allen L, Prentice A. Encyclopedia of human nutrition. 2nd. ed. Aberdeen (UK): Elsevier; 2005. p. 278-86.
2. Arai S, Stotts N, Puntillo K. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. Am J Crit Care [Internet]. 2013 [cited 2013 Aug 10];22(4):328-35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23817822>
3. Lisboa Gois CF, Maimoni Aguillar O, Santos V, Llapa Rodríguez EO. Stress factors for patients undergoing cardiac surgery. Invest Educ Enferm [Internet]. 2012 [cited 2013 Jun 20];30(3):312-9. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v30n3/v30n3a03.pdf>
4. Figueredo E, Sánchez G, Pérez J. Thirst is the most common minor complication in the immediate postoperative period. Rev Esp Anestesiol Reanim. 1996;43(2):74.
5. Soler RRS, Sociats IC, Pes AS, Ribas MG, Vila RD. Studio del grado de satisfacción del paciente quirúrgico crítico y sus familiares atendido en una unidad de reanimación post-quirúrgica. Rev Calidad Asistencial. 1993;8(2-3):35-9.
6. 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 2013 June 20];25(4):530-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/en_08.pdf
7. 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.
8. 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.
9. Pancieri AP, Santos BP, Ávila MAG, Braga EM. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital-escola. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2013 [citado 2013 jun. 25];34(1):71-8. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/33863>
10. Whitaker CDK, Booth H, Clyburn P, Harrop-Griffiths W, Hosie H, Kilvington B, et al.; Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Immediate post-anaesthesia recovery 2013: guidelines. Anaesthesia [Internet]. 2013 [cited 2013 Sept 12];68(3):288-97. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/anae.12146/pdf>
11. Lo Biondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001.
12. Pasquali L. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: LABPAM/IBAPP; 1999. Testes referentes a constructo: teoria e modelo de construção; p. 37-72.
13. Vituri DW, Matsuda LM. Content validation of quality indicators for nursing care evaluation. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [cited 2013 Nov 25];43(2):429-37. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en_a24v43n2.pdf
14. Terwee CB, Bot SD, De Boer MR, van der Windt DA, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. J Clin Epidemiol. 2007;60(1):34-42.
15. Bankhead R, Boullata J, Brantley S, Corkins M, Guenter P, Krenitsky J, et al. Enteral nutrition practice recommendations. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2009;33(2):122-67.
16. Leder SB, Suiter DM, Lisitano WH. Answering orientation questions and following single-step verbal commands: effect on aspiration status. Dysphagia. 2009;24(3):290-5.
17. Souza TM, Carvalho R, Paldino CM. Diagnósticos, prognósticos e intervenções de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica. Rev SOBECC. 2012;17(4):33-47.
18. Veiga D, Pereira H, Moreno C, Martinho C, Santos C, Abelha F. Postoperative nausea and vomiting: validation of the portuguese version of the postoperative nausea and vomiting intensity score. Rev Bras Anestesiol [Internet]. 2013 [cited 2013 Jan 25];63(4):340-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rba/v63n4/en_v63n4a06.pdf

1. Indicador: Avaliação do Nível de Consciência

Descritor: Define-se consciência como a capacidade de o indivíduo reconhecer a si mesmo e aos estímulos do ambiente e a capacidade de responder corretamente a esses estímulos. As alterações no nível de consciência relacionam-se com estados de desorientação no tempo e no espaço e até com o coma profundo. Também se podem observar estados intermediários de alterações na consciência.

A sonolência ou letargia é um estado de diminuição do nível de consciência em que o paciente consegue manter-se acordado com estímulos leves, apresenta resposta verbal compreensível, mas volta a dormir quando não está sendo estimulado.

A *American Society of Anesthesiologists (ASA)* recomenda a avaliação periódica do estado mental do paciente durante o tempo de recuperação pós-anestésica, para detecção e rápida solução de possíveis complicações.

Fundamentação Científica:

Practice guidelines for postanesthetic care: a report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. *Anesthesiology*. 2002;96(3):742-52.

Berger JR. Clinical approach to stupor and coma. In: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J. *Neurology in clinical practice. Principles of diagnosis and management*. 4th ed. Salt Lake: Elsevier; 2004. p. 43-64.

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). *Práticas recomendadas*. 6ª ed. São Paulo: SOBECC; 2013.

Fontes de Informação: A avaliação do nível de consciência deve englobar uma descrição do estado de alerta do paciente em resposta a estímulos verbais. O objetivo é determinar se há alguma alteração do nível de consciência e assim avaliar o paciente quanto à segurança em administrar métodos de alívio da sede.

Procedimentos Operacionais: Observar se o paciente está acordado. Questionar se ele apresenta sede. Perguntar: Qual é seu nome? Onde você está? Aguardar 15 segundos sem estimular o paciente, observando se não volta a dormir.

Critérios para Qualificação da Avaliação: Consciente, alerta: conversa, verbaliza sede, tem respostas coerentes e está orientado; Sonolento: acorda após comando verbal, faz contato visual, tem resposta verbal compreensível e volta a dormir ao término do estímulo.

Periodicidade da Avaliação: Verificar o nível de consciência é o primeiro item a ser avaliado pelo Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no pós-operatório. Caso o paciente esteja sonolento ou com o nível de consciência mais rebaixado, interromper o protocolo, retomando a avaliação após 15 minutos.

2. Indicador: Proteção de Vias Aéreas

Descritor: Trata-se de um conjunto de mecanismos fisiológicos os quais trabalham concomitantemente com a finalidade de evitar a aspiração laringotraqueal (alimento, saliva ou conteúdos gástricos conduzidos à traqueia). Para este protocolo, definiram-se dois mecanismos de proteção de vias aéreas: tosse e deglutição.

A tosse, voluntária ou involuntária, é um reflexo de proteção das vias aéreas. Seus benefícios relacionam-se à eliminação das secreções em razão do aumento da pressão pleural positiva, o que leva à compressão das vias aéreas de pequeno calibre, produzindo alta velocidade do fluxo nas vias aéreas. Ela desencadeia um alto fluxo expiratório, empregando energia cinética da musculatura expiratória e da retração elástica do pulmão. Dessa forma, ocorre o deslocamento de materiais líquidos e sólidos, eventualmente aspirados, e a sua condução à faringe, para posterior expectoração ou deglutição.

A tosse eficaz compreende quatro fases: nervosa (receptores irritativos nas vias aéreas altas captam o estímulo e o enviam para o centro bulbar, de onde retorna para acionar a musculatura respiratória e a glote); inspiratória (ocorre a contração dos músculos inspiratórios, aumentando o volume pulmonar e a força de retração elástica do pulmão); compressiva (logo após a fase inspiratória, a glote se fecha e há um esforço expiratório que permite aos músculos a geração de altas pressões no pulmão); explosiva (após a fase compressiva, a glote se abre num alto fluxo expiratório, provocando assim a retirada das secreções). É considerada ineficaz quando os receptores periféricos, o controle central da musculatura respiratória ou o aparelho musculoesquelético forem, de alguma maneira, afetados por anormalidades.

A deglutição é o deslocamento do bolo alimentar desde a boca até o estômago, de modo seguro e eficaz. Consiste em duas fases, uma voluntária e outra involuntária. A fase voluntária é oral e se dá por etapas preparatórias, preparando o alimento para ser deglutido; a fase involuntária corresponde às etapas laríngea e esofágica, que são automáticas e normalmente não podem ser interrompidas. Diferentes estímulos iniciam o processo de deglutição – os estímulos frios apresentaram até mesmo melhores respostas do que aqueles próximos à temperatura corporal, especialmente em

estruturas como da úvula, tonsilas palatinas e arcos palatoglossos em sua porção superior.

Fundamentação científica:

Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.

Lynch CS. Análise da fisiologia da deglutição por meio da ultrassonografia [tese doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.

Pereira NAV, Motta AR, Vicente LCC. Reflexo da deglutição: análise sobre eficiência de diferentes estímulos em jovens sadios. *Pró Fono Rev Atualização Científica*. 2008;20(3):159-64.

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Práticas recomendadas 6ª ed. São Paulo: SOBECC; 2013.

Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II Diretrizes Brasileiras no Manejo da Tosse Crônica. *J Bras Pneumol*. 2006;32 Supl. 6:S403-46.

Machado MGR. Bases da fisioterapia respiratória: terapia intensiva e reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

Fontes de Informação: Avaliar os mecanismos de proteção de vias aéreas requer a observação da tosse do paciente mediante a solicitação para que tussa. Devem-se observar as seguintes fases do ciclo da tosse: inspiração, utilização da musculatura abdominal e torácica e a consequente expulsão de alto fluxo de ar. Quando o paciente não apresentar as fases sequenciais do ciclo, deve-se caracterizá-lo como “não apresenta tosse”.

A avaliação da deglutição segue de forma semelhante à da tosse. Solicita-se ao paciente que degluta observando-se os movimentos característicos do processo. Caso esses movimentos não estejam presentes, assinala-se que o paciente não apresenta deglutição.

Procedimentos Operacionais: Posicionar as mãos no abdome e tórax do paciente. Solicitar que o paciente tussa. Avaliar utilização dos músculos abdominais e torácicos durante a tosse. Observar a expulsão de alto fluxo de ar.

Critérios para Qualificação da Avaliação:

Tosse: Apresenta tosse ao comando verbal: Inspira e utiliza os músculos torácicos e abdominais com expulsão de alto fluxo de ar; Não apresenta tosse ao comando verbal.

Deglutição: Apresenta deglutição voluntária ou ao comando verbal; Não apresenta deglutição.

Periodicidade da Avaliação: As avaliações dos mecanismos de proteção de vias aéreas contemplam o segundo item de avaliação do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no POI. Caso o paciente não tenha tos-

se e/ou deglutição espontânea ou ao comando, deve-se interromper a avaliação e retomá-la em 15 minutos, avaliando o protocolo desde o início.

3. Indicador: Náuseas e Vômitos

Descritor: Náuseas e vômitos podem ocorrer a qualquer momento durante ou após um procedimento cirúrgico. No pós-operatório, são complicações frequentes da anestesia e atualmente sua incidência global permanece em cerca de 20% a 30%.

O risco para náuseas e vômitos pode estar relacionado a três fatores: o cliente, as técnicas anestésicas e o procedimento cirúrgico. A mobilização visceral durante o ato cirúrgico e o uso da medicação anestésica ou de opiáceos no pós-operatório têm como consequência frequente as náuseas e os vômitos. Várias das drogas utilizadas no procedimento anestésico-cirúrgico podem causar reações adversas como náuseas e vômitos. Dentre elas: Alfentanil, Remifentanil, Sufentanil, Dopamina, Cloridrato Esmolol, Etomidato, Furosemida, Hidrocortisona, Metoprolol, Midazolam, Sulfato de Morfina, Neostigmina, Halotano, Isoflurano, Óxido Nitroso e Sevoflurano.

A mais séria complicação relacionando o vômito à anestesia é a pneumonia aspirativa. Por isso se preconiza o jejum pré-operatório, que se estende até o pós, muitas vezes por tempo desnecessariamente prolongado. Considerou-se insignificante um volume gástrico de 16 a 36 ml quando correlacionado com a incidência de náuseas e vômitos no pós-operatório, indicando que é segura a administração de pequenos volumes de líquido, como o que este protocolo propõe.

Náusea é descrita como contrações musculares de vômitos sem expulsão do conteúdo gástrico. Refere-se a uma sensação subjetiva da necessidade de vomitar. O paciente com náusea pode ou não apresentar vômito.

Vômitos ou êmese é uma séria complicação pós-anestésica e se dá pela contração do diafragma e músculos abdominais e relaxamento do esfíncter esofágico expulsando o conteúdo gástrico. Caso o paciente não tenha recuperado seus reflexos de proteção de vias aéreas, ele pode aspirar o conteúdo gástrico, uma complicação grave que leva a um quadro de pneumonia aspirativa, com alto índice de mortalidade. A recuperação é longa e dispendiosa, pois é feita, em parte, nas Unidades de Tratamento Intensivo.

A ASA ressalta que, no pós-operatório, a avaliação de rotina e o monitoramento de náuseas e vômitos detectam complicações e reduzem os resultados adversos.

Fundamentação Científica:

Practice guidelines for postanesthetic care: a report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. *Anesthesiology*. 2002;96(3):742-52.

Bogossian L. Manual de pré e pós-operatório. 2ª ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica; 1995.

Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

Lages N, Fonseca C, Neves A, Landeiro M, Abelha FJ. Náuseas e vômitos no pós-operatório: uma revisão do “pequeno-grande” problema. Rev Bras Anesthesiol. 2005;55(5):575-85.

Omoigui S. Manual de drogas usadas em anestesia. 2ª ed. São Paulo: Santos; 2001.

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.

Fontes de Informação: Deve-se avaliar a presença de náuseas ou vômitos questionando-se o paciente. Caso haja vômitos ou resposta positiva quanto à presença de náuseas, deve-se interromper a avaliação.

Procedimentos Operacionais: Solicitar que o paciente degluta. Verificar se ele consegue obedecer ao comando. Observar a elevação da laringe durante a deglutição.

Critérios para Qualificação da Avaliação: A presença de náuseas e/ou vômitos contraindica a administração de gelo para o alívio da sede. Náusea: Não apresenta queixas de náuseas; Apresenta queixas de náuseas. Vômito: Não apresenta vômitos; Apresenta vômitos.

Periodicidade da Avaliação: Avaliar a presença de náuseas e vômitos faz parte da terceira e última etapa de avaliação da segurança para a administração dos métodos de alívio da sede. Caso o paciente apresente vômitos ou queixa de náuseas, deve-se interromper o protocolo, voltando a realizá-lo em 15 minutos, partindo do seu início.